

REVISTA  
ESPAÑOLA  
DE  
PODOLOGIA

1ª EPOCA

1987

1989

VII





# INDICE

## 1ª EPOCA. NUMEROS DEL 109 AL 126

### AÑO 1987 AL 1989

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

#### Nº 109

- 2 EDITORIAL
- 3 MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
- 6 XIX CONGRESO NACIONAL DE MALAGA
- 10 TRATAMIENTO RADICAL DE HELOMA PLANTAR RECALCITRANTE.  
OSTEOTOMIA DEL META CAUSANTE POR LA TECNICA DE LA CIRUGIA DE  
LA MINIMA INCISION por J. J. Araolaza Lahidalga
- 12 ASOCIACION VASCO-NAVARRA
- 15 LA PODOLOGIA EN LA SOCIEDAD por T. Bernal; F. Ayuso; y col.
- 19 EN CLAVE DE DESPEDIDA
- 20 PODOLOGIA GERIATRICA EN ESPAÑA por L. Pascua San Miguel
- 22 COMENTARIOS DE LIBROS
- 23 LIBRO MONOGRAFICO DEL CONGRESO DE PODOLOGIA EN ZARAGOZA
- 25 SEMIOLOGIA INSTRUMENTAL PARA EL ESTUDIO DE PRESIONES por T.  
Benral; F. Ayuso; y col.
- 31 ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS

#### Nº 110

- 2 EDITORIAL
- 3 CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE SISOLUCION
- 5 DESARROLLO EMBRIONARIO DEL PIE por F. J. Luna Martinez de Apellaniz
- 12 DIA DEL PODOLOGO
- 16 ALBERT R. BROWN D.P.M.
- 17 PROCESOS POCO FRECUENTES EN EL PIE por A. Guillamón
- 28 I CONGRESO EUROPEO DE PODOLOGIA
- 30 ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS

#### Nº 111

Director : Andrés Rueda Sánchez  
Redactor Jefe : Juan José Araolaza Lahidalga

- 2 EDITORIAL
- 3 ACTA DE LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA DE DISOLUCION DE LA  
ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
- 6 CONSTITUIDA LA ACADEMIA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE
- 6 CURSO BASICO DE M.I.S.
- 7 JORNADAS TEMATICAS DE PODOLOGIA DEPORTIVA
- 11 EFICACIA DE LOS EXAMENES DE SALUD ESCOLAAR EN LAS  
ALTERACIONES PODOLOGICAS: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE ESTAS  
ALTERACIONES por F. J. Mena Sánchez
- 24 V CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE
- 25 EL JUANETE DE SASTRE por L. Aycart Vijuesca
- 31 CARTAS A LA REDACCION

## Nº 112

- 2 EDITORIAL
- 3 SALUDO DEL PRESIDENTE DE LA F.E.P.
- 7 ACTA REUNION
- 8 PONENCIA DE REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS
- 17 REAL DECRETO SOBRE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA
- 20 ACADEMIA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE
- 21 ASOCIACIONE ITALIANA PODOLOGI
- 22 CASO CLINICO DE SIMBIOSIS CIRUGIA-ORTOPEDIA EN PODOLOGIA por J. Aycart Testa; M. González San Juan
- 23 LA REHABILITACION DEL PIE PLANO por J. Fco. Serrano Bermudez
- 31 CURSO DE DISECCION DEL PIE PARA POSTGRADUADOS PODOLOGOS
- 32 CARTA ABIERTA A UN PODOLOGO COLERICO

## Nº 113

- 2 EDITORIAL
- 3 CORRESPONDENCIA
- 6 ANESTESIA LOCAL EN PODOLOGIA por J. R. Echegaray Rodríguez
- 19 XX CONGRESO NACIONAL DE VALEANCIA
- 21 TRATAMIENTO ENERGETICO DE HALLUX VALGUS por J. Marín Costa
- 28 CARTA DIRIGIDA A LOS PRESIDENTES DE LAS ASOCIACIONES AUTONOMICAS
- 31 CARTAS A LA REDACCION

## Nº 114

- 2 EDITORIAL
- 3 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
- 7 CIRCULAR INFORMATIVA
- 10 EL PIE CAVUS por J. L. García Ramírez
- 16 FOTO-IMAGEN
- 18 PROGRAMA DE LAS V JORNADAS VASCO-NAVARRAS DE PODOLOGIA
- 19 FALLAS QUIRURGICAS DEL ANTEPIE Y DOS ALTERNATIVAS PODOLOGICAS COMO TRATAMIENTO
- 24 ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT

## Nº 115

- 2 EDITORIAL
- 5 ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT (Continuación)
- 13 XX CONGRESO NACIONAL DE VALENCIA
- 19 BALANCE TESORERIA DE LA FEDERACION
- 20 REGLAMENTACION DE LOS CONGRESOS NACIONALES DE PODOLOGIA

## Nº 116

- 2 EDITORIAL
- 3 ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT (Continuación)
- 8 RELACION NUMERO DE ASOCIADOS 1º TRIMESTRE 1988
- 11 ACTA DE LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE REPRESENTATES DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS
- 30 CARTA AL MINISTERIO
- 31 CONTESTACION DEL MINISTERIO
- 32 FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS ESTATUTOS SOCIALES.++

Nº 117

Director : Andrés Rueda Sánchez  
 Redactor Jefe : Por designar

- 2 EDITORIAL
- 7 MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA
- 13 EN MEMORIA DE PABLO VILATO RUIZ
- 15 XII CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA
- 24 INFORME JURIDICO

Nº 118

Director : Andrés Rueda Sánchez  
 Redactor Jefe : Angel F. Cabezón Legarda

- 2 EDITORIAL
- 5 LA TERAPIA CATALITICA POR OLIGOELEMENTOS SUS APLICACIONES LA PODOLOGIA por A. F. Cabezón Legarda
- 13 IMPLANTE SUBDERMICO DE COLAGENO por M. González San Juan
- 16 CRONICA DE UNA TERTULIA ENTRE PODOLOGOS por J. A. Torres Ricart
- 21 FOTO IMAGEN
- 22 OPINION
- 25 HOY ENTREVISTAMOS A
- 27 FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS
- 27 SE HABLO DE
- 28 LA F.E.P. INFORMA
- 31 PODOLOGIA
- 32 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 119

- 2 EDITORIAL
- 5 LASER EN DIOXIDO DE CARBONO Y SU APLICACION EN PODOLOGIA por J. Aycart Testa
- 9 LA TERAPIA CATALITICA POR OLIGOELEMENTOS SUS APLICACIONES A LA PODOLOGIA (Continuación) por A. Fco. Cabezón Legarda
- 15 MELANOMA MALIGNO PLANTAR por A. Díaz Pena
- 18 TRATAMIENTO GENERAL Y ORTOPODOLOGICO DE LAS QUERATODERMIAS PALMO PLANTARES por E. Rodríguez Valverde
- 25 OPINION
- 27 HOY ENTREVISTAMOS A
- 29 FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS
- 30 SE HABLO DE
- 30 LA F.E.P. INFORMA
- 32 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 120

- 2 EDITORIAL
- 5 TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR Y PLANTAR POR TERAPIAS ALTERNATIVAS. ACUPUNTURA Y FITOTERAPIA por J. L. Fernández Lago
- 12 BIOMECANICA, PERSPECTIVA PROFESIONAL por M. González San Juan
- 13 MICOLOGIA PODOLOGICA por Equipo docente de la Escuela de Podología de Barcelona
- 23 OPINION
- 24 HOY ENTREVISTAMOS A
- 29 FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

30 SE HABLO DE  
30 LA F.E.P. INFORMA  
32 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 121

2 EDITORIAL  
4 ENFERMEDADES Y TOMURES DERMICOS CON COMPROMISO URGUEAL  
por J. J. Castellano Fornes  
12 INTERRELACION OSTEO-DERMICA EN LAS DERMOPATIAS POR FRICCION,  
SINTESIS DEL TRABAJO por S. Hervás Tamarit  
14 VISITA A LANGER por J. Aycart Testa  
16 QUISTES EPIDERMICOS EN EL PIE por J. Alonso Guillamón  
25 OPINION  
26 HOY ENTREVISTAMOS A  
27 FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS  
28 SE HABLO DE  
29 LA F.E.P. INFORMA  
32 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 122

2 EDITORIAL  
4 LAS ONICOMICOSIS por J. Cuesta Escudero  
12 LA PROPOLIS UNA VIEJA ALTERNATIVA EN LA ACTUALIDAD  
PODOLOGICA por J. I. Beltran  
17 SOLUCION M.I.S. PARA EL NEUROMA DE MORTON por J. Aycart Testa; M.  
González San Juan  
20 CIRUGIA DE MINIMA INCISION por L. Aycart Vijuesca  
24 OPINION  
27 HOY ENTREVISTAMOS A  
29 FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS  
29 SE HABLO DE  
30 LA F.E.P. INFORMA  
36 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 123

2 EDITORIAL  
5 PROPUESTA DE INCORPORACION DEL PODOLOGO AL MARCO DE  
ACTUACION DEL SERVICIO VASCO SALUD "OSAKIDETZA"  
13 PODOLOGIA INCRUENTA por M. Hernández de Lorenzo  
17 REFLEXOTERAPIA Y PODOLOGIA por J. I. Beltrán  
21 CORRECCION POR MINIMA INCISION SURGERY (M.I.S.) DE LA CRESTA  
OSTEOCONDAL EN EL CUELLO DEL ASTRAGALO por J. Aycart Testa; M.  
González San Juan  
23 OPINION  
24 HOY ENTREVISTAMOS A  
27 FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS  
28 SE HABLO DE  
30 LA F.E.P. INFORMA  
32 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 124

2 EDITORIAL  
5 SISTEMA DE APLICACION PODOLOGICA (S.A.P.) por J. M. Albiol Ferrer; E.  
Giralte de Veciana; V. Marti Novel

- 9 ESTUDIO DESCRIPTIVO EPIDEMIOLOGICO DE LAS ALTERACIONES  
PODOLOGICAS EN E.G.B. por Fco. J. Mena Sánchez; L. Yeste Arcos; C. Cañizares  
Benitez
- 19 PANHIPERTROFIA DE LOS LABIOS UNGUEALES por P. M. Galardi Echegaray
- 23 MIS EXPERIENCIAS EN M.I.S. NUESTRA ACTUACION PARA SUBSANAR  
ERRORES por E. Rodríguez Valverde
- 31 INFORMACION AUTONOMIAS
- 32 PUBLICAMAOS TU FOTO

Nº 125

- 2 EDITORIAL
- 5 LA F.E.P. INFORMA
- 11 ANESTESIA LOCAL EN PODOLOGIA por J. M. Albiol; A. Dorca; y col.
- 19 ULCERAS EN GERIATRIA por A. Rodríguez Santana
- 25 REPORTAJE: XXI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA
- 27 SIDA: RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES DE PODOLOGIA
- 29 II CONGRESO EUROPEO DE PODOLOGIA
- 31 NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS
- 32 PUBLICAMOS TU FOTO

Nº 126

- 2 EDITORIAL
- 5 LA F.E.P. INFORMA
- 6 OVTEOTOMIA EN "V" CON ABORDAJE DORSAL DE LA BASE DE LA  
FALANGE PROXIMAL DEL HALLUX.OVAD por J. Aycart Testa; M. González San  
Juan
- 11 CUIDADOS DE LA PIEL DEL PIE EN EL ENVEJECIMIENTO por P. M. Galardi  
Echegaray
- 17 SOLUCION A UNA YATROGENIA FRECUENTE EN C.M.I. por S. Hervas Tamarit
- 24 CONCLUSIONES DE LAS PRIMERAS JORNADAS VALENCIANAS DE  
PODOLOGIA
- 28 LA TENDINITIS ROTULIANA PUEDE SER CAUSADA POR PRONACION  
EXCESIVA DEL PIE por J. Claverol Serra
- 31 SE HABLO DE





Handwritten text in a cursive script, likely a medical or scientific manuscript, positioned below the illustration. The text is arranged in several lines and appears to be a detailed description or report.



REVISTA  
ESPAÑOLA  
DE

**PODOLOGIA**

ENERO-FEBRERO  
1987

A.E.P.  
n.º 109

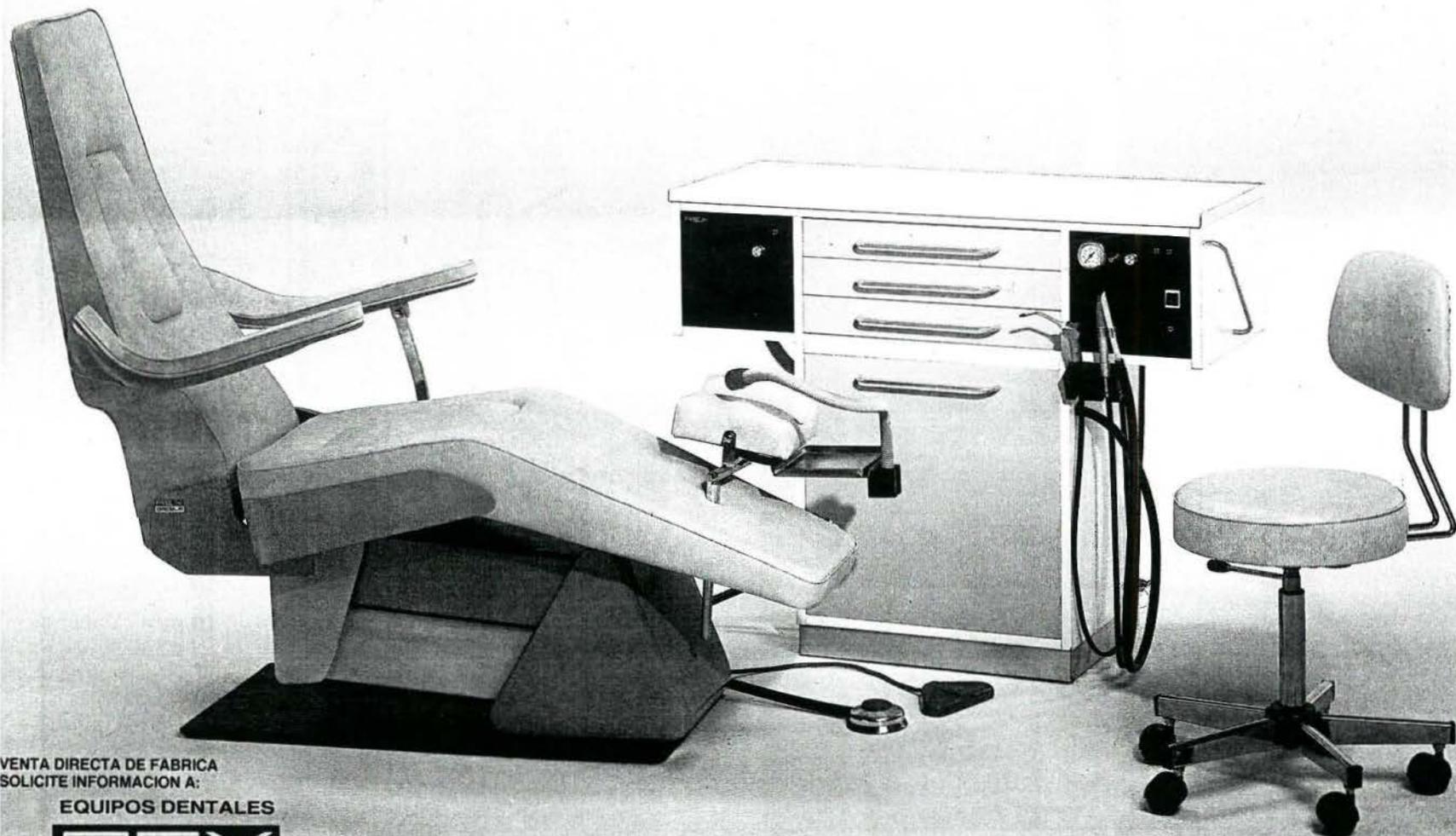
# REX

Equipo para Podología

**Equipo REX-HISPANIA**

**Sillón REX-GACELA-P (RGP)**

Con opcionales



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.  
Avenida Manuel Coronel Marco, 13 - Local "A"

**MINIMO PRECIO - MAXIMA CALIDAD**

MASTER INTERN.  
DE EMPRESAS



PREMIO A LA

# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

## A.E.P.

### Redacción:

San Bernardo, 74  
Teléfono 231 50 44  
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

- 
- 2 EDITORIAL
- 
- 3 MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL.
- 
- 6 XIX CONGRESO NACIONAL DE MALAGA (Programa de Actos)
- 
- 10 TRATAMIENTO RADICAL DE HELOMA PLANTAR RECALCI-TRANTE. OSTEOTOMIA DEL META CAUSANTE POR LA TECNICA DE LA CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION.
- 
- 12 ASOCIACION VASCO-NAVARRA
- 
- 15 LA PODOLOGIA EN LA SOCIEDAD.
- 
- 19 EN CLAVE DE DESPEDIDA.
- 
- 20 PODOLOGIA GERIATRICA EN ESPAÑA.
- 
- 22 COMENTARIOS DE LIBROS.
- 
- 23 LIBRO MONOGRAFICO DEL CONGRESO DE PODOLOGIA EN ZARAGOZA.
- 
- 25 SEMIOLOGIA INSTRUMENTAL PARA EL ESTUDIO DE PRESIONES.
- 
- 31 ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS.
- 

Rogamos se envíe todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

## Nuestro ansiado Decreto Regulator

*Si hubiera que sintetizar en un tema concreto las ansias y preocupaciones profesionales de una gran mayoría de podólogos, posiblemente se centrarían en la consecución del Real Decreto sobre la incorporación a la Universidad de los estudios de Podología.*

*Las mil y una gestiones, informes, exposición de razones, y en lo que cabe presiones, han posibilitado una toma de decisión de la Administración coincidente con nuestra posición. Incluso elaboración de un texto respetuoso con nuestros derechos. La Organización Colegial de A.T.S. emite por primera vez un Informe favorable al mismo y no es beligerante con nuestra visión de no ser especialidad de Enfermería.*

*Entretanto y como era nuestro temor, la Administración española está tomando en consideración la legislación de la C.E.E. en ese esfuerzo de homologación a la que condiciona su adhesión a la Organización.*

*Esto hace que los actuales responsables del M.º de Universidades crean necesario recabar Informes al Consejo de Universidades, actual entidad tras la Ley de Reforma Universitaria que substituye al Consejo de Rectores que ya en el mes de Julio de 1985 emitió informe favorable al proyecto de Escuela Universitaria de Podología.*

*El Consejo de Universidades está en este momento realizando a través de distintas mesas de trabajo, un estudio completo de las directrices generales de todas las carreras universitarias y los años necesarios con la idea de homologar en lo posible a la realidad de la Comunidad Europea.*

*El criterio no es estricto porque tampoco hay una unanimidad en el modelo, pero no podemos olvidarlo por la repercusión para nuestro caso.*

*El momento es muy delicado y hace falta una decidida tarea para impulsar y convencer a la Dirección General de Ordenación Universitaria que nuestro caso está más que estudiado y definido en anteriores informes y los compromisos adquiridos, para la aprobación del Real Decreto.*

*El estudio de las mesas de trabajo puede alargarse considerablemente y quedar marginados si como se pretende salen las Especialidades de Enfermería a corto plazo.*



SAN BERNARDO, 74  
TEL. 231 50 44  
28015 MADRID

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

**MINISTERIO DE TRABAJO Y  
SEGURIDAD SOCIAL**

A/a. de D. Emilio Domínguez Angulo  
Pío Baroja, 6  
28071 MADRID

En relación con la documentación presentada para su depósito, el pasado 13 de Noviembre de 1986, correspondiente a la Federación Española de Podólogo, y en la cual figuraban como Entidades constituyentes de las mismas, las Asociaciones de Podólogos correspondientes a:

ASOCIACION EXTREMEÑA  
ASOCIACION MURCIANA  
ASOCIACION CATALANA  
ASOCIACION ANDALUZA  
ASOCIACION GALLEGA  
ASOCIACION ARAGONESA

ASOCIACION MADRILEÑA  
ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA  
ASOCIACION ISLAS CANARIAS  
ASOCIACION LEVANTINA  
ASOCIACION VASCO-NAVARRA

Y dadas las dificultades surgidas, con motivo de que las Asociaciones representantes a Aragón, Galicia, Canarias y Vasco-Navarra, fueron constituidas, las tres primeras en virtud de la Ley de 24 de Diciembre de 1964 y la cuarta, al no poseer personalidad jurídica por haber efectuado su depósito, en ese Servicio el 1.º de Octubre de 1986, hemos decidido por acuerdo adoptado por representantes de dichas Asociaciones, retirar su carácter de miembros promotores de nuestra Federación, estando por tanto constituida por las Asociaciones siguientes:

ASOCIACION EXTREMEÑA  
ASOCIACION MURCIANA  
ASOCIACION ANDALUZA  
ASOCIACION LEVANTINA

ASOCIACION MADRILEÑA  
ASOCIACION CATALANA  
ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA

Consecuentemente con lo expuesto, rogamos tramiten el depósito e inscripción de nuestra Federación Española de Podólogos con los miembros constituyentes indicados.

Una vez, las Entidades exceptuadas anteriormente, se hayan constituido de conformidad con la normativa legal vigente, Ley 19/77, de 1.º de Abril y Decreto 873/77, de 22 de dicho mes, solicitarán la adhesión o integración en nuestra Federación a cuyo efecto, remitiremos la documentación correspondiente.

Como consecuencia de lo anterior, queda nombrada una Comisión Gestora integrada por:

**PRESIDENTE**

Julio García Martínez  
Berlín, 6.º Izda.  
MADRID

**SECRETARIO**

Francisco Farreras Morcillo  
Bruc, 11-13, 2.º, 1.ª  
HOSPITALET DE LLOBREGAT (Barna)

**VICE-PRESIDENTE**

Andrés Rueda Sánchez  
Avda. de la Generalitat, 68 bajo  
SANTA COLOMA DE GRAMANET (Barna)

**TESORERO**

José Vilar Fuster  
Pintor Rivera, 4-4  
VALENCIA

**VOCALES**

Manuel Albalá Valle  
Colón, 1  
CADIZ

José Luis Moreno de la Fuente  
Constancia, 22 - 5.º  
MADRID

Isaías del Moral Roberto  
Castellón, 8 - 3.º  
VALENCIA

José Luis Muñoz Alvarez  
Cta. de Rosales, 3 - 1.º  
ARANDA DE DUERO (Burgos)

MADRID, 14 de Febrero de 1987

V.º B.º  
EL PRESIDENTE



EL SECRETARIO



**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.º • 08037 Barcelona • Tel.: 215 77 49



**SUMINISTROS MEDICOS**

**LUGA**

# XIX CONGRESO NACIONAL DE MALAGA

## PROGRAMA DE ACTOS

### CONGRESISTAS

#### 29 Abril (Miércoles)

- 16,00 h. Apertura de la Secretaria General en la sede del Congreso. Recogida de documentación. Exposición comercial.
- 18,00 h. Inauguración oficial del Congreso, con asistencia de las primeras Autoridades.
- 18,30 h. Conferencia magistral inaugural, por el  
**Ilmo. Sr. D. José María Smith Agreda.**  
Catedrático de Anatomía de la facultad de Medicina de Málaga.
- 20,00 h. Proyección de la película de la Segunda Manifestación Nacional de la Salud del pie en Málaga, año 1968. Ofrecida por  
**D. José Ferré Anglada.**  
Podólogo de Barcelona.
- 20,30 h. Cocktail de bienvenida, con actuación de una Panda de Verdiales.

#### 30 Abril (Jueves)

- 9,00 h. Conferencia Magistral.  
**D.ª Virginia Novel Martí.**  
Directora Escuela de Podología de Barcelona.
- 9,30 h. Estudio Biomecánico de la marcha por computadora.  
**D. Bernardo Vázquez Maldonado.**  
Podólogo Fútbol Club Barcelona.
- 10,00 h. Función del Podólogo en un equipo de salud.  
**D. Valeriano Molina Martín.**  
Podólogo de Málaga.
- 10,30 h. Descanso. Visita a la Exposición Comercial.

- 11,00 h. Tratamiento Energético del Hallux-Valgus.  
**D. Juan Marín Costa.**  
Podólogo de Barcelona.
- 11,30 h. Anestesia local en Podología.  
**D. José Ramón Echegaray Rodríguez**  
Podólogo de Vigo (Pontevedra).
- 14,00 h. Almuerzo de trabajo en el Hotel Alay.
- 16,00 h. Pie Cavo: Forma Clínica, Exploración y tratamiento.  
**D. José Luis García Ramírez.**  
Podólogo de Málaga.
- 16,30 h. Aplicación de Espumas Térmicas en Podología Geriátrica.  
**D. José L. Salcini.**  
Podólogo de Cádiz.
- 17,00 h. Descanso. Visita a la Exposición Comercial.
- 17,30 h. El Juanete de Sastre.  
**D. L. Aycart.**  
Podólogo de Madrid.

#### 1 Mayo (Viernes)

- 9,00 h. Estudio Podológico del Cuerpo de la Guardia Urbana de Hospitalet.  
**D. José Albiol Ferrer.**  
Podólogo de Barcelona.
- 9,30 h. Rehabilitación del Pie Plano.  
**D. José Serrano Bermúdez.**  
Podólogo de Málaga.
- 10,00 h. Exploración y tratamiento por estiramientos de las principales Patologías de Rotación.  
**D. Angel Cabezón Legarda.**  
Podólogo de Navarra.

- 11,00 h. Tratamiento acupuntural de los Pápilomas Plantares.  
**D. Ildefonso Zurita Vela.**  
Podólogo de Barcelona.
- 11,30 h. Fallas quirúrgicas del Antepié y dos alternativas Podológicas como tratamientos.  
**D. Manuel Albala Valle.**  
Podólogo de Cádiz.  
Almuerzo libre.
- 16,00 h. Salida en autocar a la ciudad de Ronda. Recepción en el Aytmo. y visita turística.
- 21,00 h. Cena en el Hotel Reina Victoria.
- 23,00 h. Regreso en autocar a la sede del Congreso.

### 2 Mayo (Sábado)

- 9,00 h. Eficacia de los Exámenes de Salud Escolar en las alteraciones Podológicas: Estudio Epidemiológico de estas alteraciones.  
**D. Francisco Javier Mena Sánchez.**  
Podólogo de Cádiz
- 9,30 h. Estudio comparativo de la Cirugía mayor del Hallux-Valgus con la cirugía mínima incisión.  
**D. Salvador Hervas Tamarit.**  
Podólogo de Madrid

- 10,00 h. Trastornos Quirúrgicos poco frecuentes en el pie.  
**D. Julio Alonso Guillamón.**  
Podólogo de Barcelona.
- 10,30 h. El Ordenador aplicado al estudio de las presiones del pie en la marcha.  
**D. Máximo González Jurado.**  
Podólogo de Córdoba.
- 11,00 h. Biomecánica del pie.  
**D. Martín Rueda Sánchez.**  
Podólogo de Barcelona.  
Conferencia Magistral de Clausura.
- 12,00 h. Entrega de placas a los conferenciantes y diplomas a los congresistas asistentes.
- 12,30 h. Clausura oficial del Congreso.  
Almuerzo libre.
- 17,00 h. Asamblea Nacional de Podólogos.
- 20,30 h. Traslado en autocar al Casino de Torrequebrada. Cena de gala y espectáculo.  
(Se ruega D.N.I. para entrada en los salones de juego).

Durante las ponencias habrá un Presidente de Mesas y Moderador. Al término de cada conferencia habrá un tiempo de 10 minutos para contestar las preguntas que se formularán por escrito al moderador.

## ACOMPAÑANTES

### 29 Abril (Miércoles)

- 18,00 h. Inauguración Oficial del Congreso con asistencia de las primeras Autoridades.
- 20,00 h. Proyección de la película de la Segunda Manifestación Nacional de la Salud del Pie en Málaga, año 1968. Ofrecida por D. JOSE FERRE ANGLADA (Podólogo de Barcelona).

- 20,30 h. Cocktail de bienvenida con actuación de una Panda de Verdiales.

### 30 Abril (Jueves)

- 9,00 h. Salida en autocar para la ciudad de Nerja. Visita turística, incluyendo las Cuevas.
- 13,30 h. Aperitivo ofrecido por el Excmo. Ayuntamiento de Nerja.

14,00 h. Almuerzo en el Hotel Mónica.

16,00 h. Traslado en autocar a la ciudad de Málaga. Visita turística y Corte Inglés. Se ofrecerá un refrigerio.

### 1 Mayo (Viernes)

9,00 h. Salida en autocar para visitar las ciudades de Marbella (Puerto Banús) y Mijas.

13,00 h. Regreso en autocar a la Sede del Congreso.

Almuerzo libre.

15,30 h. Salida en autocar a la ciudad de Ronda. Visita a la ciudad.

21,00 h. Cena en el Hotel Reina Victoria.

23,00 h. Regreso en autocar a la sede del Congreso.

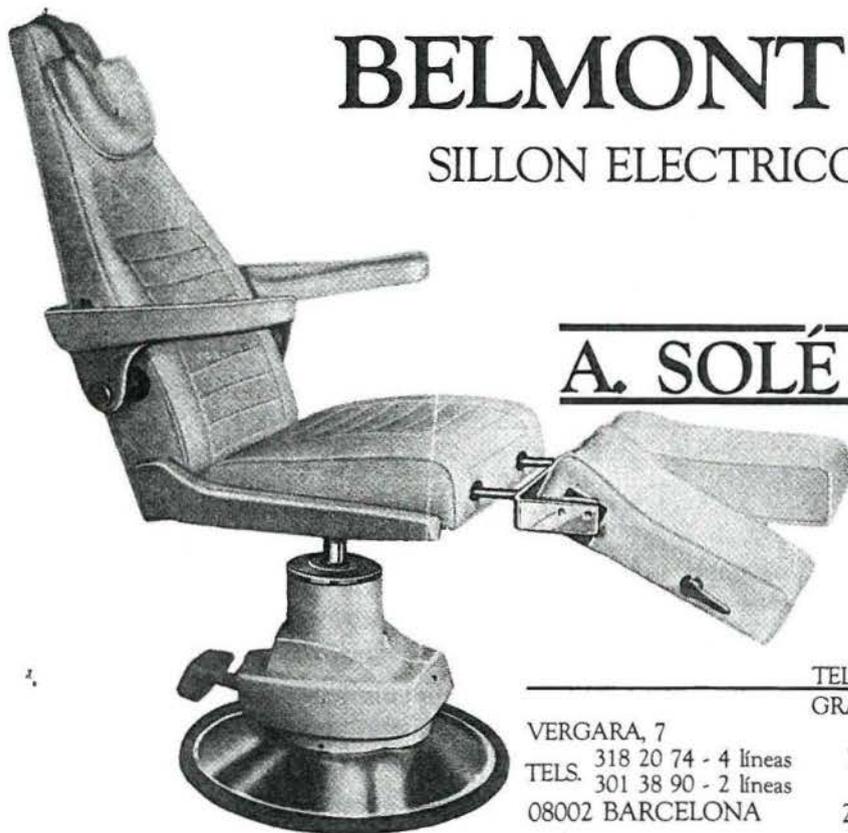
### 2 Mayo (Sábado)

Día libre.

20,30 h. Traslado en autocar al Casino de Torrequebrada. Cena de gala y espectáculo.

(Se ruega D.N.I. para entrada en los salones de juego).

NOTA: La Organización se reserva el derecho de modificar el programa por causas de fuerza mayor.



# BELMONT - 007.P.B.

SILLON ELECTRICO PARA PODOLOGIA

## A. SOLÉ PALOU, S. A.

INSTALACIONES  
COMPLETAS DE  
GABINETES DE  
PODOLOGIA

TELEGRAMAS: SOPAL

GRAN VIA, 15, edº, 1.º

VERGARA, 7  
TELS. 318 20 74 - 4 líneas  
301 38 90 - 2 líneas  
08002 BARCELONA

222 01 91  
TELS. 221 40 95  
221 42 34  
28014 MADRID

PINTOR ZARIÑENA, 3  
TELS. 331 31 01  
331 31 06  
46003 VALENCIA

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# TRATAMIENTO RADICAL DE HELOMA PLANTAR RECALCITRANTE. OSTEOTOMIA DEL META CAUSANTE POR LA TECNICA DE LA CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION



**J.J. ARAOLAZA  
EIBAR**

Un problema importante en nuestra consulta lo constituye la presentación del heloma plantar consecutivo a la sobrecarga de un determinado metatarsiano.

Los tratamientos ortopodológicos con las correspondientes descargas, en el mejor de los casos logran un resultado paliativo que no satisface con frecuencia al paciente.

La experiencia personal que puedo aportar con el tratamiento quirúrgico, me anima a escribir este trabajo que tiene la intención e interés de colaborar y apoyar las diversas ponencias de distinguidos compañeros en el loable empeño de extender la técnica de la cirugía de la Mínima Incisión.

La indicación viene dada por dos componentes claros:

- a) Sobrecarga de un determinado meta
- b) Hiperqueratosis recalcitrante rebelde a tratamiento ortopédico.

## Descripción de la técnica quirúrgica

Tras la comprobación analítica y radiológica que identifique el meta causante del transtorno, se procede a la asepsia de campo, manos e instrumental.

Como en todas las intervenciones de cirugía mínima, no se debe de realizar ningún procedimiento físico para evitar la circulación y la hemorragia en el acto.

Anestesia tipo troncular sobre la diáfisis del meta con Scandicain y su porcentaje de corticoesteroide correspondiente.

Se localiza el nivel adecuado y se realiza una incisión de 5 mm. en el dorso el pie.



*Incisión mínima sobre la cabeza del meta problemático.*

Separando el tendón correspondiente, colocar la fresa en la parte central del cuello del meta, taladrando a continuación con suavidad y sin maniobras bruscas.

La utilización de la fresa especial al caso ha de ser muy cuidadosa para evitar su rotura y la fuerza del micromotor ha de ser potente sin que rebase las 8.000 revoluciones. Una cualidad importante del micromotor será la de disponer de cambio de giro para el caso de que quede la fresa atascada.

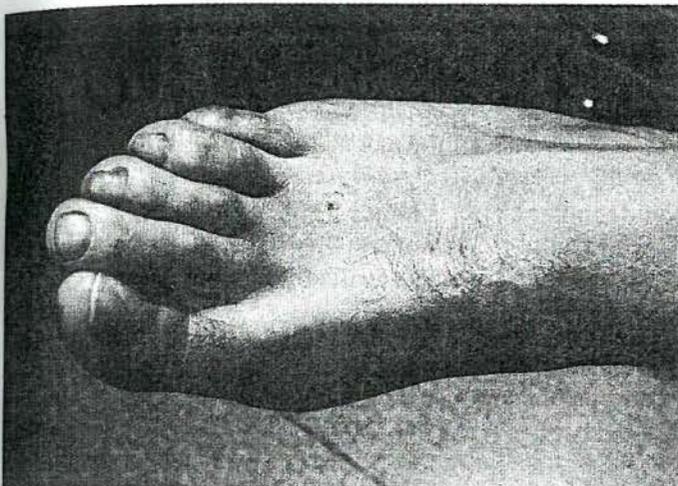


*Osteotomía realizada sobre el 3.º metatarsiano.*

Se ha de evitar herir la superficie condílea articular de la cabeza metatarsiana.

A partir de esta perforación central, terminar lateralmente en ángulo para que no haya un desplazamiento excesivo del fragmento.

Con este mismo fin, la orientación de la



*Aspecto de la incisión necesaria.*

fresa al realizar la perforación ha de ser entre 5.º y 10.º en relación a la perpendicular del eje diafisario.

Esta orientación se hará distal dorsal y proximal plantar.

Como en toda intervención de este tipo, se realiza un buen lavado de arrastre con sue-

ro y termino con un punto de sutura y vendaje semi-compresivo tipo tensoplast.

La deambulación post quirúrgica ha de ser cuidadosa. Evitar caminar con violencia, correr o dar saltos.

A los 8 días se levanta la cura y se retira el punto de sutura.

Se ha de mantener el vendaje ferulizante anteriormente descrito durante 30 ó 40 días, observando cuidado en la deambulación. Esta deambulación se ha de realizar apoyando neutramente la zona metatarsal lo que va a conseguir el fraguado de la fractura con el nivel del meta adecuado.

### Conclusión

El tratamiento del heloma plantar recalcitrante ha de considerar la osteotomía del meta por la técnica de la Cirugía Mínima como un hecho de solución definitiva con unos puntos de ventaja importantes:

- 1.º La mínima repercusión post-quirúrgica.
- 2.º Práctica normalidad en el quehacer habitual.
- 3.º La nivelación del meta se produce durante el fraguado de la fractura y en la medida necesaria solicitada por la propia deambulación.
- 4.º Soluciona definitivamente el problema.

---

## La Universidad Pública de Navarra tiene el propósito de establecer una Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios en la que se impartirán estudios de Diplomado en Podología.

**La Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios:** Concederá los títulos oficiales de Diplomado en Enfermería y Diplomado en Fisioterapia y las titulaciones propias de la Universidad Pública de Navarra de Diplomado en Logopedia, Diplomado en Podología y Diplomado en Dietética.

### ACTIVIDADES ACADEMICAS.

**En 1992 y 1993, Claustro constituyente y Estudios.** Se constituirá, tras elecciones, el Claustro constituyente, se añadirá un curso más a los curricula comenzados en cursos anteriores y comenzarán a impartirse los estudios de **diplomado en Podología**, ingeniero Técnico en Técnicas Energéticas, licenciado en Políticas e ingeniero de Telecomunicaciones. En 1993 podrían aprobarse los Estatutos elaborados por el Claustro constituyente si se han presentado al Gobierno de Navarra. Nuevo curso a los estudios comenzados.

# ASOCIACION VASCO-NAVARRA

---

*La Delegación de Navarra ha enviado al Colegio de A.T.S. de Pamplona un escrito de denuncia por la actuación de intrusismo en Podología de un A.T.S. de la localidad.*

---

Los abajo firmantes, podólogos en ejercicio y colegiados en ese Ilustre Colegio Provincial de A.T.S. y D.E. de Navarra.

Exponen: Que es de general conocimiento y con documentación obrante en los archivos de ese Colegio, la situación antirreglamentaria del A.T.S. Sr. Luis A. Olcoz Zaratiegui que con desprecio de la legislación vigente y careciendo de la titulación de Podólogo, realiza funciones que están reservadas a dichos titulados.

Que la quiropodia es una importante faceta del quehacer del Podólogo, el cual puede realizar dicha acción y darle la proyección adecuada como posible síntoma de una anormal biomecánica.

Que el Decreto 727/1962 establece claramente la reserva de esta función al Podólogo y acaba con los términos y posible ejercicio de los antiguos "callistas" dándoles las posibilidades de adaptación a la nueva situación.

Que este mismo Decreto le habilita al Podólogo como requisito básico del ejercicio de su profesión, "a la recepción directa del paciente para que pueda desarrollar su actividad con total autonomía".

Que la actividad del Sr. Olcoz, cuando realiza la quiropodia, infringe claramente dos preceptos básicos:

- 1.º Bajo la inexistente titulación de "callista" realiza funciones claramente reservadas al Podólogo, excediéndose por lo tanto a las funciones que su titulación le permite.
- 2.º Tampoco le está permitida por su titulación, la "recepción directa del paciente", característica inherente a la actividad del Sr. Olcoz que denunciamos, cuando a lo sumo su titulación le permite "auxiliar al Médico en todas sus actividades profesionales con su indicación o vigilancia".

Que es del conocimiento de ese Colegio Profesional la circular del M.º de Sanidad y Consumo de fecha 18 de Abril de 1983 en la que aclara totalmente la ilegalidad de aquellos Practicantes y A.T.S. que sin el correspondiente Diploma de Podólogo vinieran ejercitando como "Callistas". **Documento n.º 1.**

Que también es del conocimiento de ese Colegio de A.T.S. el Informe emitido por la Asesoría del Consejo General del 11 de Abril de 1983. **Documento n.º 2.**

Que es de conocimiento también de ese Colegio Provincial la respuesta del mismo Sr. Olcoz a la carta del Consejo General de A.T.S. en la que confiesa realizar actividades de "callista". **Documento n.º 3.**

Se adjunta copia de los citados documentos.

Que ante todo ello y dentro de las funciones de ese Colegio Provincial comprendidas en el art. 3.º y en los puntos H), J), L), LL) y Q), creemos se encuentra el cumplimiento del contenido objeto de este escrito.

Que con todo respeto a la decisión de esa Junta de Gobierno, consideramos que existen antecedentes suficientes para que se inicie la apertura de expediente disciplinario en la forma prevista por el Art. 63.

Por todo ello

Rogamos se tome en consideración este escrito por cuanto que encontramos perjudicados nuestros derechos profesionales y solicitamos como colegiados la protección y defensa de la Corporación Profesional a la que pertenecemos.

Es gracia que espera alcanzar de su recto proceder.

Fco. JAVIER LUNA  
N.º Colegiado

ELENA SAEZ ISTILART  
N.º Colegiada 3.671

BEGONIA IRUJO ECHECHIPIA  
N.º Colegiada 2962

MIGUEL ANGEL EGUILUZ LOPEZ  
N.º Colegiado: 2520

R. Iba Barroain  
N.º Colegiado -

Angel F. Cabezaín Lopera  
N.º Colegiado: 2.149

SOLEDAD MARTINEZ SADA  
N.º COLEGIADO: 2960

Carmen De la Fuente  
Foncea.  
N.º Colegiado: 3.097.

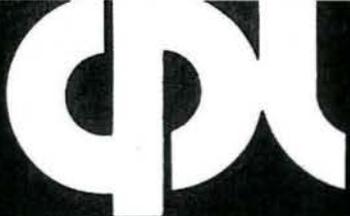
Jose M.ª Sola  
Martiarena  
N.º e. 398

Javier Sarasa Moneo  
N.º Colegiado 452

Javier C. López Paredo.  
N.º Colegiado: 1558.

Jose A. Toruos  
N.º Colegiado: 3.155  
Jose Antonio Toruos

# RESTAURADOR MANTO ACIDO



PROTECTOR  
EPIDERMICO  
PODOLOGICO



Regula la hidratación de la piel.  
Impide la inhibición proteica.  
Da suavidad y flexibilidad a su piel.  
Evita la descamación.  
Amortigua las agresiones químicas y alcalinas.  
Impide el desarrollo de microorganismos.  
200 c.c. USO TOPICO

RESTAURADOR  
MANTO ACIDO  
C.P.I.  
ESPECIALIDAD DERMATOLOGICA



Regula la hidratación de la piel.  
Impide la inhibición proteica.  
Da suavidad y flexibilidad a su piel.  
Evita la descamación.  
Amortigua las agresiones químicas y alcalinas.  
Impide el desarrollo de microorganismos.

200 c.c. USO TOPICO

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 FISIOLÓGICO** 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

# LA PODOLOGIA EN LA SOCIEDAD

Tema analizado en mesa redonda por:

- Teresa BERNAL
- Felipe AYUSO
- José BERNAL
- Eduardo HERRERA
- Ildefonso ZURITA
- Juan MARIN

Portavoz: Juan MARIN COSTA

El presente estudio refleja las conclusiones de una mesa redonda sobre el tema, actuando en ella los Sres. Teresa Bernal, Felipe Ayuso, José Bernal, Eduardo Herrera, Ildefonso Zurita y Juan Marin.

Se hace difícil valorar la integración de la Podología en la sociedad, hablando de ésta en términos absolutos puesto que esta misma, la sociedad, es distinta según el medio en que se desenvuelve. Además, la misma sociedad nos divide en clases, así hablamos de clase alta, media o baja según su poder económico, lo cual tiene connotaciones de tipo cultural es decir, a mayor renta mayores posibilidades de adquirir cultura y viceversa.

La muestra sociológica la realizamos en zonas de la provincia de Barcelona. En esta muestra observamos que durante los años 60 hay un fuerte incremento de la población, debido a las mayores posibilidades de trabajo de tipo industrial y a mejores rentas ofrecidas por la misma. Durante una década aproximadamente crecen otras poblaciones alrededor de la gran ciudad que ofrecen viviendas a los inmigrantes, olvidándose, de crear servicios adecuados para este aumento de la población, esto provocó lo que se llamó y se denomina aún hoy ciudades dormitorio. A partir de los años 70 y como consecuencia del aumento del precio del petróleo, la industria sufre una crisis que provoca el cierre de empresas con el consiguiente despido de trabajadores.

Así pues, la sociedad que presentamos está compuesta en su mayoría por inmigrantes extrapolados en su mayoría de una sociedad agraria a la industrial, y hoy sometidos bajo el azote del paro, un 20% de la población activa, con un incremento de pensionistas y de jóvenes que aún no han accedido al primer empleo.

Si aceptamos las divisiones de clases sociales diremos que el ámbito del presente estudio se basa en una población cuyo nivel de renta es medio y bajo.

Dice el diccionario que sociedad es una reunión permanente de personas, pueblos o naciones que conviven y se relacionan bajo unas leyes comunes, o también como agrupación de individuos con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida.

De salud, según la OMS, diremos que es un estado de completo bienestar, físico, psíquico y social y no solo como ausencia de enfermedad, aunque preferimos la definición de René Dubos, el cual dice, que salud es un estado de adaptación al medio y a la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio.

La Real Academia de la Lengua admite (R.D. 2966/1980) los términos Podología, diciendo que es una rama de la medicina que tiene por objeto el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, cuando dicho tratamiento no rebasa los límites de la cirugía menor. Preferimos la definición de que Podología es la parte de la medicina que estudia las características anatómicas y funcionales y patológicas del pie. Como observamos, incluso la Real Academia de la Lengua, admite los términos de Podología dándole una definición ajustada a la realidad y sin

embargo sería necesario que esta realidad se ajustara a la definición anteriormente descrita. Si nos definimos como profesionales de la salud, deberíamos admitir que nuestro campo de actuación no debe limitarse únicamente a la labor asistencial.

En nuestro país el sistema sanitario es de Seguridad Social, en el cual el Estado y por medio de cuotas mantiene servicios asistenciales propios, pero al mismo tiempo coexiste un sistema liberal. Es en este sistema liberal en el cual actuamos los podólogos, esto viene reflejado en el B.O.E. no 304 de 20 de noviembre de 1963, donde dice que nuestro campo de trabajo se reduce al ejercicio libre.

El sistema liberal tiene sus ventajas y sus inconvenientes, citaremos como ventaja el trato individualizado al paciente, como inconveniente el pago directo de nuestros honorarios por el paciente, lo cual crea desequilibrios puesto que únicamente recibe la asistencia aquel cuyo nivel de renta le permite pagar lo estipulado. Si observamos estos hechos con la muestra sociológica citada anteriormente, se deduce fácilmente que nuestra actividad no está plenamente integrada en la sociedad, hay gran número de ciudadanos que recurren a otros sectores puesto que les ofrecen servicios de atención a bajo coste, cayendo en intrusismo y haciendo peligrar la salud de los pies de nuestros conciudadanos. Debemos pues admitir que nos estamos convirtiendo en profesionales al servicio.

Martín Rueda en la revista de la A.E.P. n.º 68 del año 1978 y sacado de un contexto más amplio dice: "de nuestra actuación, va a depender la realidad social", y nosotros añadiríamos que nuestra actuación debe adaptarse a la realidad social de nuestros ciudadanos.

Enrique González Gómez en la revista de la A.E.P. n.º 82 del año 1981, cita que deberíamos tener concierto individual y colectivo dentro de la Seguridad Social, si entendemos nuestro campo de actuación como asistencial, esto sería válido, pero creemos que deberíamos estar presentes en todas las áreas de salud.

Para nosotros sería esencial desarrollar dos tipos de acciones, éstas serían: internas y externas.

**Acciones internas:** serían aquellas propias del colectivo, entre el colectivo y para el colectivo de podólogos.

1) Acción docente: estudio permanente y puesta al día de avances científicos y técnicos.

2) Acción investigadora: desarrollar grupos de trabajo, recogida de datos epidemiológicos, etc. Acción que a nuestro entender debería de fomentar y facilitar las escuelas de Podología, puesto que al estar dentro de la Universidad no solo le corresponde una función docente, sino también de investigación. Con referencia a este tema citaremos unas palabras de Alvaro Ruiz Marabot plasmadas en la revista de la A.E.P. n.º 93 del año 1984 que bajo la pregunta ¿Investigamos? dice: "los estudios epidemiológicos tan necesarios en nuestras reivindicaciones sobre nuestro futuro profesional ¿dónde están?".

3) Acción de control de la ética y deontología profesional.

**Acciones externas:** serían aquellas llevadas por el colectivo de podólogos y realizadas en beneficio de la sociedad. Estas acciones se verían reforzadas con la realización de las internas.

1) Acciones preventivas: en función de impedir hábitos insanos, modificarlos o evitar secuelas en pacientes enfermos. Estas las clasificamos en:

– Primarias: Inculcar hábitos sanos a la población que todavía no ha adquirido hábitos insanos. Acción a desarrollar entre los escolares, presencia pues de podólogos en la salud escolar y reforzándolo con divulgación podológica.

– Secundarias: Cambiar hábitos insanos, presencia de podólogos en la salud laboral, reforzando todo esto con divulgación podológica.

– Terciarias: Impedir incapacidades a individuos enfermos, sería individual según se destine a un individuo o a un grupo con alto riesgo.

2) Acciones asistenciales: las que actualmente realizamos pero en un contexto de asistencia pública y reforzándolo por medio de prevención secundaria o terciaria según el paciente esté en una fase sub-clínica o clínica.

3) Acciones rehabilitadoras: en cuanto a impedir incapacidades con reforzamiento de acciones preventivas de tipo terciario.

Parece ser que la Nueva Ley de Sanidad, va a dar prioridad a la atención primaria y en concreto a la salud pública. El derecho a la salud lo recoge nuestra Constitución y como podólogos reclamamos el deber de estar presentes en el campo de la salud y no solo como elementos puramente asistenciales, puesto que corremos el riesgo que otros profesionales invadan nuestro campo. Cuando estemos presentes en todas las áreas de la salud pública podremos decir que la Podología está integrada en la sociedad.

Diréis que es utópico, sin embargo Moragas cita: "las utopías tienen importantes funciones sociales que cumplir cuando no constituyen una evasión de la realidad, sino un mecanismo de motivación para formas sociales inadecuadas y que hay que reformar y mejorar".

Hasta hoy, 1986, se han perdido muchos trenes, intentemos no perder el próximo, podría ser el último y quedar en vía muerta.

---

---

# MIFER

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

- Siliconas, complementos del podólogo
- Materias primas
- Instrumental
- Fresas, abrasivos y ácidos
- Piezas para plantillas
- Mobiliario y accesorios

**SOLICITE INFORMACION  
CON SEGURIDAD PODREMOS ATENDERLE**

Sierra Bullones, 10  
28029 Madrid  
Teléfono 733 63 54

**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 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**

Onicomycosis. Paroniquia.

#### **Contraindicaciones**

Dermatitis bacteriana.

#### **Incompatibilidades**

No se conocen.

#### **Efectos secundarios**

No se conocen.

#### **Presentación**

Frasco de 30 ml

#### **P.V.P.**

233,— Ptas.



## **NATTERMANN**

# EN CLAVE DE DESPEDIDA

Con la legalización de la Federación Española de Podólogos, ha llegado el momento de decir adiós y pedir relevo en las responsabilidades que durante cerca de 10 años han recaído sobre mi persona.

Tuve la suerte de seguir de cerca la gestión de Leonardo Escachs en sus últimos años merced a que fui elegido Vicepresidente 2.º el año 1980 en substitución de otro entrañable y caballero compañero como es Isaías del Moral padre. Anteriormente y desde el año 78 ocupaba el cargo de Delegado de la zona Norte.

Desde entonces han pasado muchas cosas y he tenido ocasión de ver y aprender otras muchas.

En todas ellas he intentado actuar con independencia de intereses personales. A pesar de sentirme íntimamente satisfecho, estoy seguro que no siempre habré actuado de esa forma y he de pedir disculpas a quien se haya sentido herido en esas circunstancias.

Mi trabajo en la Asociación me ha dado posibilidad de conocer y estimar a magníficos compañeros que sé que me honran con su amistad a lo largo y ancho del estado. También sé que he contado con su confianza y ello me ha permitido trabajar en circunstancias muy favorables.

Como le escribía hace pocos días a uno de ellos, ha habido momentos muy malos en los que he sentido compasión personal durante un viaje problemático al verme dando vueltas en cualquier día y a cualquier hora.

Me he sentido estimado y arropado por la generalidad de mis compañeros de Junta y la colaboración en especial con Angel Gil como Tesorero y Luis Cajal como Presidente ha hecho que nuestra amistad y estima se haya establecido de forma permanente y más allá del quehacer que nos ha unido.

Creo sinceramente que se ha avanzado positivamente en muchos campos, pero soy consciente que quedan temas muy importantes sin resolver.

Desearía que los nuevos responsables contaran con el apoyo y la colaboración de todos, porque todos somos necesarios en este trabajo de lograr una profesión más agradable, más independiente y más realizadora. Espero se vayan superando problemas de cohesión interna y se esté atento a todo lo que ocurre y con conocimiento de todos los hechos, se realice una labor de crítica constructiva a los planteamientos profesionales.



El futuro de la podología lo veo magnífico si así lo queremos que sea.

No quiero terminar sin agradecer los intentos de muchos compañeros para que continúe en la brecha, pero he tenido mi oportunidad y creo haber respondido a la obligación que todos tenemos de trabajar por todos fuera de nuestro ámbito privado. Ahora toca a otros.

Mientras cuente con la confianza de la nueva Junta, me dedicaré a la Revista para mejorarla y dotarla de atractivos que la hagan ser esperada con ilusión. Ello no es posible sin la colaboración de todos, y a esta tarea me entregaré con todas mis fuerzas.

**J.J. Araolaza**

# PODOLOGIA GERIATRICA EN ESPAÑA

El Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dedicará este año 4.400 millones de pesetas para mejorar el estado de la salud y prevenir las enfermedades de la población mayor de 60 años. El Inserso, que presta asistencia a un colectivo de más de un millón setecientas mil personas, a través de los Centros de día y Residencias de la Tercera Edad, realizará este año 133.630 (reconocimientos de salud) y 223.302 TRATAMIENTOS DE PODOLOGIA al colectivo de la tercera edad, y dentro de su programa de asistencia geriátrica especializada. Todos los medios de comunicación social ha dado estos días estas noticias proporcionadas por INSERSO.

Los Hogares y Club de Inserso suman 507 centros.

Inserso cuenta con 72 Residencias propias y mantiene concierto con 13, y en el año 1987 se van a construir cinco residencias, dos en Madrid, Teruel, Salamanca y Santander.

<u>SERVICIOS</u>	<u>PREVISTO 1986</u>	<u>REALIZADOS EL 3.<sup>er</sup> TRIMESTRE DE 1986</u>	<u>PREVISTO 1987</u>
Reconoc. de Salud	52.239	42.669	133.630
Tratam. de Podología	68.429	75.589	223.302

La PODOGERIATRIA ha sido reconocida por el Gobierno de la Nación, ha incrementado en un 100% los presupuestos para Podología en 1987. Como podéis observar, los reconocimientos de Salud (chequeos) son muy inferiores a los tratamientos de Podología. Ante el incremento de la asistencia Podológica el Gobierno Socialista ha tomado la importante decisión para el colectivo de Podólogos de incrementar su asistencia. Creo que al final ya tenemos una Subespecialidad, la PODOGERIATRIA, que así se considera en los EEUU, reconocida por el Estado español será una de las posibles salidas

de las promociones de DIPLOMADOS UNIVERSITARIOS EN PODOLOGIA.

Como coprotagonistas de la creación de la Podología en la tercera edad, voy a hacer una breve historia.

En el año 1971, estando yo en Almería, un Hotel de cuatro estrellas que había pedido dinero al Estado, al no poder pagarlo, se crea la primera Residencia de Pensionistas de España. D. Juan Vidal, Director General de la Tercera Edad, cree necesario crear el departamento de Podología en la Residencia. Al principio ejercía de Practicante y de Podólogo. Por unas importantísimas gestiones realizadas por D. Zacarías García de Andrés, que se entrevistó varias veces con el Director de Asistencia a los Ancianos D. Juan Vidal, y el compañero Fermín García, Podólogo, primero que tuvo un nombramiento oficial como Podólogo en la Residencia del Gran Sal Blas y un Hogar del Pensionista en Madrid. Las entrevistas que mantuvieron Fermín García, Zacarías García de Andrés con el Dr. SALGADO, asesor mé-

dico y geriatra con el Director General de los Ancianos D. Juan Vidal que visitó varias ciudades europeas y vió que la PODOLOGIA ERA UNA NECESIDAD SOCIAL EN LOS ANCIANOS, hizo concienciarse con el problema.

Después vinieron los contratos como Podólogo en las Residencias y Hogares del Pensionista en toda España, luego pagos por acto podológico.

Aunque hay que ser moderadamente optimista, ya que los tratamientos de Podología solo se hace la Quiropodia, se han he-

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

cho gestiones para que se haga una Podología más integral como puede ser: Ortopodología, Ortesis y no se ha tocado la Cirugía Podológica. La cirugía de la uña en Inglaterra lo hacen los Quiropodistas en los centros de ancianos, pagados por el Servicio Nacional de la Salud. La Cirugía de la Mínima Incisión en Geriátría es sin duda la cirugía más adecuada, dedos deformados, la ex-

tirpación definitiva de muchos helomas, etc., etc.

Esperemos que este reconocimiento Oficial se extienda a otras facetas de la **PODOLOGIA, PODOLOGIA INFANTIL, Podología Deportiva, Cirugía Podológica, Podología Ortopédica, Podología Diabética, etc.**

**Luis Pascua San Miguel**  
**Podólogo. León**

---

## COMENTARIOS DE LIBROS

**BIOMECHANICAL FOOTWEAR BALANCING** (Ortopodología y biomecánica). Por Alan Whitney, D.P.M., profesor de Ortopedia Podiátrica de Pensilvania College de Podiatría Medicina, preparado y distribuido el libro por Pennsylvania College of Podiatric Medicine. Filadelfia. U.S.A. 1979. El libro de ortopodología del Dr. Whitney, profusamente ilustrado empieza con los materiales de ortopedia y los tratamientos que hacen en el College de Filadelfia, las correcciones las hacen en el interior del zapato, con muchos esquemas tenemos las correcciones del varus del antepié, las distintas descargas o padin del antepié, descarga para el síndrome de Morton, Valgus, arcos longitudinales, astrágalo-escafoides descarga para pie cavus, arcos externos, calcáneo cuboides. Taloneras. Al final del libro trae todas las figuras del tratamiento ortopológico que se usan en el College de Podiatría de Filadelfia.

**RADIOGRAPHIC CHARTING TECHNIC** (Técnicas de Interpretación de Radiología). Recopilado e ilustrado por Alan Whitney. D.P.M. Preparado y distribuido por Pensilvania College de Podiatría Medicina. Filadelfia. 1978. Como todos sabéis las interpretaciones de la Radiología del pie es complicada, debido a su difícil interpretación han surgido las distintas líneas y ángulos del pie, que en Europa usamos unas líneas y ángulos, éste

libro del Dr. Whitney nos presenta una exhaustiva interpretación de los distintos ángulos y líneas que usan los podiatras en U.S.A. Como son muchas las líneas y ángulos del pie, saco del libro muy extractado las líneas y ángulos más frecuentes: Angulo del metatarso, ángulo del tarso, ángulo digital, ángulo calcáneo.- Astrágalo, ángulo escafoides, cuña.- Angulos del Hallux, ángulo de Hallux abductus, hallux interfalángico, posición de los sesamoideos.- Angulo de la Tibia, ángulo de inclinación del calcáneo. Radiología Podiátrica: Angulo astrágalo calcáneo, ángulo calcáneo metatarsus, ángulo lateral astrágalo calcáneo.

Como final, el libro nos da unas radiografías para que podamos hacer los ángulos líneas que nos serán de gran utilidad para la interpretación de las distintas patologías del pie.

La radiología del pie es indispensable en cualquier clínica de Podología, trabajar sin rayos X es trabajar ciego, su interpretación es difícil pero con la ayuda de las líneas y ángulos más frecuentes es de gran utilidad clínica y evolución de los tratamientos quirúrgicos u ortopédicos.

**Luis Pascua San Miguel**  
**Podólogo - León**

# XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA ZARAGOZA, 1986 LIBRO MONOGRAFICO DEL CONGRESO

Estimados compañeros: Una vez superados los últimos problemas que impedían su publicación, está a punto de salir de imprenta el Libro, conteniendo las conferencias y ponencias del pasado Congreso de Podología (Zaragoza, 1986).

El contenido del mismo lo podéis ver en el Programa de Actos Científicos aparecido en una Revista anterior.

Los compañeros asistentes al congreso lo recibirán gratuitamente. Quienes no asistieron al congreso y deseen recibirlo, deberán remitir el boletín adjunto a la mayor brevedad posible. Saludos Cordiales,

COMITE ORGANIZADOR

-----

D. ...., PODOLOGO  
domiciliado en .....  
..... D.P. ....  
desea recibir ..... ejemplares del Libro Monográfico del XVIII Congreso Nacional  
de Podología, al precio de 2.000,- Ptas./cada uno, a cuyo fin adjunta cheque a nombre de  
XVIII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA por ptas. ....  
..... a ..... de ..... de 1987

Firmado .....

ENVIAR A:  
Apartado 128 - 44600 ALCAÑIZ (Teruel)

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

**CONTRAFUERTE DE HELFET** indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

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.

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 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.
- TACÓN NEUTRO, THOMAS DIRECTO E INVERSO.

prescription footwear. s.a. **P.F**

Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63873 PFVIE

# SEMILOGIA INSTRUMENTAL PARA EL ESTUDIO DE PRESIONES

Trabajo realizado por los Podólogos:

- Teresa BERNAL
- Felipe AYUSO
- José BERNAL
- Eduardo HERRERA
- Juan MARIN
- Ildefonso ZURITA

Portavoz: Ildefonso ZURITA VELA

Los motivos de presentar esta comunicación son dos:

- 1.º Repasar brevemente las causas patológicas metatarso-digitales en las distintas metatarsalgias.
- 2.º Comunicar "nuevos sistemas" para llegar a un buen diagnóstico, que se están aplicando en la actualidad, pretendiendo en todo momento que sean de gran ayuda para el bien de la Podología. Uno de los sistemas puede ser de gran ayuda, me consta que se puede llegar con el mismo a investigar más a fondo de lo que exponemos aquí, puesto que, vuelvo a insistir, las aplicaciones que pueden llegar a existir están por investigar (siendo una de nuestras metas).

Todos los metatarsianos soportan cargas, siendo las del primero el doble que la de los demás. Cuando no existe un perfecto equilibrio frontal en carga su rotura es la causa de metatarsalgias.

a) Este equilibrio se haya en relación con los ángulos que forman los metatarsianos con la horizontalidad y fijación de los mismos hacia abajo.

b) Durante la fase de despegue, el 1.º radio soporta el doble de carga que los restantes, por eso es doble en anchura, y en su cara

plantar existe el rodete gleno-sesamoideo para que la cabeza metatarsal realice su trabajo.

c) Kowalski dice que hay que considerar tres articulaciones tarso-metarsianas que son:

- 1.º) Interna 1.º Cuña y 1.º metatarsiano.
- 2.º) Media 2.º Cuña y 2.º metatarsiano.
- 3.º) Externa Cuboides y 2.º metatarsiano.

La articulación MEDIA es prácticamente rígida.

La Exterior e Interior tendría una amplia movilidad con efecto estabilizador.

d) PISANI ha comprobado que el metatarsiano más resistente a la flexión dorsal es el cuarto, haciendo presión de la planta del pie hacia arriba con carácter progresivo. El último que se despega del suelo es la cabeza de dicho 4.º metatarsiano.

Esto se confirma por el hecho anatómico de que su articulación posterior con el cuboides, se ve bloqueada la flexión dorsal, lo cual, explica en posición bipodal al hacer balanceo de uno a otro pie, son precisamente estos cuantos metatarsianos los que sostienen la máxima carga. En la carga unipodal el reparto de la carga está entre el 1.º meta (más po-

tente) y el 4.º meta que es el más resistente al levantarse.

Nosotros consideramos que esta Teoría, comprobada por Pisani mediante el Presopodostati Rxgráfico, que existen dudas sobre ello, no obstante estamos trabajando sobre el tema y cuando tengamos más estadísticas aceptables se publicarán. Sobre todo existe un desacuerdo y es que la exploración no se hace con una abertura de 15º aproximadamente, ya que de esta forma el pie tiende a una ligera pronación, mientras que, con los pies paralelos se supinará más, pudiendo desvirtuar la Radiografía.

e) Comprobado este apoyo se observa que el apoyo metatarsal es irregular, variando constantemente de uno a otro pie, sin embargo se mantienen fijos absolutamente estables el apoyo de los pulpejos de los cinco dedos. La explicación es así:

Los metatarsianos no tienen terminaciones musculares y los dedos sí, es decir, los flexores de los dedos, por eso éstos trabajan pegados mientras los metatarsianos van alternando su apoyo.

Muchas metatarsalgias aparecen porque el metatarsiano no tiene la correspondiente ayuda de su dedo, o porque se haya desmuido su potencia flexora.

El apoyo de cada radio ocupa una superficie muy variable; pequeña para el 1.º y 2.º radio y se va extendiendo hasta el 5.º metatarsiano que prácticamente apoya su diafisis.

Por todo ello debemos considerar siempre, que nos encontramos ante una metatarsalgia, lo antes expuesto.

Los métodos empleados para valorar las metatarsalgias son diversos:

- Fotopodograma.
- Radiofotopodograma.
- Podograma.
- Podoscopio.
- Banco de marchas con microprocesadores.

- Reflexocopia.
- Ressonopodostigrafo.
- Fotoelastoscopia.
- Presopodoscopia.

En esta comunicación solo nos vamos a referir muy por encima a la Fotoelastoscopia, Plessopodostati Rxgráfico y más detenidamente a la Presopodoscopia.

## FOTOELASTOSCOPIA

El mayor inconveniente de la podoscopia tradicional está representado por la imposibilidad de sacar provecho de datos precisos de las presiones ejercitadas por las diversas regiones del pie.

La técnica de la Fotoelastoscopia nos demuestra una valoración cualitativa de las diferencias de presión.

Antes de continuar quisiera recordar brevemente los fenómenos físicos a los cuales nos referimos.

### a) Birrefringencia:

Los materiales arcisotrópicos presentan la peculiaridad de dividir el rayo luminoso en dos rayos  $R_1$  y  $R_2$ . El  $R_1$  se separa de la estructura más tarde que  $R_2$ .

Los materiales isotrópicos nos presentan esta peculiaridad: algunos de éstos aún pueden ser birrefringentes cuando son deformados. En este caso la diferencia de tiempo depende de la deformación ( $R_1$  y  $R_2$ ).

La deformación está relacionada con la dureza del material y la diferencia óptica, está relacionada con la longitud de onda utilizada.

Cuando una luz normal pasa a través de un material birrefringente, los tiempos de retraso de estos colores pasan a recomponer la luz blanca.

En este método se usa la luz polarizada. El polaroid (P) está colocado en la trayectoria de la luz que proviene de la Fuente (S). El

# PEUSEK®

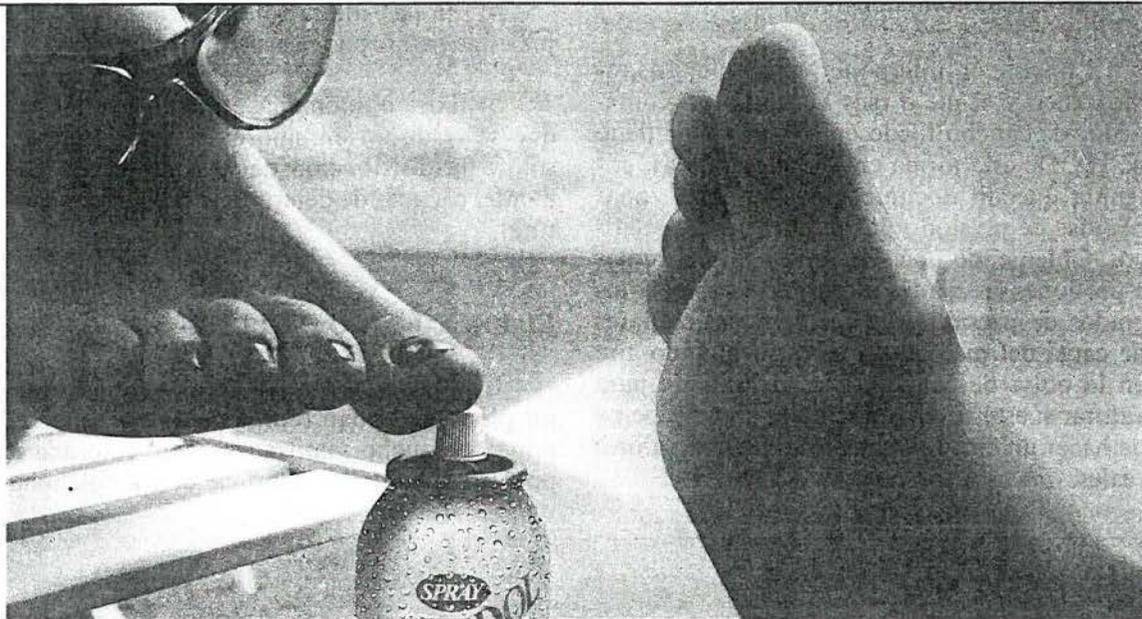
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODÓLOGOS,



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*

rayo polarizado (OP) penetra en el material birrefringente (PC) al que atraviesa en dos direcciones octogonales; estas direcciones son los componentes de la fuerza que actúa sobre el material y las presiones se visualizan como tiras de colores (Tiras isocromáticas).

Las tiras isocromáticas son proporcionales a la presión, sensibilidad y grosor del material utilizado.

Es importante distinguir la transición del color rojo. Los mecanismos ópticos son tales que se obtiene siempre esta sucesión de colores cuando aumenta la presión.

Los rayos  $R_1$  y  $R_2$  resultado de la refracción del rayo se reflejan por el espejo.

Aplicación del Podoscopio, el rayo incidente (I) polarizado (P) atraviesa el material birrefringente (D) sobre el que está apoyado el pie del paciente (K). Después de la reflexión del espejo (S) se visualizan en formas coloreadas.

## PRESSOPODOSTATIGRAFIA

Es un método derivado de la radiofotopodograma descrito en 1972 por Pisani. El podostigrafo es un aparato que permite como técnica de sutura la exploración radiológica del pie con carga, teniendo mayor clarividencia que el radiofotopodograma.

Consiste en interponer entre el chasis radiográfico y el pie o pies a estudio un contenedor de caucho fijado en el chasis Rx. lleno de Hg. De esta forma en la radiografía así obtenida quedan documentadas solo las zonas blandas de presión y los segmentos esqueléticos. Obteniendo una serie de Podostatigramas a presiones crecientes es posible establecer los grados de presión para las formas singulares de carga del pie. Ello se hará insuflando aire en la bolsa de caucho, verdaderamente para valorar si este sistema puede ser factible, se ha de hacer un estudio más profundo con valores reales.

## LA PRESOPODOSCOPIA

### INTRODUCCION

La presopodoscopia es un nuevo método instrumental con el que es posible obtener una visión directa y dinámica de la distribución y transmisión de la carga en la planta del pie, desde el punto de vista funcional, a través de las variaciones de presión inducidas en la superficie de apoyo, sea en la bípede o bien en la monopodestación.

Se efectúa con el presopodoscopio, aparato que reúne en sí algunas características del podoscopio a iluminación tangencial y del presopodostigrafo de Pisani del que deriva y al cual se refunden por algunos importantes elementos estructurales.

Para aclarar el significado del método es oportuno decir antes que:

1) FUNCIÓN del pie es la transmisión de las fuerzas gravitacionales al suelo a través de la superficie de apoyo de uno o ambos pies contemporáneamente.

2) El concepto de poyo es distinto al concepto de carga.

3) Es posible individualizar, en el pie, una patología del apoyo y una patología del peso.

4) En las alteraciones estructurales del pie estas patologías casi siempre coexisten.

5) Existen anomalías funcionales del pie que se traducen en síndromes que interesan solo a la distribución del peso, y potencialmente, capaces de determinar un daño estructural.

## EL PRESOPODOSCOPIO

El presopodoscopio está constituido por un plano de apoyo representado por una lámina de caucho semitransparente colocada a pocos metros de la superficie de una plancha

de cristal. Ambos están inseridos en un armazón de madera que entre el caucho y el cristal se delimite un espacio vacío conteniendo perfectamente el aire, el cual, mediante un tubo conectado a una bomba accionada a mano, es posible insuflar aire cuya presión en mm de Hg puede ser medida por un manómetro.

El soporte del cristal de 2 mm de espesor, está iluminado tangencialmente por los dos lados como lámparas fluorescentes. El cristal también puede estar compuesto de varias láminas.

Bajo el plano de apoyo, un espejo, inclinado 45 grados, refleja la imagen de la superficie inferior del cristal.

## LA PRESOPODOSCOPIA

Tras el examen clínico completado por el examen en el podoscopio, se pone al sujeto en posición anatómica estándar (posición erecta, piernas juntas, divergentes del eje sagital de 15 grados  $\pm$ ) sobre el plano de apoyo representado por la lámina de caucho y el cristal por debajo.

Encendidas las lámparas fluorescentes, preferiblemente con la ausencia de otras fuentes de iluminación externas, sobre el espejo puesto bajo el cristal aparece la imagen reflejada de la planta del pie. A continuación, accionando una bomba de mano, se insufla aire en el espacio vacío que queda entre el caucho y el cristal: por la ley de Pascal, se crea en su interior una presión uniforme que, transferida a la superficie uniformemente expansible del caucho, equilibra las zonas plantares con los pesos correspondientes empezando por presiones menores (por las presiones donde la carga es menor).

El observador, sobre el espejo, podrá visualizar dinámicamente la gradual variación

de la imagen reflejada del apoyo plantar y, la relación de compensación indicada por el manómetro (la diversas zonas de cargas distintas), hasta visualizar la zona plantar del peso último.

Para obtener ulteriores detalles, siendo el caucho semitransparente, se enciende la lucecita regulando su luminosidad con el reostato según la necesidad del observador o la presencia de otras fuentes luminosas. En tal caso se visualizará, por iluminación directa, la superficie plantar y alibre de la carga precisando ulteriormente la topografía anatómica de la zona en apoyo correspondiente a una presión dada, de compensación.

Se nos puede llamar la atención sobre la observación minuciosa y reiterada de las últimas zonas de peso y/o algunos aspectos particulares de las zonas sometidas a igual cantidad de carga.

Documentación: del análisis de un pie normal con variaciones de presión.

Diapositivas de varios casos de nuestras estadísticas, que se irán comentando sus diversas patologías...

Debemos admitir que existen muchos elementos que nos pueden ayudar para diagnosticar las diversas patologías con las que nos enfrentamos diariamente en nuestras consultas o centros Hospitalarios, decide un simple desgaste del calzado hasta el más sofisticado banco de marcha electrónico, nos ayudan al diagnóstico, pero en medio de éstos existen sistemas, que creemos desconocidos por la mayoría, y teníamos el deber de comunicarlos como hemos hecho... creemos que hemos puesto nuestro "granito" de arena para la podología, en nombre de todos muchas gracias.



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.

### EFFECTOS 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	374,-

### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvorador 30 g	462,-



**Bayer**

Antimicóticos

# ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS

## ALGUNOS CAMPOS QUE DEBEN SER OBJETO DE LA PARTICIPACION DEL PODOLOGO A CORTO Y MEDIO PLAZO

### INTRODUCCION

En esta parte del trabajo intentaremos dar a conocer algunos de los campos profesionales que deben ser objeto de la participación plena del podólogo.

De entre ellos tenemos que ir introduciéndonos cada vez más, a corto y medio plazo, en la:

- PODOLOGIA LABORAL
- PODOLOGIA ESCOLAR
- PODOLOGIA GERIATRICA
- PODOLOGIA DEPORTIVA

### PODOLOGIA LABORAL

El acoplamiento de un empleado en un puesto de trabajo según las características del puesto, según sus condiciones físicas y sus capacidades técnicas son la preocupación más importante que tienen las empresas en la actualidad, esta inquietud viene dada por el hecho de que el estado de salud y las condiciones de trabajo, influyen en el rendimiento de los trabajadores.

Otro motivo de preocupación, que tienen las empresas y la población laboral, son las bajas por enfermedad y los accidentes de trabajo. En 1983 hubo en nuestro país aproximadamente 500.000 accidentes de trabajo, de los cuales el 16% tuvo localización en el pie. Estos accidentes localizados en los pies ocasionaron alrededor de un millón de días de baja laboral, lo que ocasionó unos costes a la sociedad de unos tres mil millones de pesetas.

La podología como cualquier actividad profesional, nació en función de una necesidad social. En este caso, detectar, prevenir y tratar las alteraciones podológicas en el mundo laboral, es evidente que lo es.

El relanzamiento industrial de 1959, hizo aparecer los servicios médicos de empresa. Posteriormente la industria se sumerge en la crisis energética, que desde 1973 azota al mundo occidental, planteándose un reto, tal vez el más importante de la Historia: EL DE UNA SOCIEDAD EN CONTINUA EVOLUCION. Ante esta realidad el podólogo español, está en condiciones de prestar un importante servicio al mundo laboral, ante la inevitable evolución industrial que exige un mayor rendimiento a los trabajadores. El éxito de nuestra inclusión, dependerá en gran manera del planteamiento que sepamos hacer acerca de como debe actuar el podólogo en el seno de las empresas.

En Cataluña existen aproximadamente en la actualidad unos 1.500 servicios médicos de empresas, que atienden a una población de 500.000 trabajadores, éstos están atendidos por 1.000 médicos y 1.000 A.T.S. de empresa titulados. Teniendo en cuenta que la medicina de empresa, está orientada hacia la prevención de enfermedades y accidentes de trabajo, es lógico que el podólogo podría formar parte de estos equipos y hacer una labor muy eficaz.

En las revisiones periódicas de los trabajadores, deberían figurar los controles podológicos, encaminados a realizar un diagnóstico precoz de futuras anomalías y poder evitarlas con un tratamiento adecuado. El podólogo podría aportar sus conocimientos en el acoplamiento de los puestos de trabajo, sobre todo en los de obligado ortostatismo, con ello se podrían evitar accidentes y las patologías posteriores.

La O.I.T. y la O.M.S. definen a la Medicina del Trabajo, diciendo que ha sido creada para fomentar y mantener el más alto nivel de bienestar físico, mental y social del traba-

jador, en todas las profesiones, previniéndole de todo daño, que pueda ser causado por el trabajo, protegiéndole contra los riesgos nocivos para su salud y dándole el trabajo que más convenga a sus FACULTADES FISIOLOGICAS y sociológicas. Es decir, adaptar el trabajo al hombre y el hombre al trabajo.

El empleo de nuevas técnicas industriales, el número de trabajadores de la industria, el desarrollo actual de la Seguridad Social, que ya no está limitada a algunos trabajadores y a determinadas industrias, sino que se extiende a grandes masas con carácter de obligatoriedad, así como la necesidad de conocer mejor las enfermedades producidas por el trabajo justifican plenamente el nacimiento de la **PODOLOGIA LABORAL**, que podríamos definir como el caudal de conocimientos y actividades destinados a prevenir y a tratar todas las afecciones de los pies de la persona que trabaja, obteniéndose como consecuencia lógica, un mejor rendimiento laboral, un trabajo más efectivo y de mejor calidad, ahorrando energías y disminuyendo el riesgo de errores humanos, accidentes, tensión psíquica y fatiga laboral.

Un empleado constituye una costosa inversión. Su instrucción, mantenimiento y sueldo representan un coste elevado para las empresas, por lo que se impone su protección si queremos garantizar su plena productividad.

Siendo los pies el pilar de sustentación y quizás de los puntos más vulnerables por accidentes de trabajo, estamos obligados a conocer que el empleado que trabaja sobre sus pies, será mucho más eficaz, si sus alteraciones podológicas están controladas por el profesional adecuado.

Las funciones del **PODOLOGO DE EMPRESA** serán las propias de su campo profesional y en el mundo laboral destacan:

- La revisión de los puestos de trabajo.
- Orientación sobre el calzado.
- Cuidados generales del pie.
- Accidentes laborales (golpes, torceduras, heridas, uñas, etc.).
- Ortopodología laboral.
- Problemas dermatológicos del pie.

Dentro de la cadena asistencial, que se ofrece en el mundo del trabajo, el podólogo debería estar ubicado, o bien en los equipos

móviles de las mutuas patronales, o bien en el propio centro asistencial. Exceptuando las empresas, que por su elevado número de trabajadores, se aconseje la ubicación en la misma empresa.

Para terminar, recordarles que como representantes de la profesión, tenemos que demostrar en todo momento nuestra capacidad y competencia para tratar los problemas laborales y así lograremos un reconocimiento en el mundo del trabajo.

## **PODOLOGIA ESCOLAR**

En la actualidad están funcionando en nuestro país las llamadas revisiones escolares, en las que de una manera sistemática, se efectúan unos controles para valorar el estado de salud de los niños y poder detectar las anomalías que pudieran padecer y tratarlas oportunamente.

Estas revisiones son realizadas por médicos y ATS, que efectúan controles a través de una serie de exploraciones sistematizadas, como son:

**CONTROL DE LA VISION  
CONTROL DE LA AUDICION  
REVISION DE LA DENTADURA  
SISTEMA CARDIO-PULMONAR  
APARATO LOCOMOTOR**

Una vez efectuada la revisión, se entrega a los padres una cartilla, donde están anotados los resultados. Conocidos éstos, los padres consultarán a cada especialista, según la alteración detectada. Si el niño tiene un problema de caries, los padres lo llevarán al dentista. Si tiene un problema de audición lo llevarán al otorrino. Lo lógico es que si el niño tiene un problema de pies, acuda al **PODOLOGO**.

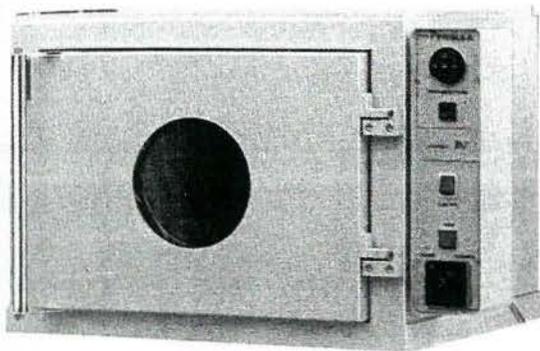
El conseguir que la sociedad y los padres en concreto acudan al **PODOLOGO** y conozcan mejor su campo profesional, es tarea de todos nosotros.

Como profesionales de la salud, tenemos que formar parte en los equipos que elaboran los planes de revisión escolar y participar en la elaboración de la cartilla escolar, para que de una forma más directa podamos prever posibles actuaciones que pueden lesionar nuestros intereses.

(Continuara proximo n.º)

# TPV

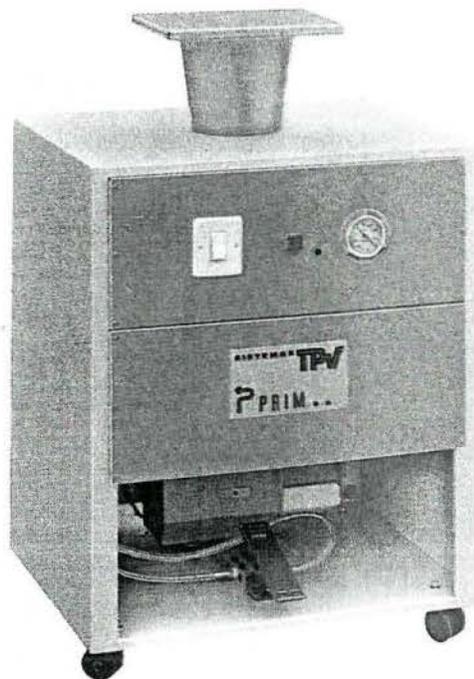
## HORNO PODOLOGIA



- Dimensiones útiles interiores:  
Alto: 310 mm.  
Ancho: 400 mm.  
Fondo: 325 mm.
- Dimensiones exteriores:  
500 mm. × 660 mm. × 500 mm.
- Peso aprox.: 50 Kg.
- Temperatura máxima: 250° C.
- Potencia media: 1.600 W.
- Potencia máxima: 2.000 W.
- Iluminación interior.
- Una sola puerta de apertura lateral.
- Turbina de aire forzado.

## EQUIPO DE MOLDEO POR VACIO ESPECIAL PODOLOGIA

- Monofásico: 220 V.
- Potencia media: 200 W.
- Caudal máximo de vacío: 3.000 l./hora.
- Vacío máximo: 600 mm. Hg.
- Dimensiones:  
Alto: 850 mm.  
Ancho: 600 mm.  
Fondo: 500 mm.
- Peso aprox.: 110 Kg.
- Ruedas multidireccionales para su desplazamiento.
- Incluye:  
1 tabla para moldeo.  
1 juego de marcos metálicos.  
4 pinzas de sujeción de marcos.





# SERIE ORO

LA SILICONA DEL PRESENTE



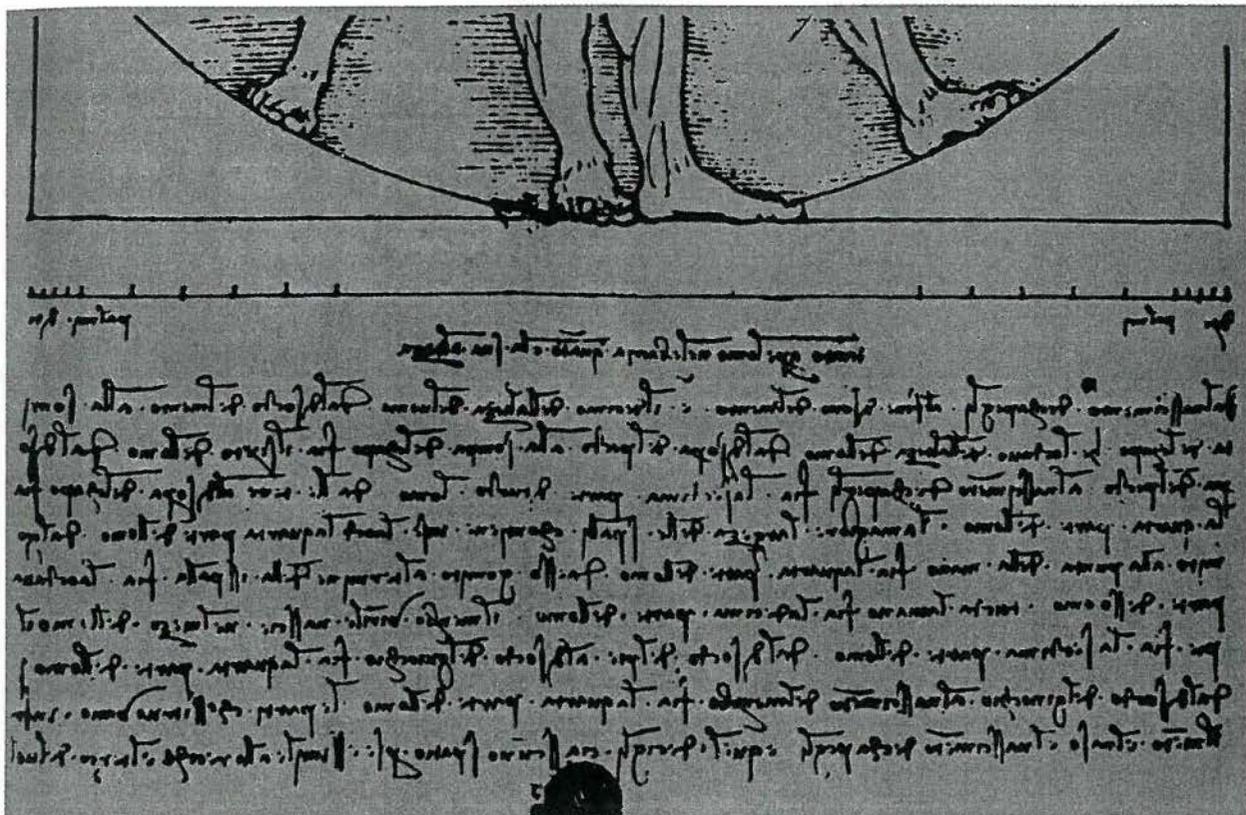
**ANTIGUAMENTE EXISTIAN  
MUCHAS SILICONAS**

MADRID • Carretera Canillas, 99 bajo • 28043 Madrid • Tels.: 2003469 y 7594665  
BARCELONA • Provenza, 281. 1º, 2º • 08037 Barcelona • Tel.: 2157749



SUMINISTROS MEDICOS

LUGA



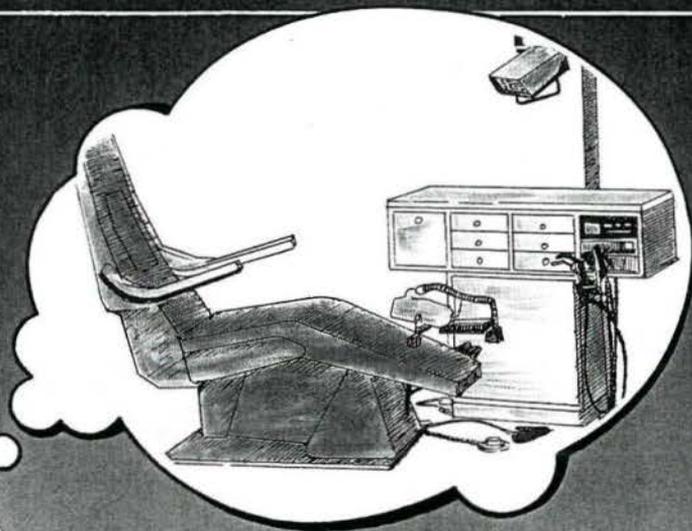
REVISTA  
ESPAÑOLA  
DE

# PODOLOGIA

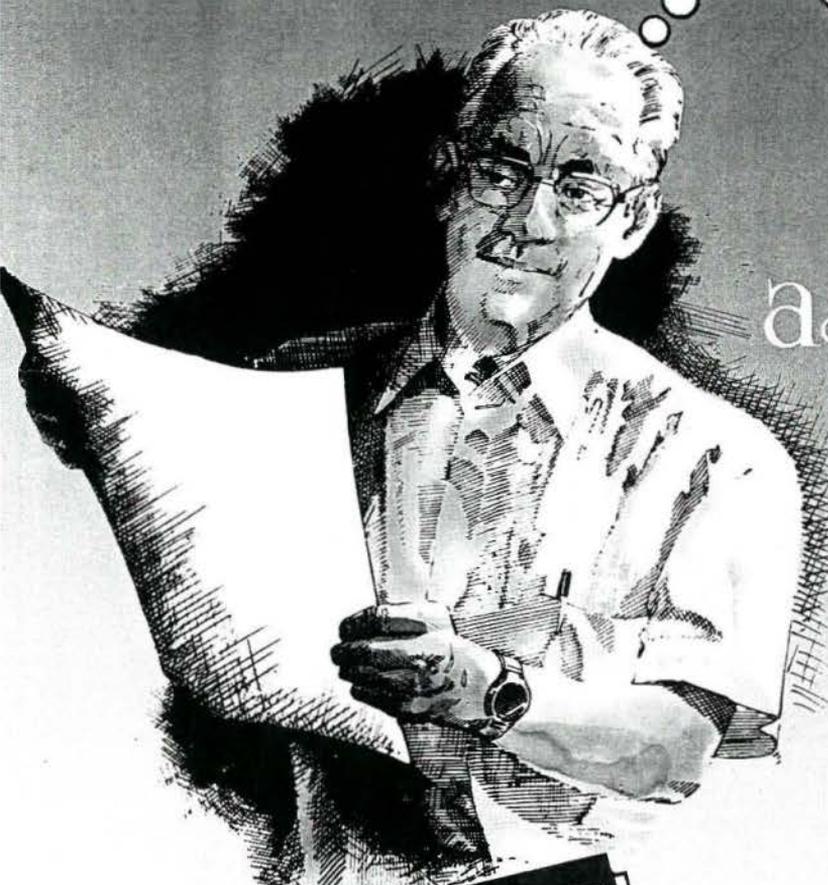
MARZO-ABRIL  
1987

A.E.P.  
n.º 110

# PODÓLOGOS



## Apoyamos aspiraciones.



Si necesita ampliar o renovar su consulta, el LEASING o arrendamiento financiero con opción de compra es su gran alternativa.

Disponga ahora de su nuevo equipo pagándolo cómodamente y beneficiese de unas extraordinarias ventajas fiscales.

En Clinileasing conocemos perfectamente las aspiraciones de su sector y las apoyamos estudiando con flexibilidad cada caso concreto, agilizando al máximo los trámites y ofreciendo las tarifas más competitivas del mercado.

Clinileasing le tiene en cuenta. ¡Cuente con nosotros!

**Clinileasing**

Para mayor información  
Prim 12 28004 MADRID

D<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Poblacion \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

¡ Es fácil  ¡llámenos!



**CLINILEASING**

es un servicio de

**Unileasing**

Prim. 12 - 28004 MADRID  
Teléf 522 91 81  
Télex 42648



**Corporación Financiera Hispamer**

# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

ORGANO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

## A.E.P.

### Redacción:

San Bernardo, 74  
Teléfono 231 50 44  
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

- 
- 2 EDITORIAL
- 
- 3 CONVOCATORIA ASAMBLEA  
GENERAL EXTRAORDINARIA DE  
DISOLUCION.
- 
- 5 DESARROLLO EMBRIONARIO  
DEL PIE.
- 
- 12 DIA DEL PODOLOGO 1987.
- 
- 16 ALBERT R. BROWN.
- 
- 17 PROCESOS POCO FRECUENTES  
EN EL PIE.
- 
- 28 I CONGRESO EUROPEO DE PO-  
DOLOGIA.
- 
- 30 ASOCIACION CATALANA DE  
PODOLOGOS.
- 

Rogamos se envíe todo escrito en relación con ella a la sede de la Asociación en Madrid o al domicilio del Secretario en Eibar.

## Directrices generales de estudios de Podología

*Aunque no parece lógico que se estén estudiando y determinando las directrices generales de los estudios del Diplomado en Podología, cuando el texto del Real Decreto aún no ha sido aprobado, la realidad es que el Consejo de Universidades a través de distintas comisiones se está ocupando en este quehacer.*

*No vamos a negar nuestra colaboración más entusiasta porque su importancia es enorme para la determinación real de nuestro campo profesional, y deseamos olvidar por caduco las Ordenes Ministeriales que desarrollaron el Decreto 127/1962.*

*Nuestra opinión sigue siendo que por parte de los sectores de la Podología, léase Escuelas, Consejo de A.T.S. y Asociación de Podólogos, se ha de llegar al Ministerio con un texto único para que no tenga nada que elegir ni demorar su aprobación a la vista de la diversidad de propuestas.*

*Si la definición del Consejo de Universidades en este punto es clara, no entendemos la demora del Ministerio de Universidades en hacer llegar al Consejo de Ministros la aprobación del Real Decreto.*

*Causa verdadera extrañeza leer la información oficial del citado Ministerio que al tratar los posibles estudios de la Universidad, catalogue los de Podología como de Diplomado junto a Fisioterapia y Enfermería.*

*Tenemos la esperanza de que los nuevos responsables de nuestra organización con nuevos y renovados bríos, hagan desaparecer las incongruencias señaladas y tengamos en un corto plazo nuestra nueva reglamentación aprobada.*

# ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

## CONVOCATORIA ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE DISOLUCION

Por la presente quedas convocado a la Asamblea General Extraordinaria a celebrar en Málaga en la sede del Congreso Nacional de Podología del Hotel Alay, el sábado día 2 de Mayo de 1987 a las 16,30 en primera convocatoria y 17 en segunda convocatoria con el siguiente Orden del Día:

- 1.º.- Lectura y Aprobación si procede del Acta de la Asamblea anterior.
- 2.º.- Informe económico. Aprobación si procede.
- 3.º.- Informe de gestiones.
- 4.º.- Ratificación, si procede, del expediente de expulsión de un socio.
- 5.º.- Legalización de la Federación Española de Podólogos.
- 6.º.- Propuesta de Disolución de la Asociación Española de Podólogos.
- 7.º.- Ruegos y preguntas.

INFORMACION POR PARTE DE LA FEDERACION CON ARREGLO A LO ESTIPULADO EN EL ARTICULO 21, PUNTO 2 DE LOS ESTATUTOS.

Madrid, 1 de Abril de 1987

Vº Bº  
EL PRESIDENTE

LUIS CAJAL



EL SECRETARIO

J.J. ARAOLAZA

# Fungusol®

Polvos desodorantes  
con acción

## PREVENTIVA Y CURATIVA

ante infecciones micóticas y/o bacterianas.

FUNGUSOL® Polvo

**Composición:**

P-cloro-m-cresol, 1%; ácido bórico, 10%; óxido de zinc, 10%; aerosil, 3%; excipiente c.s.

**Indicaciones:**

- Tratamiento tópico de micosis cutáneas.
- Prevención de recidivas o reinfecciones de las micosis cutáneas.
- Prevención y tratamiento del intertrigo.
- Evita el desagradable olor corporal producido por la descomposición del sudor.

**Dosificación y administración:**

Siempre a criterio del médico. En general se recomienda espolvorear dos veces al día, con FUNGUSOL®, la zona afectada, así como en el interior de las prendas de calzado y/o vestido próximo a la misma.

**Incompatibilidades:**

No se conocen.

**Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

**Efectos secundarios:**

Al aplicarse sobre mucosas o zonas muy sensibles de la piel, en especial si está húmeda, puede notarse una ligera sensación de picor que cede con rapidez.

**Intoxicación y su tratamiento:**

Dada la vía de administración es prácticamente imposible.

**Presentación y P.V.P. IVA:**

Frasco de 60 g., 227,— ptas.



**PREVIENE** el desarrollo de la infección.

**CURA** cuando la micosis ya se está desarrollando.

**DESODORIZA** ya que no permite la descomposición microbiana del sudor.

SIN RECETA MEDICA

LABORATORIOS ANDREU



# DESARROLLO EMBRIONARIO DEL PIE

Fco. Javier Luna Martínez de Apellaniz

En primer lugar, debo reconocer que la embriología del pie tiene un interés para el podólogo más teórico que práctico, ya que todos nuestros pacientes son seres completamente desarrollados.

Sin embargo, es importante que el podólogo conozca, al menos de una forma elemental, la manera como se forma el pie y los factores que intervienen en su desarrollo, para comprender ciertas malformaciones congénitas.

Por período embrionario se entiende las primeras 8 semanas postovulatorias aproximadamente; a partir de entonces y hasta el momento del parto se considera período fetal.

El pie constituye una parte muy importante de los miembros inferiores y por consiguiente su desarrollo se halla íntimamente ligado al desarrollo de estos miembros, es decir, que no se puede iniciar el estudio o el análisis de la manera como se forma el pie, sin hacer un bosquejo general de la manera como se forman los miembros inferiores e incluso los miembros en general.

El primer esbozo morfológico de los miembros inferiores se observa, cuando, en el curso de nuestro desarrollo embrionario tenemos aproximadamente un mes de edad; y este primer esbozo morfológico está formado por unos abultamientos o protuberancias situados a ambos lados del núcleo embrionario, apareciendo el abultamiento correspondiente a los miembros superiores y una semana más tarde (5 semanas del desarrollo embrionario) aparece el esbozo de los miembros inferiores, los cuales, sin saber de una manera clara por qué, van siempre más atrasados que los miembros superiores.

En estadios posteriores, aproximadamente cuando tenemos un mes y medio de edad, el esbozo de estos miembros no sólo ha crecido en dirección distal, sino que ya permite además identificar en cada uno de ellos las tres partes fundamentales de que consta un miembro (en el miembro superior serían: el brazo, el antebrazo y la mano; y en el miembro inferior serían: el muslo, la pier-

na, y el pie como parte distal); apareciendo los dedos de la mano cuando tenemos aproximadamente un mes y tres semanas de edad, y los dedos de los pies en un estado más avanzado del desarrollo, aproximadamente cuando tenemos dos meses de edad.

En el estudio histológico detallado (estudio microscópico) del esbozo de los miembros, se observa que cada miembro, tanto el superior como el inferior, y antes de que se halla formado el extremo distal, tiene dos ingredientes fundamentales:

- Una cubierta externa que es la piel embrionaria llamada "*Ectoblasto*", la cual está engrosada en su parte distal formando una estructura que se llama "*Cresta Ectodérmica Apical*".
- Por dentro de la piel embrionaria se encuentra el contenido, que es de tejido conjuntivo embrionario indiferencial llamado "*Mesoblasto*".

En el seno de este mesoblasto, en la parte distal, aparecen unos *focos de muerte celular*, que no son otra cosa que numerosas células que se están muriendo. Estos focos de muerte celular van a desempeñar una función importantísima en la configuración del pie y de la mano.

Aparentemente este hecho parece una paradoja, pues como es sabido tanto el biólogo como el médico en general estaban habituados a considerar la muerte como algo destructivo, sin embargo, desde hace muy pocos años a esta parte se ha podido demostrar que existen focos de muerte celular en cualquier parte de nuestro organismo que ayudan a conformar el mismo; por ejemplo: en la piel se está produciendo cotidianamente una descamación para que no adquiramos demasiado grosor, es decir, que la muerte celular de la piel ayuda a la configuración de la envoltura externa de nuestro cuerpo.

De la misma forma, y está totalmente demostrado, estos focos de muerte celular, que se encuentran en el seno del mesoblasto embrionario, van a ser imprescindibles

para que se separen y se forme el contorno de los dedos del pié y de la mano.

Esto se puede demostrar si, de una manera experimental, se destruyen estos focos de muerte celular; entonces observaremos que los dedos del pié y de la mano no se separan de una manera correcta, produciéndose una "*Sindactilia*". Y esto es lo que se observa también cuando se estudia al microscopio un esbozo de un miembro de un ave



palmípeda, observándose que a ese nivel no existen focos de muerte celular y al no existir estos focos se produce la sindactilia típica de estas aves. Pero si mediante la administración de ciertas substancias se hace aparecer en los miembros de estas aves estos focos de muerte celular, resultará que no se produce la sindactilia.

De todo esto podemos decir que para que los dedos se formen de una manera correcta, se modelen sus contornos y se separen, es necesario la presencia de estos focos de muerte celular en el esbozo del miembro.

Pero ¿por qué se forma un miembro?

En el análisis actual de los conocimientos que se posee, se puede afirmar que un pié (y un miembro en general también) se forma por la relación mútua que se establece entre la cubierta externa (ectoblasto) y el tejido conjuntivo embrionario (mesoblasto). Hay suficientes datos que demuestran que la cresta ectodérmica apical antes mencionada, es la estructura que gobierna el crecimiento en dirección distal de un miembro y además de que se separen en el mismo las

tres partes fundamentales que la integran, debido al gobierno, a la acción, a la tracción, por así decirlo, que ejerce esta cresta ectodérmica apical.

Esto está demostrado experimentalmente de la forma siguiente: Si se coge un embrión y se extirpa esta cresta ectodérmica apical cuando comienza a formarse el miembro, éste detiene su desarrollo y el nuevo ser viene al mundo sin ese miembro; igualmente si se extirpa esta cresta cuando se ha formado el muslo, la pierna, pero no el pié, detiene su desarrollo en esta fase y el nuevo ser nace con muslo, pierna, pero sin pié. De la misma forma si se extirpa esta cresta cuando se ha formado el muslo, la pierna, el pié, pero no los dedos, aparecerá el nuevo ser con una "*adactilia*" (ausencia de dedos).

Como más datos experimentales tenemos: Si se coge una cresta ectodérmica apical y se injerta en la raíz de un miembro, aparecerá un miembro supernumerario, igualmente si se coge una determinada raza de embriones caracterizados porque hereditariamente aparece una "*polidactilia*" y se estudia esos miembros cuando se están formando, se observa que la cresta ectodérmica apical se engrosa siempre en aquellos puntos donde se van a formar los dedos supernumerarios.

Estos hechos demuestran de una manera palpable que la cresta ectodérmica apical dirige el crecimiento en dirección distal y es la responsable de que se formen las tres partes fundamentales: el muslo, la pierna y el pié, lo que quiere decir que el pié se forma por acción inductora de esta cresta.

Hay autores que niegan la función de esta cresta, alegando que el responsable del crecimiento es el tejido conjuntivo embrionario y añaden que el miembro no se forma cuando se extirpa la cresta porque ésta sirve de barrera para evitar que el líquido amniótico lesione el tejido conjuntivo embrionario, siendo este tejido el responsable de que el miembro crezca en dirección distal.

Hoy día está totalmente demostrado que ambas opiniones se complementan y no se excluyen, pues para que la cresta ectodérmica apical pueda ejercer su función necesita la presencia del mesoblasto, debido a que este tejido conjuntivo embrionario segrega una substancia que es el "*factor de*

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

*mantenimiento*" y que se encarga del buen funcionamiento de la cresta ectodérmica apical.

Esta relación está demostrada. Pues si se interrumpe esta relación entre la cresta y el tejido conjuntivo embrionario, ocurre que al no llegar este factor de mantenimiento, la cresta degenera y al degenerar no se forma el miembro.

Pero mientras crece distalmente el miembro, existen determinadas estructuras de este tejido conjuntivo embrionario que gobiernan lo que se conoce con el nombre de "*Orientación latero-medial*"; quiere esto decir que no se equivoca al formar el miembro (en el pie el dedo gordo está siempre en la parte interna y el pequeño en la parte externa) y no se equivoca porque hay una estructura en el mesoblasto que se llama "*Zona polarizante*". Esta estructura envía unas sustancias que son las que hacen que los dedos aparezcan en una localización determinada y no en otra.

De todo se puede resumir que los factores que tienen que actuar para que un miembro se desarrolle de una manera correcta son:

- La "*Cresta Ectodérmica Apical*" que dirige el crecimiento en dirección distal del esbozo del miembro, y es la responsable de que se formen las tres partes del miembro, entre ellas el pie.
- La presencia del "*Mesoblasto*" que segrega el "*factor de mantenimiento*" encargado de dirigir la función de la cresta ectodérmica apical.
- Una zona existente en este mesoblasto que es la "*Zona polarizante*" encargada de dirigir la orientación latero-medial de las estructuras, siendo responsable de que se forme cada estructura en su sitio correcto.
- Presencia de una "*Zona de muerte celular*" que dirige la separación de los dedos y la formación del contorno de los dedos.

Una vez formado el esbozo del miembro, y por lo tanto el pie, van a condensarse en el seno de este mesoblasto una serie de moldes que son la primera manifestación morfológica de las estructuras óseas del pie.

En el seno de estas masas o acúmulos de tejido conjuntivo embrionario van a aparecer secundariamente (aproximadamente cuando tenemos, un mes y medio de edad)

el cartílago, comenzando los huesos a perfilar su forma.

Hacia los dos meses aparece el tejido óseo, con la salvedad que en el pie hay huesos que aparecen antes del nacimiento como el calcáneo y astrágalo y otros que lo hacen después del nacimiento, en los primeros meses de edad.

Pero entre los huesos se forman las articulaciones y para que puedan formarse es imprescindible que se produzcan los "*movimientos embrionarios*". Si estos movimientos embrionarios no tienen lugar, no aparecen las articulaciones y los huesos no aparecen perfectamente delimitados, sino que se sueldan entre sí.

Esto está demostrado, pues al administrar una sustancia que interrumpe los movimientos embrionarios, se observa que no aparecen las cavidades articulares en ningún sitio del miembro y por supuesto en el pie tampoco, ni aparecen las estructuras paraarticulares (cápsula, ligamentos, menisco).

En la formación de los huesos del pie existen dos reglas generales que son importantes de conocer:



- Esta formación se realiza según una secuencia proximo-distal, de tal manera que primero aparecen las estructuras óseas de la parte proximal y después las de la parte distal, sucediendo lo mismo con las articulaciones.
- Las estructuras óseas que aparecen primero forman menor número de estructuras que las que aparecen posteriormente,

lo cual explica que en el muslo tengamos un solo hueso, en la pierna dos y en el pié más que en la pierna, y en el conjunto de los dedos más que en el resto del pié.

Estos huesos del pié que se están formando, forman durante una determinada época del desarrollo embrionario una línea recta con la pierna, estando el extremo distal del peroné íntimamente relacionado con el calcáneo y en una posición en que la tibia se extiende más distalmente que el peroné, observándose igualmente que el pié está orientado para que su superficie plantar quede enfrente del cordón umbilical; resultando que durante una determinada etapa del desarrollo, el pié va a tomar la disposición típica que aparece en el nacimiento y en el adulto, es decir formará un ángulo recto con la pierna, y esto se debe a un hecho que va a tener lugar en el esqueleto del pié.

Si en una determinada etapa, el calcáneo y el astrágalo están el uno junto al otro formando una línea recta con la pierna, existe un período en que el astrágalo se coloca encima del calcáneo para articularse con la tibia y el peroné. Mientras tiene lugar este proceso, el pié va rotando hacia delante para formar un ángulo recto que se irá configurando en los primeros meses de edad.

Todos estos datos son de capital importancia para comprender las malformaciones congénitas del pié.

En el análisis de una determinada malformación congénita conviene hacer referencia a dos factores:

- Su patogenia: es decir, el mecanismo de cómo se produce la malformación.
- Su causa: la causa íntima que determina esa malformación.

En virtud del mecanismo por el que se produce una malformación, podemos separar, sistematizando las malformaciones del pié, dos grandes apartados:

- *Malformaciones que alteran la forma del pié por defecto:*

Dentro de este apartado podemos incluir la "*apodia*" (falta de pié, que es debida a una malformación por defecto de la cresta ectodérmica apical, pues esta cresta se destruyó cuando se había formado el muslo y la pierna. Otro caso es la "*adactilia*" (falta de dedos) debido a la destrucción de la cresta en aquellos puntos co-

respondientes a los dedos ausentes después de haberse formado el muslo, la pierna y el pié, pero no los dedos. Otro caso es la "*sindactilia*" (fusión de dedos) debido a la desaparición de aquellas zonas de muerte celular por la acción de determinadas sustancias o de algún factor hereditario congénito.

- *Malformaciones que alteran la forma del pié por exceso:*

Dentro de este apartado podemos mencionar la "*diplopodia*" (desdoblamiento del pié), debido a un desdoblamiento de la cresta ectodérmica apical durante el desarrollo embrionario. La "*polidactilia*" (aumento del número de dedos) debido al engrosamiento de la cresta en aquellos puntos donde van a aparecer los dedos supernumerarios.

Es decir, que una malformación congénita del pié se produce por un exceso o por un defecto de la cresta ectodérmica apical, pero ¿cuáles son las causas íntimas que determinan una malformación congénita del pié?

Podemos decir que pueden ser producidas por un factor hereditario o por un factor



exógeno, siendo difícil dilucidar cuando una malformación congénita está producida por un factor hereditario puro o por un factor exógeno ambiental puro, debido a que en la mayor parte de los casos se encuentran íntimamente entrelazados los factores hereditarios y los factores ambientales, considerando como ambientales la poderosa influencia que ejerce la madre. Por eso debe hablarse

de malformaciones de causa principalmente hereditaria y malformaciones de causa principalmente ambiental. Dentro de las malformaciones de causa principalmente hereditarias tenemos la polidactilia, la sindactilia, etc., y dentro de las malformaciones de cau-



sa principalmente ambiental tenemos todas aquellas que descubramos por medio de la historia clínica de la madre, que hayan podido inducir a la enfermedad congénita que nos presente.

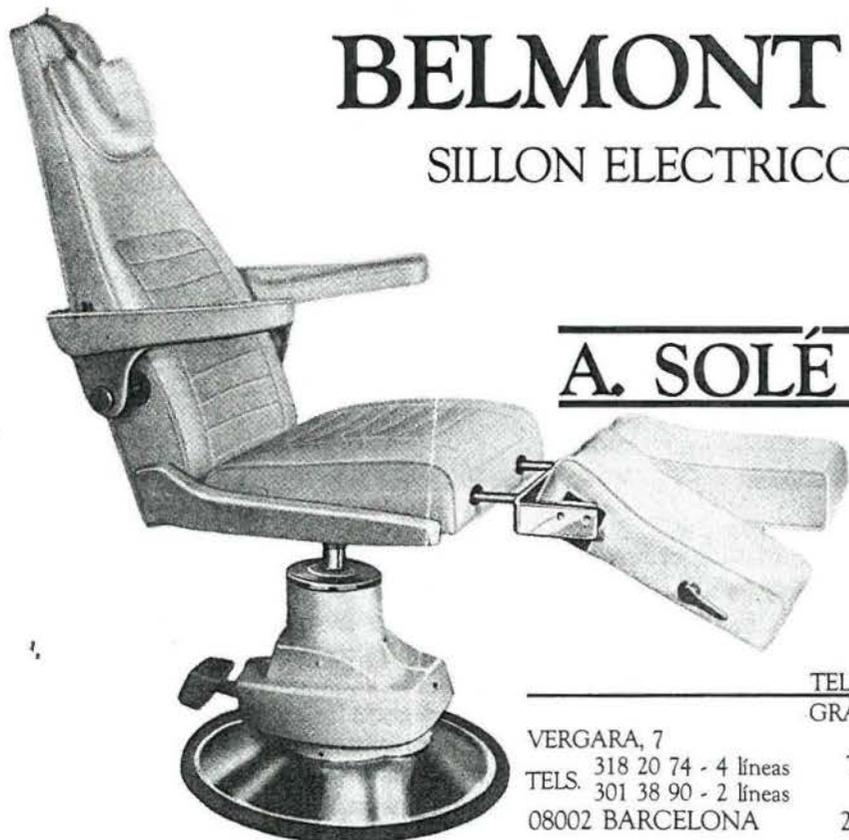
Pero además de estas causas y de estas manifestaciones existen otras que se denominan de posición, debido a que el pié antes de formar un ángulo recto con la pierna, lleva un largo recorrido, y si se detiene o se altera el desarrollo en este período puede dar lugar a un pié equino, a un pié talo, o puede que el astrágalo no se coloque encima del calcáneo, pudiendo dar lugar a un pié plano congénito; ya que lo que conforma la figura del pié y su bóveda de manera embriológica es este montaje del astrágalo sobre el calcáneo.

Posteriormente, en el período fetal, existen muchos factores que pueden intervenir en las malformaciones del pié, sobre todo en las malformaciones de posición, pero sería objeto de tema para otra disertación.

---

# BELMONT - 007.P.B.

SILLON ELECTRICO PARA PODOLOGIA




---

## A. SOLÉ PALOU, S. A.

INSTALACIONES  
COMPLETAS DE  
GABINETES DE  
PODOLOGIA

---

TELEGRAMAS: SOPAL  
GRAN VIA, 15, etl.º, 1.º

VERGARA, 7  
TELS. 318 20 74 - 4 líneas  
301 38 90 - 2 líneas  
08002 BARCELONA

222 01 91  
TELS. 221 40 95  
221 42 34  
28014 MADRID

PINTOR ZARIÑENA, 3  
TELS. 331 31 01  
331 31 06  
46003 VALENCIA

# MICOESPEC POLVOS

## ANTIMICOTICO·ANTITRANSPIRANTE



La mayoría de las micosis en los pies vienen precedidas (y se mantienen) por el exceso de sudoración.

**MICOESPEC POLVOS**, además de incluir en su fórmula un potente antimicótico

(Nitrato de Econazol, 10 mg.), por su contenido de Oxido de Zinc (15 g.), Estearato de Magnesio (2 g.) y Silicatos (69 g.), es un activo agente con propiedades

**REFRESCANTES y ANTIINFLAMATORIAS**, con acción **SECANTE** y reguladora de la hiperhidrosis.

#### COMPOSICION:

Nitrato de Econazol, 10 mg. por gr. de polvo.

#### INDICACIONES:

Especialmente activo frente a infecciones por Cándidas o Tricophytos. Pie de atleta, micosis interdigitales, micosis húmedas, etc.

#### CONTRAINDICACIONES E INCOMPATIBILIDADES:

No se conocen.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS:

Puede darse algún caso de prurito, flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda la suspensión del tratamiento.

#### INTOXICACION:

Es imposible el riesgo de intoxicación.

#### PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 30 gr. de polvo, 348 pts.



CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL Sagitario, 12 ALICANTE (España)

# DIA DEL PODOLOGO 1987

El pasado día 21 de febrero, la Asociación Madrileña de Podólogos, celebró EL DIA DEL PODOLOGO como ya viene siendo habitual cada año por estas fechas.

La celebración, también como cada año, constó de tres partes: Una primera dedicada a honrar la memoria de cuantos compañeros nos han abandonado para siempre, el CURSO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PODOLOGIA, y la cena para compartir junto a todos los amigos y familiares los últimos momentos del día.

El acto dedicado a nuestros predecesores tuvo lugar el día anterior, viernes 20, con una misa celebrada en su memoria en la capilla del convento que las monjas propietarias del edificio de nuestra sede tienen allí mismo. A ella asistieron una buena representación de compañeros, algunos de ellos recién llegados desde distintas ciudades.

La segunda parte de "nuestro día", EL CURSO DE TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PODOLOGIA, que tenía como marco el aula magna de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma fue seguido por 310 compañeros. Comenzó con unas palabras del Dr. Cano Torres (figura 1), Jefe del Departamento de Rehabilitación de "La Paz", quien dijo sentirse muy a gusto entre nosotros, y que los podólogos tenemos en nuestras manos la posibilidad y la responsabilidad de eliminar sus dolencias a ese enorme

contingente de pacientes que representan las personas con pies dolorosos, y que le alegraba ver cómo nos preocupábamos por tener una preparación adecuada con la que afrontar mejor estos problemas, de tal manera que nos animaba a seguir programando cursos de estas características.

El primero de los ponentes en tomar la palabra fue el Dr. Moreno Alba, Jefe Clínico del Servicio de Rehzabilitation de "La Paz" y persona muy acostumbrada a tratar los procesos dolorosos, ya que ese es su cometido dentro del servicio. En esta su primera aparición en la tribuna, hizo una pormenorizada descripción del origen del dolor y de las distintas vías por las que puede llegar la sensibilidad dolorosa al cerebro, así como de los distintos arcos reflejados que pueden producirse durante este proceso. Posteriormente desarrollaría otra ponencia sobre la utilización del láser en el pie y de todos los parámetros a tener en cuenta.

A continuación tomó la palabra el Dr. Jiménez Cossio (figura 2), Jefe del Servicio de Angiología y Cirugía Vascular de "La Paz", que debía versar sobre el dolor de tipo isquémico en el pie, pero que prefirió hacerlo sobre el pie diabético, según dijo, porque los podólogos podemos ser los primeros en descubrir una diabetes, teniendo en cuenta que muchas personas visitan con cierta periodicidad nuestras consultas antes de ser



etiquetados de diabéticos, y que nuestro temprano diagnóstico podría evitar trastornos muy importantes, tanto en el pie como en otros órganos.

La parte de programa que me tocaba desarrollar a mi era "Ayer y hoy de los tratamientos antidolorosos". Tal como vieron los asistentes, consistió en hacer un recorrido por todos los remedios usados con este fin, desde los datos más antiguos que conocemos, siglo XII antes de Cristo, hasta nuestros días. De mi exposición sólo haré referencia a la encuesta realizada por Bernard Krief para el centro de estudios del dolor MSD en la que se demostró que el dolor puede costar al país, contando el tratamiento propiamente dicho, el absentismo, etc. del orden de 6.500 millones de pesetas, cifra escalofriante, y que si tenemos en cuenta que el pie es la parte del cuerpo que más duele, según todos los autores consultados, bien podemos pensar que de tener mayor presencia la podología en la sanidad oficial, podría reducirse notablemente. Otro dato relevante de la mencionada encuesta era el enorme porcentaje que todavía cree en curanderos y en las llamadas "otras medicinas", así como el elevado autoconsumo de los analgésicos.

Para hablar de los fundamentos de los rayos láser vino expresamente desde Sevilla el Dr. ingeniero en electrónica D. Pedro Sanz Gutiérrez, que nos expuso las fórmulas matemáticas que rigen la emisión de los rayos láser, así como sus diversos tipos y el porqué de la elección dependiendo de las necesidades de cada caso.

Entrando ya en el bloque específico de la terapéutica, el compañero Antonio Carrasco Gifré nos recordó las causas de dolor en el pie con sus correspondientes porcentajes, y añadió algunos casos personales e infrecuentes de pie doloroso.

José Manuel Alvarez Vila (figura 3), desarrolló el tema "La relajación en los tratamientos antidolorosos". Me voy a permitir un inciso para dar a conocer que este compañero, gran persona y ejemplo a seguir, es un caso único: Trabaja en un hospital de nuestra Comunidad como podólogo: no como contratado temporalmente o por servicios, sino como integrante de la plantilla, fijo y en su nómina, insisto, pone "Podólogo".



Por cierto, que tenía un trabajo extraordinario sobre las posibilidades del podólogo en la sanidad pública, con un estudio de gastos según el tratamiento que se aplica actualmente y del ahorro que supondría la incorporación del podólogo a estos servicios y que no quiso exponer en esta ocasión por llevarlo como primicia al congreso nacional de Málaga, donde se lo han rechazado para dar entrada a otros que de originales tienen bien poco, que llegaron después, y que además no tienen nada que ver con el lema del congreso, por lo que se llevó un enorme disgusto, aunque el mio no fue menor.

El Dr. Morante Robles nos habló de la rehabilitación del pie doloroso, y el compañero Carlos Feijoo nos expuso el tratamiento del dolor con magnetoterapia, tema en el que es un verdadero maestro.

De esta conferencia destacaremos el comentario que nos hizo sobre las ondas de tipo sinusoidal con 40 Gauss de campo magnético y sobre las ondas de tipo cuadrado, con trenes de impulsos que pueden originar voltajes de más de 100 milivoltios con campos magnéticos referida a porcentajes, donde demostró el enorme interés de este medio para los podólogos.

Sobre acupuntura nos habló el Dr. Alsina, y finalmente el Dr. Guerrero Espejo, hijo de podólogo y Jefe de la Unidad del Dolor de "La Paz", nos dio una verdadera conferencia magistral sobre la anestesia en podología. Fue el conferenciante más aplaudido, sobre todo cuando por voluntad propia se comprometió a hacer en nuestra Asociación unos seminarios prácticos sobre anestesia;

seminarios que seguramente llevaremos a cabo en el próximo otoño.

A lo largo del día hubo tres coloquios, cada uno de 30 minutos, tiempo que se nos quedó demasiado corto dado el interés de todos por participar.

La clausura del curso estuvo a cargo del Ilmo. Sr. D. Alberto de Armas García, Presidente de la Comisión de Sanidad del Senado, para lo que se desplazó expresamente desde Canarias, donde reside habitualmente.

El Sr. Senador (figura 4), dijo públicamente que nuestro decreto no tiene ningún



problema para salir, y que aunque no podía dar calendario, que estemos tranquilos porque seguro que saldrá próximamente, este y otros comentarios parecidos hicieron que fuera un broche de oro, y que los más de 300 compañeros presentes pudieron oír de viva voz y de persona tan cualificada, cuál es la situación actual de la podología a nivel oficial y cuáles son las expectativas de futuro.

A la cena asistieron 470 personas. A los postres se hizo entrega del PREMIO PODOSCOPIO 1986, que como ya se sabe recayó en el compeñero de Huesca Juan Antonio Torres Ricart, así como un diploma al compañero Tomás Urién, colaborador habitual de nuestra revista. Seguidamente se procedió al sorteo de regalos, una buena parte de ellos traídos desde Canarias por el compañero Paco Morán y finalizó la velada mientras muchos bailaban al son de la orquesta.

Sólo destacar otro dato interesante: Que aprovechamos el día para hacer la presentación oficial de la campaña de difusión podológica que vamos a llevar a cabo en los colegios y en las piscinas con unos cartelones diseñados al efecto y pagados por nuestro Excmo. Ayuntamiento, y que les fueron entregados a los asistentes.

**José Luis Moreno de la Fuente**

COMPAÑERO: TU VOZ ES IMPRESCINDIBLE  
PARA ESTA REVISTA.  
NO LE NIEGUES TU COLABORACION.

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 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

Onicomiosis. Paroniquia.

## Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

## Incompatibilidades

No se conocen.

## Efectos secundarios

No se conocen.

## Presentación

Frasco de 30 ml

## P.V.P.

233,— Ptas.



## NATTERMANN



# ALBERT R. BROWN

D.P.M., P.A.

Podiatrist-Foot Specialist

DIPLOMATE, AMERICAN BOARD OF  
AMBULATORY FOOT SURGERY

FELLOW, ACADEMY OF AMBULATORY  
FOOT SURGERY

ASSOCIATE, AMERICAN COLLEGE OF  
FOOT SURGEONS

Si la cirugía de la Mínima Incisión en España tiene en Luis Aycart un nombre propio, no podemos ignorar que a través del Atlántico se alarga un brazo poderoso que da apoyo y energía sin reserva a nuestro empeño de practicar y transmitir esta técnica.

Este brazo pertenece al Dr. Albert Brown y su poder reside en la conjunción de dos factores: el ser uno de los iniciadores hace ya más de 25 años y haberla practicado de forma intensa y con enorme prestigio, y la de poseer un corazón de tal calidad que le hace entregarse a lo que suponga su divulgación y enseñanza.

Los podólogos españoles hemos tenido la suerte de contar con su participación en el Congreso de Alicante y de Cádiz y los que hemos visitado su consulta en Florida, conocemos su extraordinaria entrega y dedicación para el aprovechamiento máximo del viaje.

Esta personalidad americana vive intesamente el desarrollo de esta técnica en España y ha realizado verdadero esfuerzo y dedicación para que llegue a ser una práctica habitual de los podólogos.

Su influencia ha sido decisiva para que podamos integrarnos en la Academia de Cirugía Ambulatoria Americana con lo que la interrelación orgánica y personal está establecida.

En una reciente visita de varios compañeros podólogos, su entrega ha sido enorme para propiciar una estancia lo más provechosa posible teniéndonos en su consulta y llevándonos además a otras consultas de prestigiosos podiatras para que la visión de la técnica no fuera únicamente la que él practica.

La Podología Española le debe mucho a esta singular personalidad y desde estas páginas de nuestro órgano profesional le rendimos un merecido homenaje.

Nuestro agradecimiento también a los Doctores Scherer, Galati, Goldstein y Sherman, que se esforzaron para darnos la más amplia información de su trabajo dedicándonos todo el tiempo necesario.

## Referencias Bibliográficas del Dr. Brown:

- Painless Ambulatory Foot Surgery-Calci-fied Digital Bursa.  
Current Podiatry, 27 (3): 11-11, March 1978.
- Trituration of Osteophytic Hypertrophy of the Fifth Phalanges.  
ACFS Journal, October 1966.
- Plantar Metatarsal Head Reduction.  
Current Podiatry, October 1977.
- Painless Ambulatory Foot Surgery-Tailor's Bunionectomy.  
Current Podiatry, 22 (11): 13, November 1973.
- Painless Ambulatory Foot Surgery-Ha-glund's Disease.  
Current Podiatry, 24 (1): 7, January 1975.
- Painless Ambulatory Foot Surgery-Bunio-nectomy.  
The Canadian Podiatrist, October 1971.

J.J.A.

# PROCESOS POCO FRECUENTES EN EL PIE



por **Alonso Guillamón**  
Podólogo

Podólogo del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Director de los Cursos de Formación Continuada de la Associació Catalana de Podòlegs.

De todos es conocido que la salud pública es una disciplina que orienta la acción sanitaria colectiva y que refleja el estado de salud de una comunidad.

En nuestro país, donde la sanidad pública acoge a casi la totalidad de la población y a las distintas disciplinas sanitarias, no tiene en cambio incorporado dentro del marco asistencial a los podólogos, por tanto, no está la podología dentro de los programas de actuación de la salud pública, y ello comporta, entre otros factores, el desconocimiento de nuestra identidad profesional para toda la población.

Nos corresponde a nosotros la responsabilidad como colectivo, el sensibilizar a la administración de la necesidad de su integración en la cobertura de los distintos sectores del aparato asistencial, para lograr una mejor salud de los pies de sus usuarios.

Y como oferta, debemos plantear nuestros conocimientos específicos a la prevención y las técnicas actualizadas con soluciones a los problemas que surjan en los pies; con acortamientos en el tiempo de las curaciones de los procesos y disminución de sus costes, dando una mayor rentabilidad económica, aún, y pensando en el aumento de los recursos que puedan ocasionar nuestra incorporación.

La convicción a nuestra demanda viene dada a una multitud de ejemplos que a diario vemos, como son los casos operados y reoperados por alteraciones ungueales, muchos de ellos con hospitalizaciones innecesarias, el cuidado de las úlceras diabéticas que puedan evitar muchas veces desarticulaciones, el tratamiento adecuado de las queratopatías, las alteraciones posturales, etc...

Esta exposición la realizamos desde la experiencia de estar trabajando en uno de los pocos servicios podológicos ubicados dentro de un centro hospitalario del nivel III e incorporado a la red de asistencia pública sanitaria.

El poder compartir nuestras experiencias dentro de los equipos multidisciplinarios ha sido muy bien acogido por todos, existiendo una interrelación profesional que aumenta el caudal formativo y el nivel de conocimientos de la enfermedad, pudiendo ofrecer una podología más integral con las máximas atenciones a nuestros pacientes.

Dentro de este marco hospitalario nos encontramos con procesos poco frecuentes, muchos de ellos difíciles de observar en nuestras consultas privadas y de aquí que haya querido elegir cinco casos entre ellos con so-

luciones quirúrgicas podológicas, esperando y deseando que esta exposición sea de vuestro agrado e interés.

Esta comunicación ha sido desarrollada con la plena participación de mis compañeros de trabajo y amigos Martín y Andrés Rueda.

## HIPERPLASIA DEL RODETE GLENOIDEO

### Anamnesis

Corresponde el caso a una Sra. de 29 años de edad, de estructura pígnica y que desde los 14 años ejerce la profesión de peluquera. Dada su corta estatura, lleva todo el día zapatos de tacón muy alto, aproximadamente de unos 10 cm., tipo salón o bien botas. A los 20 años, empieza a notar un pequeño abultamiento plantar a nivel de la 1.<sup>a</sup> articulación metatarsofalángica del pie izquierdo, que le molesta en ocasiones y muy especialmente en las jornadas laborales prolongadas.



A la vez, tiene dificultades a la hora de sacarse las medias, ya que las rompe con mucha facilidad al sujetarse con la superficie queratinosa que envuelve la prominencia. Lentamente iba notando que la formación carnosa se incrementaba de tamaño y paralelamente aumentaban en intensidad y frecuencia las molestias, en ocasiones con sensaciones en forma de quemazón de la zona afectada.

### Motivo de la visita

La paciente es remitida por el servicio de traumatología para estudio y valoración de una posible alteración biomecánica de sus pies, que puedan repercutir a un proceso inflamatorio articular de la rodilla izquierda, de la que está siendo sometida a tratamiento específico sin resultados exitosos.

### Exploración

Presenta hiperplasia a nivel plantar del reborde proximal del rodete glenoideo del pie izquierdo, por desplazamiento de partes blandas en sentido anteroposterior, que consideramos totalmente mecánico, teniendo en cuenta el desnivel que le produce el calzado; el movimiento postural de este pie que obliga su profesión y las largas permanencias de soportar el peso total de su cuerpo. Todas estas circunstancias comportan una pronación de ambos pies, que se demuestra radiológicamente en posición de carga, siendo más evidente la del pie izquierdo.

### Tratamiento

Consiste en practicar la exéresis quirúrgica de la hiperplasia en forma de ojal, incidiendo la piel sobre el reborde proximal del rodete glenoideo, apartándonos de la superficie de mayor función de carga, para evitar trastornos queratinosos en la cicatrización que pudieran plantear resultados indeseados. Eliminado el tejido, se sutura la piel y se aplica vendaje compresivo en el antepié. Se permite la deambulación desde el primer momento, con la aplicación de una zapatilla que recubra solamente la superficie del talón, para lograr acortar el tiempo de cicatrización y los trastornos subsidiarios a un aumento de la presión zonal como consecuencia a su pronación.

A las dos semanas se quitan los puntos de sutura y se le confeccionan plantillas de polipropileno con alargo de foam, para corregir la posición viciosa y poder distribuir mejor las cargas del antepié.

A las cuatro semanas se aconseja la deambulación mediante la plantilla y un calzado apropiado.

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

**CONTRAFUERTE DE HELFET** indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulacion).

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.

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 ENTRE-SUELA de cuprón 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 RE TROPIÉ.
- 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 63973 PFVI E



Y al cabo de un año y haciendo un seguimiento de la paciente, hemos podido comprobar la desaparición de los trastornos de la rodilla y de sus pies y de gran parte de las queratosis plantares como podemos comprobar en la fig. n.º 2.

## DEDO INFRADUCTUS

### Anamnesis

Se trata de una Sra. de 45 años de edad, que recuerda desde que tiene uso de razón, la presencia de superposición de algunos dedos de ambos pies, que le dificultaba el uso de calzado standard. Hace 10 años, inicia con podalgias de forma alternativa, pero con predominio del pie derecho, especialmente a la deambulación y según el tipo de calzado que lleva puesto. Estos dolores aparecen concentrados a nivel de la punta del 3.º dedo del pie derecho y del 4.º del izquierdo, con repercusión en ocasiones en la zona metatarsal. A la vez presenta una callosidad alrededor de la uña de los dedos afectados con engrosamiento de las mismas.



Alivia su sintomatología con la exéresis periódica de la callosidad periungueal y la aplicación de almohadillados.

Más adelante le confeccionan ortesis de silicona para proteger la zona álgida y si bien nota ciertas molestias en su uso, no sabe andar sin ella, logrando espaciar las visitas periódicas podológicas.

### Motivo de la visita

Con el empleo de un zapato nuevo y sin ningún tipo de protección, sufrió hace seis meses un proceso séptico del 3.º dedo del pie derecho, que obligó a tratamientos con antibióticos y reposo. Una vez curada la infección, persisten los dolores en la punta del dedo y cierta dificultad a la marcha, circunstancia por la que es visitada en nuestro servicio, dirigida por un centro asistencial de la seguridad social, que previamente le habían aconsejado la desarticulación del dedo.

### Exploración

Presenta el 3.º dedo rotado sobre su eje longitudinal y situado por debajo del 2.º del pie derecho. Heloma periungueal y uña hipertrofiada por fricción anormal y dificultades de adecuación a un calzado que ajuste bien.

No tan acusado se presenta el 4.º dedo del pie izquierdo.

Radiológicamente presenta orientación en adducción de los metatarsianos y la clinodactilea de los dedos en adducción.

### Tratamiento

A la hora de valorar la mejor solución, se llegó al tratamiento quirúrgico, dada la edad de la paciente, el grado de deformidad y la repercusión funcional que le deriva a todo el pie, así como la dependencia a la ortesis y la dificultad de usar zapatos.

LA TECNICA: consiste en practicar falangectomía media del 3.º dedo, para lograr la liberación articular que permita una mejor alineación del mismo.

El abordaje quirúrgico se lleva a cabo a través de una incisión dorsal a nivel de la falange media, seccionando a continuación y de



forma trasversal la cápsula proximal y distal de la 2.<sup>a</sup> falange y también el tendón extensor; se descubren las carillas articulares y se disecciona cuidadosamente la estructura ósea.

Se practica la sutura de la herida y se aplica vendaje algodónado, teniendo en cuenta la buena orientación del dedo. A los 15 días se extraen los puntos y se confecciona un vendaje elástico que mantenga la posición deseada durante un plazo aproximado de unos cuatro meses, prescindiendo del mismo al transcurrir el tiempo.



La fig. n.º 5 corresponde en el inicio de no llevar ningún tipo de protección, comprobando la buena alineación del dedo.

## PROCESO OSTEOGENICO SUBUNGUEAL

### Anamnesis

Se trata de un joven de 17 años de edad, que alega que hace 15 meses inicia la percepción de sensaciones dolorosas intermitentes



en la punta del 1.<sup>er</sup> dedo del pie derecho, que se van acentuando de forma progresiva, teniendo dificultades en la utilización de algunos zapatos. Igualmente nota que se levanta y despegar la uña de su lecho y la supuración en dos ocasiones. No recuerda ningún antecedente traumático directo, si bien cree que la práctica del fútbol puede haber facilitado su desarrollo. Fue visitado y tratado mediante ablación de la uña, antibióticos por vía general y curas tópicas que consiguieron aliviar el dolor durante un período aproximado de 5 meses.

### Motivo de la visita

Viendo que la evolución del proceso no presentaba vías claras de curación, a la vez que le impedía desarrollar su deporte preferido, así como el de usar zapatos, es nuevamente visitado por el cirujano correspondiente de la seguridad social, quien lo remite a nuestro servicio con el diagnóstico de onicocriptosis.

### Exploración

Presenta onicosis parcial de la 1/2 longitudinal de la uña, en su lado medial, con una excrescencia dura de color rojo, dolorosa a la presión digital del lecho subungueal del 1.<sup>er</sup> dedo.

No se aprecia onicocriptosis ni zonas inflamadas ni supuradas.

Considerando que el motivo de la neoformación fuera osteogénica, dado que corresponde a una fórmula digital donde el 1.<sup>er</sup>

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

dedo es más largo que el 2.º y con una discreta flexión del mismo, se solicita radiografía de frente y perfil, que confirma la presencia exostósica voluminosa subungueal, siendo ésta la causa del dolor y del desplazamiento de la uña.



### Tratamiento

Se aconseja la exéresis quirúrgica de la exóstosis, que dadas sus dimensiones preferimos abatirla por su lecho subungueal.

Mediante anestesia local troncular y hemostasia preventiva se practica la avulsión parcial de la uña que recubre la zona deformada.

A continuación se incide, por la superficie del lecho subungueal con un bisturí a todos los tejidos blandos del contorno de la neoformación, especialmente de su porción distal, para poder liberar la exóstosis y facilitar la entrada de una gubia de superficie ancha. Con ella lograremos transmitir una presión en la base exostósica que facilite su despegamiento y extirpación de su inserción falángica.

Al realizar esta maniobra notamos con gran asombro que la prominencia estaba totalmente despegada del plano óseo, al no tener que imprimir ningún tipo de fuerza en su despegamiento. Revisamos al instante la radiografía preoperatoria y comprobamos que el reborde de la tumoración está claramente delimitado y separado de la superficie de la falange.

La porción extraída estaba revestida masivamente de cartílago y su consistencia era dura y osteogénica como si fuera un supernu-

merario. Al partir la masa en dos superficies con la ayuda de una cizalla, comprobamos en su interior una estructura ósea trabecular de un hueso normal.

Siendo la única ocasión en la que hemos advertido un fragmento neoformativo codificado como un hueso normal y despegado de la falange distal del 1.º dedo, se envía a anatomía patológica para su estudio.

Aplicamos pomada antibiótica sobre la superficie de la herida y se confecciona vendaje compresivo para evitar la hemorragia, ya que la presencia hemática suele ser un cultivo ideal para la generación de una nueva formación ósea.

Se cicatriza la herida por 2.ª intención con curas tópicas, cicatrizando el proceso a los 36 días.

La comprobación radiológica postoperatoria es completamente normal.

### Valoración del proceso

Consultadas las bibliografías podológicas a nuestro alcance, así como a los diferentes especialistas, principalmente radiólogos y traumatólogos, no se contemplan casos parecidos.

Según fuentes consultadas se barajaron 3 versiones diferentes que a continuación vamos a exponer:

Una de ellas era que podría relacionarse a un osteocondroma, que como todos sabéis es una neoformación benigna osificante a partir del cartílago epifisario o articular, trabeculado y de mayor densidad calcárea, que puede estar adherida o no a la superficie ósea preferentemente articular. Como es este caso en el 4.º dedo interfalángico.

Otra versión menos probable, sería la miositis osificante, igualmente nos encontraríamos con una calcificación extra ósea muy densa, posiblemente no tan regular y que en cambio no presenta estructura trabecular, apareciendo este tipo de calcificaciones en vasos, músculos, quistes, tendones, etc. Finalmente, a la versión que correspondería a una exóstosis subungueal (osteocondromas para muchos autores), que en un momento traumático o no, se ha separado del pedículo por su parte más estrecha de la falange. Viendo en

este caso como corresponde en la falange la presencia de una pequeña prominencia en forma de pico de pato.

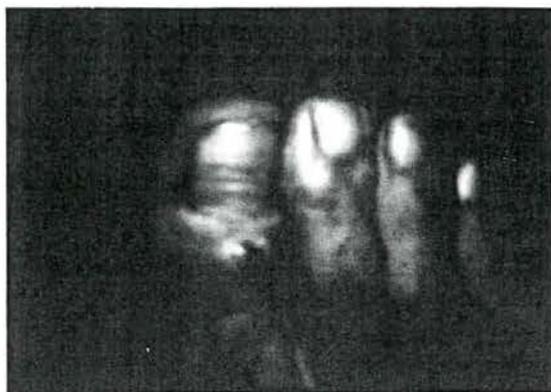
### **Anatomía patológica**

Demuestra que la composición de la estructura ósea contiene en su conjunto elementos celulares correspondientes al de un hueso trabeculado normal.

## **OSTEOMIELITIS DE LA FALANGE DISTAL DEL 1.º DEDO**

### **Anamnesis**

Corresponde a un joven de 28 años de edad, de profesión peluquero, que manifestaba que hacía algo más de un año inició un proceso inflamatorio doloroso a nivel proximal del 1.º dedo, sin antecedentes traumáticos. Fue tratado con reposo, antibióticos y antiinflamatorios durante siete días, mejorando considerablemente, si bien tenía dificultades de usar su calzado habitual.



A las tres semanas apareció un pequeño grano sobre la superficie supraungueal, que le supuraba en ocasiones, apareciendo un intenso dolor alternativo en el dedo, que muchas veces le impedía conciliar el sueño, debiendo llevar una zapatilla agujereada para evitar cualquier tipo de contacto sobre la lesión.

Reemprendió nuevamente la terapia con antibióticos, logrando que el grano desapareciera a los pocos días, así como la intensidad de sus dolores. Transcurridas otras tres semanas, aparece nuevamente la infección, que van desprendiendo un líquido, que cree que

es pus sobre el canal medial del dedo y sobre el repliegue supraungueal. Viendo que disminuyen la intensidad de sus molestias, se realiza curas tópicas en las fases evolutivas y de supuración.

### **Motivo de la visita**

Hace un mes reaparece los mismos signos iniciales, dolor, inflamación, impotencia funcional, siendo tratado igualmente con antibióticos, consiguiendo la remisión como en casos anteriores de su sintomatología, si bien siguen manteniéndose los orificios de drenaje, por lo que es remitido a nuestro servicio.

### **Exploración**

Presenta pequeño granuloma pigélico en el dorso del dedo, a nivel de la articulación interfalángica, que drena un líquido de aspecto purulento a la presión digital. Igualmente ocurre en el repliegue proximal del canal medial. Esta maniobra de presión zonal se traduce con dolor.

No se detectan signos macroscópicos de inflamación de los tejidos y el aspecto morfológico y anatómico de la uña es normal.

Solicitamos radiografía frente y perfil del dedo y comprobamos una osteomielitis en forma lagunar en el cóndilo medial de la falange, con pérdida de la estructura trabecular y esclerosis, limitando la lesión.

Considerando la profesión del paciente, no dudamos que la causa del proceso, haya sido iniciada por la infección subsidiaria por la penetración de algún pelo sobre el aparato ungueal.

### **Tratamiento**

Se aconseja la extirpación de los tejidos esclerosados que encierra la cavidad ósea y un legrado de los trayectos fistulosos.

Tras anestesia local y hemostasia preventiva, proyectamos abatir la cavidad con una incisión en L invertida según la técnica de Frost.

Extirpada una octava parte del cuerpo de la uña, se efectúa una osteotripsia amplia de la cavidad con una cucharilla de volkmann, eliminando parte de la cápsula condilar.

A continuación se hace la misma operación sobre los tejidos blandos lesionados en los trayectos fistulosos, Rellenamos la cavidad con antibióticos y aproximamos los bordes de la herida con cintas adhesibles.

Se instaura tratamiento con antibióticos por vía general y se efectúan radiografías a los 7, 15, 3 meses y al año, comprobando la restauración ósea con gran rapidez.



Con relación a las partes blandas, podemos comprobar al mes, a los tres meses y al año la restauración de los tejidos sanos, siendo normal el aspecto del dedo, solamente que la uña es algo más estrecha.

## NEUROMA PLANTAR

### Anamnesis

Corresponde a una paciente de 67 años de edad que fue operada hace dos años de hallux valgus de ambos pies. Recuerda un postoperatorio complicado y con una recuperación funcional tardía y sobre todo dolorosa.

A los dos meses de la operación, seguía manteniendo los dos antepiés muy inflamados y con dificultades serias para andar, siendo tratada con antiinflamatorios por vía general y una crema local.

Al primer día de aplicarse la crema, nota un intenso dolor al pasar su mano sobre un punto de la superficie plantar, a nivel de la articulación metatarsal del 1.º dedo del pie derecho, que va desapareciendo lentamente al realizar un pequeño masaje. Esta misma maniobra se va repitiendo cada vez que se aplica la crema, si bien no tiene las

mismas manifestaciones de dolor cuando anda o cuando está de pie.

Con el paso del tiempo va remitiendo la inflamación del antepié y su estabilidad en los pies es más firme, si bien el pie derecho se va exagerando el dolor plantar, que va notando más superficialmente, como si estuviera a flor de piel. El simple contacto de la zona le provoca un intenso dolor, por lo que le obliga a asentar el pie sobre el borde externo.

En el tratamiento ambulatorio postoperatorio que realizaba la paciente en el centro hospitalario no justifican la intensidad de su dolor, con los buenos resultados quirúrgicos obtenidos. Le aconsejan la aplicación de unas plantillas ortopédicas de descarga, que ni siquiera pudo lograr llevarlas por agudizarse el dolor. Considerando la existencia de una bursitis le aplican infiltraciones zonales y medicación general complementaria sin conseguir ningún resultado favorable.



Viendo la evolución insatisfactoria del proceso de este pié, decide visitar a otros especialistas, que etiquetaron el problema a un quiste sinovial y al de una verruga plantar. Nuevamente le aconsejan plantillas, derivándola a un compañero para su elaboración. El nuevo soporte plantar le permite asentar mejor el pie, aliviar los dolores y disponer de una mayor autonomía de marcha, si bien sigue la invariable intensidad del dolor en un punto determinado y localizado siempre en el mismo lugar.

### Motivo de la visita

Ante la persistencia álgida le proponen intervenir para explorar la zona, siendo

# PEUSEK®

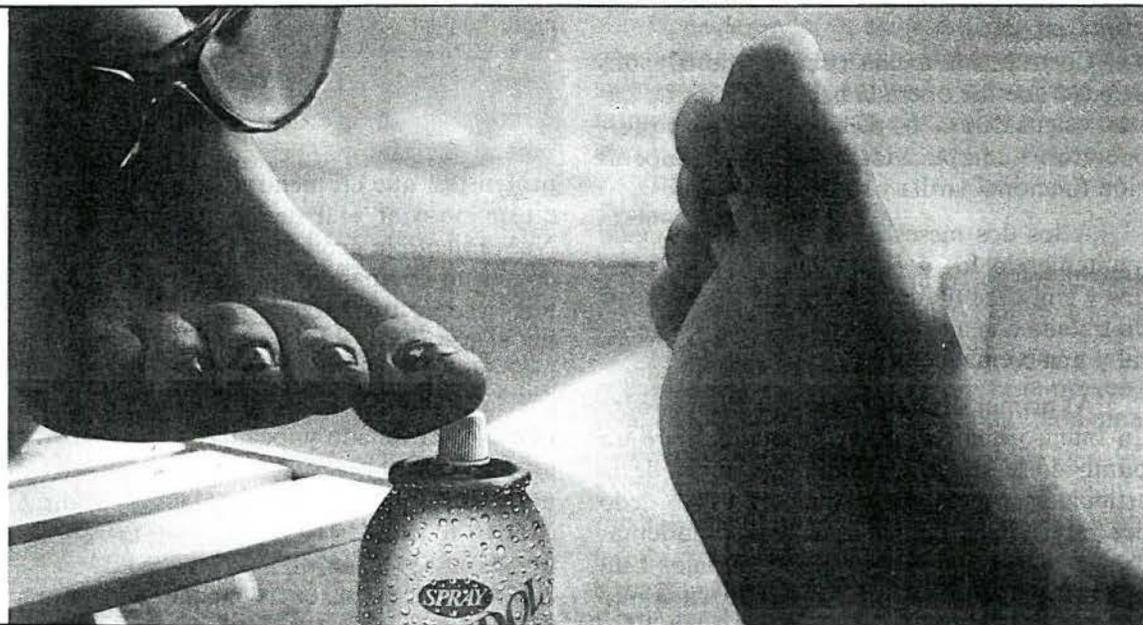
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

programada para un plazo de tres meses. La paciente en este período de tiempo de espera acoge el consejo de un compañero para ser visitado en nuestro servicio.

### Exploración

Objetivamente apreciamos un pequeño nódulo de una dimensión a la de un grano de arroz, de un color blanco de poca intensidad, que prácticamente lo hace desapercibido con el color de su piel. No presenta queratosis plantar alguna. Al intentar explorar la zona, provoca una intensa respuesta dolorosa, que le obliga a apartar el pie, restándole a continuación una sensación de quemazón que le dura unos instantes. No se detectan ninguna masa tumoral, solamente la pequeña prominencia cutánea.

Solicitamos xerografía para visualizar mejor los tejidos blandos, induciéndonos a orientar el diagnóstico a un proceso subsidiario a la intervención quirúrgica a la que fue sometida hace dos años, por la posible sección de un nervio periférico y a la formación tumoral en su porción terminal y que se habría anidado sobre el espesor de la piel, como ocurre en los muñones de los amputados.

La xerografía demuestra las estructuras óseas bien orientadas, tras la operación de hallux valgus y en cambio no se aprecia ninguna anomalía en sus partes blandas.

### Tratamiento

Aconsejamos hacer una pequeña incisión circular exploratoria, circunscribiéndonos al nódulo y extirpando la porción dérmica. Apreciamos en el tejido subcutáneo una pequeña masa tumoral rojiza, que está adherida a un pedículo muy fino y que penetra en el interior a unos planos más profundos.

Tiramos del nódulo y cortamos el pedículo por su parte más proximal. Se deja que la superficie de la herida se cicatrice por segunda intención. Vendaje compresivo y se permite la deambulacion en el mismo momento, con la ayuda de una zapatilla que solamente recubra la superficie del talón.

La masa tumoral extraída la enviamos a anatomía patológica para su estudio. A los 5 días se efectúa la 1.ª cura con la ayuda de pomadas antibióticas y evitando el apoyo zonal hasta lograr su total cicatrización que se efectuó a los 23 días. A continuación se permite la deambulacion con su calzado habitual, comprobando la desaparición por completo de su sintomatología.

### Anatomía patológica

En el estudio histológico se encuentran fibras nerviosas, células musculares y multitud de pequeños vasos, con el diagnóstico de GLOMANGIOMA BENIGNO o TUMOR GLOMICO.

# I CONGRESO EUROPEO DE PODOLOGIA

## PALACIO DE CONGRESOS

### Bruselas - 10 al 14 de Septiembre de 1987

#### 10 SEP.- ESPAÑA/BRUSELAS

Presentación en el aeropuerto salidas internacionales. Salida en vuelo de la compañía SABENA, almuerzo o cena a bordo según procedencia. Llegada a Bruselas. Asistencia en el aeropuerto y traslado al hotel. Alojamiento.

#### 11 SEP.- BRUSELAS

Desayuno en el hotel. Por la mañana, visita panorámica de la ciudad. Sesiones de trabajo en el Congreso por la tarde. Alojamiento.

#### 12 SEP.- BRUSELAS

Desayuno en el hotel. Sesiones de trabajo para los Sres. Congresistas por la mañana y por la tarde. Excursión facultativa a Gante y Brujas para los acompañantes. Cena de gala. Alojamiento.

#### 13 SEP.- BRUSELAS

Desayuno en el hotel. Sesiones de trabajo para los Sres. Congresistas por la mañana y por la tarde. Excursión facultativa a Amberes y Daimorlan para los acompañantes. Alojamiento.

#### 14 SEP.- BRUSELAS/ESPAÑA

Desayuno en el hotel. Traslado al aeropuerto para salir en el vuelo de la compañía SABENA con destino a Madrid o Barcelona. Refrigerio a bordo. Llegada y fin del viaje.

**PRECIO POR PERSONA DESDE BARCELONA en hab. doble: 52.575 Ptas.**

**PRECIO POR PERSONA DESDE MADRID en hab. doble: 64.300 Ptas.**

**Suplemento habitación individual: 8.550 Ptas.**

#### HORARIOS DE VUELOS

		Salida	Llegada
Madrid-Bruselas	10 sept.	12.50	15.00
Bruselas-Madrid	14 sept.	9.30	11.45
Barcelona-Bruselas	10 sept.	20.20	22.25
Bruselas-Barcelona	14 sept.	17.30	19.20

## VIAJE POST-CONGRESO

### Del 14 al 20 de Septiembre de 1987

#### 14 SEPT.- BRUSELAS

Día libre, cena en el hotel. Alojamiento.

#### 15 SEP.- BRUSELAS

Desayuno. Mañana libre. Almuerzo. Por la tarde, excursión a Waterloo. Alojamiento en el hotel en Bruselas.

#### 16 SEP.- BRUSELAS

Desayuno en el hotel. A continuación, salida en autocar hacia Gante y Brujas, visita de estas dos hermosas ciudades. Almuerzo. Alojamiento en el hotel en Bruselas.

#### 17 SEP.- BRUSELAS/LUXEMBURGO

Desayuno y salida en autocar hacia Luxemburgo. Almuerzo en ruta. Llegada a la capital del Gran Ducado y visita de la misma. Alojamiento en el hotel en Luxemburgo.

#### 18 SEP.- LUXEMBURGO/AMSTERDAM

Después del desayuno, salida en autocar hacia Amsterdam. Llegada a Rotterdam, almuerzo y visita de la ciudad. Continuación hacia la capital holandesa. Llegada y alojamiento en el hotel de Amsterdam.

#### 19 SEP.- AMSTERDAM/AMBERES

Desayuno en el hotel. Salida hacia Keukenhof, donde se almorzará, continuación para efectuar la visita de Madurodam (ciudad en miniatura) y Amberes. Alojamiento en el hotel de Amberes.

#### 20 SEP.- AMBERES/BRUSELAS/BARCELONA

Después del desayuno, traslado al aeropuerto de Bruselas para salir en el vuelo de la compañía SABENA con destino a Madrid o Barcelona. Llegada y fin del viaje.

**PRECIO POR PERSONA en habitación doble: 62.930 Ptas.**

**Suplemento habitación individual: 13.975 Ptas.**

#### HORARIOS DE VUELOS

		Salida	Llegada
Bruselas-Madrid	20 sept.	9.30	11.45
Bruselas-Barcelona	20 sept.	17.30	19.30



**NOVEDAD**

# Canestén<sup>®</sup> 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

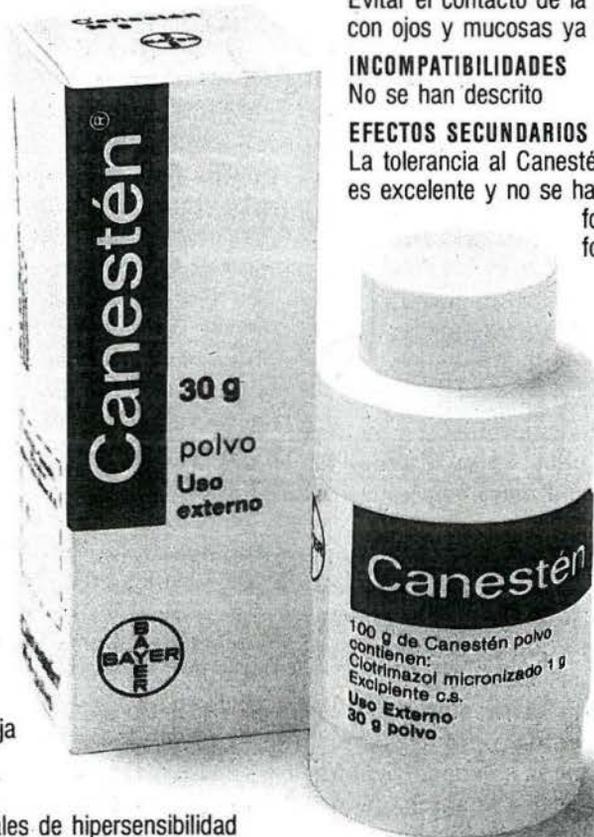
No se han descrito

### EFFECTOS 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	374,-

### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvorador 30 g	462,-



# Bayer

# Antimicóticos

# ASOCIACION CATALANA DE PODOLOGOS

## ALGUNOS CAMPOS QUE DEBEN SER OBJETO DE LA PARTICIPACION DEL PODOLOGO A CORTO Y MEDIO PLAZO

(Continuación n.º anterior)

La tarea de desempeñar en el campo escolar, tiene una doble vertiente:

**PRIMERA:** Prevenir las alteraciones ortostáticas de los niños, mediante el diagnóstico precoz.

**SEGUNDA:** Encaminada hacia la **PROMOCION** y **DIVULGACION** social del **PODOLOGO**. Padres, educadores y niños tienen que ir conociendo cada vez más el rol de los distintos profesionales sanitarios e identificar a cada patología con el especialista adecuado.

### **PODOGERIATRIA**

En España el censo de personas mayores de 65 años se aproxima a los cinco millones. Este censo tiende a aumentar de una forma progresiva, calculándose que en el año 2000 esta población será de 6 millones de personas.

Frente a esta realidad humana, la **GERONTOLOGIA** está en pañales. Aún no hemos tomado el pulso a este problema. Veamos unos datos que se acaban de hacer públicos a través de un libro blanco, sobre la situación actual de los ancianos en nuestro país, elaborado por la Sociedad Española de Geriatria y el Gabinete Bernard Krief de estudios sociológicos.

En España hay 75 especialistas titulados en **GERIATRIA**, de ellos 15 en Catalunya. La nueva Ley de Sanidad margina a todas luces la atención especializada a los ancianos, cuando en el referido informe se señala que las personas ancianas suelen tener varias enfermedades a la vez y su diagnóstico requiere cinco veces más tiempo que en el caso de un joven. Faltan residencias geriátricas bien estructuradas, mal menor para atender a las personas de edad avanzada, porque está plenamente demostrado que la soledad, el olvido y el rechazo familiar son los factores que deprimen y agudizan los males de la vejez.

Se necesitaría una red de hospitales de día, donde poder ofrecer tratamientos y rehabilitación sin necesidad de internamiento, la

capacidad de asistencia social en el propio domicilio, se encuentra con la estrechez de un cuadro muy deficiente.

No entraremos en un análisis de los escasos recursos económicos con que se cuenta en la vejez. La **VEJEZ**, dicen los geriatras, no debería ser una enfermedad, desgraciadamente es algo más que eso, se trata de un amplio problema que ha de encontrar solución, en un amplio y generoso programa global de la política social. Al anciano no le sirven las promesas, necesita realidades que mejoren su calidad de vida.

Existen aspectos de carácter práctico, que también se olvidan por parte de los organismos oficiales y en concreto la **SEGURIDAD SOCIAL**, que repercuten en la salud y el bienestar de los ancianos.

Son muchos, por no decir todos, que a partir de cierta edad sufren un deterioro en sus pies, que además de lo que ello comporta, les expone con frecuencia a una incapacidad que se traduce en una limitación en su deambulación, inseguridad y peligro de accidentes en la vía pública. Sería conveniente y humano que se estableciera por parte de la Administración, un baremo que permitiera atender a los ancianos más necesitados y pudieran disponer de una forma digna de nuestros servicios.

En 200 años, la duración de la vida se ha duplicado. La longevidad media ha pasado de los 30 años en 1750, a los 63 años en 1950. La población de ancianos aumenta regularmente, la ciencia moderna, después de haber tenido éxito en prolongar la vida, debería hacerlo para ofrecer a nuestros ancianos una mejor calidad de ésta.

La **GERONTOLOGIA** estudia y se interesa por los fenómenos de la vejez.

La **GERIATRIA** es la especialidad médica que se cuida del estudio y tratamiento de las enfermedades de los ancianos.

La **PODOGERIATRIA** o **GERIATRIA-**

# Roda\*

- Servicio para profesionales de la podología.
- Extenso surtido en materiales y mobiliario.
- Montaje completo de consultas.

Roda\*

*a sus pies*

Roda\*

AVDA. GAUDI, 56.

TELEF. (93) 23 578 81.

08025 BARCELONA

PODOLOGICA será la parte de la podología, que se ocupará del cuidado y tratamiento de las enfermedades y dolencias de los pies.

El tratamiento podológico de los ancianos estará condicionado por el estado general de estos pacientes, como son:

- Trastornos circulatorios.
- Alteraciones metabólicas.
- Distrofia de los tejidos.
- Enfermedades reumáticas, etc. etc.

Se dice a menudo que la medicina ideal es la que se cuida del hombre integralmente, esto sobre todo es verdad en el tema que nos ocupa. Parece imposible dissociar el aspecto geriátrico del resto del medio, esto es tan cierto como que este medio está condicionado por la tercera edad.

En una época que sólo se habla de participación, es preciso que el hombre que se va haciendo mayor, continúe participando. Es preciso que sepa reconocer las actividades que puede hacer, respetando sus momentos de soledad, necesarios para el reposo, la lectura, etc. La tercera edad es la comunicación entre tres generaciones, los abuelos, que aportan experiencia y seguridad; los padres, la madurez y los niños y jóvenes, renovación. La célula social no envejece sino que se renueva y enriquece.

Es necesario que en nuestra sociedad y cada vez más exista una cooperación entre los distintos profesionales de la salud (Sociólogos, geriatras, podólogos, enfermeras, etc.). Así entre todos conseguiremos un bienestar mejor para nuestros mayores.

## PODOLOGIA DEPORTIVA

El deporte en la actualidad ha adquirido una penetración social tan importante que se podría afirmar que es el reflejo de las sociedades que lo practican. Esto ha motivado que se establezca una fuerte competitividad entre entidades deportivas, clubs e incluso las distintas ciudades compiten entre sí, las naciones luchan en distintas disciplinas por obtener un puesto destacado en los liderazgos del deporte.

Debido a este fenómeno social, los responsables políticos del deporte y las mismas entidades deportivas están utilizando todos los recursos posibles en potenciar la práctica del deporte y mejorar la calidad de los deportistas para poder obtener así mejores resultados.

La podología como profesión y el podólogo como profesional, deben ser muy conscientes de esta realidad. Y con toda seguridad nos atrevemos a afirmar: Que si la **PODOLOGIA** no está preparada para cubrir esta demanda social, ésta será cubierta por otros profesionales de la medicina.

El deportista está expuesto a infinidad de traumatismos y lesiones, sobre todo en la extremidad inferior. El pie del deportista, en muchas disciplinas, es la base de sustentación del cuerpo y está expuesto a una sobrecarga, fatiga y stress.

El incremento notable de deportes de reciente aparición y de vocaciones tardías que se incorporan a los mismos como son: Squash, Yooging, Fútbol sala, etc., están provocando en sus practicantes lesiones podológicas propias de los mismos y a las que se añaden las consecuencias de una mala programación y preparación física.

Las lesiones que vamos a encontrar con más frecuencia en los atletas y en los deportistas las podemos agrupar en:

- ALTERACIONES BIOMECAICAS.
- PATOLOGIA DE PARTES BLANDAS.
- PATOLOGIA OSTEOARTICULAR.
- PATOLOGIA DE LA UÑA.

Cada disciplina deportiva deberá ser estudiada en profundidad, el podólogo especialista deberá conocer al deportista de cerca, conocer su técnica y llegar a dominar todas las peculiaridades de cada deporte y sobre todo, aquellos en que interviene la extremidad inferior.

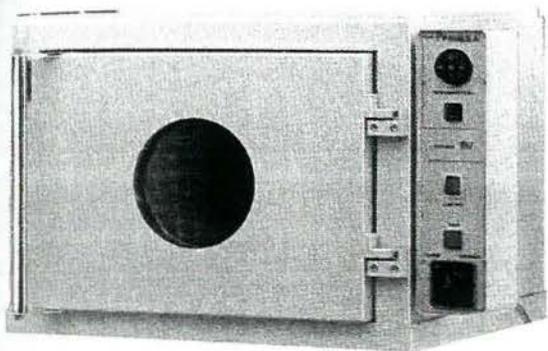
El podólogo deberá utilizar todos los recursos disponibles para realizar diagnósticos acertados y poder aplicar así tratamientos correctos. Por lo general y como norma orientativa, la exploración del deportista irá encaminada en realizar:

- Estudios de la marcha y del impulso.
- Estudio y valoración muscular.
- Estudio y orientación del calzado.
- Diagnóstico y tratamiento de la patología específica de cada deportista.

Con todo ello podremos conseguir un máximo rendimiento de nuestros atletas y la **PODOLOGIA** estará considerada a nivel deportivo y a nivel social en el sitio que se merece. Antes de que otros profesionales ocupen el lugar que nos pertenece por derecho propio.



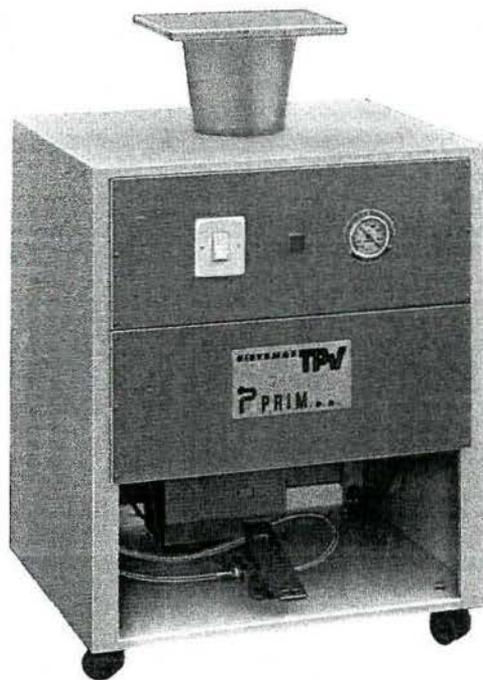
## HORNO PODOLOGIA



- Dimensiones útiles interiores:  
Alto: 310 mm.  
Ancho: 400 mm.  
Fondo: 325 mm.
- Dimensiones exteriores:  
500 mm. × 660 mm. × 500 mm.
- Peso aprox.: 50 Kg.
- Temperatura máxima: 250° C.
- Potencia media: 1.600 W.
- Potencia máxima: 2.000 W.
- Iluminación interior.
- Una sola puerta de apertura lateral.
- Turbina de aire forzado.

## EQUIPO DE MOLDEO POR VACIO ESPECIAL PODOLOGIA

- Monofásico: 220 V.
- Potencia media: 200 W.
- Caudal máximo de vacío: 3.000 l./hora.
- Vacío máximo: 600 mm. Hg.
- Dimensiones:  
Alto: 850 mm.  
Ancho: 600 mm.  
Fondo: 500 mm.
- Peso aprox.: 110 Kg.
- Ruedas multidireccionales para su desplazamiento.
- Incluye:  
1 tabla para moldeo.  
1 juego de marcos metálicos.  
4 pinzas de sujeción de marcos.





# SERIE ORO

LA SILICONA DEL PRESENTE



**ANTIGUAMENTE EXISTIAN  
MUCHAS SILICONAS**

MADRID • Carretera Canillas, 99 bajo • 28043 Madrid • Tels.: 2003469 y 7594665  
BARCELONA • Provenza, 281. 1.º, 2.º • 08037 Barcelona • Tel.: 2157749

SUMINISTROS MEDICOS





Handwritten text in a cursive script, likely a historical document or manuscript. The text is arranged in several lines and appears to be a list or a series of entries. The script is dense and difficult to decipher due to its cursive nature and the quality of the reproduction.



# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

MAYO-JUNIO  
1987

F.E.P.  
n.º 111

# Fungusol®

Polvos desodorantes  
con acción

## PREVENTIVA Y CURATIVA

ante infecciones micóticas y/o bacterianas.

### FUNGUSOL® Polvo

#### Composición:

P-cloro-m-cresol, 1%; ácido bórico, 10%; óxido de zinc, 10%; aerosil, 3%; excipiente c.s.

#### Indicaciones:

- Tratamiento tópico de micosis cutáneas.
- Prevención de recidivas o reinfecciones de las micosis cutáneas.
- Prevención y tratamiento del intertrigo.
- Evita el desagradable olor corporal producido por la descomposición del sudor.

#### Dosificación y administración:

Siempre a criterio del médico. En general se recomienda espolvorear dos veces al día, con FUNGUSOL®, la zona afectada, así como en el interior de las prendas de calzado y/o vestido próximo a la misma.

#### Incompatibilidades:

No se conocen.

#### Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

#### Efectos secundarios:

Al aplicarse sobre mucosas o zonas muy sensibles de la piel, en especial si está húmeda, puede notarse una ligera sensación de picor que cede con rapidez.

#### Intoxicación y su tratamiento:

Dada la vía de administración es prácticamente imposible.

#### Presentación y P.V.P. IVA:

Frasco de 60 g., 227.— ptas.

SIN RECETA MEDICA



PREVIENE el desarrollo de la infección.

CURA cuando la micosis ya se está desarrollando.

DESODORIZA ya que no permite la descomposición microbiana del sudor.

LABORATORIOS ANDREU  
Moragas, 15.- 08022 BARCELONA



# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

**F.E.P.**

**Redacción:**

San Bernardo, 74  
Teléfono 231 50 44  
28015 - MADRID

**Director:**

Andrés Rueda Sánchez

**Redactor Jefe:**

J.J. Araolaza Lahidalga

**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

---

2 EDITORIAL

---

3 ACTA DE LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA DE DISOLUCION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.

---

6 CONSTITUIDA LA ACADEMIA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE.

---

6 CURSO BASICO DEL M.I.S.

---

7 JORNADAS TEMATICAS DE PODOLOGIA DEPORTIVA.

---

11 EFICACIA DE LOS EXAMENES DE SALUD ESCOLAR EN LAS ALTERACIONES PODOLOGICAS: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE ESTAS ALTERACIONES.

---

24 V CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE.

---

25 EL JUANETE DE SASTRE.

---

31 CARTAS A LA REDACCION.

---

*Esta Revista que tienes en tus manos, en ocasiones y para muchos podólogos, es el único vínculo de unión y comunicación de la problemática podológica. Es, por lo tanto, un instrumento de gran valor en la noble tarea de concienciar y homogeneizar a todo el colectivo de podólogos.*

*Las transformaciones que se están operando en la sociedad y en concreto en nuestra organización profesional, han de repercutir también en la forma y visión de la Revista que nos ocupa, y hemos de decidir entre todos el tipo de Revista que deseamos en cuanto a su presentación, periodicidad y contexto de su contenido.*

*Indudablemente, el órgano oficial de la actual Federación Española de Podólogos ha de responder a la estructura a la que sirve y ha de estar muy apoyada e influenciada por la representación de las distintas Asociaciones autonómicas y regionales.*

*Ello conlleva una participación activa de al menos un redactor por cada Asociación autonómica que compone la Federación, que informe de primera mano y puntualmente de la problemática de su demarcación.*

*Habría que definir las secciones que deseamos sean de inclusión fija y el cuadro de redacción que respondiera a esa responsabilidad.*

*La conveniencia o no de abrir páginas a contenidos extra-podológicos, formación humanística y de entretenimiento.*

*Un largo etcétera que requiere una colaboración que buscaremos y que ofrecemos a todos los compañeros que muestren su disposición a dedicar parte de su tiempo a esta tarea.*

# ACTA DE LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA DE DISOLUCION DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

En Málaga, siendo las 17,30 del día 2 de Mayo de 1987, se reúne en segunda convocatoria la Junta General Extraordinaria de Disolución de la Asociación Española de Podólogos con la asistencia de 123 socios tras la convocatoria reglamentariamente efectuada a los 1.315 socios. Preside la reunión el Presidente de su Junta Directiva D. Luis Cajal Roibal.

El Presidente saluda a los asistentes y agradece su asistencia dando paso al Secretario para la lectura del Acta de la Asamblea anterior.

Tras su lectura es aprobada por unanimidad.

En el segundo punto del Orden del Día, el Presidente por la inasistencia justificada del Tesorero, da el informe económico del estado de cuentas al 31 de Diciembre de 1986. Ante la diferencia de ingresos con la previsión de cobro de cuotas se da lectura a la situación de impagos de distintas delegaciones provinciales por solicitud del socio D. Carlos Blancó.

Intervienen con distintas consideraciones y posibles soluciones los Sres. Solé Cuch, Zacarías García, Francisco Farreras, Giralt, Julio García, Valeriano Molina, Juan José Araolaza, Echegaray y de nuevo D. Carlos Blancó.

El Sr. Morán y el Sr. Blancó piden conste en Acta su disconformidad con la forma de presentación del estado de cuentas.

Tras el debate suscitado, el Presidente pone a votación la aprobación del Informe económico, siendo aceptado sin ningún voto en contra.

En el tercer punto del Orden del Día, el Presidente informa de las gestiones realizadas para la aprobación del Real Decreto. De las entrevistas en la Dirección General Consejo de Universidades y personalidades políticas. En todas ellas la impresión es buena, pero no deja de reconocer que el Real Decreto sigue sin ser aprobado.

Da cuenta de la puesta a punto de la nueva sede en la calle San Bernardo y de las dificultades habidas en la legalización de la Federación Española de Podólogos.

Se pasa al 4.º punto del Orden del Día explicando el Secretario la situación del expediente de expulsión abierto al socio D. Antonio Nogal Benito por supuesto apoyo al intrusismo en Oviedo.

Da cuenta del inicio del expediente tras la denuncia de la Asamblea de podólogos de Oviedo en la que tomó parte el expedientado y las manifestaciones realizadas.

Los pasos realizados según lo indicado por los Estatutos habiéndose aprobado su expulsión en la reunión de la Junta Directiva del 18 de Octubre de 1986.

# MICOESPEC POLVOS

## ANTIMICOTICO·ANTITRANSPIRANTE



La mayoría de las micosis en los pies vienen precedidas (y se mantienen) por el exceso de sudoración.

**MICOESPEC POLVOS**, además de incluir en su fórmula un potente antimicótico

(Nitrato de Econazol, 10 mg.), por su contenido de Oxido de Zinc (15 g.), Estearato de Magnesio (2 g.)

y Silicatos (69 g.), es un activo agente con propiedades

**REFRESCANTES y ANTIINFLAMATORIAS,**

con acción **SECANTE** y reguladora de la hiperhidrosis.

#### COMPOSICION:

Nitrato de Econazol, 10 mg. por gr. de polvo.

#### INDICACIONES:

Especialmente activo frente a infecciones por Cándidas o Tricophytos. Pie de atleta, micosis interdigitales, micosis húmedas, etc.

#### CONTRAINDICACIONES E INCOMPATIBILIDADES:

No se conocen.

#### EFFECTOS SECUNDARIOS:

Puede darse algún caso de prurito, flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda la suspensión del tratamiento.

#### INTOXICACION:

Es imposible el riesgo de intoxicación.

#### PRESENTACION Y P.V.P.:

Frasco de 30 gr. de polvo, 348 pts.



CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL Sagitario, 12. ALICANTE (España)

Tras esta decisión y su comunicación al interesado, éste ha realizado recurso con fecha 22 de Diciembre y es por lo que se presenta en la Asamblea para su ratificación si procede.

Se informa también que por la Organización Colegial de A.T.S. de Oviedo se ha abierto expediente a los A.T.S. implicados en este suceso, por considerar que pudieran estar realizando actividades profesionales que no les corresponden y que la titulación del Sr. Nogal Benito es la que se está utilizando a modo de amparo para dicha actividad.

Tras algunas intervenciones pidiendo alguna aclaración, se pone a votación la ratificación de expulsión expresándose la Asamblea afirmativamente por unanimidad.

José Luis Salcini informa que a nivel de Andalucía se ha formado un órgano de recepción de denuncias de intrusismo y que había que organizar algo semejante en todo el Estado.

Máximo González indica que el problema no es únicamente la recepción de las denuncias, sino el modo de actuación contra los infractores. Que la legislación permite dos únicas vías de actuación: una la vía del código penal y la 2.ª, la ley de Colegios profesionales.

José Ferré insiste en el mismo aspecto, pero expone las dificultades de ambas fórmulas.

Se pasa a continuación al 5.º punto del Orden del Día y el Secretario informa sobre la Adquisición de personalidad jurídica de la Federación Española de Podólogos, habiendo diversas y vivas intervenciones sobre esta legalización por parte de algunos socios que consideran que no es la fórmula adecuada y la del Sr. Morán que insiste en que en Canarias el Imac le está poniendo dificultades para su legalización como Asociación territorial y poder integrarse en la Federación.

José Claverol de las Baleares afirma tener el mismo problema y Julio García se compromete con la ayuda del Secretario Juan José Araolaza a colaborar para que se dé satisfacción al deseo de ambas comunidades.

El Presidente pasa al 6.º punto del Orden del Día, realizando la propuesta de disolución de la Asociación Española de Podólogos. Indica que tras la legalización de la Federación Española no tiene función el mantener la Asociación, toda vez que su fórmula organizativa no es la adecuada y además porque está sujeta a procedimiento judicial por impugnación de sus estatutos.

Propone, por lo tanto, su disolución, el nombramiento de una comisión liquidadora y que se destinen todos los bienes sobrantes a la Federación Española de Podólogos, entidad que aglutina la organización de los podólogos a través de las Asociaciones territoriales. Son propuestos como Comisión liquidadora a D. Angel Gil Acebes y a D. José Vilar Fuster.

La Asamblea aprueba las propuestas indicadas por unanimidad.

No habiendo intervenciones en el punto último de Ruegos y preguntas, el Presidente levanta la sesión.

MALAGA, a 2 de Mayo de 1987

Vº Bº  
PRESIDENTE

SECRETARIO

LUIS CAJAL ROIBAL

J.J. ARAOLAZA

# CONSTITUIDA LA ACADEMIA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE

Se ha constituido recientemente en Madrid la Academia de Cirugía Ambulatoria del Pié, que agrupa a los Podólogos de la Federación que realizan intervenciones por la técnica de la mínima incisión (M.I.S.).

Nace esta entidad con objetivos claros y definidos de investigación y divulgación de la citada técnica quirúrgica, y entroncada con la Asociación Americana del mismo nombre.

A tal fin ha sido designada, dentro de su organigrama, como la Región XV y cabecera de Europa en su reunión anual del órgano denominado Board of Trustees. Javier Aycart Testa ha sido elegido Director regional en la citada reunión en la que ha estado presente.

Deseamos toda suerte de aciertos y éxitos a la recién constituida Academia para bien de la Podología Española.

Redacción.

## CURSO BASICO DE M.I.S.

### 1. OBJETIVOS

- A. Reunir a aquellos Podólogos que realizan o están decididos a realizar técnicas de Cirugía Ambulatoria.
- B. Formación teórico-práctica en los protocolos quirúrgicos.
- C. Servir de eslabón primario para posteriores Cursos Monográficos de M.I.S.
- D. Posibilitar el formar parte de la Academia como miembros.

### 2. FECHA DE CELEBRACION

Noviembre, 1987.

### 3. LUGAR DE CELEBRACION

Madrid. Hotel CUZCO. Paseo de la Castellana, 133.

### 4. INFORMACION E INSCRIPCION

#### A. SECRETARIA DEL CURSO

ORTOCEN. Avda. Concha Espina, 22 - 28016 MADRID. Telf. 91-457 22 22.

#### B. SOLICITUD

Por escrito, aportando los siguientes datos:

- Nombre y apellidos.
- Años de ejercicio como Podólogo.
- Experiencia en M.I.S.

#### C. CUOTA Y PLAZO DE INSCRIPCION

Cuota de inscripción: 100.000 pesetas.

Presentar antes del 30 de septiembre, 1987:

- Carta de solicitud.
- Talón por 20.000 pts. (20% de la cuota), en concepto de preinscripción.

# JORNADAS TEMATICAS DE PODOLOGIA DEPORTIVA

Durante las pasadas fechas del 13, 14 y 15 de Marzo, la Associació Catalana de Podòlegs organizó por primera vez unas Jornadas dedicadas exclusivamente al pié y al deporte, entendiendo como deportista a cualquier ciudadano que lo practique con cierta regularidad.

Las Jornadas contaron con la colaboración de la Direcció General de l'Esport de la Generalitat de Catalunya y fueron reconocidas como de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo y se les otorgó el Privilegio de Oficialidad de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat.

En la elaboración del programa se intentó, y creemos que consiguió, dar un sentido plural reuniendo para ello a deportistas, fisioterapeutas, médicos especialistas en medicina del deporte, podólogos, profesores del I.N.E.F. y fabricantes de calzado deportivo de marca internacional.

Las ponencias se agruparon por afinidad de temas al objeto de dar contenido homogéneo a las mesas redondas y que fueron las siguientes:

**PRIMERA MESA:** Presidió D. Martín Rueda.

**Ponentes:** D. Gregorio ROJO. Entrenador de atletismo. Tema: "los pies y el rendimiento del atleta".

D. José Manuel ABASCAL. Deportista, medalla olímpica, "el deporte necesita una buena base: tus pies. Cuídalos".

D. Pascual VAZQUEZ y D. Francisco SOLANS. Podólogos. "El calzado irracional y la práctica deportiva".

D. Bernardo VAZQUEZ MALDONADO. Podólogo. "El pié y la bota de fútbol".

La mesa redonda fue muy interesante, tanto por la novedad de los temas que presentaron los compañeros podólogos como por la orientación práctica de hechos y experiencias vividas en el mundo del atletismo por los Sres. Rojo y Abascal, denunciando este último la falta de asistencia podológica que sufren, aunque sean atletas de los denominados de élite.

**SEGUNDA MESA:** Presidió D. Carles REIXACH. Ex-jugador del F.C. Barcelona y Director de la Escuela de fútbol TARR.



**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

Ponentes: D. J.M. BERNADO. Podólogo. "El medio ambiente del pie del deportista".  
D. Evaristo RODRIGUEZ. Podólogo. "Lesiones de la piel de los deportistas".  
D. Julio ALONSO, A. RUEDA y M. RUEDA. Podólogos. "Patología de la uña".

Mesa también muy participativa, en la que vestuarios, piel y uñas fueron los protagonistas, siendo valiosa la participación y punto de vista del Sr. Reixach como profesional del deporte.

TERCERA MESA. Presidió D. José M.<sup>a</sup> ANTENTAS, corredor de maratón y miembro de las Juntas Directivas de las Federaciones Españolas y Catalana de atletismo.

Ponentes: D. Agustí MAYRAL. Podólogo. "Patología del primer dedo".  
D. Julio ALONSO, A. RUEDA y M. RUEDA. Podólogos. "El antepié".  
D. Jordi FLUVIA. Podólogo. "Las fracturas de estres en el pie del deportista".  
Drs. Francisco BIOSCA y Alberto GARCIA. Profesores del I.N.E.F. de Lérida "biomecánica de las extremidades inferiores".

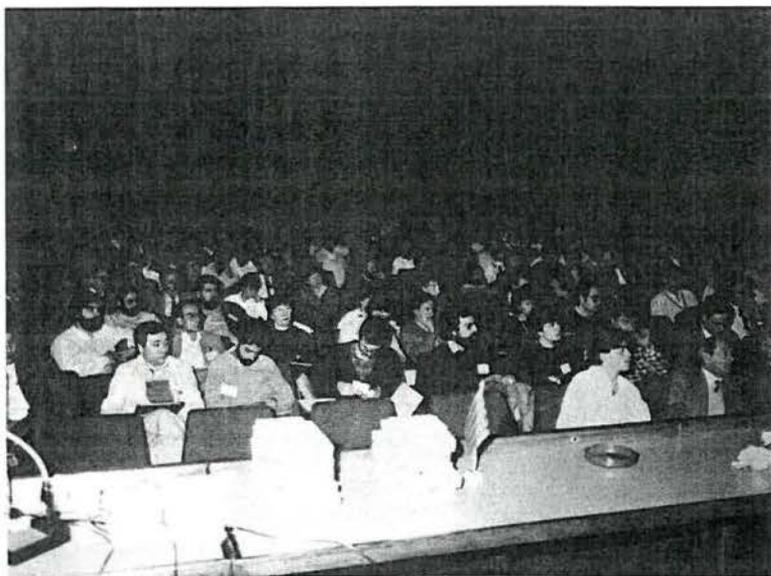
Fue la mesa de la biomecánica y de los trastornos mecánicos con su repercusión a nivel óseo. De alto contenido científico y técnico.

CUARTA MESA: Presidió D. Máximo GONZALEZ. Podólogo.

Ponentes: D. Manuel CARVALLO. Licenciado del I.N.E.F. y Director de investigación y desarrollo de nuevos productos de KARHU. "El calzado deportivo".  
D. Antoni BOVE. Fisioterapeuta y "trainer" de basket. "Inmovilizaciones funcionales del pie".  
D. José FARRE. Podólogo. "El calzado y las talalgias".  
D. Jordi SANS. Podólogo. "El pie y la patología del ciclista".

Fue una de las mesas más participativas, muestra de la especial sensibilidad que posee el podólogo hacia el calzado y los requisitos que debiera cumplir. Por otra parte, el vendaje funcional y su aplicación así como la especial patología del ciclista despertaron gran interés entre los congresistas.

Las conferencias inaugurales y de clausura fueron respectivamente "valoración biológica del deportista", por el Dr. Jesús GALILEA, Director del Centro de Estudios de Alto Rendimiento Deportivo, y "alteraciones del pie y su influencia en el rendimiento del atleta" por el Dr. Antonio LIZARAN, especialista en Medicina Deportiva por la Universidad de Roma.



A modo de resumen diremos que las Jornadas han sido un éxito total en cuanto a participación, contenido de las comunicaciones e interés despertado por el tema, como lo demuestra las casi trescientas personas que nos hemos dado cita en este acontecimiento y que nos anima a continuar por el camino y más teniendo en cuenta el salto cuantitativo de practicantes del deporte que se ha producido y que aumentará como hecho social desde la nominación de Barcelona como ciudad olímpica para 1992. Los podólogos españoles no nos podemos dejar pasar la oportunidad, porque como fue recogido en las conclusiones de las Jornadas y emitido de forma general por los participantes "no podólogos", nosotros somos *imprescindibles* en los equipos de asistencia de medicina del deporte.

### HOMENAJE A D. PABLO VILATO

La Associació Catalana quiso homenajear en el contexto de las Jornadas a un ilustre compañero, D. Pablo Vilató Ruiz. No es difícil hablar de él porque no es un hombre corriente y por lo tanto las palabras que se utilizan para estas ocasiones no las encuentro apropiadas. D. Pablo es... humano, sencillo, maestro, grande, corazón, inteligencia... tienes que recurrir a este tipo de definiciones, pero hay que escucharlas en el contexto que sus compañeros y amigos se las decían, algunos, bastantes con los ojos húmedos y ese nudo que se pone a veces en la garganta cuando la emoción la tienes tan a flor de piel...

Es muy difícil hablar de D. Pablo porque tiene esa humildad que tienen las personas grandes. Hay una frase suya que pronunció en su acto de homenaje y que quizá sea su mejor definición: "...estoy contento por la manifestación de los compañeros, que me honran con su presencia, y además porque pienso que en la vida nunca he puesto la zancadilla a nadie...".

Baste decir de él que cuando se decidió su homenaje y el concederle la insignia de oro de nuestra Associació, fueron tantas las personas y Asociaciones del resto del país que pidieron adherirse que tuvimos que organizar en su cena otro acto de homenaje para dar cabida a todas ellas, y allí estuvieron canarios, murcianos, valencianos, aragoneses, andaluces, asturianos, catalanes... etc.

En el acto inaugural y con la presencia de las autoridades y Comité de Honor que se adherieron al homenaje a D. Pablo Vilató, le fue impuesta la insignia de oro, máximo galardón de la Associació Catalana por nuestro Presidente D. Francisco Farreras, así como la medalla al mérito profesional del Consejo General de A.T.S. y D.E. por D. Máximo González, Vicepresidente 1.º del mismo.



# EFICACIA DE LOS EXAMENES DE SALUD ESCOLAR EN LAS ALTERACIONES PODOLOGICAS: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE ESTAS ALTERACIONES

XIX Congreso Nacional de Podología  
Málaga 1987

Fco. Javier Mena Sánchez  
Chiclana (Cádiz)

La presente comunicación está basada en el trabajo titulado: "Efectividad de los Exámenes de Salud Escolar y Eficacia de los Exámenes en las Alteraciones Podológicas", presentada como monografía de grado en el curso "Master en Salud de la Comunidad" desarrollado durante los años 1985 y 1986 en la Universidad Autónoma de Barcelona, en dicho trabajo participaron además; Edurne Altube Arabiurrutia y Antonio García Campo.

## INTRODUCCION

Los controles de Salud, en general, persiguen la identificación de enfermedades o defectos inadvertidos, mediante la utilización de pruebas, reconocimientos, u otro procedimiento que pueda ser aplicado rápidamente.

Estas pruebas permiten distinguir a las personas aparentemente sanas que probablemente padecen una enfermedad, de aquellas otras personas que probablemente no la padecen.

Los exámenes de Salud Escolar centran su estudio en los escolares, grupo de edad joven que normalmente no han tenido contacto con la asistencia sanitaria.

El rendimiento de estos exámenes se basa en la existencia simultánea de dos condiciones:

- La detección de un número suficiente de anomalías desconocidas, respecto al total de escolares examinados.
- Y la existencia de un servicio sanitario donde poder corregirlos.

Los controles sanitarios en la escuela tienen también finalidad preventiva, siendo ella, secundaria, ya que lo que detectan son alteraciones o anomalías prevenibles e iden-

tificables precozmente para su solución. Por tanto, no podemos esperar de ellos disminución de la incidencia de la enfermedad, aunque si puede reducirse la prevalencia de la misma.

Trataremos el aspecto de las alteraciones podológicas, no tanto restringiendo o parcelando los problemas del pie, sino profundizando en estos aspectos, de gran debate en la actualidad por su gran relevancia y remediabilidad.

## OBJETIVOS

Generales:

- Estudio de la eficacia de la detección precoz de las alteraciones podológicas.
- Verificar las alteraciones podológicas encontradas por los Equipos de Salud Escolar.
- Determinar incidencia y prevalencia de las alteraciones podológicas.
- Orientar a los Equipos de Salud Escolar sobre métodos y procedimientos del estudio del pie.

Específicos:

- Cuantificar las alteraciones podológicas encontradas por los Equipos de Salud Escolar el año anterior y las descubiertas en el presente estudio.
- Relacionar mediante estudios estadísticos ambas mediciones.
- Elaborar un protocolo actualizado y adecuado para el correcto estudio del pie.

## MUESTRA

Escolares de 2.º de E.G.B. de los colegios públicos y privados del distrito II de Hospitalet de Llobregat asistentes a clase el

**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 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**

Onicomiosis. Paroniquia.

#### **Contraindicaciones**

Dermatitis bacteriana.

#### **Incompatibilidades**

No se conocen.

#### **Efectos secundarios**

No se conocen.

#### **Presentación**

Frasco de 30 ml

#### **P.V.P.**

233,— Ptas.



## **NATTERMANN**

día del examen, aunque para el estudio sólo analizaremos aquellos que fueron examinados el año anterior por los Equipos de Salud Escolar en 1.º de E.G.B. y este año cursan 2.º de E.G.B. en el mismo centro.

## **METODOLOGIA**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, dada la naturaleza del trabajo y el tipo de información que se pretendía recolectar. El proceso de investigación descriptiva no se queda sólo en la recogida y tabulación de los datos. Supone un elemento interpretativo del significado o importancia de lo que se describe. Muchas veces se combina con la comparación o contraste y da lugar a la medición, clasificación, interpretación y evaluación.

El estudio se realizó en Hospitalet de Llobregat, que cuenta con unos 300.000 habitantes, situado en la cuenca del Baix Llobregat, dentro del marco de la Corporación Metropolitana de Barcelona.

Nos centraremos en el Distrito II, que cuenta con unos 60.000 habitantes, su densidad demográfica es de unos 615 habitantes por km<sup>2</sup>.

Los exámenes escolares se realizaron en el mismo centro escolar, donde se habilitaron espacios suficientes para su buen desarrollo.

Los escolares eran revisados individualmente.

Tras facilitarnos su filización, el escolar procedía a desvestirse y descalzarse y a continuación se realizaba el examen propiamente dicho que consistía en lo siguiente: Se le hacía subir al podoscopio, en posición erecta, donde eran observadas las alteraciones a nivel de rodillas, medidas éstas con el goniómetro de Moltgen, plomada y cinta métrica. Las desviaciones axiales en el retropié se medían tomando como referencia la línea de Helbing, dándose los resultados en grados medidos con la reglilla de Perthes.

También se medía la línea de Feiss, marcándola con un rotulador y dando los resultados en centímetros. Por último, situado el escolar aún en el podoscopio, se observaba la huella plantar.

Seguidamente, el niño/a se colocaba en decúbito supino sobre una camilla, donde se le medían las posibles disimetrías y se realizaba una observación/palpación de las posibles onicopatías, dermopatías y alteraciones anatómicas.

Una vez explorado esto, caminaban sobre una superficie dura y plana para poder comprobar el tipo de marcha.

Finalmente se estudiaba la columna vertebral: El alumno en posición de firmes, debe flexionarse lentamente hacia adelante hasta que la cadera esté en ángulo recto, la cabeza colgando, relajada y los brazos caídos desde los hombros con las palmas de las manos juntas y las rodillas derechas.

Miraremos la superficie de la espalda a nivel del eje sagital para detectar las prominencias de las costillas torácicas y áreas paravertebrales. La espalda debe aparecer simétrica en esta posición.

Todos los resultados obtenidos serán anotados en la ficha correspondiente de forma individual, base del posterior análisis.

## **ANÁLISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS**

Se tabularon los alumnos uno por uno y por colegios, según el diagnóstico del Equipo de Salud Escolar y del Equipo de Podólogos. Como ejemplo tenemos esta tabla correspondiente al colegio Liceo Pedagógico en la que vemos el diagnóstico del E.S.E. según sus parámetros y en la tabla de la derecha el diagnóstico del equipo de podólogos. Para el estudio de la eficacia sólo se computaron los apartados plano, cavo, valgo, escoliosis y disimetría, y si algún alumno padecía alguna otra alteración ésta no entraba en dicho cómputo, considerándose al alumno normal a no ser que padeciera alguna alteración de los apartados citados anteriormente.

A continuación, se realizó una tabulación de relación de porcentajes y números absolutos de las alteraciones podológicas encontradas por el Equipo de Salud Escolar y Equipo de Podólogos, desglosadas por colegios, teniendo en cuenta sólo las alteraciones que contempla el Equipo de Salud Escolar. Con estas tablas y tomando como base

las tabulaciones de los escolares de una forma individual realizamos la medición de la concordancia entre observadores, esta medición se realizó en las distintas alteraciones de una forma independiente.

Para no extendernos en demasía tomaremos como ejemplo la alteración cavo y a continuación un análisis en general.

### Medición de la Concordancia entre observadores en la alteración Cavo

		E.S.E.		
		Si	No	
Podólogos	Si	17	29	46
	No	8	226	234
		25	255	280

Proporción de cavo según E.S.E.:

$$\frac{17 + 8}{280} : 0,09 \quad 9\%$$

Proporción de cavo según Podólogos:

$$\frac{17 + 29}{280} : 0,16 \quad 16\%$$

Prueba de Mc. Nemar: Diferencia entre los escolares que el E.S.E. considera normal y el E.P. considera cavo menos los alumnos que el E.S.E. considera cavo y el E.P. considera normal, dividido todo ello entre la raíz cuadrada de la suma de los dos valores antes indicados.

$$P. \text{ de Mc. Nemar: } \frac{8 - 29}{\sqrt{8 + 29}} : 3,45$$

En una tabla normal con  $\alpha = 0,05$ , es decir, con un nivel de confianza del 95%,  $p$  es inferior a 0,05 ( $p < 0,002$ ), por lo que hay una diferencia estadísticamente significativa entre los dos observadores.

Proporción en los que hay una concordancia perfecta; los dos observadores están de acuerdo.

$$Pa: \frac{17 + 226}{280} : 0,86$$

Proporción de elementos observados en que la concordancia es casual; basada en los márgenes.

$$Po: \frac{(25 \times 46) + (255 \times 234)}{280 \times 280} : 0,77$$

Indice de Kappa;

$$\frac{Pa - Po}{1 - Po} : \frac{0,86 - 0,77}{1 - 0,77} : 0,39$$

Mirando en una tabla de criterios de valoración de la Dappa de Cohen; la concordancia entre ambos observadores está en el límite entre baja y regular.

### Resumen de las pruebas y valores estadísticos

La proporción de las distintas alteraciones según el equipo de Podólogos es superior en todas ellas.

En todos los casos hay una diferencia estadísticamente significativa excepto en los apartados plano y escoliosis. En el apartado plano no hay diferencia significativa, pero la concordancia es regular, esto se debe a que en global coincidimos en el mismo número de planos, pero individualmente la mayoría de los detectados son diferentes.

Destaca la diferencia en el apartado Valgo, creemos que debido a la utilización de un concepto no adecuado por parte del E.S.E.

La concordancia entre observadores es baja en la mayoría de los casos.

Como suplemento y sin entrar en el estudio de la eficacia propiamente dicho, se elaboró una relación de porcentajes y números absolutos de las OTRAS alteraciones podológicas encontradas por el Equipo de Podólogos, desglosadas por colegios. Este apartado es sumamente importante debido a su posible prevención: onicocriptosis 8%, ductus 7%, papilomas 6%, onicopatías 5%.

Observamos que hay una mayor incidencia de papilomas en un colegio en concreto (S. Apóstol), investigando la posible causa, nos encontramos que estos escolares practicaban natación en la misma piscina, foco probable de la infección.

### CONCLUSIONES

Haciendo un poco de historia en las al-

teraciones podológicas encontradas por los E.S.E. en 1.º de E.G.B. del distrito II, encontramos un aumento progresivo de estas alteraciones a lo largo de los 3 últimos años:

curso 83-84: 19% de anomalías en pies y 4% en columna.

curso 84-85: 21,5% de anomalías en pies y 2,2% en columna.

curso 85-86% 27% de anomalías en pies y 4% en columna.

Los alumnos de 1.º de E.G.B. del curso 85-86 que posteriormente fueron objeto de nuestro estudio, presentaron, según nuestros conceptos y metodologías, el 38,5% padecían alguna alteración podológica y el 5% de columna, por lo que encontramos una diferencia del 11,5% en alteraciones podológicas y de un 1% en alteraciones de columna.

Hay que tener en cuenta que no todas estas alteraciones necesitan tratamiento, ya que a veces suelen ser asintomáticas y otras veces mejoran por sí solas, tales como el valgo, plano, genus, etc., aunque no estaría nada mal que fueran revisados periódicamente por el especialista correspondiente (podólogo) para su control y prevención de posibles complicaciones.

Hay una serie de alteraciones que son fácilmente prevenibles, como papilomas, onicocriptosis, onicopatías, supraductus-infraductus, etc., si se concienciara a la población de unas medidas mínimas, para lo cual hemos elaborado un pre-proyecto de programa de educación sanitaria para conseguir el incremento de salud del pie y su bienestar, el cual debería comenzar en la escuela, ya que es una etapa decisiva en la adquisición de conocimientos y desarrollo de

hábitos saludables, es también donde se adoptan y afianzan actitudes, comportamientos y donde se capacita al niño para su autonomía, es desde otro punto de vista una institución en la que confluyen determinados agentes sociales; educadores, padres, el Estado en diversas formas, etc., por lo que tiene una gran relevancia social.

Para que este y futuros programas de educación sanitaria tengan éxito, es fundamental implicar a todos los agentes educativos y de salud, también es fundamental una programación de objetivos a corto, medio y largo plazo, así como el desarrollo de una metodología, actividad e instrumento adecuado y de un método evaluativo de los objetivos propuestos.

## CONCLUSION FINAL

Existe una elevada proporción de alteraciones podológicas en los escolares estudiados. Muchas de ellas no están incluidas en los protocolos de los Exámenes de Salud Escolar, creyendo que deberían introducirse en ellos por su remediabilidad y prevención.

Dada la gran incidencia de las alteraciones podológicas en los escolares, proponemos a todos los profesionales de la salud de este campo que participen en estos exámenes y elaboren programas para disminuir esta incidencia.

Y para finalizar me gustaría dedicar, ésta, mi primera conferencia a todas aquellas personas que me han apoyado en todo momento.

GRACIAS.

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F.**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

**CONTRAFUERTE DE HELFET** indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulacion).

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.

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.

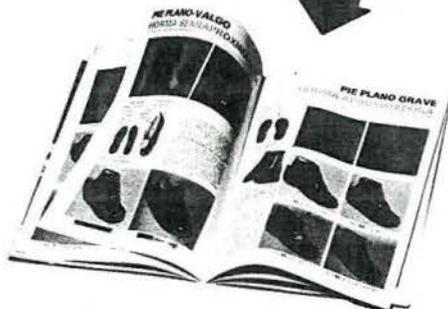
SUELA Y ENTRE-SUELA de crupón de cuero de curtición lenta natural, transpirable y repelente del agua.

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.

prescription footwear. s.a. **P.F.**

Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63973 PFVI E

# ANEXO 6

## ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA CRUZ ROJA ESPAÑOLA-BARCELONA

### PATRONATO MUNICIPAL DE SERVICIOS COMUNITARIOS L'HOSPITALET DE LLOBREG.

#### FICHA DE EVALUACION

DISTRITO II – ESCUELA EGB ..... Barrio .....

Nombre y apellidos .....

Edad ..... Sexo:

Domicilio, calle ..... Piso .....

#### RAQUIS:

Escoliosis  
Cifosis

Lordosis  
Otras alteraciones

#### DISMETRIAS:

#### RODILLAS:

Genu Varo  
Genu Valgo  
Flexus  
Recurvatum

#### HELBING:

Varo  
Valgo  
Neutro

#### FEISS:

Cavo  
Plano  
Normal

#### PODOSCOPIA:

Aplanado  
Cavo  
Normal

#### ALT. DERMICAS:

#### ONICOPATIAS:

#### ALT. ANATOMICAS:

Observaciones:

## Dgtco. E.S.E.

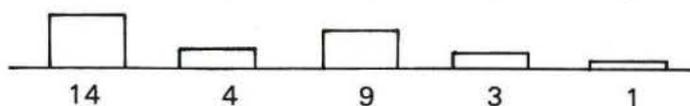
## Dgtco. Podólogos

	Dgtco. E.S.E.						Dgtco. Podólogos																
	NORMAL	Plano	Cavo	Escoliosis	Dismetria	Valgo	Otras	NORMAL	Plano	Cavo	Valgo	Varo	Escoliosis	Genu Varo	Genu Valgo	Queratosis	Papilomas	Otras Derm.	Onicocriptosis	Otras onicop.	Ductus	Otras Alt. Anat.	
Adán, Rubén	x									x													
Allepus, Silvia	x							x															
Baeza, Antonio		x																	x				
Barnadas, Queralt	x							x															
Ballus, Montserrat	x									x											x		
Bretones, J. Miguel	x							x															
Calvo, Elsa	x								x														
Corral, J. Luis	x											x											
Gómez, Oscar					x					x													
Ibañez, Marcos	x														x						x		
Jiménez, Sonia	x							x															
Leiva, Lorenzó	x									x													
Luna, Jessica	x							x															
Martínez, Sergio	x							x															
Martínez, Laura	x							x															
Mellado, Vanesa			x									x									x		
Pons, Ana Belén	x									x											x		
Rodero, Raúl	x																x						Cifosis
Rodríguez, Denissa	x								x														
Rosario, Raúl		x								x					x	x							
Sola, Cristian					x						x				x								
Valenciano, Ivan	x							x															
Corcuera, Carlota			x												x								
Gómez, Monica	x								x														

Relación de porcentajes y números absolutos de las alteraciones podológicas encontradas por el Equipo de Salud Escolar desglosadas por colegios.

COLEGIO	N.º Alumn.	Norm.	Plano	Valgo	Cavo	Escolio.	Dismetr.
S. Apóstol A	23	16	3		4		
S. Apóstol B	25	20	3	1	1		
E. D'Ors B	26	21	4	1			
E. D'Ors A	26	21	4		1		
R. Cajal A	23	15	2		4	1	1
R. Cajal B	23	16	1		5	1	
L. Pedagógico	24	18	1	2	1	2	
P. Ventura	16	13	1		1	1	
C. Rivel	25	15	4	4	1	1	
M. Torres	25	15	5	1	3		
Desemparts	36	20	10		3	3	2
Miramar	8	6		1	1		
<b>TOTALES</b>	<b>280</b>	<b>195</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>9</b>	<b>3</b>

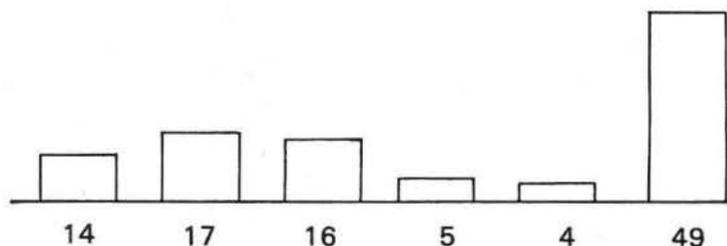
PORCENTAJ.



Relación de porcentajes y números absolutos de las alteraciones podológicas encontradas por el Equipo de Podólogos desglosadas por colegios.

COLEGIO	N.º Alum.	Norm.	Plan.	Valg.	Cavo	Escoli.	Dismt.	Otras
S. Apóstol A	23	8	5	6	2		3	10
S. Apóstol B	25	4	2	2	5	1	1	22
E. D'Ors B	26	8	6	1	3	3	1	14
E. D'Ors A	26	15	5	1	2			9
R. Cajal A	23	7	4	1	4	1		12
R. Cajal B	23	6	2	3	8	1		11
L. Pedagógico	24	8	2	5	3	2		12
P. Ventura	16	2	1	7	4	1	1	8
C. Rivel	25	10	1	9	3		1	14
M. Torres	25	9	7	9	4	2		4
Desemparts	36	13	4	2	8	2	4	14
Miramar	8	1	1	3		1		6
<b>TOTALES</b>	<b>280</b>	<b>91</b>	<b>38</b>	<b>49</b>	<b>46</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>136</b>

PORCENTAJ.



# PEUSEK®

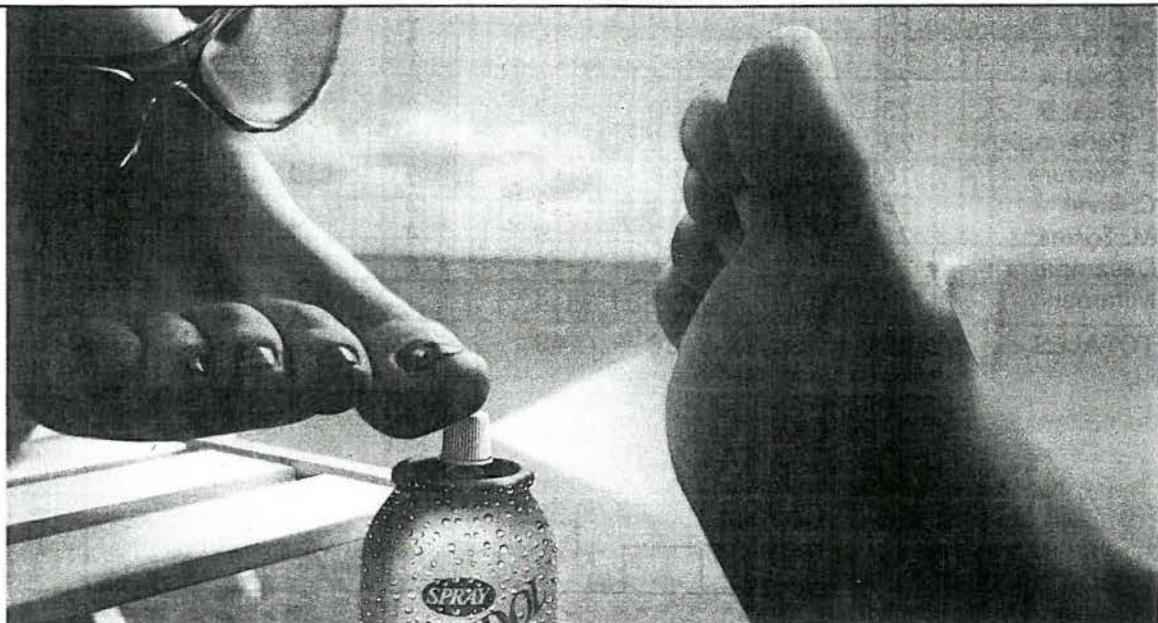
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

## Medición de la Concordancia entre observadores en la alteración CAVO

		E.S.E.		
		SI	No	
Podólogos	Si	17	29	46
	No	8	226	234
		25	255	280

Proporción de cavo según E.S.E.:

$$\frac{17 + 8}{280} : 0,09 \quad 9\%$$

Proporción de cavo según Podólogos:

$$\frac{17 + 29}{280} : 0,16 \quad 16\%$$

Prueba de Mc. Nemar:

$$P. \text{ de Mc. Nemar: } \frac{8 - 29}{\sqrt{8 + 29}} : 3,45$$

$$\alpha \quad 0,05$$

$$p < 0,002$$

Concordancia Perfecta

$$Pa: \frac{17 + 226}{280} : 0,86$$

Concordancia Casual

$$Po: \frac{(25 \times 46) + (255 \times 234)}{280 \times 280} : 0,77$$

Indice de Kappa;

$$\frac{Pa - Po}{1 - Po} : \frac{0,86 - 0,77}{1 - 0,77} : 0,39$$

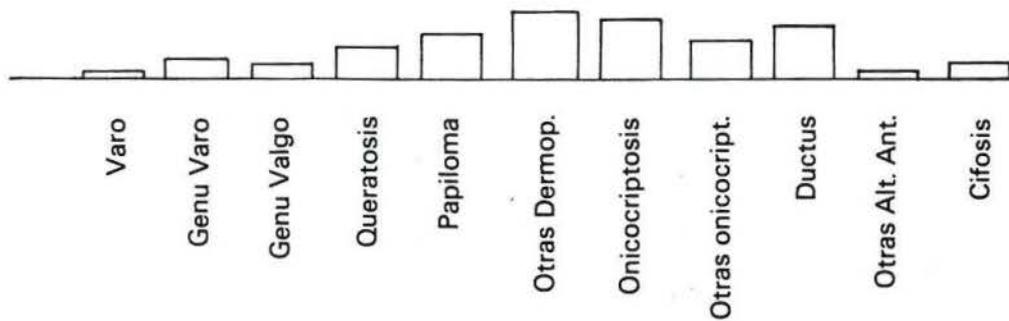
**Tabla resumen de las pruebas y valores estadísticos**

PRUEBA	Plano	Valgo	Cavo	Escoliosis	Dismetría	Global
Proporción E.S.E.	13	3,6	9	3,2	1	30
Proporción E. Podólogos	13	17,5	16	5	4	56
Mc. Nemar	0	5,82	3,45	1,3	2,3	6,2
p	1	< 0,002	< 0,002	0,197	0,021	< 0,002
Existe diferencia estadístic. significativa	NO	SI	SI	NO	SI	SI
Concordancia Perfecta	0,88	0,84	0,86	0,95	0,96	0,58
Concordancia Casual	0,76	0,80	0,77	0,92	0,95	0,47
Indice de Kappa	0,5	0,2	0,39	0,40	0,2	0,2
Concordancia	Regular	Baja	Baja	Regular	Baja	Baja

Relación de porcentajes y números absolutos de las OTRAS alteraciones podológicas encontradas por el Equipo de Podólogos desglosadas por colegios.

COLEGIO

S. Apóstol A		1			5			4			
S. Apóstol B		2		1	4	1	3	6	3	1	1
E. D'Ors B			1	2	1	5	1	1	1	1	1
E. D'Ors A	2			2	1	2				1	1
R. Cajal A	1	1		2		5		2		1	
R. Cajal B			1	1			2	1	5		
L. Pedagógico				4	2		1		4		1
P. Ventura		3			1	2	1		1		
C. Rivel			1		1	1	7	1	1		
M. Torres			1				1		1		
Desemparts			1		1	6	2		3		1
Miramar						2	1	3			
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>PORCENTAJES</b>	<b>1%</b>	<b>2,5%</b>	<b>2%</b>	<b>4%</b>	<b>6%</b>	<b>9%</b>	<b>8%</b>	<b>5%</b>	<b>7%</b>	<b>1%</b>	<b>2%</b>



**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

# V CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE

Durante los días **10, 11 y 12 de octubre** tendrá lugar en la Cátedra de Anatomía de la Universidad Complutense de Madrid, y dirigido por su titular el Profesor D. Juan Jiménez Collado, el **V CURSO DE ANATOMIA CLINICA DEL PIE**.

Creemos que ahora más que nunca los Podólogos tenemos que demostrar que la Universidad no nos es ajena y que si reivindicamos un mayor status profesional es basados en nuestra preparación científica. Por esta razón, volvemos un año más a la Universidad como cada otoño por estas fechas. En esta ocasión hacemos una llamada muy especial a todos, puesto que **no tenemos intención de repetir nuevamente el curso en años sucesivos** y quizás sea esta la última oportunidad de estudiar y practicar la anatomía del pie en todos sus detalles.

El programa básicamente será el del año pasado, si bien con la experiencia acumulada de una edición más, y también prácticamente el precio de inscripción es el mismo.

Esquemáticamente el curso constará de:

**Día 10.- 4 horas de exposición teóricas y 4 horas de prácticas de disección.**

**Día 11.- 3 horas de exposición teórica y 5 horas de disección.**

**Día 12.- 2 horas de exposición sobre problemas prácticos, por ejemplo anestesia, y 3 horas de disección.**

Para las prácticas de disección contaremos con la presencia de todos los profesores titulares de la cátedra, quienes sobre la marcha nos podrán orientar sobre cómo acceder a cada una de las estructuras del pie.

Además, tenemos confirmada la asistencia de personas tan importantes y tan conocidas como el **Dr. Guillén**, médico de todos los deportistas de élite y una de las personas que más saben de patología deportiva del pie.

El curso está reservado **únicamente para 40 podólogos**, y la inscripción se llevará a cabo por riguroso orden de llegada de las peticiones.

Para inscribirse, mandar un cheque nominal a Asociación Madrileña de Podólogos por valor de 16.000 pts., adjuntando una nota con el nombre, dirección y teléfono para confirmar su inscripción lo antes posible. También se puede hacer transferencia bancaria de 16.000 pts. a C/C N.º 3436, Asociación Madrileña de Podólogos, Caja Madrid, agencia n.º 18, C/ Virgen de las Viñas, 7 y remitir a la Asociación el resguardo junto a los datos del compañero que se desea inscribir.

A pesar del paréntesis del verano, recomendamos a todos cuantos compañeros estén interesados hagan su reserva cuanto antes para evitar quedarse sin plaza como ha ocurrido otros años.

**Asociación Madrileña de Podólogos  
San Bernardo, 74. Telf. 522 87 63  
28015 Madrid**

# EL JUANETE DE SASTRE

por el Podólogo L. Aycart D.P.M.

La eliminación de exóstosis o deformidad del juanete de sastre por Cirugía de Mínima incisión (m.i.s.) forma parte de una de las fases más avanzadas en el Campo de la Podología Moderna.

Al presentarla aquí en este XIX Congreso Nacional de Podología, no pretendo apartarme de nuestros tradicionales métodos paliativos, solamente queremos adoptar métodos más rápidos de curación, más económicos para la Salud Pública, por no producir absentismos laboral dado que su resolución es totalmente ambulatoria, y sobre todo por aliviar la sobrecargada Sanidad Nacional, evitando importantes y costosas operaciones rectoras de pies patológicos, que requieren utilización de quirófano, internamiento hospitalario, inmovilización con escayolas, y recuperación prolongada del paciente por la incapacidad laboral postoperatoria que conllevan.

La simplicidad de esta técnica y los sorprendentes resultados obtenidos, la hacen utilísima en nuestra práctica diaria para la *curación radical*, para la *resolución definitiva* de la mayoría de las deformidades adquiridas, dejando a la Cirugía Ortopédica 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, (tiempos de coagulación, hemorragia, protombinemia, glucosa y ácido úrico). Además de verificación circulatoria del miembro a operar, averiguando el índice maleolo-braquial de Yao-Pourcelot (que debe ser superior a 0,80). Se comenzará por aplicar la

ANESTESIA, Utilizando Scandinibsa al

1% sin adrenalina, se practican varios habones dérmicos por medio de la jeringa Dermojet, para efectuar el bloqueo de Mayo, en el espacio inter-metatarsiano 4.º, en su tercio, distal, medio o proximal, según que efectuemos: a) Exostectomía parcial de la cabeza del 5.º meta. b) Osteotomía angulada de la cabeza del 5.º meta. c) Osteotomía en la base del 5.º meta.

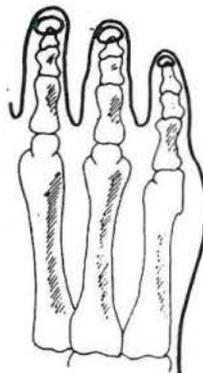


Fig. 1.

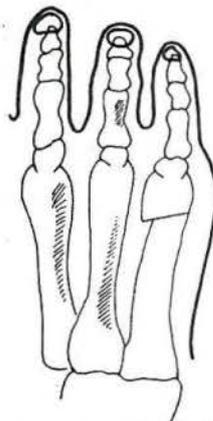


Fig. 2.

NOVEDAD

# Canestén<sup>®</sup> polvo

## Los hongos desaparecen 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:

Dermatomycosis 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.

### EFFECTOS 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	374.-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395.-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462.-



Bayer

Antimicóticos

La solución anestésica debe mezclarse en la proporción del 10% con un corticoide para infiltración local (Decadran 1 c.c. equivalente a 4 mgs. de fosfato sódico de dexametasoma) más 9 c.c. del antedicho anestésico.

**INCISION,** debe hacerse perpendicular a la piel, evitando practicarla en áreas donde el calzado puede ejercer presión, seguidamente con una pinza de mosquito o un separador de punta roma, se procede a dilatar y separar el tejido blando en las proximidades de la exóstosis, o el tejido en los laterales del meta si se trata de hacer osteotomía angulada o de base. A continuación (en el caso que la exostosis se encuentre situada intracapsular), con el mismo instrumento, repetimos la dilatación para separar la zona circundante y permitir a la lima o fresa de corte efectuar su recorrido sin dañar el tejido blando. Hay que resaltar que con una incisión de 3 mm. queda espacio suficiente para la operación de limado o corte.

**LEGRADO,** para efectuarlo introducir una lima estéril tipo Bell Patterns n.º 12 o una fresa de corte la Shannon n.º 44 con lo que procederá a la suave eliminación de la exóstosis de dentro hacia afuera, o el corte en su caso, siempre con movimiento de vaivén, de forma que en cada recorrido del instrumento, saldrá pasta de hueso mezclada con sangre. Cuando por el tacto externo o con la incursión de la lima apreciamos su aplanamiento, eliminación, o la osteoclasis que nos proponemos efectuar, procedemos a lavar la herida con suero fisiológico "Rapide" (autopropulsado) para que la corriente de suero pasado a fonde de saco, arrastre al exterior los detritus oseos. Después, con la anestesia sobrante, se efectúa un segundo lavado.

**VENDAJE,** una vez exprimido enérgicamente con una gasa todo el contenido líquido de la herida, se procede a cubrir con gasa estéril humedecida en Betadine, un vendaje ligeramente compresivo con venda elástica "Rapidez", que permite la aireación de la herida, junto con una bolsa de plástico para evitar que la hemorragia posible, manche el zapato; retirándola al llegar a su domicilio. Como precaución complementaria se prescribirá un analgésico para aplicar en su domicilio, de manera que se enlacen los efectos anestésicos y analgésicos, y solamente en casos excepcionales debería prescribirse antibió-

tico por vía oral para prevenir posible infección.

Así pues, como una pequeña muestra de las posibilidades de esta técnica, mostraré estas diapositivas, explicativas.

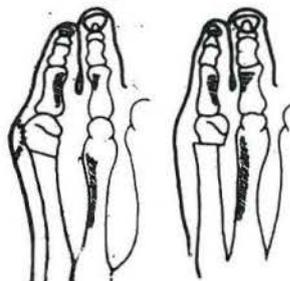


Fig. 3. Secuencia abreviada, desplazamiento LATERAL.

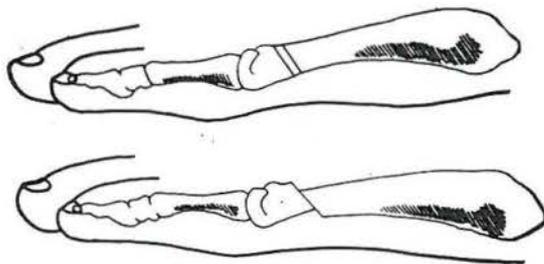


Fig. 4. Secuencia abreviada, desplazamiento DORSO-PLANTAR.

Las posibilidades de esta técnica mia, de la que nuestros colegas norteamericanos son indiscutibles pioneros, y muy especialmente los pertenecientes a la Academia de Cirugía Ambulatoria, han sembrado en España, Francia e Inglaterra la semilla que poco a poco va floreciendo e impulsando la Podología hacia metas más completas de tratamiento y curación.

Antes de terminar este trabajo, quisiera destacar la importancia de dos colegas norteamericanos. El primero, Dr. Norton Polokof D.P.M., quien, simplificando originalmente el método descrito por el Dr. DuVries -lo ex-

perimentó por primera vez utilizando una aguja de inyección, introducida lateralmente al heloma para destruir el osteofito causal-. En el año 1962 publicó el primer trabajo sobre este tema titulado "Reducción de exóstosis y cóndilos hipertróficos por medio de limas o fresas" en el Journal American Podiatric Association.

El segundo, Dr. A. Brown D.P.M. de Florida, quien publicó en 1966 en el mismo Boletín J.A.P.A. su trabajo "Trituración de osteofitos hipertrofiados en falange del 5.º dedo". Desde entonces, este incansable paladín al que han dado en llamarle el Padre de la Cirugía de Mínima Incisión (m.i.s.), al que se deben la mayor parte de las investigaciones para podólogos sobre este procedimiento quirúrgico de Cirugía Menor, ha recorrido miles de kilómetros a los diferentes estados, para enseñar sus técnicas a otros compañeros, ha venido a Europa en repetidas ocasiones, dos de ellas en Alicante 1980, en Cádiz 1984. Con su maleta cargada de diapositivas y con la experiencia de miles de intervenciones efectuadas durante 25 años de profesión dedicado a la Cirugía Mínima, nos ha demostrado el amplio horizonte de nuestra profesión.

Recientemente, el pasado mes de Diciembre, un grupo de españoles practicantes de estas técnicas, hemos visitado su Clínica en Florida, allí hemos podido ver toda clase de sofisticadas técnicas m.i.s.; de su mano, hemos podido asistir a sesiones operatorias de todo tipo, en clínicas con scopia monitorizada, fichero informatizado, con ElectroDinagrama para el estudio completo de la marcha, transformación en gráfica, para confección de plantillas. Láser quirúrgico de Dioxido de Carbono, etc. Estos adelantes, que si bien no nos han sorprendido, nos permiten observar a nuestros compañeros.

Esta visita, ha permitido a los asistentes entrar en contacto real con el paciente en el momento de la intervención y en la primera cura, y sobre todo -y esto creo es lo más importante- perder el temor a nuestra actuación en este tipo de Cirugía. Ya están lejos los días en que yo solo, con mis instrumentos, mi enfermo y la técnica leída en libros y revistas, me encontraba en "el ruedo" sin nadie a

quien pedir una orientación, o con el teléfono del Dr. Brown apuntado, esperando la hora de poderle llamar para preguntarle tal o cual duda.

Independientemente del carácter Oficial con que la Federación Española de Podología acoja al grupo de profesionales de Cirugía de Mínima incisión, los miembros españoles de la Academia de Cirugía Ambulatoria, deseamos y vamos a hacer posible que se organicen Cursos de capacitación para Postgraduados, como un sistema de Educación Continuada, que o bien patrocinados por las Escuelas de Podología o por la Academia de Cirugía Ambulatoria encauce nuestros esfuerzos en beneficio de la salud podológica de nuestros pacientes.

Y nada más, si con este trabajo ha contribuido a romper el hielo para un mayor y más completo campo profesional -para una Investigación conjunta- a través de la Organización de estos Cursos de Educación continuada, para un intercambio de experiencias en esta materia entre podólogos interesados en el progreso de nuestra profesión, estad al tanto de las "NOTICIAS M.I.S."

Si se consiguen estos objetivos, me daré por satisfecho.

Muchas gracias.

#### **BIBLIOGRAFIA de Dr. A. Brown D.P.M.**

"Reduction of osteophiti e hipertrophy of fifth phalange". American Journal of Foot Surgeon College". October 1966.

"Painless Ambulatory Foot Surgery Tailor Bunionectomy". Current Podiatry. Nov. 1976.

"Bunionectomy Painless Ambulatory Foo Surgery". Canadian Podiatrist. October 1971.

"Plantar metatarsal Head reduction". Current Podiatry Current Podiatry. October 1979.

## BIBLIOGRAFIA GENERAL

"Law of bone transformation". Dr. J. Wolff (Alemania).

"Conervative Surgery". Dr. H.G. Davis (USA) N.Y.

"Foot and ankle pain". Dr. Caillet (USA) Philadelphia.

"Surgery and biology of wound repair". Drs. Peacock Vanvand.

"Hallux valgus, allied deformities of forefoot metatarsalgia". Dr. H. Kelikian.

"Phalangeal set, semi-closed reduction of malaligned digits". J.A.P.A. Dr. Milton Ro-ven, feb. 1970.

"Bycura". On minimal incision surgery por Dr. M. Bycura DPM. Profesor de Cirugía Mínima Incisión en la Escuela de Podólogos de New York.

REFERENCIAS ADICIONALES, se pueden encontrar en la Revista Nacional de Podología núms. 15, 32, 59, 61, 80, 82, 89, 95, 96.

En la Revista "Podoscopio n.º 4", todos los escritos por el Autor del presente trabajo, Luis Aycart, Podólogo de Madrid, MIEMBRO ASOCIADO DE LA ACADEMIA NORTEAMERICANA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE.

# BELMONT - 007.P.B.

## SILLON ELECTRICO PARA PODOLOGIA



## A. SOLÉ PALOU, S. A.

### INSTALACIONES COMPLETAS DE GABINETES DE PODOLOGIA

TELEGRAMAS: SOPAL

GRAN VIA, 15, ed.º, 1.º

VERGARA, 7

TELS. 318 20 74 - 4 líneas

301 38 90 - 2 líneas

08002 BARCELONA

222 01 91

TELS. 221 40 95

221 42 34

28014 MADRID

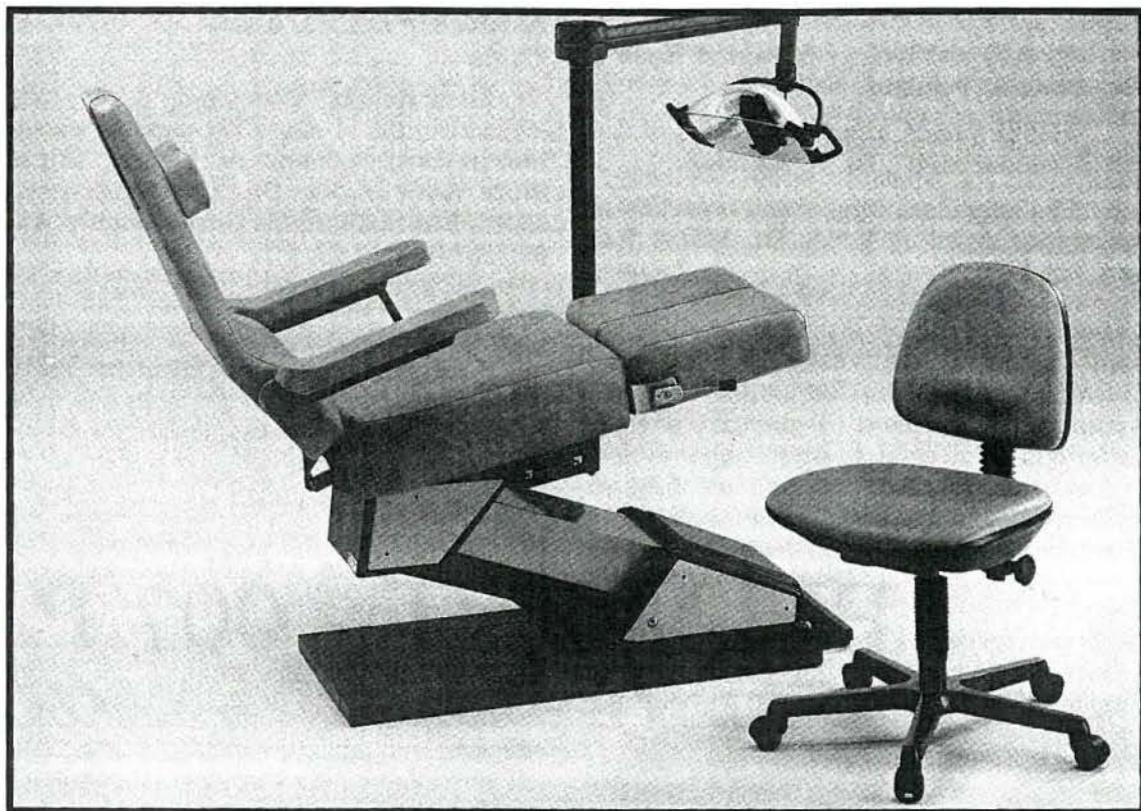
PINTOR ZARIÑENA, 3

TELS. 331 31 01

331 31 06

46003 VALENCIA

# SILLON ELECTRICO Y TABURETE PREDICAST · T



## SILLON:

Eléctrico total, separado de la parte hidráulica. Mandos al pie. Perneras extensibles y con angulación independientes. Altura: mínima, 35 cm.; máxima, 85 cm. Apoyabrazos derecho abatible y desmontable. Presión de trabajo: 35 at. Elaborado bajo las normas internacionales de seguridad, y funcionan a 24 V.

## TABURETE:

Graduación de altura hidráulica. Inclinación asiento variable. Inclinación respaldo a gas. Graduación respaldo mecánica. Ancho asiento: 46 cm. Fondo asiento: 42 cm. Altura total: 96 cm. Elevación: 42-55 cm.



DENTALITE, S. A.  
Amorós, 11  
Tel. (91) 246 48 00  
28028 MADRID

**DIVISION  
PODOLOGIA**

SERRA FARGAS, S. A.  
Plaza de Castilla, 3  
Tel. (93) 301 83 00  
08001 BARCELONA



DENTALITE NORTE, S. A.  
Fernández del Campo, 23  
Tel. (94) 444 50 83  
48010 BILBAO

DENTALITE, S. A.  
Edificio Corona  
Paraíso, 1, 1.º, local 10  
Tel. (954) 27 62 89  
41010 SEVILLA

DENTALITE, S. A.  
Rafael Altamira, 9  
Tel. (985) 25 52 64  
33006 OVIEDO

DENTALITE, S. A.  
P.º de los Tilos, 30, bajo  
Tel. (952) 36 14 63  
29006 MALAGA

DENTALITE, S. A.  
Arabial  
Urb. Parque del Genil  
Ed. Topacio, local 1  
18004 GRANADA

# CARTAS A LA REDACCION

## DIMISION

Me he movido defendiendo a la Federación, que en definitiva ha sido defensora a todos.

A los inoperantes, pocas veces se les menciona, pasan siempre inadvertidos.

Lo que si puedo decir es que he luchado con entera disposición personal, sin dejarme intimidar por nadie, ni pequeñas ni grandes asociaciones.

Si hay algo, que nosotros, los que tenemos alguna responsabilidad de gobierno lo que debemos de cuidar es la honradez de nuestros procederes y la dignidad de nuestra función.

Creo que he cumplido con autoridad y responsabilidad y mi conciencia la tengo tranquila.

He podido comprobar, desde este cargo, la cantidad de intereses personales que hay en favor de ellos mismos, sin pensar en lo que representan.

La Podología la siento y la quiero, y desde este cargo he querido seguir a la especialidad, de la misma forma que lo llevo haciendo en mi vida profesional, dando conocimiento a la sociedad de lo que somos y hacemos a través de Televisión con Jesús Uribarri, Programas de Radio, escritos en una revista, en la que se ha creado un espacio dedicado exclusivamente a Podología y, sobre todo, y ante todo, intentando ser un profesional digno, dentro de la propia consulta, lugar, desde donde debemos dar nuestro mejor testimonio, siendo profesionales honestos, y no comerciantes.

Agradezco a todos los que creyeron en mí al empujarme a mi andadura en la presidencia y pido perdón a todos aquellos que he podido molestar, dejándolos en el lugar que ellos mismos se han hecho acreedores.

Quiero también, desde aquí, reunidos todos los compañeros de las diversas regiones, comentaros que si de algo muy importante me he servido este tiempo que he estado de Presidente, ha sido, fundamentalmente, el conocer a las personas que tienen que valerse de grupos y politiqueros para poder seguir en sus cargos, y una muy importante, conocer a Virginia (Directora de la Escuela de Barcelona), que por todos los contactos a través de la Universidad, se la tiene como una gran profesional de la Docencia, a la que se la considera y respeta.

Todos los profesionales tendríamos que estar orgullosos de tener como Directora de la Escuela de Barcelona a una compañera.

En resumen y por el momento, mi idea inicial, por desgracia, ha salido, hacer lo que yo proponía desde el principio hubiera sido lo justo, un solo Plan de Estudios.

De todas formas, queridos compañeros, tened esperanza, porque si ahora conseguimos hacer el Plan que se nos solicita, podemos mantener la seguridad de que los estudios van a salir adelante.

Y como final, una mención muy especial a José Vilar y José Luis Moreno, por el deber cumplido hasta el final de nuestra gestión.

P.D.

El escrito anterior es el que yo llevé hecho al presentar mi dimisión.

El día anterior, viernes día 1 de Mayo, dentro del Congreso en el Hotel Alay por la mañana logré lo que para mí ha sido lo más importante y mi mayor inquietud —el poder presentar un

solo Plan de Estudios- para lo que era necesario la reunión de las partes (Escuelas, Asociación Catalana y Madrileña) aquellas representadas por nuestra compañera Virginia.

Reunión que fue hecha con una gran cordialidad por parte de los componentes de la misma.

Enhorabuena para toda la familia podológica.

Julio García

---

---

## CARTA ABIERTA

Sr. Director:

Le escribo estas líneas con profunda tristeza por lo ocurrido en Benalmádena, primero en la reunión de representantes de la Federación y después en la Asamblea de la Asociación de Podólogos el día 2-5-87.

Estoy muy triste, porque yo, un podólogo, no joven, que he aprendido lo poco que sé de vosotros, con vuestras conferencias, con vuestros escritos, desde hace muchos años, acudo a las Asambleas que se celebran y casi siempre son tumultuosas y conflictivas. Recuerdo cuando el añorado Maestro para mi, Leonardo Escachs, tenía que intervenir al final, cuando los ánimos estaban exaltados, para calmar a los discutientes y unirnos a todos para bien nuestro y de la Podología.

He vuelto a mi casa muy triste y abochornado, porque compañeros que debían, por sus años de profesión y de ocupar cargos directivos, dar ejemplo de ponderación y de equilibrio, portarse de una manera irracional, con una gran carga visceral, intentando que los problemas personales de su región o Autonomía reflejarlos y discutirlos en una Asamblea Nacional, unos por pérdida de sus cargos directivos, otros por no estar conformes con los nuevos elegidos y algunos por el prurito de estar en la oposición de todos y contra todos.

Si estoy triste, porque yo, que no escribo en las revistas, porque creo no tengo nada interesante que decir ni que enseñar, me he decidido publicar estas frases principalmente para vosotros, los que en Benalmádena creo, disteis un mal ejemplo a las nuevas generaciones de podólogos que en gran número había, pienso que como yo creían en la templanza y corrección de los "antiguos".

¡Basta ya! de insultos y frases hirientes contra quienes llevan con mejor o peor acierto, pero con entrega y honradez, la mayoría de las veces, la Podología, cambiando la piel como el camaleón la cambia, según se encuentran en la mesa presidencial o en una butaca del público, cambiando los conceptos según el lugar que ocupan.

Siento tener que escribir estas, pienso, duras palabras, que espero me perdonéis, pero creo que es hora de dejar protagonismos, celos y enfrentamientos personales, que son negativos para los que nos relevan en los cargos e intentar ayudarles con la experiencia acumulada por los años de lucha.

Los problemas personales resolverlos en cada Autonomía y no llevarlos a la Asamblea Nacional con posturas intransigentes e inflexibles con muy poco respeto para la Asamblea.

Quisiera que estas palabras que creo es el sentir de bastantes podólogos humildes como yo, que estamos abochornados y tristes por lo sucedido, sirvieran para que en las futuras reuniones o asambleas, vayamos con un espíritu de conciliación y convivencia, para con una más fuerte unión en la Podología conseguir el tan ansiado y difícil Decreto.

Un abrazo.

Andrés Viedma

# Rodax

- Servicio para profesionales de la podología.
- Extenso surtido en materiales y mobiliario.
- Montaje completo de consultas.

Rodax

*a sus pies*

**Rodax**

AVDA. GAUDI, 56.

TELEF. (93) 23 578 81.

08025 BARCELONA



# SERIE ORO

LA SILICONA DEL PRESENTE



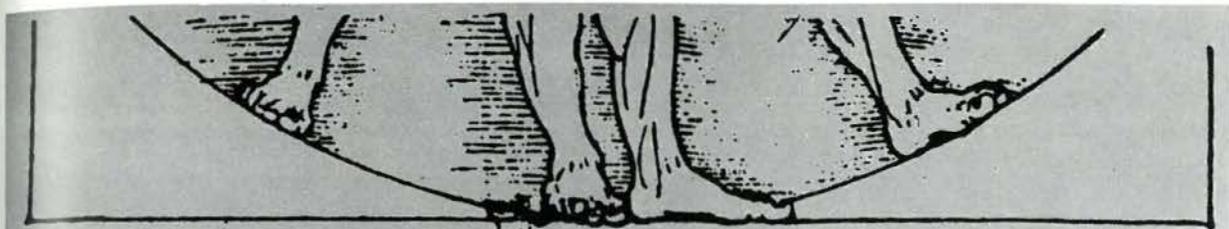
**ANTIGUAMENTE EXISTIAN  
MUCHAS SILICONAS**

MADRID • Carretera Canillas, 99 bajo • 28043 Madrid • Tels.: 2003469 y 7594665  
BARCELONA • Provenza, 281. 1.º, 2.º • 08037 Barcelona • Tel.: 2157749



SUMINISTROS MEDICOS

LUGA



Handwritten text in a cursive script, likely a technical or medical description related to podology. The text is arranged in several lines, with some words appearing to be in a different language or dialect. The handwriting is dense and somewhat difficult to decipher.



# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

JULIO-AGOSTO  
1987

F.E.P.  
n.º 112

# RodaX

- Servicio para profesionales de la podología.
- Extenso surtido en materiales y mobiliario.
- Montaje completo de consultas.

RodaX 

*a sus pies*

**RodaX** 

AVDA. GAUDI, 56.

TELEF. (93) 23 578 81.

08025 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

F.E.P.

**Redacción:**

San Bernardo, 74  
Teléfono 231 50 44  
28015 - MADRID

**Director:**

Andrés Rueda Sánchez

**Redactor Jefe:**

J.J. Araolaza Lahidalga

**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

- 
- 2 EDITORIAL.
- 
- 3 SALUDO DEL PRESIDENTE DE LA F.E.P.
- 
- 7 ACTA REUNION.
- 
- 8 PONENCIA DE REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS.
- 
- 17 REAL DECRETO SOBRE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA.
- 
- 20 ACADEMIA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE.
- 
- 21 ASSOCIAZIONE ITALIANA PODOLOGI.
- 
- 22 CASO CLINICO DE SIMBIOSIS CIRUGIA-ORTOPEDIA EN PODOLOGIA.
- 
- 23 LA REHABILITACION DEL PIE PLANO.
- 
- 31 CURSO DE DISECCION DEL PIE PARA POSTGRADUADOS PODOLOGOS.
- 
- 32 CARTA ABIERTA A UN PODOLOGO COLERICO.
-

*Las Asambleas recientemente celebradas en Málaga son un exponente bastante claro de la deficiencia e inmadurez que como grupo organizado aún padecemos y que indudablemente lastran la consecución de los objetivos comunes.*

*Habría que empezar por examinar los intereses que mueven a diversos podólogos a acudir e intervenir en los debates de las Asambleas.*

*No podemos olvidar que la podología es en muchos casos ejercida de forma complementaria por compañeros que tienen otra actividad principal y su interés, por lo tanto, en una organización podológica está idealizada.*

*Otros compañeros pueden confundir los intereses particulares con los que se persiguen de forma colectiva.*

*Sin olvidar los protagonismos, antipatías y guerras particulares que toda relación personal conlleva. Y esta actitud no es nueva, sino que ha sido espectáculo tristemente habitual en tiempos que nada tiene que ver con la actual organización. Es más, creemos que ha habido Asambleas sin histerismos ni follones en años muy recientes.*

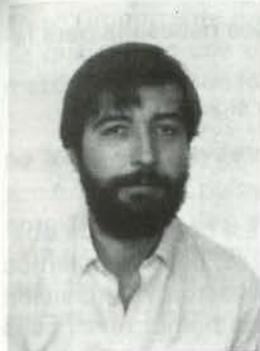
*Pero la primera condición para que no vayamos a una Asamblea espectáculo, es que la mesa moderadora actúe como tal. Y se asuma su función. Y se apoye cuando la cumple.*

*La Federación tiene una estructura nueva de representación y hay que discutirla y debatirla cuando es su momento, y no se puede plantear su aceptación en una Asamblea cuya función no es esa y como reacción a una batalla perdida cuando se decidió su estructura.*

*La Asamblea de socios tiene un carácter informativo en el que caben las propuestas y sugerencias, pero la decisión está responsabilizada en la Asamblea de Representantes y en su Junta Directiva.*

*Y esto debemos de asumirlo como fórmula operativa y adaptada a la realidad de las Asociaciones regionales y autonómicas e impulsar la acción a través de ellos y sus representantes.*

*A pesar del esfuerzo de información que la Federación puede realizar, la responsabilidad de que todos los socios estén plenamente informados y con canales de participación, atañe directamente a la organización de las Asociaciones regionales que deben de plantear una dinámica viva y participativa en sus respectivos ámbitos.*



# SALUDO

**Andrés Rueda**  
**Presidente F.E.P.**

Estimado compañero:

Desde el pasado Congreso Nacional de Benalmádena (Málaga), viene funcionando la nueva Junta de la Federación Española de Podólogos (F.E.P.). En este tiempo, y tras análisis de la situación general, varios han sido los objetivos que nos hemos trazado y hacia cuya consecución hemos orientado de forma preferencia nuestra gestión en su inicio:

1.º Estructurar y cohesionar la F.E.P. a partir de las Asociaciones Autonómicas y/o Regionales.

2.º Fijar los objetivos a cubrir a corto, medio y largo plazo.

Estas funciones en sí mismas justifican sobradamente la labor de una Junta pero estarían faltas de contenido o de ilusión necesaria si no se acompañaran de todas aquellas que deban acompañar a los trámites que precipiten la consecución del Decreto regulador de la profesión.

Esta primera comunicación abierta con todos vosotros me gustaría que versara de forma general de lo expuesto anteriormente.

Respecto de la tarea de cohesión de la F.E.P. es necesario fijar de principio unas consideraciones básicas a mi entender, a saber:

a) Una estructura corporativa de carácter nacional fuerte es una necesidad VITAL para la profesión, y por lo tanto para los profesionales.

b) Unas Asociaciones Autonómicas y/o Regionales con dinamismo propio y sentido de superación, respetuosas y solidarias entre sí y con la F.E.P. son la mejor y mayor garantía de la fortaleza de la estructura federativa.

La F.E.P. es una organización de entidades jurídicas, no de personas físicas, es decir, somos miembros de la Federación Española tanto en cuanto lo somos de nuestra Asociación Autonómica y sólo podemos serlo de esta manera. Son las reglas del juego.

Por lo tanto, la estructura nacional necesita y obliga la organización básica asociativa (la Autonómica y/o Regional) que es nuestro representante legal y legítimo en la F.E.P. a través de los delegados nombrados para este efecto.

Este cambio importante de la dinámica de las relaciones nacionales tiene sus ventajas e inconvenientes, es cuestión de que seamos hábiles en primar las ventajas con gestos y hechos claros e inequívocos sin reductos de intransigencia que entorpezcan o perjudiquen al interés general. La verdad llana y simple sobre este particular es que la colaboración y el deseo de superación es un valor general hartamente demostrado por los podólogos y que se va avanzando con paso firme y decidido.

Es normal que toda obra humana en su inicio pueda ser imperfecta, que no sea tal y como a todos y cada uno de nosotros nos gustaría que fuera, pero si esto es cierto, también

lo es que desde la Junta no falta la voluntad de corrección cuando ésta sea necesaria para facilitar la consecución del interés general.

Entre los objetivos a cubrir de forma más o menos urgente están los siguientes:

1.- Estabilidad económica de la F.E.P.: Entiendo que la cuota federativa debe estar en función de dos aspectos o preceptos:

a) La cantidad de dinero suficiente que cubra los gastos corrientes así como los de obligado cumplimiento estatutario (luz, teléfono, inmobiliarios, administrativos, desplazamientos preceptivos de Junta y representantes, etc...). La suma simple de estos gastos y su división posterior por el número de asociados daría la denominada cuota básica o primer nivel. Es la cuota que actualmente estamos cotizando.

b) La cantidad de dinero que nos pueda costar poner en práctica nuestras ideas o necesidades profesionales, (asesorías jurídicas, planes de marketing de tipo nacional, enfoque serio del problema del intrusismo, etc...).

Entiendo que del conjunto de estos dos apartados más la necesidad del estudio de un fondo económico profesional por imprevistos o necesidades urgentes es como debemos llegar a una cuota federativa digna para todos nosotros, pues entiendo que va siendo hora que nos planteemos seriamente que el contar con el altruismo de los dirigentes de turno de sus pérdidas de días de trabajo o consulta, de la asfixia que significa el sentirte como colectivo profesional en bancarrota continua, etc..., no es bueno para la profesión, porque en nuestra sociedad actual hasta respirar cuesta dinero, es además a través de una situación económica de solvencia como podremos ser más exigentes con nuestros representantes, mientras que en la situación actual esta exigencia, desde un punto de vista moral, como mínimo es cuestionable.

2.- Revisión de los Estatutos sociales: Los Estatutos de la Federación así como los de nuestras respectivas asociaciones, pienso que son básicamente buenos y válidos, pero toda norma, aunque buena, en ocasiones puede "encorsetar" situaciones que requieren de una agilidad y trámite rápido por un interés general que puede no ser totalmente conforme al articulado de los Estatutos. Cuando se presentan situaciones de este tipo, ¿qué ocurre?, pues que tenemos la necesidad de recurrir a la determinación de la Asamblea General. Y si esto se produce en varias ocasiones llega el momento en que la excepcionalidad se convierte en rutinaria y que los Estatutos dejan de ser la guía maestra para convertirnos en un movimiento asambleario permanente. Por otra parte, no es bueno el cambiar con demasiada frecuencia los artículos de los Estatutos con sus correspondientes actas al I.M.A.C. etc., etc...

En unos momentos como los actuales en los que estamos emprendiendo un nuevo sistema más de acuerdo con los tiempos actuales, pienso que los Estatutos han de ser lo suficientemente amplios como para permitir elasticidades, y todo aquello que pueda ser provisional o no lo suficientemente importante como para merecer rango de Estatuto que quede recogido en un Reglamento de Régimen interior, mucho más operativo ya que su modificación no requiere de los trámites de una modificación estatutaria.

3.- Congresos Nacionales.- Conviene, y mucho, revisar nuestro sistema de Congresos, su cadencia, sus contenidos, su coste, sus objetivos, etc., etc... Creo que ha llegado el momento de pensar si debe ser anual o bianual, dejando el tiempo intermedio para las manifestaciones de las Asociaciones Autonómicas en base a un calendario previamente deliberado y acordado.

Los Congresos Nacionales, como máximo nivel de acontecimiento profesional, deben ser asimismo aprovechados y rentabilizados socialmente. Estamos en la Era de las comunicaciones y de la difusión, y este aspecto de "publicidad encubierta" de la profesión debe ser objeto de mimo y cuidado porque es bueno para todos. Sería interesante que llegáramos a elaborar un "planing" de un hipotético Congreso Nacional que fuera válido para realizarlo en cualquier sede con unos mínimos de infraestructura necesarios. Esta guía debería ser un documento de

apoyo importante para los Comités Organizadores de forma que no se produzca la paradoja de que siendo una de las profesiones más experta en este tipo de actos hagamos pasar el martirio que pasan los distintos comités a la hora de organizar "su" Congreso.

4.- Relaciones internacionales.- De la misma forma que por "dentro" el Estado Central se descentraliza, por "fuera", la evolución de las relaciones internacionales llega a pactos o acuerdos entre países (Parlamento Europeo, C.E.E., etc...), que condicionan las legislaciones propias nacionales, es decir, cada día adquiere mayor importancia y trascendencia la legislación de cumplimiento supranacional que condiciona a los respectivos gobiernos y en consecuencia a sus ciudadanos. Y los podólogos al fin y al cabo no somos más que eso y podemos vernos afectados.

Tenemos que ser previsores y serios, muy serios en este tema, pues las relaciones internacionales de la Podología son importantes y trascendentes, por lo que requieren de una planificación delicada y una claridad de objetivos. Vayamos a ellas, pero con seriedad y contundencia, pues no puede ser que la Podología española, admirada y destacada en Europa, sea una especie de convidado de piedra más allá de los Pirineos.

Por otra parte, nuestras relaciones no deben acabar ahí, pues existen otros países y otros profesionales más interesantes para nosotros, y pienso en los podiatras americanos, por ejemplo.

5.- Revista Nacional: Podríamos considerarla como un poco signo externo de la profesión. ¿Está bien como está?, ¿es justo que dejemos colgado a un compañero con su responsabilidad? No, no es justo. La Revista es portavoz de la profesión y como tal es lo que nosotros queramos que sea. Junto con la Redacción de la misma estamos pensando las fórmulas para mejorarla y siempre se llega a la misma o parecida conclusión. Lo que esencialmente faltan son recursos humanos, gente con ganas de aportar su colaboración. Creemos un Equipo de Redacción amplio con corresponsales en las distintas Asociaciones que hagan llegar la inquietud a toda la geografía hispana y habremos dado un paso importante.

Estos son a grandes rasgos los temas que desde la Junta nos hemos fijado como objetivos para empezar a desarrollar de inmediato. A través del diálogo desapasionado el buen juicio, el sentido generoso de la palabra solidaridad, la colaboración y ganas de superación que caracterizan a los podólogos esperamos avanzar en ellos. Sin olvidarnos de los temas cotidianos y el día a día de los asuntos de la Federación.

Hasta ahora no he hablado expresamente del Decreto. Me gustaría hacerlo con un máximo de objetividad y sin falsas expectativas. Pienso que el tema se está trabajando bien y los resultados no pueden hacerse esperar, aunque el tiempo y la decisión son dos elementos que no están en nuestras manos para decidirlo.

Por el momento se ha creado una Comisión Institucional de seguimiento en la que estamos el Consejo General de A.T.S. y D.E. (D. Máximo González), las Escuelas de Podólogos de Madrid y Barcelona (D. Enrique González y Dña. Virginia Novel y Dña. Adelina Dorca) y la Federación Española (D. Andrés Rueda). Desde el punto de vista de la Federación, esta Comisión está funcionando muy bien, con gran permeabilidad de comunicación entre los componentes y las Instituciones y tratando de rentabilizar las gestiones potenciándose mutuamente las partes para el objetivo común. Aunque no soy proclive a citar nombres, en este contexto quiero acordarme especialmente por parte de la Federación de D. José Luis Moreno por su colaboración y entrega en el tema.

Sobre todos estos asuntos es mi intención que tengas la información de una forma periódica, bien a través de este medio o de los representantes. Hasta entonces recibe mi más cordial salutación, así como de los demás compañeros de la Junta.

**Atte. Andrés Rueda**  
**Presidente F.E.P.**

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# ACTA REUNION

Reunidos en la sede del Consejo General las personas que al margen se citan, en representación de sus respectivas instituciones, al objeto de estudiar y debatir la situación de la Podología en sus distintos aspectos y especialmente en cuanto a la transformación de los estudios y su incorporación a la universidad en el 1.º ciclo, tras detenido análisis, se llega a las siguientes conclusiones:

## 1.º Transformación de los estudios de Podología.

- 1.1. Estudio por la asesoría jurídica del Consejo General, sobre la ejecución de la sentencia del Tribunal Supremo derogatoria del Real Decreto de Podología.
- 1.2. Gestiones directas con el Director General de Enseñanza Superior del Ministerio de Educación y con el Secretario General del Consejo de Universidades (Anexos n.ºs 1 y 2).
- 1.3. Carta a los Rectores de las Universidades de Madrid y Barcelona, sobre continuidad de Podología el próximo curso (Anexos 3 y 4).
- 1.4. Interpelaciones parlamentarias al Gobierno sobre la transformación de los estudios.
- 1.5. Defensa y urgencia de la transformación por parte de Dña. Myriam Ovalle, representante del Consejo General en la Comisión 9.ª del Consejo de Universidades.
- 1.6. Las consultas y visitas se realizarán colegiadamente por los representantes de las instituciones presentes.

## 2.º Estudio Demográfico de Podología

- 2.1. Estudio de población.
- 2.2. Estudio de recursos y necesidades.
- 2.3. Número de escuelas y de alumnos a nivel de estado.

## 3.º Proyecto de Directiva Comunitaria sobre Podología

Dña. VIRGINIA NOBEL  
Directora de la Escuela Oficial de Podólogos de Barcelona.

D. ENRIQUE GONZALEZ  
Subdirector de la Escuela Oficial de Podólogos de Madrid.

D. ANDRES RUEDA  
Presidente de la Federación Española de Podólogos.

D. MAXIMO GONZALEZ  
Vicepresidente I.º del Consejo General de ATS-DE.

Dña. MYRIAM OVALLE  
Vocal del Consejo General y miembro de la Comisión 9.ª del Consejo de Universidades.

Dña. ADELINA DORCA  
Jefe de Estudios de la Escuela Oficial de Podólogos de Barcelona.

- 3.1. Intervención del Presidente de la Federación Española de Podólogos sobre los organismos europeos, para asegurar los intereses de los Podólogos españoles.
- 3.2. Consulta del Vicepresidente I.º del Consejo General, en su calidad de miembro titular del Comité Consultivo de Enfermería de la C.E.E., al Director General de aproximación de legislación de títulos, sobre la Podología europea y situación de los podólogos españoles respecto a la futura Directiva de reconocimiento de Títulos de Educación Superior.

Tras los temas tratados anteriormente y que se entienden objetivos prioritarios, se debaten en otros de carácter socio-profesional, estimando deberán ser tratados en futuras reuniones.

Tan pronto se comience a obtener respuestas o resultados, volverá a reunirse la Comisión actual, para evaluar y tomar las determinaciones que se estimen procedentes.

Madrid, 25 Mayo 1987

# PONENCIA DE REFORMA DE LAS ENSEÑANZAS UNIVERSITARIAS

## DIRECTRICES GENERALES PLAN DE ESTUDIOS DIPLOMADO EN PODOLOGIA

6 de Mayo de 1987

Las Directrices Generales del presente Plan de Estudios de Diplomado en Podología, han sido elaboradas conjuntamente por profesionales Podólogos, pertenecientes a la Federación Española de Podólogos y profesores de las Escuelas Oficiales de Podólogos, de la Universidad Complutense de Madrid y Universidad de Barcelona.

### 1. TITULO DE DIPLOMADO EN PODOLOGIA

El Plan de Estudios de Podología, se contempla como la transformación de los actuales estudios de Podología (Decreto 828/62 del 29-III) en Carrera Universitaria Independiente, con la denominación de Diplomado en Podología. Estos estudios se impartirán en las Escuelas Oficiales Universitarias correspondientes y su validez alcanzará a todo el Territorio Nacional.

### 2. OBJETIVOS Y PERFIL DEL TITULO

#### 2-A. OBJETIVOS DEL TITULO DE DIPLOMADO EN PODOLOGIA

1. Formar a los futuros Podólogos para que sean útiles a la Sociedad, por lo que se dotará al alumno de los conocimientos de la estructura y función del pie humano, los patrones de normalidad y sus desviaciones patológicas, así como su interrelación con el resto del organismo, para ofrecer las soluciones apropiadas a cada caso.
2. Dotar a los estudiantes de los conociemien-

tos necesarios que le capaciten para el desarrollo de la profesión dentro del contexto sanitario global, proporcionando los medios para que el alumno adquiera experiencia y destreza en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las afecciones que entran en su campo de actuación, con capacidad para recibir libremente al paciente.

3. Promover y estimular al futuro Podólogo mediante las enseñanzas de los principios generales básicos necesarios, para fomentar el estudio continuado y la investigación.
4. Estimular la búsqueda de conocimientos y experiencias prácticas, mediante el desarrollo de programas formativos de carácter gradual continuado y de investigación, desarrollando al mismo tiempo una importante promoción de literatura podológica científica.

Para la consecución de estos fines, el Plan de Estudios se diseña como una secuencia coherente de materias, con el fin de que los conocimientos y la capacidad del alumno, se desarrollen profesionalmente de una forma gradual y armónica.

#### 2-B. PERFIL DEL DIPLOMADO EN PODOLOGIA

El Diplomado en Podología es el profesional que está preparado para ejercer la Podología, disciplina que se puede definir como aquella rama de la salud, que se ocupa de la prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento de todos los estados en que los pies se desvían de las situaciones consideradas como

normales, ya sea por deformidad o por enfermedad, así como del fomento de la salud del pie, con capacidad para recibir libremente al paciente y aplicarle los conocimientos adquiridos durante su formación, de acuerdo con el campo profesional legalmente previsto.

### **3. DURACION DE LOS ESTUDIOS**

La duración de los estudios se estructurará en un solo ciclo de tres años y a tiempo completo.

### **4. ESTRUCTURA CICLICA DE LOS ESTUDIOS DE DIPLOMADO EN PODOLOGIA**

Se corresponderá con el Modelo "B" conducente a la obtención del título de Diplomado en Podología, con una duración de tres años a tiempo completo.

No obstante, y teniendo en cuenta que actualmente son necesarios cinco años para su formación (3 años Diplomado en Enfermería + 2 años de Especialidad), en un futuro, el Diplomado en Podología, podría optar a las Enseñanzas del Segundo Ciclo, según el "Modelo Mixto de Estructura Cíclica", descrito en el Consejo de Universidades, previo el cumplimiento de los Complementos de Formación (C.F.) que en su momento se exijan, como requisito necesario para acceder a este Segundo Ciclo.

### **5. CARGA TOTAL EN CREDITOS DE LOS PLANES DE ESTUDIO**

Las enseñanzas serán de carácter teórico, práctico y clínico y la carga lectiva global deberá fijarse en un mínimo de 325 créditos que se distribuirán en:

227 créditos para las Materias Troncales, que equivalen al 70%.

65 créditos para las Materias No Troncales, que equivalen al 20%.

33 créditos para las Materias de Libre Configuración Curricular, que equivalen al 10%.

Así mismo, se realizará un período de prácticas clínicas integradas.

### **6. MATERIAS TRONCALES**

Las Materias Troncales, se han estructurado en tres bloques. En el primer bloque se incluyen las ciencias generales y básicas, haciéndose especial énfasis en las estructuras anatómicas y funciones fisiológicas del miembro inferior, iniciando al alumno en los estudios específicos podológicos.

En el segundo bloque se inicia el estudio de la enfermedad en todos aquellos estados fisiopatológicos con repercusión en el pié, así como los principios generales del tratamiento podológico. Las enseñanzas teóricas, se complementarán con enseñanzas prácticas.

En el tercer bloque, se estudia con detalle la patología y terapéutica del pie, y se prepara al alumno para hacer frente a las distintas situaciones profesionales.

En este último bloque de estudios, el alumno realiza prácticas clínicas, integrando los conocimientos que ha venido adquiriendo desde el comienzo de su formación.

A la vista de la especificidad de las materias propiamente podológicas, y con respecto al anexo del Decreto 1888/84, debe abrirse el Area de Conocimientos de Podología por parte del Consejo de Universidades.

# 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 FISIOLÓGICO** de 5,5.

Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

RESTAURADOR  
MANTO ACIDO  
C.P.I.  
ESPECIALIDAD DERMATOLOGICA



Regula la hidratación de la piel.

Impide la imbibición proteica.

Da suavidad y flexibilidad a su piel.

Evita la descamación.

Amortigua las agresiones químicas y alcalinas.

Impide el desarrollo de microorganismos.

200 c.c. USO TOPICO



## 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

**CUADRO DE MATERIAS TRONCALES. DIPLOMADO EN PODOLOGIA**

Materias Troncales y descripción de contenidos	C R E D I T O S			Area o áreas de Conocimiento correspondientes a cada materia troncal
	Totales	Teóricos	Prácticos	
<b>I. MATERIAS BASICAS</b>				
<b>1. Bioquímica-Biofísica</b> Estructura, composición y organización de la materia de los seres vivos. Leyes químicas y físicas que regulan los fluidos del ser humano. Principios inmediatos. Biocatalizadores. Oligoelementos. Biosíntesis. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y Biofísica de las membranas, músculos, nervios y demás tejidos del organismo.	5	- 5		Bioquímica Biofísica Biología
<b>2. Microbiología y Parasitología</b> Introducción a la Microbiología. Clasificación general de los gérmenes. Epidemiología. Fuentes de infección. Mecanismo de transmisión. Inmunología. Resistencias específicas e inespecíficas. Inmunidad natural y adquirida. Vacunas y sueros. Bacterias, hongos, virus y parásitos más frecuentes, aislables en el pie. Toma de muestras en el pie para determinaciones y su identificación. Principales formas de resistencia en las infecciones del pie. Ecología del pie.	5	5		Microbiología
<b>II. MATERIAS MEDICAS</b>				
<b>1. Anatomía-Fisiología</b> Embriología. Histología. Estudio anatomo-fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas, profundizando en la descripción detallada de las extremidades inferiores, como base fundamental para el estudio de la patología del pie, así como la realización de disección del miembro inferior.	14	12	2	Ciencias Morfológicas. Fisiología.

Materias Troncales y descripción de contenidos	CREDITOS			Area o áreas de Conocimiento correspondientes a cada materia troncal
	Totales	Teóricos	Prácticos	
<p><b>2. Farmacología</b></p> <p>Generalidades. Farmacocinética. Tipos de fármacos de uso en Medicina y Podología. Valoración de su composición, acciones, indicaciones y contraindicaciones, interacciones y sinergias. Particularidades de los excipientes y de las terapias del pié.</p>	8	6	2	Farmacología
<b>III. MATERIAS PODOLOGICAS</b>				
<p><b>1. Podología General</b></p> <p>Organización del departamento de Exploración. Constantes biológicas. Técnicas de obtención. Terminología clínica general. Filogenética del pié, Biomecánica y Cinesiología. Definición del pié. Teorías de apoyo. Alteraciones estructurales del pié. Patología del antepié. Plantalgias. Talalgias. Alteraciones posturales del aparato locomotor con repercusión en el pié y viceversa. Historia clínica podológica. Terminología podológica. Parámetros clínicos normales y patológicos en decúbito, bipedestación estática y dinámica. Técnicas complementarias de diagnóstico y su interpretación. Definición y concepto de la biomecánica del pié normal y patológico. Concepto anatómico y funcional de la enfermedad. Clasificación etiológica de las enfermedades. Patología de los diferentes órganos, aparatos y sistemas.</p>	48 (T-P) 8 (Cl.)	29	19 Prac. 8 Clinic.	Podología (Que debe ser creada)
<p><b>2. Quiropodología</b></p> <p>Organización departamental. Mobiliario. Distribución y diseño ergonómico. Descripción del</p>	48 (T-P) 9 (Cl.)	27	21 Prac. 9 Clinic.	Podología (Que debe ser creada)

Materias Troncales y descripción de contenidos	C R E D I T O S			Area o áreas de Conocimiento correspondientes a cada materia troncal
	Totales	Teóricos	Prácticos	
<p>instrumental en Quiropodología. Desinfección, esterilización, asepsia, antisepsia. Técnicas de la Quiropodología. Tipos. Anestesia. Concepto. Tipos de anestesia utilizados en Podología y sus técnicas de aplicación. Conceptos generales sobre dermatopatías. Tratamiento de los helomas en la superficie del pie y de sus causas. Onicología. Conceptos, patologías y tratamientos del aparato ungueal. Técnicas de cirugía menor y aplicaciones. Cirugía de las partes blandas. Conocimiento de la cirugía ósea y articular del pie. Exámenes complementarios.</p> <p><b>3. Ortopodología</b></p> <p>Organización de un departamento de Ortopodología. Pretecnología de los distintos materiales y sus características físico-bioquímicas. Confección de moldes. Tipos. Estudio del calzado. Conceptos. Comprensión y funciones del calzado. Tipos. Características del calzado ortopédico. Tipos. Funciones. Principios biomecánicos del pie, como fundamento en la aplicación ortopodológica. Definición. Descripción. Diseño. Tipos. Confección y aplicación de Ortesis, Ortonixia, Prótesis y Férulas. Técnicas ortopodológicas en el tratamiento de las anomalías estructurales y funcionales del pie y otras con repercusión podológica. Técnicas ortopodológicas utilizadas en tratamientos de patologías específicas del pie, por afecciones neurológicas, vasculares y/o dérmicas, que cursan con pérdida de substancia.</p>	48 (T-P 8 (Cl.))	27	21 Prac. 8 Clinic.	Podología (Que debe ser creada)

**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 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**

Onicomycosis. Paroniquia.

#### **Contraindicaciones**

Dermatitis bacteriana.

#### **Incompatibilidades**

No se conocen.

#### **Efectos secundarios**

No se conocen.

#### **Presentación**

Frasco de 30 ml

#### **P.V.P.**

233,— Ptas.



## NATTERMANN

Materias Troncales y descripción de contenidos	CREDITOS			Area o áreas de Conocimiento correspondientes a cada materia troncal
	Totales	Teóricos	Prácticos	
<p><b>4. Podología Social</b></p> <p>Antecedentes históricos. Evolución contemporánea de la Podología. La Podología individual y el trabajo en equipo. Campos de actuación del Podólogo. Etica y código deontológico.</p> <p>Introducción a la Estadística. Definiciones. Cuadro de frecuencias. Medidas de tendencia central y de dispersión. Estudio de relación entre variables. Estimación de parámetros y prueba de hipótesis. Representaciones gráficas.</p> <p>La Podología como bien social. Seguimiento de los tratamientos podológicos. Podología deportiva, escolar y laboral. Prevención y fomento general de los problemas del pie en el niño, en el adulto, en la embarazada, en el paciente encamado, en la tercera edad y disminuidos físicos y psíquicos. Higiene del calzado y de las prendas de vestir.</p> <p>Podología legal. Responsabilidad y sus clases. Delito. Acción. Omisión. Clasificación. Culpabilidad. Responsabilidad Civil y criminal.</p>	12	10	2	Podología (Que debe ser creada)
<p><b>5. Podología Física</b></p> <p>Principios anátomo-fisiológicos relacionados con la teoría y técnica de la recuperación del pie. Función del músculo y evaluación podológica. Estudios cinequinéticos de las extremidades inferiores. Valoración de la marcha humana. Estudio y aplicación de principios físicos, eléctricos y manuales, como terapéutica en la patología del pie.</p>	14	10	4	Podología (Que debe ser creada)

Materias Troncales y descripción de contenidos	CREDITOS			Area o áreas de Conocimiento correspondientes a cada materia troncal
	Totales	Teóricos	Prácticos	
<p><b>Prácticas Clínicas Integradas</b></p> <p>Las prácticas clínicas correspondientes a las Materias Podológicas, se realizarán en un período de prácticas integradas con un total de 25 créditos, tal como queda señalado en las columnas de prácticas.</p>	25		Clínicas 25	

### MATERIAS TRONCALES, RELACION PORCENTAJES ENTRE ENSEÑANZAS TEORICAS, PRACTICAS-CLINICAS

BLOQUES MATERIAS TRONCALES	CREDITOS				AREAS CONOCIMIENTOS	PORCENTAJES BLOQUES
	Totales	Teóricos	Prácticos-Clinicos			
BASICAS	Bioquímica-Biofísica	5	5	-	Biología Anatomía-Fisiología	Total Créditos Total Créditos Teóricos Total Créditos Prácticos
	Anatomía y Fisiología	14	12	2		
	Microbiología y Parasitología Farmacología	5	5	-	Microbiología Farmacología	
PODOLOGICAS	Podología General	48 + 8	29	19	8	Total Créditos Total Créditos Teóricos Total Créditos Prácticos Total Créditos Clínicos
	Quiropodología	48 + 9	27	21	9	
	Ortopodología	48 + 8	27	21	8	
	Podología Social	12	10	2		
	Podología Física	14	10	4		
<i>CREDITOS TEORICO-PRACTICOS</i>		202				
<i>CREDITOS CLINICOS</i>		25				
<i>CREDITOS TOTALES</i>		227				

**7. PORCENTAJE DE LIBRE CONFIGURACION CURRICULAR POR EL ESTUDIANTE**

**8. PRIORIDADES LOGICAS ENTRE LAS MATERIAS TRONCALES O CONJUNTO DE ELLAS EN EL CURSO DE LOS ESTUDIOS**

Establecemos en estas directrices las siguientes prioridades lógicas entre las Materias Troncales y la secuencia de las enseñanzas.

**La no superación de los Créditos de:**

Biofísica-Bioquímica

Farmacología General

Anatomía-Fisiología

Podología General I

Quiropodología I

Ortopodología I

Podología Social I

**Cierran paso a:**

- Microbiología

- Farmacología General

- Farmacología Específica

- Podología II

- Podología General II y II

- Quiropodología II y III

- Ortopodología II y III

- Podología Social II y III

**9. PREVISIONES SOBRE REGIMEN DE LA ENSEÑANZA**

Durante los estudios de la Carrera de Diplomado en Podología, el contenido de las enseñanzas quedará distribuido en Créditos Teóricos, Prácticos y Clínicos, y éstos se impartirán a tiempo completo.

---

---

## **PODOLOGIA HA DEJADO DE SER ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA**

El Real Decreto 992/1987 de 3 de Julio, B.O.E. 1.º de Agosto, establece el marco general para la obtención del título de Enfermero Especialista para los Diplomados en Enfermería.

Entre las especialidades reconocidas no está comprendida Podología. Es un paso trascendental para el futuro de nuestra profesión.

El primer efecto en este Real Decreto es que las Escuelas de Podología no pueden matricular Diplomados en Enfermería a partir de la publicación del presente Real Decreto (Artículo 3 y Disposición transitoria tres).

En general, el Real Decreto es bastante confuso en el tema de las convalidaciones y en la obtención del título de Enfermero Especialista para aquellos A.T.S. que tengan o no título de Especialista por la anterior normativa.

La situación que se crea con Podología es bastante peculiar porque es el único Decreto de Especialidades de A.T.S. que no se deroga explícitamente, aunque pudiera entenderse que sí se hace con el Decreto de 4 de Diciembre de 1953 que daba base a los posteriores Decretos de Especialidades.

Por otro lado, no existen ya los estudios de A.T.S. que puede considerarse una vía de acceso correcta legalmente, salvo otras consideraciones.

En resumen, una disposición que puede tener efecto desencadenante de urgencia para el Real Decreto del Diplomado en Podología.

# REAL DECRETO SOBRE ESPECIALIDADES DE ENFERMERIA

## MINISTERIO DE RELACIONES CON LAS CORTES Y DE LA SECRETARIA DEL GOBIERNO

17866 REAL DECRETO 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista.

La regulación actual de las especialidades de los Ayudantes Técnicos Sanitarios tiene su origen en el Decreto de 4 de diciembre de 1953, cuyos artículos 6 y 7 facultan al Ministerio de Educación y Ciencia para autorizar la creación de las Especialidades que se considerasen convenientes y expedir los respectivos Diplomas. Desde el año 1957, y de conformidad con el citado Decreto, se han creado las siguientes Especialidades: Asistencia Obstétrica (Matronas), Fisioterapia (convertida en Escuela Universitaria por Real Decreto 2965/1980 de 12 de diciembre), Radiología y Electrología, Podología, Pediatría y Puericultura, Neurología, Psiquiatría, Análisis Clínicos y Urología y Nefrología.

Integrados los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios en la Universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería por Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, no se procedió a desarrollar las Especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizó por Orden de 9 de octubre de 1980 a los Diplomados en Enfermería a que cursasen las Especialidades existentes para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica, necesariamente transitorio.

La fragmentariedad y obsolescencia de la legislación actualmente vigente, junto a las modificaciones sufridas en las necesidades asistenciales por cubrir, motivadas por el constante progreso científico y por el cambio de énfasis en la previsión de servicios sanitarios del hospital hacia la atención primaria y la Medicina preventiva, así como los condicionamientos que supone el ingreso de España en la Comunidad Económica Europea, de los que se deriva la necesidad de reordenar el número, contenido y denominación de las Especialidades de Enfermería, y a la experiencia adquirida en estos años, aconsejan que éstas se regulen con nuevos criterios unitarios, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del Real Decreto 185/1985, de 23 de enero, por el que se regula el Tercer Ciclo de estudios universitarios, la obtención y expedición del título de Doctor y otros estudios postgraduados, y al amparo de lo establecido en el artículo 39.4 de la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación. Esta regulación, por otra parte, ha de estar presidida, necesariamente, por la idea de que la progresiva especialización no debe impedir la posibilidad del ejercicio polivalente de la actividad profesional, ni menoscabar la competencias profesionales que corresponden al Diplomado en Enfermería o ATS. En este sentido tiene que resultar positivo que en cada título de especialista se especifiquen aquellas áreas de capacitación en las cuales la formación se haya realizado con mayor énfasis, sin que esta circunstancia determine el futuro empleo del especialista.

Por otro lado, se crea el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería que, como órgano de consulta y asesoramiento de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo en estos asuntos, permitirá a la Administración tomar las decisiones que proceda con el debido apoyo científico y técnico. En dicho Consejo toman parte los representantes de los sectores académicos, científicos y profesionales, que tienen legítimo interés en la formación especializada de la Enfermería.

En su virtud, previos los informes del Consejo de Universidades y del Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, de acuerdo con el Consejo de Estado, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 3 de julio de 1987,

### DISPONGO:

Artículo 1.º Uno. Se crea el título de Enfermero especialista, que será expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, de acuerdo con lo establecido en el presente Real Decreto.

Dos. Este título, sin perjuicio de las facultades que asisten a los Diplomados en Enfermería y ATS, será obligatorio para utilizar, de modo expreso, la denominación de Enfermero especialista.

Tres. Para obtener el título referido se requiere:

- a) Poser el título de Diplomado en Enfermería.

b) Realizar los programas de formación de una especialidad y superar las pruebas teóricas y prácticas correspondientes.

Art. 2.º Uno. A los efectos previstos en este Real Decreto se crean las siguientes Especialidades en Enfermería.

1. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas).
2. Enfermería Pediátrica.
3. Enfermería de Salud Mental.
4. Enfermería de Salud Comunitaria.
5. Enfermería de Cuidados Especiales.
6. Enfermería Geriátrica.
7. Gerencia y Administración de Enfermería.

Dos. Corresponde al Gobierno, a propuesta de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo de Universidades, del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería y del Consejo General de Colegios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería la creación, cambio de denominación o supresión de las Especialidades que el progreso científico y tecnológico aconseje, de acuerdo con las necesidades sanitarias.

Art. 3.º Uno. El Ministerio de Educación y Ciencia, previos los informes del Consejo de Universidades y del Ministerio de Sanidad y Consumo, establecerá las directrices generales que deberán cumplir los programas de formación de las Especialidades de Enfermería, que en todo caso deberán ajustarse a las exigencias de la Directiva de la CEE 80/155, de 21 de enero de 1980, y a las que posteriormente sean dictadas.

Dos. Dichos programas deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos que ha de realizar el aspirante al título, a lo largo de los períodos de formación que se establezcan.

Tres. Los programas serán propuestos por el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, y aprobados por el Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del de Sanidad y Consumo.

Art. 4.º Uno. En los programas de formación de cada Especialidad podrán establecerse áreas de capacitación específica. En estos supuestos, el título recogerá el área cursada por el interesado a los efectos de acreditar la particular formación.

Dos. La denominación y característica de las áreas de capacitación serán fijadas por los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, previo informe del Consejo de Universidades y del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería.

Art. 5.º La formación de las Especialidades relacionadas en el artículo 2.º se llevará a cabo en Unidades docentes acreditadas para desarrollar los correspondientes programas de formación, que estarán supervisadas y coordinadas a estos efectos por las Escuelas Universitarias de Enfermería que correspondan.

A tal fin, las Unidades docentes que, a través de las Escuelas de Enfermería, soliciten su acreditación, deberán garantizar la disponibilidad de los servicios hospitalarios y de los Centros de Salud necesarios para llevar a cabo la formación asistencial especializada.

Art. 6.º Uno. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería y del Consejo de Universidades, establecerán los requisitos mínimos que deban reunir las Unidades docentes para impartir la especialidad de que se trate, y, en su caso, sus correspondientes áreas de capacitación.

Dos. Las acreditaciones serán otorgadas, previa comprobación de que las Unidades docentes reúnen los requisitos mínimos a los que se refiere el apartado anterior, por acto singular del Ministerio de Educación y Ciencia, previo informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, a solicitud de la Entidad titular de la correspondiente Unidad docente.

Tres. Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo determinarán, en su caso, el número de plazas docentes que quedan acreditadas, en atención a la capacidad y a las necesidades sociales.

Art. 7.º Los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo, previo informe de la Comunidad Autónoma que tenga competencias en materia de Enseñanza Superior y Sanidad, oído el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, establecerán los criterios de selección y el sistema de acceso a la formación de Enfermero especialista. En todo caso, dichos criterios atenderán al mérito y capacidad de los aspirantes.

Art. 8.º Los programas de formación de cada una de las Especialidades de Enfermería recogerán los requisitos que deberán reunir los responsables docentes que impartan las distintas materias. En todo caso, en dichos programas se establecerán aquellas áreas específicas para cuya enseñanza será necesario estar en posesión del correspondiente título de Enfermero especialista.

Art. 9.º Uno. Por cada uno de las Especialidades de Enfermería a que se refiere el artículo 2.º, parte uno, e instrucción del Consejo Nacional de la Especialidad, quedará a disposición del aspirante

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

CONTRAFUERTE  
DE HELFET indeforma-  
ble rebatido a alta presión,  
(que no se debilita con el  
calor natural de la  
deambulacion).

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.

SERVICIO INME-  
DIATO mediante STOCK  
de gran capacidad. (Di-  
recto de fábrica).

Fabricación  
Exclusiva en DOBLE  
COSIDO visto por la suela  
que logra simultáneamente:  
gran FLEXIBILIDAD a nivel  
del antepié y extraordi-  
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 ENTRE-  
SUELA de cuprón de cue-  
ro de curtición lenta natu-  
ral, transpirable y repe-  
lente del agua.

MATERIALES  
de máxima calidad con  
un acabado en con-  
sonancia.



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.

prescription footwear. s.a.

**P.F**

Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63973 PFVIE

# ACADEMIA DE CIRUGIA AMBULATORIA DEL PIE

**¡La Academia estuvo allí!**

## **Decimoquinto aniversario de "The Academy of Ambulatory Foot Surgery"**

24 de julio de 1987

Durante la segunda semana de julio ha tenido lugar en Orlando, Florida, la Reunión y Congreso Anual de "The Academy of Ambulatory Foot Surgery" (A.A.F.S.), en el Hotel Buena Vista Palace del Walt Disney World.

La A.A.F.S. es una asociación estadounidense compuesta aproximadamente por dos mil Podólogos con la preparación, capacidad e instrumental adecuados para realizar cirugía en sus consultas.

En la 15.<sup>a</sup> convocatoria del Congreso Anual, se han presentado a todos los asistentes los más innovadores avances en Cirugía Ambulatoria del Pie en lo que a conferencias y casas comerciales de equipamiento se refiere.

Entre las materias tratadas, destacó la Cirugía-Láser versus Radiocirugía, implantes quirúrgicos, una nueva técnica para reducir el dolor postquirúrgico sin medicación (de esta técnica hablaremos en otro momento debido a su singular interés), y técnicas y criterios pre y postquirúrgicos.

El Congreso Anual ha conmemorado el XV Aniversario de la A.A.F.S., siendo considerada esta Reunión como uno de los congresos más provechosos e interesantes de la A.A.F.S.

Curiosamente, el aniversario coincide en su antigüedad con el de la Disney World, por lo que se realiza el calendario por doble motivo.

Por otro lado, ha sido en este Congreso

donde oficialmente la Academia de Cirugía Ambulatoria del Pie se ha presentado como Región XV o Región Europea, petición cuya sanción se hizo firme en la Reunión del Board of Trustees o Consejo de Dirección, en la que como Director Regional para la Región Europea y por primera vez, tomó parte el representante español (el abajo firmante).

Como ha quedado señalado en líneas anteriores, fue muy profusa la exposición en los varios temas señeros de la M.I.S.

Sorprendente por su sencillez, tanto de exposición como de temática, fue la disertación de Sheldon Nadal DPM de Toronto, Canadá, sobre un tema que nos preocupa cada día en la práctica M.I.S.: la rotura de una fresa.

A modo de presentación de Sheldon Nadal, y con nuestro agradecimiento a su gentileza de permitir esta publicación, resumiremos el contenido de la exposición sobre el tema "Extracción de piezas metálicas por rotura de fresa".

En la mayoría de los casos en que se rompe una fresa ésta lo hace en la pared ósea distal desde el punto de comienzo de la perforación. Estadísticamente está demostrado que cuando la pieza metálica no queda flotando en partes blandas, lo hace casi siempre en la pared fibular de la zona metafisaria distal del primer metatarsiano (procedimiento de Augustine, o procedimiento de Wilson) o en igual zona pero proximal de la primera falange del mismo radio (procedimiento de Akin).

La técnica consiste en realizar una segunda incisión inferior respecto al agujero guía, la cual se convierte en un segundo agujero guía, éste se continúa perpendicular al plano suelo hasta conseguir la hemisección del hueso. Posteriormente, un tercer agujero guía se realiza sobre el primero, de tal suerte que al continuarlo en un ángulo de 120° respecto al anterior y en dirección dorsal y distal se finaliza la osteoclisis, (proc. Akin).

El siguiente paso consiste en mantener la separación de las dos porciones óseas con un separador de Sayre, se realiza una incisión en el primer espacio intermetatarsal desde la cara dorsal del pie. Con un extractor se alcanza la situación de la pieza metálica para posteriormente extraerse por flujo magnético.

El conferenciante nos hizo saber que en su práctica había roto solamente cinco fresas,

de las que cuatro necesitaron de la técnica antes expuesta para su extracción.

Consideramos que el extractor y el separador de Sayre son instrumentos que debieran estar presentes y estériles en cualquier acto quirúrgico podológico.

Como siempre, para localizar la pieza metálica libre tras la finalización de la osteoclisis serán imprescindibles radiografías anteroposterior y lateral del antepie, tomadas a la distancia óptima para conseguir la escala 1:1 que no altere el tamaño de la zona. Si se considera de interés se colocarán marcas radiopacas que actúen como referencia.

Nosotros hemos adoptado esta técnica en nuestra práctica por considerar que puede resultar de gran ayuda.

**J. Aycart**

---

**FEDERACION INTERNACIONALE  
DES PODOLOGUES**

**ASSOCIAZIONE ITALIANA  
PODOLOGI**

**Alla F.I.P.  
Federazione Internazionale di Podologia  
163, Rue Saint Honore - Paris**

Por la presente damos a conocer a los miembros de la Federación, que el Congreso Internacional de Podología se celebrará en Roma y tendrá su sede en el Hotel Sheraton del 20 al 23 de Octubre de 1988.

La Asociación Italiana de Podólogos está segura de la masiva participación de los colegas extranjeros que le dará a este Congreso estímulos de investigación.

Saludos distinguidos.

**Il Presidente dell'A.I.P.  
MAURO MONTESI**

# CASO CLINICO DE SIMBIOSIS CIRUGIA-ORTOPEDIA EN PODOLOGIA

J. Aycart Testa  
M. González San Juan  
Madrid

**PACIENTE:** Mujer de 53 años.

**PATOLOGIA ACTUAL:** Hallus valgus bilateral. Ausencia del 2.º dedo, bilateral, por amputación quirúrgica en el año 1964, como tratamiento traumatológico al martillo irreductible que presentaba. Onicogrifosis con exóstosis subungueal en 1.º dedo bilateral.

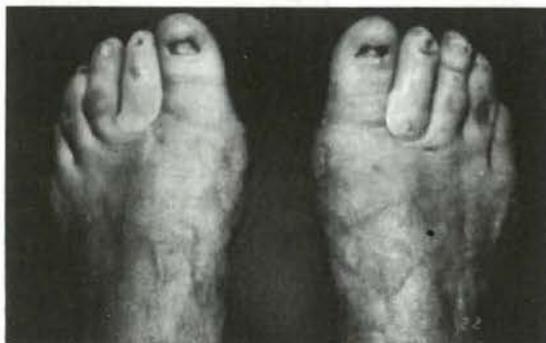
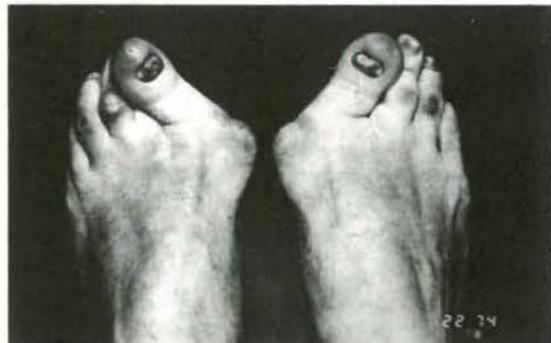
**OBSERVACIONES:** Acude a nuestra consulta enviada por paciente a la que hemos intervenido sus juanetes.

Tras exploraciones y los estudios analíticos se cita para la intervención. Previos han sido el Estudio de Materiales para la confección de sendos 2.º dedos artificiales que ocupen el espacio que después de la cirugía habrá de ser rellenado por las señaladas prótesis para de tal modo impedir la recidiva de la patología por la que viene a nuestra consulta.

**TECNICA QUIRURGICA:** Exostectomía borde medial cabeza primer metatarsiano, Akin, Wilson, exostectomía distal segunda falange del primer dedo, ablación placa ungueal, todo bilateral.

**CONFECCION DE LAS PROTESIS:** Tomamos un molde del cuarto dedo en silicona, seguidamente, sacamos un positivo en resinas polimerizables. El positivo se rebajó en todas sus dimensiones para reducir su tamaño. Por último se ha recubierto por una silicona líquida de baja densidad y coloración semejante a la piel.

**EPICRISIS:** El resultado plástico queda ilustrado con las fotografías adjuntas. La tolerancia de las prótesis por la paciente ha sido absoluta y en todos los aspectos con máxima satisfacción.



# LA REHABILITACION DEL PIE PLANO

José Francisco Serrano Bermudez  
Benálmadena, Mayo 1987

El término de pie plano corresponde a un concepto genérico de todas las anomalías anatómicas y estados funcionales que implican el aplanamiento de la bóveda del pie. La cual es definida por KAPANDJI "Como un conjunto arquitectónico asociando armoniosamente todos los elementos osteoarticulares, ligamentosos y musculares del pie. Configurando así una estructura que puede adaptarse y transmitir fuerza y peso en las mejores condiciones mecánicas, en las circunstancias más diversas.

Así pues, la configuración de la bóveda se debe en principio a la forma de cada pieza ósea y a su anclaje en el conjunto del pie. Siendo requisito imprescindible la osteomorfología normal de cada pieza, así como su coadaptación articular entre ellas, para así poder soportar las fuerzas de compresión que van a incidir sobre las mismas.

Esta estructura ósea está sometida a las leyes de Desarrollo óseo, como es la ley de DELPECH. "En donde quiera que los cartilagos diartrodiales transmiten una presión anormalmente disminuida, el cartilago de conjugación vecino entrara en actividad e inversamente".

Esta primera estructura pasiva ósea es complementada por un conjunto de elementos fibroelásticos que refuerzan sus articulaciones y dan elasticidad al conjunto. Son los ligamentos encargados de soportar las fuerzas de distensión a que se ve sometido el pie, en situaciones como la marcha, la carrera, el salto o la caída. Su acción protectora se ejerce ante esfuerzos más o menos violentos pero de corta duración, ante esfuerzos de mayor intensidad o que se prolonguen en el tiempo lo suficiente; los ligamentos son insuficientes o se distienden relajándose, con lo cual su acción protectora pierde gran parte de su eficacia, acudiendo en su ayuda la contracción muscular.

Los mecanorreceptores presente en los ligamentos y las cápsulas articulares informan sobre la posición articular, la dirección y velocidad de los desplazamientos a los cuales se ve sometido, así como sobre la variación de la presión intraarticular. Los mecanorreceptores no son sensibles más que a posiciones extremas de las articulaciones, así pues la modificación de la posición de una articulación desencadena una modificación del tono muscular segmentario y global destinado a proteger esa articulación.

Pasamos a recordar brevemente una serie de ligamentos relacionados con el tema.

Lig. Calcaneo-Astrágalo interoseo.- Ocupa el seno del tarso o seno astrágalo-calcaneo, el cual es extremadamente fuerte. Se extiende del seno astragalino al surco calcaneo, está formado por dos planos fibrosos, uno anterior situado detrás de la art. astrágalo-calcánea anterior y otro posterior situado delante de la art. astrágalo-calcánea posterior, estos dos planos fibrosos están separados.

Lig. en y o de Chopar.- El haz calcáneo-escafoideo se inserta por atrás en la cara dorsal del A. mayor del calcáneo delante del lig. interoseo astrágalo-calcáneo. Se inserta en toda la altura de la extremidad externa del escafoides. Se denomina lig. en hamaca.

Lig. calcáneo-cuboideo con sus tres fascículos, superior o dorsal, inferior o plantar y el interno.

El haz dorsal va desde la cara superior de la A. mayor del calcáneo a la cara dorsal del cuboides.

El haz plantar, potente cinta fibrosa que se extiende de la cara inferior del calcáneo al cuboides y a los cuatro últimos metatarsos, tiene dos capas una superficial y otra profunda.

Haz interno.- Desde el A. mayor del calcáneo a la cara dorsal del cuboides, por últi-

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

mo la acción de los distintos grupos musculares que se relacionan con el pie y que colaboran en el mantenimiento de su forma, haciendo la función de ajuste continuo para que en todo momento las cargas incidan sobre los puntos de recepción adecuados, estos elementos activos permiten que el p pueda orientar su planta en múltiples direcciones ofreciendo siempre un buen apoyo, también van a modificar la forma de la bóveda plantar gracias a la acción de las art. plásticas del pie, para conseguir una correcta adaptación al terreno y actuando como un verdadero sistema de amortiguación nos permite una marcha elástica y un apoyo no traumatizante.

Los principales músculos que actúan como mantenedores del arco interno son:

**Tibial Posterior.**— Que se encuentra situado en un plano profundo de la cara posterior de la pierna, entre el flexor. L.C. de los dedos por dentro y el Flexor L. del 1 dedo por fuera, se origina en la cara posterior de la tibia, membrana interosea y cara posterior del peroné, su tendón pasa por debajo del maleolo tibial y se inserta en la tuberosidad del escafoides y las tres cuñas.

**Tibial anterior.**— Se encuentra en un plano superficial de la cara anterior de la pierna contacta por dentro con la tibia y por fuera con el E.C. de los dedos y el E.L. del 1 dedo. Se origina en la cara externa de la tibia y su tendón cruza el dorso del pie y se inserta en la cara interna e inferior del 1.º meta y 1.ª cuña.

**Peroneo lateral largo.**— Situado superficialmente en la cara externa de la pierna, se origina en la cabeza del peroné y cara externa del mismo, su tendón pasa por detrás del maleolo externo y se dirige oblicuamente hacia adelante, cruzando la planta del pie por la acanaladura del cuboides se inserta en la cara externa de la base del 1.º meta y 1 y 2 cuña.

**Flexor propio del 1.º dedo.**— Situado en el plano profundo de la cara posterior de la pierna limitado por dentro con el F.L.C. de los dedos y por fuera con los músculos peroneos, se origina en la cara posterior del peroné y membrana interosea, su tendón se desliza debajo del maleolo tibial y se inserta en la última falange del 1.º dedo.

**Flexor común de los dedos.**— Situado en el plano profundo de la cara posterior de la pierna, se relaciona por fuera con el tibial

posterior y F.L. del dedo 1.º y está cubierto por el soleo, se origina en la cara posterior de la tibia, el cuerpo muscular se sigue de un tendón cilíndrico que se sitúa por dentro del tendón del tibial posterior y se inserta en la planta del pie en las falanges distales de los 4 últimos dedos.

Nos interesa así mismo tener una visión global de la conservación de la posición del talón en sentido frontal, dado el binomio pie plano-pie valgo tan frecuente. Siendo la tendencia a caer en valgo pronado, existen unos elementos que actúan a compresión impidiendo la caída al ejercer un tope o un soporte a la excesiva pronación y otros elementos que actúan a distensión limitando por tracción el movimiento de pronación.

El maleolo peroneo tope importante colocado en la parte externa del astrágo que impide el valgus del mismo. Esta acción la ejerce el maleolo por su morfología es importante que se haya efectuado con normalidad la rotación interna de la tibia, ya que de persistir ésta el maleolo peroneo queda atrasado, siendo su capacidad de contención insuficiente.

El sistema del sustentaculum tali que sostiene la plataforma simétrica del astrágalos.

Lig. deltoideo de la tibia a escafoides, astrágalos y Ap. menor del calcáneo.

Lig. interoseo tibio-peroneo que impide la apertura de la mortaja.

Lig. astrágalos-calcáneo ya visto.

A esto hay que añadir la acción de los tres tendones retromaleolares internos, el tibial posterior, el flexor común y el flexor propio.

Las tres propiedades fundamentales del músculo son: La elasticidad, la contractibilidad y el tono muscular, las cuales se deben a una inervación intacta.

**Elasticidad.**— La capacidad de recobrar su forma original una vez realizada la contracción.

**Contractibilidad.**— Es la posibilidad de acortar la distancia entre sus extremos realizando un trabajo o venciendo una resistencia.

**Tono Muscular.**— Es el estado de contracción permanente, involuntaria y de carácter variable que posee el músculo en reposo y

que lo mantiene en forma para realizar la actividad voluntaria.

Ley de la Longitud o 1.ª ley de BORELLI y WEBER FICK: La longitud de las fibras musculares es sensiblemente proporcional al acortamiento que debe producir su contracción, este acortamiento es más o menos igual a la 1/2 de la longitud de las fibras musculares. Así pues, la amplitud habitual del movimiento condiciona el desarrollo longitudinal del músculo.

Distintas formas de aplicar trabajo al músculo.

1) Contracción completa y estiramiento completo.

2) Contracción incompleta y estiramiento completo.

3) Contracción completa y estiramiento incompleto.

4) Contracción incompleta y estiramiento incompleto.

Así pues, el grupo muscular acortado será trabajado en contracción incompleta y estiramiento completo y el grupo alargado en contracción completa y estiramiento incompleto.

- 1) La longitud total no se altera.
- 2) La longitud total aumenta.
- 3) La longitud total disminuye.
- 4) La longitud total disminuye.

Antes de instaurar el tratamiento rehabilitador tenemos que conocer el estado articular y muscular y esto lo vamos a conseguir mediante una exploración: Balance articular y muscular.

El balance articular lo podemos controlar activamente y pasivamente, en el 1.º caso es el paciente el que hace el recorrido articular con la participación de su musculatura y en el 2.º caso es el explorador que fijando la art. inmediatamente superior e inferior a la que estamos explorando procedemos a ver el recorrido articular que permite.

#### VALORES ARTICULARES DEL PIE

Flexión Dorsal .....	30°
Flexión Plantar .....	50°
Supinación .....	45°
Pronación .....	25°

Adducción-Abducción .....	35-40°
Flex. metatarso-falángicas ...	25-30°
Flex. Interfalángicas .....	0-50-80°
Extensión dedos .....	0-80°

Procedemos a realizar posteriormente el balance muscular, cuyos objetivos son:

A) Conocer el estado inicial del músculo o grupo muscular.

B) Establecer un tratamiento adecuado en base al estado inicial.

C) Anotar estos datos para posteriores controles.

Desde el 1912 en que el Dr. Lowet, profesor de la escuela de medicina de HARVARD, fue el 1.º que estableció una serie de pruebas para la valoración muscular, en el 1922 el Dr. CHARLES LOWMAN establece un sistema numérico para la gradación de la acción muscular.

En 1936 el Dr. KENDALL presenta un sistema de registro en porcentajes.

En 1946 el Comité para el estudio de las secuelas de la Federación Nacional para la parálisis infantil de (E.E.W.) estableció un nuevo tipo que es el más aceptado y el que con algunas modificaciones se considera el sistema actual de valoración y que va del 0 al 5 donde además se puede matizar con más o menos.

0. No hay contracción muscular.

1. Hay contracción muscular pero no es capaz de realizar movimiento.

2. Se realiza el arco de movimiento completo anulando la gravedad.

3. Arco de movimiento completo y vence la gravedad.

4. Arco de movimiento completo y resistencia mínima.

5. Arco de movimiento completo y resistencia máxima.

No podemos ignorar la dificultad que entraña el realizar un balance muscular al pie, sobre todo si no existen importantes desequilibrios musculares.

Comprobada la deformidad de pie plano o plano valgo, tenemos que tener en cuenta el grado y tipo de deformidad con el que nos encontramos.

1) Reductibilidad total.- La deformidad afecta a partes blandas y no a partes óseas, además no existen retracciones, ni deformidades que impidan la vuelta a la situación de normalidad.

2) Reductibilidad Parcial.- Sería la fase en la cual ya existe cierta distensión y contractura de elementos periarticulares y músculo ligamentosos, así como afectación incipiente de partes óseas.

3) Irreductibilidad.- La deformidad está fijada por las alteraciones óseas que van a impedir por medios no traumáticos la vuelta a la posición de normalidad.

Qué pretendemos con la rehabilitación:

- 1) Mantener o aumentar la movilidad articular.
- 2) Restablecer el equilibrio muscular potenciando unos músculos y relajando otros.
- 3) Corregir hábitos posturales y enseñar actitudes correctoras.
- 4) Preparación pre y post quirúrgica.

## ETIOLOGIA DEL PIE PLANO

Alteraciones Oseas	Congénitas	Alteraciones del Escafoides Astrágalo Vertical Sinostosis Tarsianas	Calcáneo-Escafoidea Astrágalo-Calcáneo Astrágalo-Escafoidea Calcáneo-Cuboidea
	Adquiridas	Distrofias Oseas	Hueso Tibial Hueso Supranavicular Hueso Peroné Cuboides Accesorio Brevedad del 1.º meta Sesamoideos Retrasados 1.º Metatarsiano Varo
		Post-Traumáticas Secundaria a Enfermedades Oseas Yatrogénicas	
Alteraciones Músculo-Ligamentosas		Pie Plano infantil Pie Plano por sobrecarga ponderal Pie Plano por alteraciones endocrinológicas Secundaria a artritis reumatoides Afecciones generalizadas alteran la elasticidad	
Alteraciones Neuro-Musculares		Retracción del Tendón de Aquiles Secuela Poliomiélica Parálisis cerebral infantil Miopatías Traumatismos del músculo tibial posterior	

**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

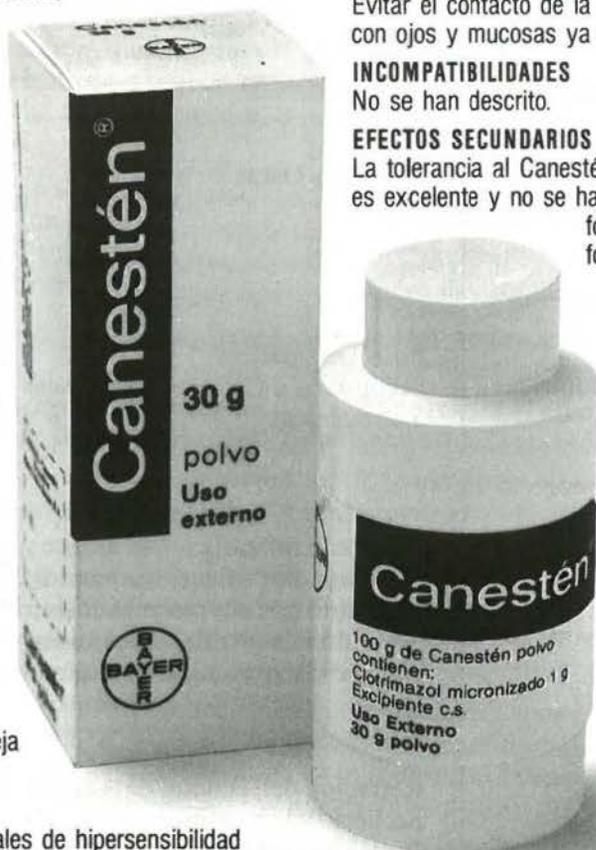
No se han descrito.

### EFFECTOS 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	374,-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,-



**Bayer**

Antimicóticos

## MEDIOS A UTILIZAR

### Kinesiterapia

Activa

Asistida  
Libre  
Contra R.

Pasiva

Liberación  
Estiramientos

### Rehabilitación

### Electroterapia

**Pasiva.**— La movilización pasiva en las art. con movilidad limitada tiene por objeto aumentar la capacidad articular intentando vencer los elementos o circunstancias que se oponen y que pueden ser entre otros:

Hipertonía muscular  
Acortamiento muscular  
Retracción de elementos peri-articulares  
La fascia plantar, etc.

Estas movilizaciones se realizan manualmente, fijando la articulación proximal y la distal del segmento sobre el que vamos a trabajar, actuando sobre cada art. por separado, lo que nos permite un mejor control y dosificación de la fuerza a aplicar, la cual la ejercemos de modo sostenido y sin brusquedades.

**Estiramiento de músculos y tendones.**—La realizamos mediante manipulaciones repetidas, intentando ganar algo más de recorrido en cada movilización pudiendo ir seguida de inmovilización con ferula en la posición de mayor ganancia articular.

**CORRECCION de rigideces articulares y fibrosis peri-articulares.**— Requieren un estiramiento sostenido y firme, al llegar al límite del recorrido se sigue ejerciendo una fuerza intensa, la que soporta el paciente, que la mantendremos unos segundos.

Estas manipulaciones pueden resultar molestas. Así pues, la realizaremos al final de la sesión de kinesiterapia.

**ACTIVA ASISTIDA Y CONTRA RESISTENCIA.**— Procederemos a trabajar los músculos de manera analítica. Asistiéndoles en el movimiento y poniéndoles resistencia según los casos.

### NORMAS PREVENTIVAS O PROFILACTICAS EN EL NIÑO

1) Evitar el dormir en posición de rana,

colocando al niño en decubito lateral con apoyo en la espalda para evitar que se ponga en supino, evitaremos la rotación externa de los miembros inferiores y los pies en eversión, favorece el genu valgo y el pie pronado.

2) Evitar el uso del parquecito.

3) Evitar el andador o taca-taca.

4) Favorecer el gateo, facilitándole al niño un lugar seguro.

5) Evitar el intento de acelerar el inicio de la bipedestación por parte de los padres.

6) Vigilar la posición de los niños durante el juego, forma de sentarse, así el sentarse con las rodillas hacia adelante, en flexión, las piernas hacia atrás y los pies en eversión, favorece el genu-valgo, rotación externa de miembros y pronación del pie.

7) Aplicar un calzado adecuado con suela de cuero flexible, punta redonda y contrafuerte que ayuda a mantener nivelado el calcáneo.

8) Si ya existe tendencia al pie plano o rotación externa de miembros debemos empezar las movilizaciones.

### PAUTA DE TRATAMIENTO

- A) Trabajo analítico.
- B) Ejercicios libres.
- C) Marcha correctora.
- D) Normas profilácticas y hábitos correctores.
- E) Enseñar al paciente o a sus padres series de ejercicios para realizar en casa.

### SERIES DE EJERCICIOS

1) Sentado en el suelo, apoyado hacia atrás en las manos, rodillas semiflexionadas, pies juntos planta contra planta, ahuecar los arcos sin perder el contacto entre punta de dedos y talones.

2) Misma posición de partida que el anterior, el ejercicio se realiza igual, pero acompañándolo de una flexión del pie sobre la pierna, se elevan las puntas de los dedos, manteniendo las plantas frente a frente.

3) Sentado en el suelo apoyado hacia atrás sobre las manos, plantas de los pies enfrentadas, deslizar los pies por el suelo hasta completar la extensión de las piernas, manteniendo el contacto entre plantas.

4) Decubito Dorsal, piernas flexionadas sobre el vientre, plantas enfrentadas, extensión de las piernas hasta la vertical, manteniendo el enfrentamiento de las plantas.

5) Sentado rodillas a 45°, pies apoyados, flexión de los dedos.

6) Igual que el anterior, añadiendo además flexión de las plantas.

7) Igual posición que el n.º 5, con las piernas algo separadas, se realiza flexión de dedos y supinación.

8) Igual posición de partida al n.º 5, mientras uno de los pies está apoyado en el suelo el otro coge pequeños objetos (canicas, piedrecitas), las pasa por delante del pie contrario y las deposita en una cajita.

9) Misma posición de partida que el anterior, los pies sobre un paño, toalla, etc., se flexionan los dedos recogiendo el paño.

10) Partiendo de la posición de pie, ponerse de puntillas separando los talones (contraíndico en la retracción aquilea).

11) De pie, caminar de puntillas separando los talones.

12) Caminar sobre los bordes externos de los pies, flexionando los dedos paso normal y paso cruzado.

13) Caminar sobre los talones.

14) De pie sujeto a un objeto fijo, realizar elevaciones sobre las puntas de los dedos, a un solo pie, cambiando de manera alternante.

15) Marcha correctora, realizando cada fase de la marcha de manera lenta y corrigiendo posibles vicios.

16) Caminar a pie desnudo sobre superficies irregulares, playa, césped, etc.

## BIBLIOGRAFIA

W. SPALTEHOLZ. Atlas de anatomía humana T-1 y 2. Editorial Labor, 1970.

H. ROUVIERE. Anatomía humana descriptiva, T-3. Editorial Bailly-Bdilliere, S.A., 1971.

KAPANDJI. Cuadernos de fisiología articular, T-2. Toray-Masson, 1970.

GUYTON. Tratado de fisiología médica. Inter-Americana, 1977.

KENDALL. Músculos, pruebas y funciones. Editorial JIMS, 1974.

DANIELS. Pruebas funcionales musculares. Inter-Americana, 1969.

J. LELIEVRE. Patología del pie. Toray-Masson, 1970.

A. VILADOT. Diez lecciones sobre patología del pie. Toray, S.A., 1981.

A. LPIERRE. La Reeduación física, T-1 y 3. Científico-Médica, 1974.

J.O. WALE. Masaje y ejercicios de rehabilitación en afecciones médicas y quirúrgicas. JIMS, 1970.

RAFAEL ESTEVE. Rehabilitación en ortopedia y traumatología. JIMS, 1965.

P. RIVERO ARRARTE. Medicina Física. Salvat, 1969.

A. CECCALDI. Práctica de la reeducación del pie. Toray-Masson, 1970.

SIDNEY LICHT. Terapéutica en el ejercicio. Salvat, 1970.

G. BERNABEU y E. SANFELICIANO. Revista de la sociedad española de rehabilitación, 1980.

A. RUEDA SANCHEZ. La Rehabilitación en Podología. Monografía podológica aragonesa. Librería Gener, 1984.

R. SAN MARTIN ESPINEL. Podopediatría. Monografía podológica aragonesa. Librería Gener, 1984.

# CURSO DE DISECCION DEL PIE PARA POSTGRADUADOS PODOLOGOS

Zaragoza, 9-16, Mayo 1987

REPORTAJE

Organizado por el Departamento de Ciencias Morfológicas de la Universidad de Zaragoza y por la Asociación Aragonesa de Podología, se celebró el Curso de disección del pie, dirigido por el Prof. J.M. Gómez Beltrán, Prof. Titular de Anatomía Humana de la Facultad de Medicina de Zaragoza y Jefe del Servicio de Traumatología del Hospital Provincial de Zaragoza.

El programa constaba de ocho lecciones desarrolladas dos de mañana y dos de tarde, durante los días 9 y 16 de Mayo de 1987.

Inició el Curso José Valero, Presidente de la A.A.P., con unas palabras de salutación y agradecimiento por la participación de los allí presentes y en especial al Prof. Gómez Beltrán, quien tomó la palabra para ponerse a nuestra entera disposición para este curso y para los sucesivos que se vayan a desarrollar, haciendo hincapié que como Prof. de Anatomía y Jefe de traumatología, colaboraría directamente en la programación y desarrollo de los cursos que nos puedan interesar.

A continuación se pasó un vídeo sobre anatomía del pie, seguido de un coloquio, en el que quedó de manifiesto la buena preparación de los podólogos.

Las lecciones teórico-prácticas, se desarrollaron con una exquisita organización, contando con los suficientes pies cadavéricos y Prof. ayudantes, para un perfecto aprovechamiento del Curso.

La clausura corrió a cargo del Catedrático de Anatomía Prof. Vera Gil, quien recalcó la importancia de la permanente formación de los postgraduados, brindándonos su Cátedra para futuras colaboraciones, tras la entrega de diplomas nos acompañó en condomio en un restaurante típico Aragonés.

La inscripción fue LIMITADA Y GRATUITA, a resaltar la colocación de carteles anunciadores del curso en todos los Centros dependientes del Insalud.

**A. Gil Acebes**  
Podólogo-Zaragoza



# CARTA ABIERTA A UN PODOLOGO COLERICO

A la hora de dirigir esta carta, he tenido claro no contestarte directamente ya que el contenido insultante de la tuya te ha retratado y descalificado para que yo considere oportuno mantener la más mínima relación contigo. Tu carta es tan grosera que me ha reconfortado mantener criterios tan distantes. A pesar de ello, he dado traslado al Presidente y Director para su conocimiento.

Ello no obsta para que me sirva de ello y pueda comentar aspectos de la misma por si fuera ilustrativo para otros podólogos (dudo que los haya) que no entiendan el motivo por el que esta Revista Nacional tiene como norma no publicar trabajos que se hayan publicado anteriormente en la revista de la Asociación Catalana o en la Madrileña. Tu trabajo no nos ha parecido de interés tal que justificara una excepción a esta regla.

Al margen de los aspectos ya citados, quiero aclararte algunos puntos sobre los que tu información es bastante deficiente. El primero de ellos es que además de la Revista que tienes en la mano, no existen más que las dos anteriormente citadas.

Mira compañero; el motivo por el que no publicamos a sabiendas trabajos ya aparecidos en las citadas revistas es por un mínimo **sentido de respeto** para los que reciben esas publicaciones. No queremos aburrirles con artículos ya conocidos. Cualquier persona normal lo entiende. Y si no, pídele al equipo de redacción de tu revista regional que publique un artículo tuyo que ya haya aparecido en la Nacional.

Cuando te digo que yo respeto la decisión de dirigir un trabajo a una instancia u otra, quiero decir que respeto el ámbito de difusión elegido. ¿Que tú quieres que lo lean todos los asociados? Tienes la Española. Y punto. Lo demás pueden ser narcisismo.

Cuestión muy diferente y digno de debate y de resolución a respetar sería, si trabajos que han sido presentados en un Congreso Nacional de la Federación como es el caso de tu trabajo, por el que todos te hemos pagado una cantidad, dejan de pertenecer a su autor para pasar a la Federación organizadora que puede disponer su publicación o no en el medio que considere oportuno. De alguna forma, en las resoluciones tomadas en el Congreso de Santiago del año 83 se alude a la **propiedad intelectual de los trabajos aceptados**, como indica que el Comité Organizador está obligado a enviar a la Nacional una copia de todos los trabajos presentados.

Y ello tiene una lógica aplastante. Las revistas regionales y autonómicas se pueden nutrir de aquellos trabajos y ponencias que se hayan presentado en sus cursos y cursillos por ellos programados; pero si además se hacen propietarios también de los presentados en los Congresos Nacionales, ya me dirás qué originalidad puede tener la Revista Nacional que no tiene otro recurso que la voluntariedad de los que envían sus trabajos en un momento dado.

Desde que tengo la responsabilidad de publicar la Revista, he venido insistiendo en la conveniencia de unificar las tres, incluso manteniendo secciones fijas para los comités de redacción que existen actualmente. A mí me interesa todo lo que se publica, pero soy consciente que la única forma de ir a una Revista Española seria y amplia con muchas páginas y autofinanciada por la publicidad, sería sacar una sóla. Con todo el potencial de la Asociación Americana, tienen una única revista. Doy con gusto por aceptado todo lo que me dedicas en tu carta, si convences a tu Asociación regional para que todo el cuadro de redacción se incluya en la próxima estructuración de la Revista Nacional y podamos sacar una única revista que sea digna representación de la Podología Española.

Sin más de momento.  
Juán José Araolaza

# PEUSEK®

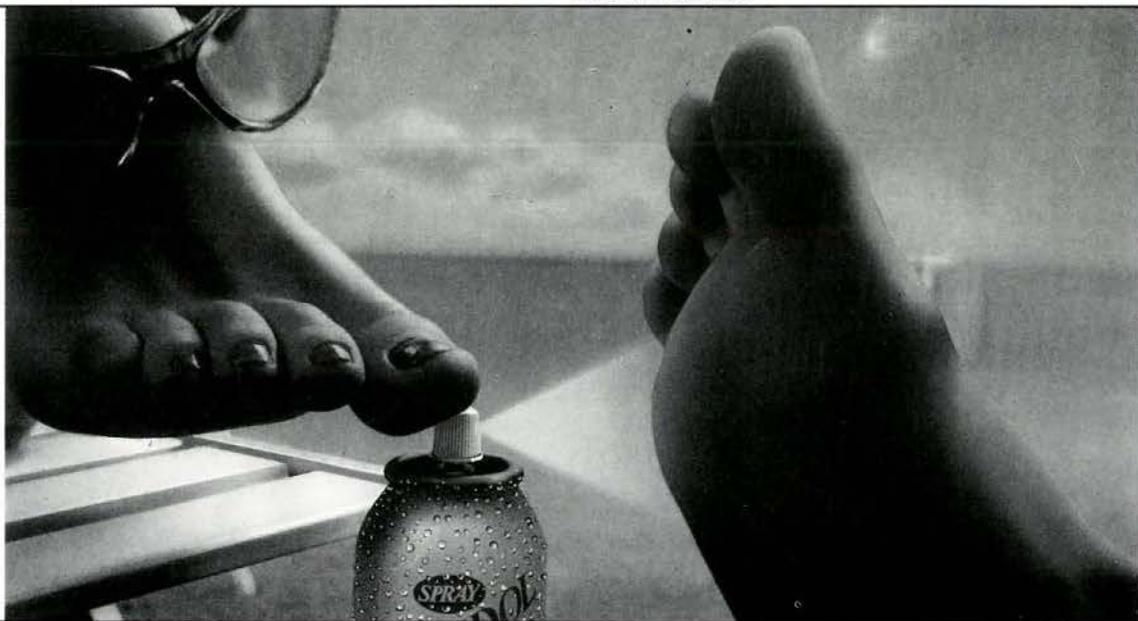
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*



## UNA NUEVA MANERA DE HACER PODOLOGIA

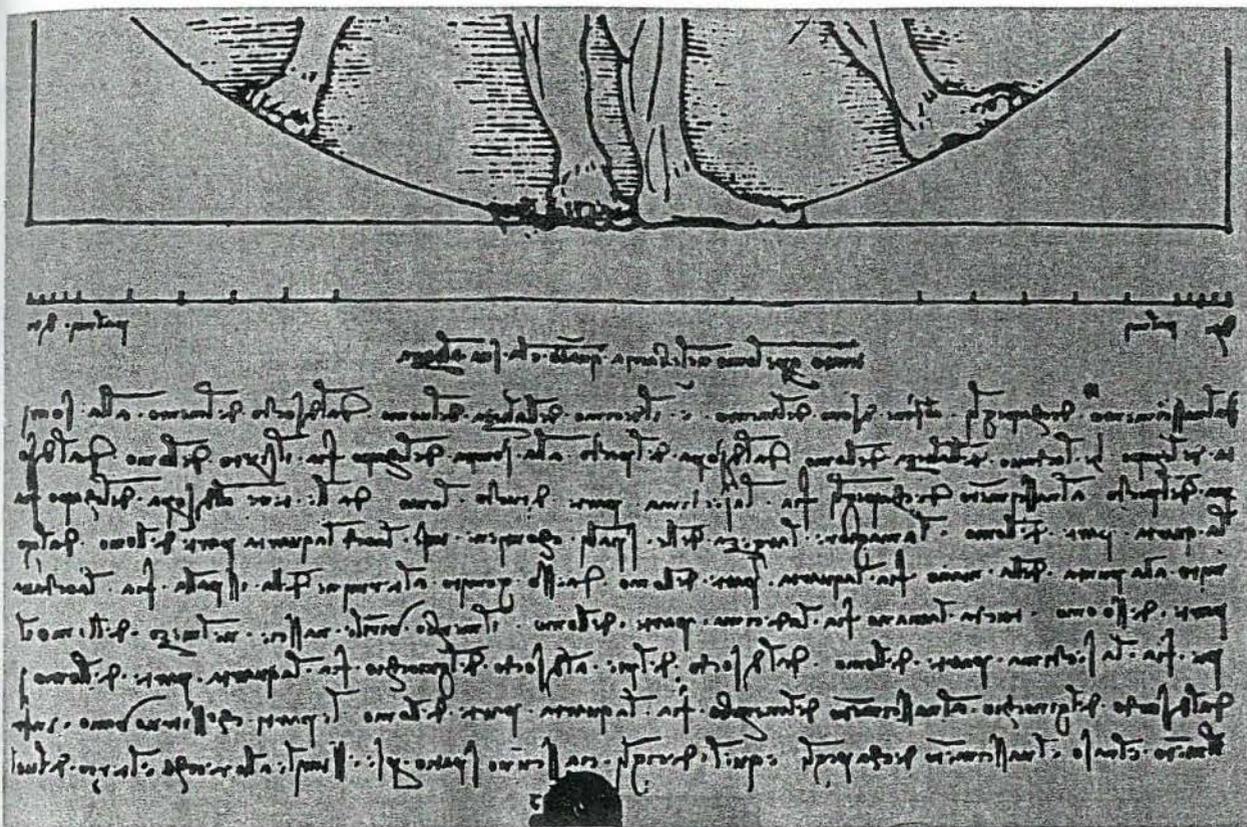
- EQUIPOS DE PODOLOGIA
- MOTORES Y TORNOS COLGANTES
- SILLONES PODOLOGICOS
- ACCESORIOS
- ESTERILIZADORES
- PODOSCOPIOS Y BANCOS DE MARCHA
- EQUIPAMIENTO
- SILICONAS PODOLOGICAS
- ARTICULOS DE USO CLINICO
- PRODUCTOS ADHESIVOS
- COMPLEMENTOS
- MATERIAS PRIMAS Y ORTOPEDIA
- ELECTROMEDICINA
- INSTRUMENTAL Y FRESAS

SOLICITE NUESTRO CATALOGO GENERAL.

**LUGA**  
SUMINISTROS MEDICOS

MADRID • Carretera Canillas, 99 - bajo • 28043 Madrid • Tels.: 200 34 69 - 759 46 65  
BARCELONA • Provenza, 281 - 1.ª, 2.ª • 08037 Barcelona • Tel.: 215 77 49





REVISTA  
ESPAÑOLA  
DE

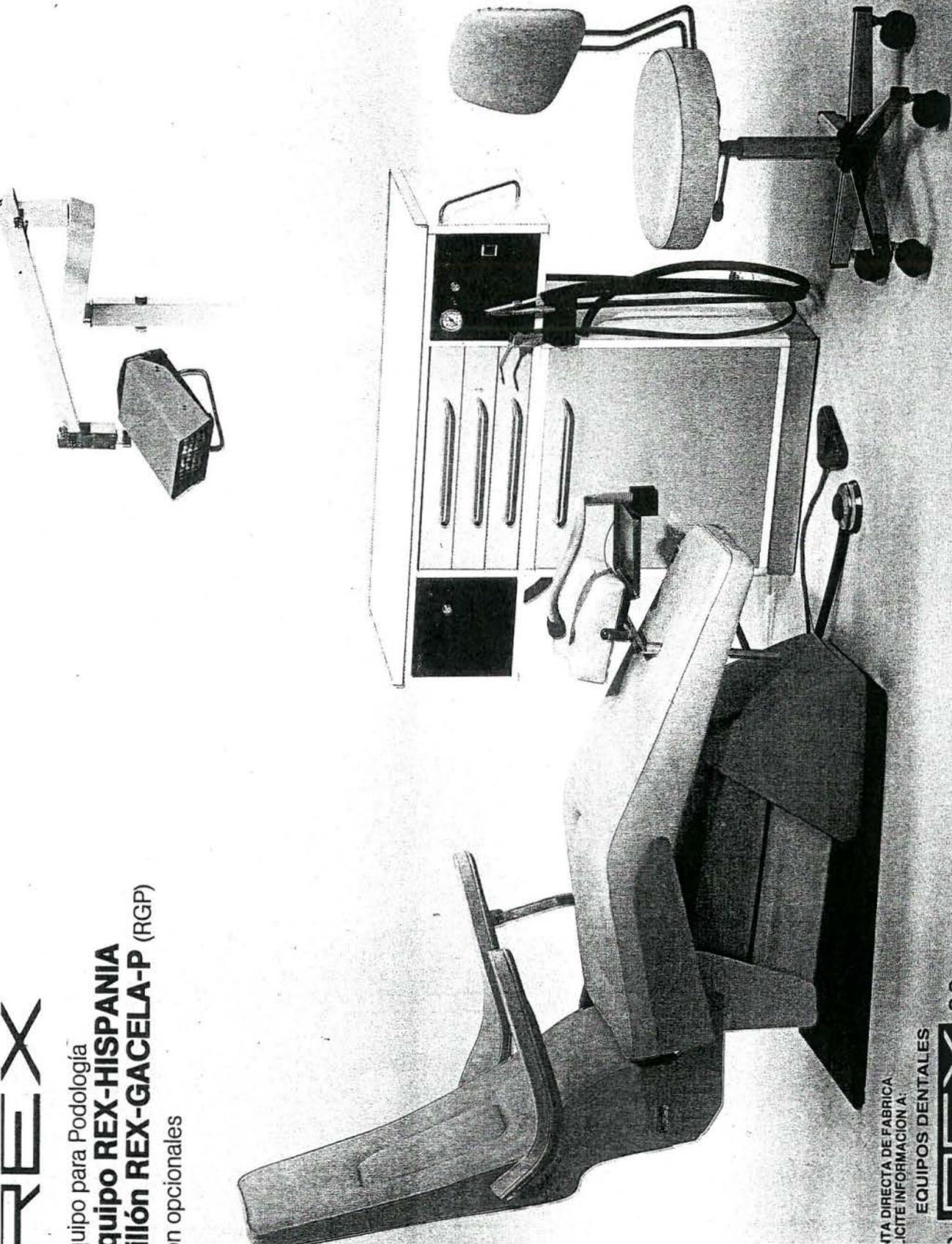
# PODOLOGIA

SEPTIEMBRE-OCTUBRE  
1987

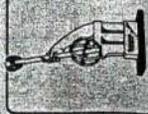
F.E.P.  
n.º 113

REX

Equipo para Podología  
**Equipo REX-HISPANIA**  
**Millón REX-GACELA-P (RGP)**  
con opcionales



MASTERS INTERNACIONAL  
DE EMPRESAS



COMPAÑIA DIRECTA DE FABRICA.  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

D. **REX** S.A.

# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

**F.E.P.**

**Redacción:**

San Bernardo, 74  
Teléfono 231 50 44  
28015 - MADRID

**Director:**

Andrés Rueda Sánchez

**Redactor Jefe:**

J.J. Araolaza Lahidalga

**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

---

2 EDITORIAL.

---

3 CORRESPONDENCIA.

---

6 ANESTESIA LOCAL EN PODOLOGIA.

---

19 XX CONGRESO NACIONAL DE VALENCIA.

---

21 TRATAMIENTO ENERGETICO DEL HALLUX VALGUS.

---

28 CARTA DIRIGIDA A LOS PRESIDENTES DE LAS ASOCIACIONES AUTONOMICAS.

---

31 CARTAS A LA REDACCION.

---

## **Podología ya no es una Especialidad del Diplomado en Enfermería**

*La reciente promulgación del Real Decreto sobre Especialidades de Enfermería, entre las que no se incluye Podología, supone una ruptura en la historia de nuestra profesión que puede significar un paso trascendental en el futuro.*

*El tratamiento académico que va a tener Podología está todavía sin pasar por el Consejo de Ministros, pero a estas alturas se ha despejado una incógnita de lo que no va a ser.*

*La valoración de este hecho, puede ser diferente según la óptica desde la que se examina. Pero dudamos mucho que haya podólogos que consideren positiva la inclusión de Podología dentro del redactado del Real Decreto de Especialidades de Enfermería que acabamos de leer.*

*A nuestro parecer, y sin dejar de reconocer la existencia de otras cuestiones de enorme importancia, un punto trascendental para el futuro de las Especialidades se encuentra en la expresa y concreta afirmación del solapado y simultáneo campo profesional de los Diplomados en Enfermería y de los futuros Especialistas.*

*Todos pueden hacer todo. Y el hecho de ser Especialista no implica ninguna exclusividad en su cometido, sino que puede quedar reducido a titularse como tal, y poder colgar un nuevo Diploma en la pared.*

*Y esto, que antes podía ser dudoso y de diferente interpretación, ahora queda perfectamente claro y establecido.*

*El acceso a los estudios de Podología, sin la correspondiente formación en Enfermería, tiene también su lado negativo que es necesario lo valoremos. Ello implica partir desde cero en muchos aspectos y los programas han de tener presente esta circunstancia.*

*Pero, por otro lado, la independencia de Enfermería y la necesidad de dedicarse a Podología como única alternativa, ha de producir una exigencia en el profesional que indudablemente va a repercutir en el interés, dedicación y forma de trabajar del Podólogo.*

*Pero hasta el momento todo son conjeturas, y lo único real es que desde la publicación en el B.O.E. (1.º de Agosto) del Real Decreto de regulación del título de Enfermero especialista, el acceso a las Escuelas de Podología de los Diplomados en Enfermería no es legal, y sin embargo este curso se ha procedido como si no hubiera limitación. El momento y la ocasión puede ser muy interesante para forzar la aprobación de nuestro Decreto. Si no se pusiera en peligro la continuidad de las Escuelas, se puede proceder legalmente contra el acceso de los D. en Enfermería.*

*Nuestra organización tiene la palabra.*

# CORRESPONDENCIA

Federación Española de Podólogos  
Presidencia

Madrid, 20 de Octubre de 1987

ASUNTO: Gestiones Internacionales

Dentro de la gestión que estamos llevando a cabo, una de ellas es la planificación de nuestras relaciones internacionales y especialmente con la C.E.E. por su trascendencia legislativa.

Adjunto te remito copia de la respuesta que nos remite el Sr. B. Carsin que pensamos es muy clarificadora sobre el particular.

Esta gestión se ha realizado a través del Consejo General de A.T.S. y D.E. siguiendo la línea de colaboración mutua a nivel de instituciones representantes de la profesión.



COMISIÓN  
DE LAS COMUNIDADES  
EUROPEAS

Dirección General  
de Mercado Interno y Asuntos Industriales

Dirección de  
Armonización de Legislaciones  
Libertad de establecimiento  
Libertad de prestación de servicios

Sr. D. Máximo A. González Jurado  
Consejo General de Enfermería  
Buen Suceso, 6  
28008 MADRID  
España

Muy señor mío:

Le agradezco su carta de 28 de mayo referente al reconocimiento mutuo de títulos de podólogos.

Actualmente no existe ninguna Directiva comunitaria que regule el reconocimiento mutuo de títulos de podólogos, ni tiene previsto la Comisión presentar ninguna propuesta relativa a dicha profesión.

No obstante, la Directiva propuesta por la que se crea un régimen general para el reconocimiento de títulos de enseñanza superior, toma como punto de partida los títulos obtenidos tras un mínimo de tres años de enseñanza superior. De ahí que los podólogos españoles deban, en principio, incluirse en el ámbito de aplicación de la Directiva. Como podrá comprobar usted al leer la copia de la propuesta que le adjunto, el artículo 3 (a) permitiría que los podólogos españoles vean reconocidos sus niveles de cualificación en aquellos Estados miembros que también exigen que los podólogos tengan una formación de nivel universitario, y el artículo 5 comprendería el caso de los podólogos españoles que se trasladan a un Estado miem-

bro en el que la especialización exigida no es la de titulación de enseñanza superior en el sentido que tiene en la Directiva.

La Comisión ha decidido dar prioridad a la propuesta de implantación de un régimen general de reconocimiento de títulos de enseñanza superior, y no tiene previsto introducir por ahora más directivas sectoriales. No obstante, una vez esté en vigor el régimen general, no quedará excluida la posibilidad de establecer directivas para profesiones específicas en casos en que se compruebe que son necesarias otras medidas para lograr la plena libertad de movimiento. En tales casos, las directivas específicas habrían de ser solicitadas y justificadas por la profesión correspondiente, y la Comisión necesitaría asegurarse de que la Directiva propuesta era aceptable en sus términos específicos para la profesión y para los Estados miembros. Esto sería esencial para evitar los largos retrasos que se han producido en el caso de determinadas directivas en el pasado.

Le saluda atentamente,

**B. CARSIN**



FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID  
**ESCUELA OFICIAL DE PODOLOGIA**

DIRECCION

Ilmo. Sr.

Como continuación del escrito remitido a V.I. con fecha 15 de presente mes, esta Dirección comunicaba la decisión del Rectorado de la Universidad Complutense en la persona del VICERRECTOR DE ORDENACION ACADEMICA, ordenando la suspensión de la admisión de alumnos de Primer Curso, para realizar los estudios de Podología en este Centro Docente.

Comunicamos a V.I., que dada la problemática que presentaba el cumplimiento de la referida orden para el alumnado, Escuela y la propia podología. Esta Dirección, con apoyo del alumnado aspirante, ha gestionado realizar el examen de ingreso, en el Rectorado de la Universidad Complutense, anulando la anterior decisión.

Con fecha 18 del presente mes de septiembre, se dicta una nueva disposición que dice lo siguiente:

"Realizadas las pertinentes consultas con el Ministerio de Educación y Ciencia, se ha considerado conveniente que, por este Centro, se puede abrir matrícula de PRIMERO en la ESCUELA DE PODOLOGIA de la Universidad Complutense.

En consecuencia, se convoca a los alumnos para realizar la prueba selectiva para el día 28 del presente mes de septiembre a las 10 horas de la mañana".

Es por lo que comunico a V.I. para los efectos oportunos.

MADRID, 18 de Septiembre de 1987  
LA DIRECCION

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# ANESTESIA LOCAL EN PODOLOGIA

Por: José Ramón Echegaray Rodríguez  
Podólogo  
Vigo

1. Fundamentos de la Anestesia Local.
2. Fases de Acción.
3. Diferentes Anestésicos Locales.
  - 3.1. Características de los mismos.
4. Diversas Técnicas.
  - 4.1. Intracutánea.
  - 4.2. Subcutánea.
  - 4.3. Infiltrativa.
  - 4.4. De Conducción.
5. Suplementos Vasoconstrictores.
6. Técnica de realización de la Anestesia.
7. Efectos Secundarios y Complicaciones.
  - 7.1. Infecciones.
  - 7.2. Reacciones Alérgicas.
  - 7.3. Complicaciones Generales.
  - 7.4. Tratamiento de las Reacciones Tóxicas.
8. Diversos Bloqueos.
  - 8.1. Articulación Tibioastragalina.
    - 8.1.1. Nervio Tibial Anterior y Cutáneos.
    - 8.1.2. Nervio Tibial Posterior.
  - 8.2. Porción Posterior del Pie.
  - 8.3. Parte Anterior y Dedos.

## FUNDAMENTOS DE LA ANESTESIA LOCAL

Llamamos anestésicos locales a ciertas sustancias químicas capaces de paralizar la función de los nervios sensitivos, de tal manera que se produzca la interrupción de la transmisión del dolor por un tiempo determinado, seguida de la desaparición de la sensibilidad al dolor. Estas sustancias permiten anestesiar unas zonas localmente delimitadas sin influir de manera notable en otras regiones del sistema nervioso.

Podemos resumir de la forma siguiente las condiciones que deben exigirse a un anestésico local ideal:

1.- La sustancia química que debe provocar anestesia superficial, de infiltración o de conducción, según la finalidad para que se emplea, de aparición suficientemente rápida y de duración satisfactoria. Son preferibles las sustancias que sirven de igual manera para todas las formas de empleo.

2.- Un anestésico local no debe presentar, en cuanto sea posible, ninguna acción secundaria indeseable, no debe excitar el sistema nervioso central, inhibir la transmisión del impulso nervioso al músculo y la sinapsis, influir en el tejido nervioso o excitar los restantes tejidos. También son indeseables los fenómenos de hipersensibilidad.

3.- Un anestésico local debe resorberse lo más lentamente posible y poseer baja toxicidad. Una discreta acción vasoconstrictora representa cierta ventaja.

4.- La sustancia en cuestión debe poseer una sustancia química eficiente, para que su catabolismo en el organismo no sea demasiado rápido.

5.- Un anestésico local debe tolerar químicamente la asociación de sustancias vasoconstrictoras tales como la adrenalina, corbasil, etc. y permitir su combinación con soluciones salinas fisiológicas.

Estas numerosas exigencias hacen comprensible que aún no se conozca un anestésico local ideal.

## FASES DE ACCION DE LA ANESTESIA LOCAL

Desde el punto de vista clínico se distinguen tres fases diferentes de acción de una anestesia local:

- 1) Fase de latencia (tiempo de fijación).
- 2) Tiempo de acción.
- 3) Período de regresión.

La fase de latencia comienza con la administración y dura hasta el comienzo de una acción completa. El tiempo de acción comprende el período de efecto anestésico completo, durante el cual se puede operar sin perturbaciones; depende en cada caso del preparado, las concentraciones y las cantidades, pero también del método, el tipo de tejido, y de los suplementos (vasoconstrictores). Es muy variable; la acción más corta es la de la novocaina sin adición de adrenalina y la más larga la del Marcain, como típico anestésico de larga duración, con o sin adrenalina. El tiempo de acción termina con los primeros signos de retorno de una función nerviosa motora y sensitiva.

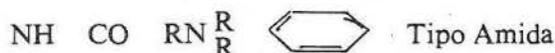
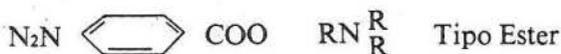
El período de regresión es el de desaparición de todos los fenómenos anestésicos hasta la restitución y normalización completas de las funciones. Los fenómenos sensitivos y analgésicos duran en general mucho más que los del fallo motor, lo cual depende de la mayor resistencia de los elementos nerviosos motores (tipos de fibras). La extensión de una anestesia local tras la administración de la solución no depende tan solo del gradiente de concentración y del efecto específico del preparado, sino también del modo de difusión y penetración en el tronco nervioso.

Una solución anestésica inyectada en las proximidades de un tronco nervioso, se difunde por el de fuera a dentro. Por tanto, las primeras fibras que se desconectarán serán las externas y después poco a poco las centrales. Esto va a condicionar según las relaciones anatómicas, diferencias temporales en las partes proximales y distales de un miembro, lo cual puede observarse bien en un dedo; tras una inyección alrededor de la base de la falange se inicia la anestesia en la región de la falange proximal para extenderse luego a la falange contigua y finalmente a la yema del dedo y al lecho ungüeval. La restitución se rea-

liza en dirección contraria, es decir, las zonas inervadas por las fibras centrales se desentumescen después que las inervadas por las fibras externas de un tronco nervioso.

## DIFERENTES ANESTESICOS LOCALES

Las sustancias con efecto anestésico local pertenecen fundamentalmente al grupo de los ésteres amidas, cuya fórmula general es la siguiente:



R,R ; R= Grupo Aquil que contiene 1-3 átomos de carbono.

Los ésteres tienen la desventaja de formar soluciones menos estables; sus representantes más conocidos son la Procaína y la Tetracaína. Son más tóxicos y en el caso de la Procaína tiene una capacidad limitada de penetración en los tejidos, por lo que en la actualidad se observa una regresión en su uso.

Los anestésicos locales de tipo amídico son muy estables y son mucho menos frecuentes las reacciones de hipersensibilidad, es decir, todo lo contrario de lo que ocurre con los derivados del ácido Paraminoobenzoico (Procaína y Tetracaína).

Entre los anestésicos del grupo amídico tenemos:

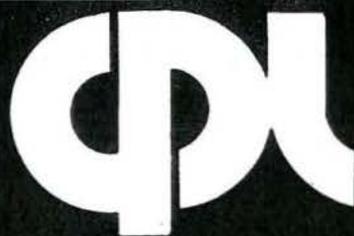
La Lidocaína (Xylocaín). Prilocaína (Xylonest). Mepivacaína (Scandicaín). La Bupivacaína (Carbostesin).

La lidocaína tiene una capacidad de penetración muy alta, siendo el anestésico que más se utiliza.

La mepivacaína y la prilocaína tienen propiedades similares a la lidocaína, desde el punto de vista clínico.

La prilocaína es absorbida con mayor lentitud que la lidocaína, siendo por ello mucho menor su subordinación a la adición de

# 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 FISIOLÓGICO** 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

vasoconstrictores. Debido a esa resorción más lenta, las estructuras nerviosas van a quedar mejor impregnadas por el anestésico, siendo su efecto igual o mejor que el de la lidocaína, a pesar que su potencia sea algo menor que la de la lidocaína. Su toxicidad es menor y cuando aparecen síntomas de toxicidad son de corta duración, como consecuencia de que es degradada, en especial en el hígado, por la acción de la amidasa, con una rapidez mayor que la que presentan la lidocaína y la mepivacaína.

La mepivacaína tiene una resorción lenta, con lo cual tiene menos necesidad de la adición de vasoconstrictores; cuando aparecen reacciones tóxicas, éstas serán de mayor duración, ya que la mepivacaína se metaboliza más lentamente que la prilocaína.

La bupivacaína es el fármaco que representa la anestesia de larga duración, ideal para el tratamiento del dolor aunque químicamente está relacionada con la mepivacaína su potencia y toxicidad son mayores.

Para la anestesia local por infiltración es suficiente una solución al 0,5%. En cambio, para la anestesia de conducción (Bloqueo Nervioso), lo mejor es emplear soluciones al 1%, las soluciones con una concentración mayor del 2% no deben emplearse, salvo raras excepciones.

Bupivacaína (Carbostesin). Es el fármaco preferido como anestésico de larga duración para realizar las técnicas de bloqueo de nervios. Duración del efecto: sin adrenalina, hasta cinco horas; con adrenalina, hasta 15 horas.

#### A) ANESTESIA INTRACUTANEA

Se emplea para la formación de una ampolla en el punto de la inyección principal, a fin de hacer indoloros los pinchazos repetidos. Ayuda al paciente a soportar una anestesia regional, lo que no debe olvidarse nunca, ya que la falta de consideración hacia el paciente perjudica nuestro prestigio, ya que a menudo se nos juzga más por nuestros cuidados que por los resultados quirúrgicos.

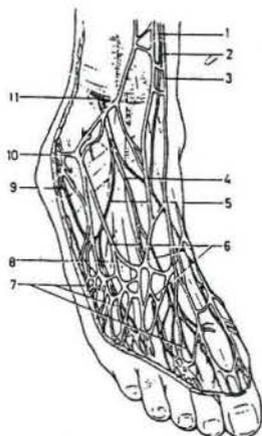
Para la formación de una ampolla intracutánea se emplean cánulas finas de 2-5 cm. de longitud, ya que sin son más gruesas, penetran con dificultad en la piel y ocasionan dolores más intensos. Son suficientes 0,5 ml. de una solución al 1% de anestésico estándar. La inyección intracutánea produce inmediatamente, si se ha realizado de forma correcta, una elevación tensa y pálida que permite reconocer los poros de la piel. Se produce una anestesia completa en una zona de unos 2 cm. de diámetro, que se extiende a todas las cualidades sensitivas, sobre todo al dolor.

#### CARACTERISTICAS DE LOS DIFERENTES ANESTESICOS

Preparado	Toxicidad	Potencia Analgésica	Dosis Límite sin Adla.	Dosis Límite con Adla.	Tiempo Latencia	Duración Efecto
Procaína (Novocaína)	1	1	500 mg.	1.000 mg.	5-10'	45' sin Adla. 60 con Adla.
Tetracaína (Pantocaína)	10	10	100 mg.	150 mg.	10'	de 1 a 230'
Lidocaín (Xilocaín)	2	4	200-300 mg	400-650 mg	menos de 2'	1 o más horas
Prilocaína (Xilonest)	1,5	4	400 mg.	600 mg.	menos de 2'	de 1 a varias h.
Mepivacaína (Scandicaín)	2	4	300 mg.	500 mg.	menos de 2'	de 1 a varias h.

## B) ANESTESIA SUBCUTANEA

Consiste en una represión (es decir, una infiltración) del tejido subcutáneo con solución anestésica local, que produce en poco tiempo una anestesia de la línea de corte (Banda Anestésica) solamente si se dirige la cánula profundamente por debajo de la epidermis, de forma que aparezca un abultamiento cutáneo claramente perceptible; si se inyectan las soluciones a mayor profundidad en el tejido adiposo o por delante de la fascia, la formación de una anestesia satisfactoria tarda muchos minutos. Cuanto más rico en grasa es el tejido subcutáneo, tanto más tarda en aparecer la anestesia, ya que las fibras nerviosas de la piel que transmiten el dolor sólo se desconectan mediante la difusión de la sustancia inyectada en la región vecina.



Sitios de inyección para el bloqueo de los nervios cutáneos dorsales del pie, peroneo y safeno, por encima de la articulación tibioastragalina. 1) Vena safena interna; 2) nervio safeno, sitio favorable para el bloqueo; 3) nervio safeno; 4) nervio cutáneo dorsal interno del pie; 5) nervio cutáneo dorsal medio del pie; 6) nervio cutáneo dorsal externo del pie; 7) nervios digitales dorsales del pie; 8) arco venoso dorsal del pie; 9) bloqueo del nervio cutáneo dorsal externo del pie; 10) vena safena externa; 11) bloqueo del nervio musculocutáneo. (Según Töndury y Eriksson).

## C) ANESTESIA INFILTRATIVA SUBCUTANEA

También se denomina inyección en torno a un foco o anestesia de infiltración. Consiste en una penetración por capas en profundidad. La anestesia se realiza por etapas durante toda la intervención, a diferencia de la anestesia local que se efectúa de una sola vez antes de iniciar la intervención. Esta técnica de infiltración exige siempre cantidades elevadas, por lo que resulta indispensable disminuir las concentraciones.

## D) ANESTESIA DE CONDUCCION

Consiste en el bloqueo de grandes troncos nerviosos lejos del campo operatorio, ya

que en éste es determinante la búsqueda de los nervios principales que lo inervan y por que se emplean en este caso pequeñas cantidades a altas concentraciones de forma selectiva. El nervio no debe puncionarse, siempre que esto sea posible. En una anestesia de conducción, la sustancia anestésica se inyecta generalmente en la inmediata vecindad del nervio, para desconectarlo por difusión. También en la técnica corriente de infiltración, la desconexión del tronco nervioso en el sentido de un bloqueo de las fibras sensitivas aferentes se apoya en el mismo principio.

No debe comenzarse ninguna anestesia local o de conducción sin haberse asegurado antes que el aparato de tensión está correctamente colocado, que la presión sanguínea puede controlarse continuamente y que todos los dispositivos necesarios para superar un accidente se hallan a mano y dispuestos para su empleo.

## SUPLEMENTOS VASOCONSTRICTORES EN LA ANESTESIA LOCAL

Mediante la introducción de sustancias con actividad vasoconstrictora, el campo de aplicación de la anestesia local experimentó una gran ampliación. Con ello se pudieron finalmente aprovechar por completo los nuevos anestésicos locales, la mayoría de los cuales muestran una acción vasodilatadora en relación con la duración de la anestesia y la isquemia.

La introducción de la Adrenalina en la anestesia local no significó el fin de esta evolución; se crearon e investigaron toda una serie de sustancias con acción vascular, tales como el acompañante natural de la adrenalina, el arterenol (noradrenalina) así como el Corbasil, y otras muchas con propiedades semejantes a la de estos preparados. Finalmente, se introdujeron en la anestesia local los derivados sintéticos de las hormonas neurohipofisarias, octapressin, por-8 y por-85.

Los medicamentos combinados con la adrenalina permanecen durante más tiempo en el lugar de su administración debido a la vasoconstricción y se resorben por ello muy lentamente.

La adrenalina administrada localmente

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 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

Onicomiosis. Paroniquia.

#### Contraindicaciones

Dermatitis bacteriana.

#### Incompatibilidades

No se conocen.

#### Efectos secundarios

No se conocen.

#### Presentación

Frasco de 30 ml

#### P.V.P.

233,— Ptas.



## NATTERMANN

produce una concentración de las arterias y de las arteriolas, de forma que aparece una anemia o isquemia. Esta isquemia promovió el empleo de la adrenalina como suplemento de la anestesia local para operaciones quirúrgicas en lo que se refiere a la desintoxicación de los anestésicos locales por los vasoconstrictores debido a una fijación más larga de aquellos en el lugar de la inyección, se partió de la observación de que una simple isquemia de estomago y el retraso del transporte que de ahí se deriva favorecen la desintoxicación. En las zonas con intensa irrigación sanguínea pueden reabsorberse rápidamente en algunas regiones corporales. Está completamente prohibido la adición de Adrenalina (región traqueobronquial, zonas periféricas de la mano y del pie, nariz, y genitales externos).

El Por-8 tiene un gran porvenir, ya que como se requiere para una buena vasoconstricción no posee cualidades estimuladoras del corazón, circulación y metabolismo de hidratos de carbono que acrecientan la necesidad de O.

## TECNICA

Es aconsejable que antes de iniciar la anestesia propiamente dicha, coloquemos al paciente un aparato medidor de la tensión arterial; así mismo debemos asegurarnos que todos los medios necesarios para un tratamiento urgente están preparados.

Tales como:

- Mesa operatoria o sillón que pueda adoptar la posición de Trendelenburg.
- Aparato para ventilación con oxígeno.
- Fármacos que nos ayuden a controlar una situación de emergencia tales como barbitúricos, simpaticomiméticos, etc.

La anestesia local debe ser administrada bajo las mismas condiciones asépticas que las que se observan en las intervenciones quirúrgicas. Para ello procedemos de la siguiente forma:

1) Revisión de la limpieza de la piel en la zona donde pensamos aplicar la inyección y en las zonas próximas.

2) Marcar con un lápiz de piel los puntos de orientación.

3) Desinfección abundante de la piel en la zona en la que vamos a pinchar.

4) Desinfección rápida de manos y colocación de guantes estériles.

5) Cubrir la zona con un paño perforado.

6) Comenzaremos la anestesia. Para ello produciremos un Habón cutáneo que nos va a facilitar la posterior introducción del anestésico local en el tejido. Pero antes debemos realizar la prueba de la aspiración, que consiste en realizar varias aspiraciones, de forma que la aguja sea girada sobre su eje. Esto nos proporciona una gran seguridad para prevenir inadvertidas inyecciones intravasculares que puede ocasionar un colapso grave. Emplearemos agujas finas para producir el Habón cutáneo, tales como 20/5 ó 20/6 y para realizar la anestesia agujas más gruesas como por ejemplo: 40/8 ó 40/9 con estas agujas gruesas el líquido entra con menor presión y, por lo tanto, produce un dolor menor.

## EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES

### INFECCION

El peligro de infección es, sin duda, desde el punto de vista estadístico muy escaso, pero debe ser tenido en cuenta como una complicación potencial.

La infección yatrógena puede ser descartada por medio de un exacto control de la esterilización del material que se emplea y por la realización de una técnica impecable.

No debe aplicarse una inyección en tejidos infectados. El aumento de la presión en los tejidos por la aplicación de la solución anestésica local produce infiltración de la solución patógena a los tejidos vecinos. Este aumento de presión también puede causar una difusión intravascular de los gérmenes a la totalidad del organismo.

### REACCIONES ALERGICAS

Cuando inmediatamente después de la inyección aparece una hinchazón o un cambio brusco de la coloración del tejido infiltrado, hay que pensar en una reacción alérgica del organismo del paciente contra el anestésico.

co empleado, y se precisa una rápida interrupción en la administración del mismo, aún en el caso de que no se aprecie reacción general alguna, hecho que ocurre con frecuencia.

## COMPLICACIONES GENERALES

Las complicaciones generales son la manifestación de los efectos tóxicos sobre los diversos sistemas del organismo. Estos efectos tóxicos se van a producir por una sobredosificación del anestésico local empleado. Esta sobredosificación puede ser de dos tipos:

- a) Absoluta.
- b) Relativa.

La absoluta puede ser evitada con toda seguridad si se respetan las dosis límite admitidas. Por el contrario, la Relativa es difícil de evitar, ya que depende de muchos factores individuales. Así, la sensibilidad subjetiva al agente anestésico es variable. La velocidad de reabsorción depende de particularidades locales, y además el estado psíquico desempeña un papel de difícil valoración. El nivel de concentración en el plasma sanguíneo por unidad de tiempo es el responsable del efecto agudo sobre el sistema nervioso central, que es el único responsable del shock que se produce.

Como resultado de una reabsorción rápida en grandes superficies mucosas o en tejidos ricos en vasos o a causa de una inyección intravascular inadvertida, se eleva bruscamente el nivel en el plasma sanguíneo, dando como resultado una reacción precoz. También puede existir una reabsorción continuada, aún tratándose de una dosis normal si el paciente es particularmente sensible, y producirse después de unos 20-30 minutos una reacción tardía.

El tipo de efecto secundario es, por tanto, no previsible y va a depender de la dosis, de la técnica anestésica y del estado del paciente.

Los anestésicos locales tienen la propiedad de estimular la corteza y los centros cerebrales altos y de deprimir las regiones del bulbo y la protuberancia. En el primer caso aparecen síntomas de excitación tales como espasmos o convulsiones; en el segundo caso se va a producir una depresión respiratoria.

Los síntomas cardiovasculares producidos por los anestésicos se caracterizan por el

descenso de la presión arterial y una acción depresiva sobre el miocardio, lo que va a dar lugar a una alteración en la conducción y contracción del músculo cardíaco.

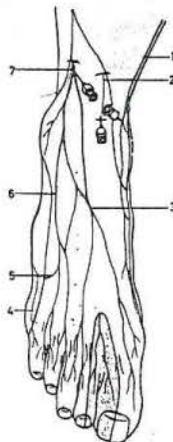
Hay una serie de síntomas que van a caracterizar cada una de las reacciones, precoz y tardía, aunque no es posible establecer una división esquemática de ellos y podamos observar sintomatologías en forma parcial.

## REACCION PRECOZ

- Paro respiratorio.
- Paro cardíaco.
- Raramente convulsiones.
- Síntomas bruscos y sin aviso previo.

## REACCION TARDIA

- Aturdimiento de la conciencia
- Trastornos de la visión.
- Vómitos y temblores.



Esquema del bloqueo del nervio musculocutáneo y tibial anterior por encima del tobillo. 1) Safeno; 2) bloqueo del nervio tibial anterior por encima del tobillo entre los tendones del músculo extensor propio del dedo gordo y el tibial anterior; 3) nervio safeno externo, ramas digitales; 4) enlace entre el nervio musculocutáneo y el safeno externo; 5) rama interna del nervio musculocutáneo; 6) rama externa de éste; 7) bloqueo del tronco del nervio musculocutáneo en su punto de salida.

## TRATAMIENTOS DE LAS REACCIONES TOXICAS

La medida más importante consiste en mantener un aporte de oxígeno adecuado por medio de respiración artificial con oxígeno, lo que presupone una liberación de las vías respiratorias. Para el tratamiento de los estados convulsivos es recomendable el uso de barbitúricos de acción rápida, como por ejemplo: Pentothal, una dosis única de 50-100 mg. Las convulsiones también se pueden tratar periféricamente con relajantes musculares de acción corta, como la succinilcolina con una dosis de 0,5-1 mg/kg de peso corporal. Ante la sospecha de paro cardíaco debemos aplicar con prontitud masaje cardíaco externo.

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

**CONTRAFUERTE DE HELFET** indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

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.

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 ENTRE-SUELA 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.

prescription footwear. s.a.

**P.F**

Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63973 PFVI E

Durante todo el proceso de tratamiento de las reacciones tóxicas, el paciente debe encontrarse en la posición de trendelenburg.

La realización de una buena anamnesis del paciente, así como la observación del paciente durante todo el proceso y el no rebasamiento de las dosis máximas, van a evitar con toda seguridad los accidentes producidos por los anestésicos locales.

### **BLOQUEOS POR ENCIMA DE LA ARTICULACION TIBIOASTRAGALINA**

La anestesia por encima del tobillo para las intervenciones en esta región y en la del pie, exige la desconexión de los nervios tibial anterior y tibial posterior, y el bloqueo de las ramas principales: Los nervios musculocutáneo, safeno externo e interno. Muchos autores consideran más apropiada la anestesia de la zona del tobillo mediante la intervención de las vías nerviosas, a unos 4-5 cm. por encima de dicha región, es decir, 3 cm. por encima del ligamento anular interno del tarso.

### **NERVIO TIBIAL ANTERIOR Y NERVIOS CUTANEOS DEL DORSO DEL PIE**

El nervio tibial anterior se encuentra con facilidad a 3-4 cm. por encima de la articulación del tobillo, exactamente entre el tendón del músculo exterior propio del dedo gordo que resalta mucho y del tibial anterior que se encuentra por dentro de aquél. Aquí el nervio se encuentra muy superficial por debajo de la aponeurosis y delante del hueso, y puede anesthesiarse con 5-8 ml. de solución anestésica local.

Aparte de los pequeños músculos dorsales del pie, este nervio inerva la piel de una banda interna del dorso del pie y la región entre el primero y segundo dedos de éste con el surco interdigital, así como las superficies contiguas de estos dedos (nervios digitales dorsales, externo del dedo gordo y digitales externos). Por ello para las intervenciones en el dorso del pie por debajo de la articulación del tobillo o del ligamento cruzado de la pierna, es preciso anestesiar también las ramas terminales del nervio músculo cutáneo (nervios cutáneo dorsal interno y medio del pie)

que inervan principalmente toda la parte media del dorso del pie y los dedos segundo y cuarto con los surcos interdigitales y los flancos.

Se bloquea el músculo nervio cutáneo antes de su división en varias ramas, 6 a 7 cm. por encima de la articulación del tobillo en el borde anterior del peroné, efectuando la penetración por delante o por vía lateral.

Como, además, las ramas terminales del nervio safeno externo inervan la zona del dorso de los dedos pequeños y del surco interdigital entre los dedos cuarto y quinto y todo el borde externo del pie, es preciso anestesiar también por encima del maleolo estos finos troncos nerviosos. Esto se realiza sobre todo introduciendo la cánula casi vertical por fuera del tendón de aquiles, algunos centímetros por encima de la articulación del tobillo y dirigiéndola a la superficie posterior del maleolo externo. El nervio discurre hacia afuera y se divide en la cara externa del talón hasta los pequeños pulpejos de los dedos y el quinto dedo. Aquí resulta mucho más fácil su interrupción que en la región del pie; sobre todo debe tenerse en cuenta las anastomosis y los solapamientos de los tres nervios del dorso del pie.

### **NERVIO TIBIAL POSTERIOR**

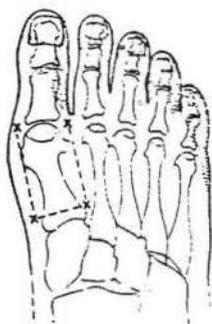
El nervio tibial posterior se halla por encima de la articulación del tobillo, junto al tendón de Aquiles y por dentro de él, en la profundidad y al lado de la cara posterior de la tibia. Para anesthesiarlo se forma una ampolla cutánea a unos cuatro centímetros por encima de la articulación del tobillo y se penetra directamente junto al borde interno del tendón de Aquiles, en el centro de la superficie posterior de la tibia hasta llegar al hueso. De esta forma la punta de la cánula se sitúa junto al nervio, e incluso a veces puede alcanzar el hueso, la arteria tibial posterior y la vena correspondiente se encuentra algo más hacia dentro y no se afectan. Una vez alcanzado el hueso, hay que retirar la cánula algunos milímetros para inyectar entonces de 5-6 ml. de una solución anestésica en la profundidad del tejido adiposoconjuntivo. Si se bloquea el tronco principal a esta altura, también queda anesthesiada la fina rama principal que se diri-

ge a la inserción del tendón de Aquiles y al talón.

## ACCESO POR DETRAS DEL MALEOLO INTERNO

El paciente se encuentra en decúbito prono con una almohada debajo de la articulación del pie. Una vez desinfectada la piel de la región, incluidos el talón, el tendón de Aquiles y el tobillo interno, se intenta palpar la arteria tibial posterior, o si ésta no es palpable, inmediatamente por dentro del tendón de Aquiles, en la parte proximal del maleolo interno. Entonces se introduce una cánula de 6-8 cm. de longitud, perpendicular a la cara posterior de la tibia; la cánula debe encontrarse lo más cerca posible y por fuera de la arteria tibial posterior. Si entonces se mueve en dirección lateral se producirán parestesias. En este caso se fija la cánula y se inyectan de 5-8 cc. de una solución anestésica local; si no se produce parestesias se puede inyectar 10 ó 12 cc. de la misma solución en la cara posterior de la tibia, mientras se retira la cánula aproximadamente 1 cm.

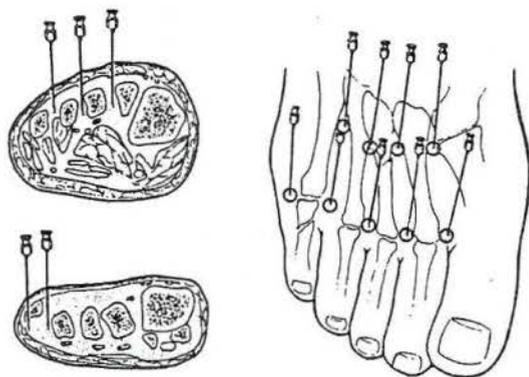
Este método produce de ordinario también una buena analgesia de la planta del pie. El tiempo de latencia con parestesias será de 5-10 minutos, si no se producen las mismas puede durar hasta treinta minutos.



Anestesia de conducción periférica para intervenciones en los dedos del pie y en la región del antepié. X = Punto de punción.

La analgesia abarca principalmente la planta del pie, con excepción de sus zonas más externas y proximales. La analgesia puede completarse en parte mediante el bloqueo

del nervio safeno por fuera del tendón de Aquiles y en parte con una barrera infiltrativa subcutánea que va desde el calcáneo en dirección interna y anterior alrededor del maleolo interno.



Esquema de los bloques intermetatarsianos en zonas proximal y distal y de las anestésicas de los dedos del pie por vía dorsal.

## BLOQUEO DE LA PORCIÓN POSTERIOR DEL PIE

Como es sabido, el nervio tibial posterior se divide en los plantares interno y externo, tras el paso de su recia vaina de tejido conjuntivo por debajo del tobillo interno. Ambos nervios se dirigen hacia la bóveda del pie y la planta. Por ello, es importante la anestesia de estos nervios para todas las intervenciones en la región de la planta del pie. Después de su división, el nervio plantar interno se encuentra por debajo de la aponeurosis plantar y el músculo flexor interno corto de los dedos, junto al haz tendinoso de los flexores largos y los lumbricales de todos los dedos; mientras que el plantar externo situado en el borde interno del pie por encima de la lámina muscular del cuadrado plantar se dirige hacia el dedo pequeño del pie a través de la bóveda del pie y por fuera de ella.

Las ramas terminales de estos nervios se distribuyen por toda la planta del pie y los dedos. De esta situación se deriva que la anestesia de la planta y los dedos se consigue con preferencia bloqueando el tronco del nervio tibial posterior antes de su división, lo que se realiza mejor por encima del maleolo, que en la profundidad de la planta del pie; por debajo del músculo abductor del dedo gordo y algo por delante y a unos 4-5 cm. por debajo

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

del maleolo interno la piel de la planta es dura y muy sensible. Por ello evitaremos por principio, incluso en las pequeñas intervenciones, una anestesia local a través de la planta, formando zonas anestésicas más o menos amplias en toda la planta con infiltración siempre por el dorso y el borde del pie, donde la piel es delgada. Esto tiene la ventaja de anestesiar al mismo tiempo las ramificaciones terminales regionales de ambos nervios plantares entre los metatarsos, antes de atravesar la fascia plantar e inyectar el anestésico por vía subcutánea por debajo de la piel de la planta.

## PARTE ANTERIOR DEL PIE Y DEDOS

Una anestesia de la parte anterior del pie corresponde en principio a la técnica que afecta a la región intermetacarpiana de la mano. Se introduce la aguja entre los metatarsianos por el dorso del pie, inyectándose una pequeña cantidad subcutánea y subaponeurótica y se desliza entonces la cánula en las partes blandas del espacio interdigital para infiltrarlo, de esta manera es fácil bloquear las ramas terminales del nervio que se dirigen a los metatarsianos y a los dedos.

Esta forma de anestesia da resultados muy satisfactorios y debería emplearse con más frecuencia también en las intervenciones de los pies. Para el paciente es mucho menos agresiva que una anestesia local de los mismos pies y sus articulaciones.

**DOSIFICACION:** 2-5 cc. de una solución anestésica al 1% sin adrenalina por cada nervio. Este tipo de anestesia es también adecuado para la analgesia de las fracturas del tarso.

En intervenciones más pequeñas en los dedos, como la extirpación de uñas, la amputación de la falange y del dedo en la articulación de la base, la operación de hallux valgus y la corrección de fracturas digitales, además de la anestesia interdigital en la zona proximal del metatarso, se emplea también mucho

la producida en la zona distal o en la base de los dedos por vía dorsal, ya que da unos resultados muy satisfactorios. Se introduce la aguja en la zona blanda de la piel, justo por delante de las cabezas distales de los metatarsos y de las articulaciones de la base digital, a partir de una o dos ampollas y se bloquean las cuatro ramas terminales de los nervios del metatarso.

Se penetra por debajo de la piel de los surcos interdigitales en el lado plantar de los dedos y se interrumpen de esta forma, en el sentido de una infiltración completa, los cuatro nervios de las falanges; debe evitarse la inyección por la cara de flexión.

Esta forma de anestesia y la de los mismos nervios no deben realizarse nunca con vasoconstrictores del tipo de la adrenalina, debido al peligro de necrosis. Por otra parte, en la región del dedo gordo (menos en los dedos segundo a cuarto) para una extracción ungueal, se conserva la antigua anestesia de Oberst con venda de Esmarch.

Se pone un fino tubo de goma elástica en la base de la falange proximal, interrumpiendo de esta forma la corriente sanguínea para una mejor fijación de la solución anestésica. La inyección para la anestesia de los pares nerviosos a ambos lados de la falange basal se realiza entonces a partir del dorso del pie, porque la piel es aquí más blanda que en los flancos. Pero también puede inyectarse justo por fuera del tubo de goma, exactamente en el centro entre los nervios digitales.

Esta anestesia del dedo gordo presenta siempre dificultades, ya que el tejido es muy recio y la solución anestésica no se difunde más que por una presión relativamente elevada. Es preciso por ello emplear cánulas gruesas; aunque previamente utilizaremos una cánula fina para formar una ampolla cutánea y una pequeña infiltración subcutánea, para terminar la anestesia con una cánula más gruesa. A fin de completar la anestesia se suele inyectar una cierta cantidad de anestésico a unos 5 mm. por debajo del ángulo de la raíz ungueal, a ambos lados.



XX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Valencia, 2, 3, 4 y 5 Junio 1988

Secretaría General. Castellón, 8 - 3.º  
Telf. (96) 351 91 22  
46004 Valencia

## XX CONGRESO NACIONAL DE VALENCIA

Valencia, Octubre de 1987

Querido amigo y compañero:

La Asociación Valenciana de Podólogos, y más concretamente la provincia de Valencia, ha sido encomendada para la realización del VEINTEAVO CONGRESO NACIONAL.

El tema monográfico del Congreso es: "LA DERMATOLOGIA EN EL PIE", aunque estamos abiertos, si se demuestra su importancia o/y actualidad, a admitir ponencias que se salgan de este Tema.

Valencia, la Ciudad de la luz y el cielo azul por excelencia, de gran tradición artesana y artística, con su monumentalidad histórica insoslayable y su clima excepcional de eterna primavera, te abre sus puertas para recibirte como te mereces.

Su provincia ceramista y eminentemente agrícola, máxima productora nacional y mundial de arroz y cítricos, y por ende los valencianos, te esperamos con toda la familiaridad y hospitalidad de que hacemos gala en el mundo para conseguir que pases unos inolvidables días entre nosotros.

Te adelantamos ya el tema monográfico para que dispongas del tiempo necesario para la elaboración de tu ponencia, si es que pretendes presentar alguna.

Por necesidades organizativas y elaboración del Libro Congresal, la fecha máxima de recepción de trabajos será el día 15 de Abril, y la duración de la exposición no deberá sobrepasar los veinte minutos.

Ya hemos emprendido nuestra labor con la mejor voluntad de realizar un gran congreso que sitúe nuestra profesión en el lugar preeminente que merece.

La información irá llegando a tus manos con la cadencia necesaria para la realización correcta e impecable del evento podológico.

Esperamos tu presencia y participación, así como la de tus familiares, en este XX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA.

LA COMISION ORGANIZADORA

# PEUSEK®

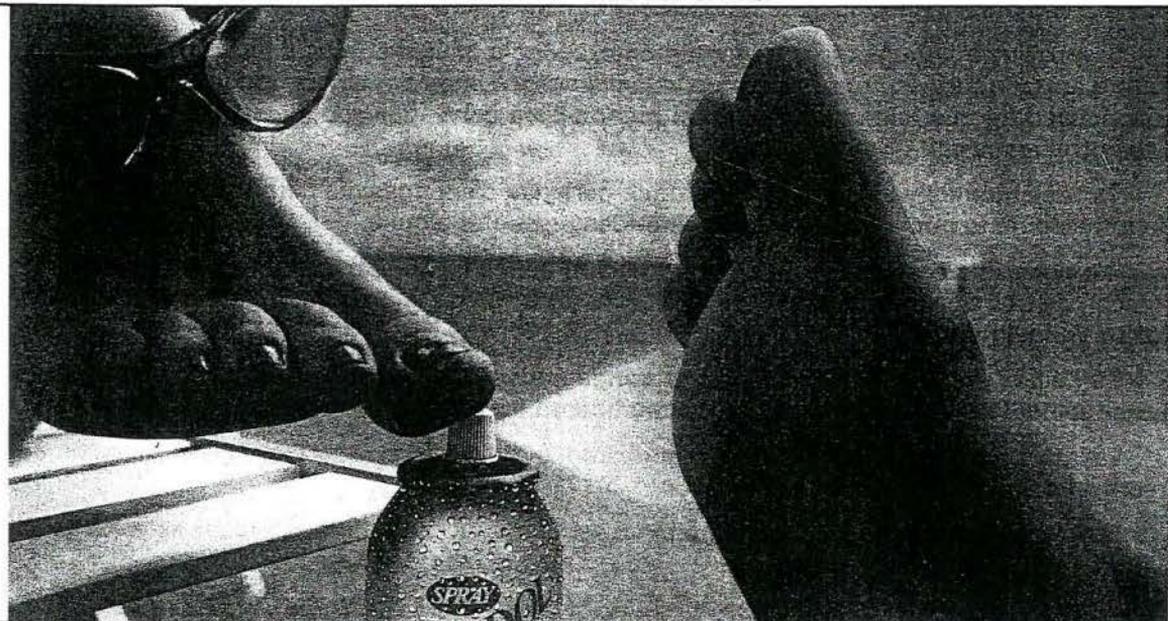
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

# TRATAMIENTO ENERGETICO DEL HALLUX VALGUS

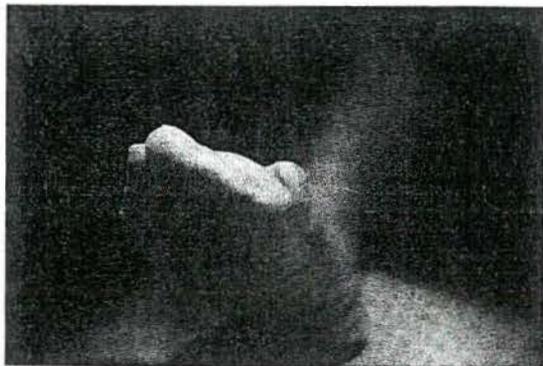


Por: Juan Marín Costa  
L'Hospitalet  
Barcelona

El presente trabajo ha sido realizado, tanto en los protocolos seguidos, como en sus resultados obtenidos, por los compañeros Teresa BERNAL, Felipe AYUSO e Ildefonso ZURITA.

## Anatomía Patológica del Hallux Valgus

Cuando el 1.º dedo se desvía hacia fuera y esta desviación es superior a los 5 s., se considera que es patológico. Cuando el extensor propio está contraído, aumenta la deformación, mientras que su retracción la fija. El flexor largo propio se luxa en el primer espacio



interdigital, convirtiéndose en abductor, también actúan así la porción del flexor corto (externa), el abductor oblicuo y el abductor transverso, el abductor y el flexor corto se colocan en un plano plantar perdiendo su función. Mientras el tendón del flexor largo atrae los sesamoideos hacia fuera, el externo aparece en el 1.º espacio, y el interno se coloca sobre la cresta media.

Cuando el metatarso se coloca en varismo importante, el sesamoideo interno se subluxa en el 1.º espacio, el externo se coloca de perfil girando 90°. Las adherencias fijan a la 1.ª cabeza al bloque sesamoideo luxado. Es frecuente la hipertrofia de los sesamoideos presentando lesiones artrósicas.

La cara interna del Hallux se hipertrofia y presenta exóstosis, una bolsa serosa de fricción ecubre la exóstosis, si el traumatismo continúa se produce el higroma, inflamándose y supurando en algunos casos. El nervio colateral interno queda traccionado, el externo está distendido o comprimido por un osteofito del 1.º espacio. La arteria está comprimida entre las dos porciones del flexor corto y el sesamoideo externo.

Posteriormente, el cartílago se absorbe, descubriendo el hueso excavado, se desarrollan osteofitos al endurecerse y esclerosarse el cartílago, en la periferia de la 1.ª cabeza. A causa de la reducción de aporte sanguíneo articular y el excesivo y anormal uso de la articulación forzando posturas incorrectas se desarrollará una artrosis del 1.º segmento.

## Etiología

- Estática.
- Congénita.
- Inflamatoria.

## Clínica

Dolor variable que, frecuentemente, es sólo el resultado del roce del calzado, la bolsa se inflama irritando el nervio colateral inter-

no, otras el dolor se produce al movilizar la articulación (artrosis MT-F). Otras el dolor se produce en el 1.º espacio, a consecuencia de la compresión de la arteria y a la elongación o compresión del nervio colateral externo.

En cuanto a los tratamientos habituales (ortosis, ortesis, fisioterápicos o quirúrgicos) no vamos a entrar en discutirlos, pero muchas veces, por sus características peculiares, jóvenes que no desean llevar ni ortesis ni ortosis, o pacientes mayores que no son tributarios de soluciones quirúrgicas, debemos tener en consideración ofrecerles otra alternativa.

Es esta alternativa la que queremos presentarles a Vds., se trata del tratamiento energético.

Le denominamos tratamiento energético en cuanto utilizamos la combinación del Rayo Láser puntual y la aplicación de aguja o Láser en puntos de acupuntura.

## TRATAMIENTO

No vamos a incidir en los mecanismos de actuación del Láser, conocidos por la mayoría, pero sí queremos hacer unos pequeños cuadros sinópticos en cuanto a sus efectos analgésicos y antiinflamatorios.

La utilización del R.L. en la patología del H.V. nos viene determinada por su potente acción como antiálgico y antiinflamatorio.

### Mecanismo de producción del dolor

Distinguiremos tres tipos de dolor:

- Superficial.
- Profundo.
- Visceral.

### Dolor Superficial

Los tejidos internos tienen en la piel terminaciones libres denominadas R.D. (receptores del dolor), éstos se excitan según diferentes tipos de agresión: Mecánicos, Térmicos, Eléctricos, Traumatismos. Cuando los estímulos alcanzan intensidad suficiente desencadenan la producción de sustancias P (pain = dolor).

### Dolor Profundo

Es un dolor sordo e intenso, consecuencia de afectación muscular, tendinosa y/o ar-

ticular, cuya causa es por espasmos de las fibras musculares al que se añade la isquemia, la liberación de sustancias P y la disminución del umbral doloroso de las fibras sensibles nerviosas. Es evidente que en la patología del H.V. tenemos los dos tipos de dolor.

### Efecto Láser como antiálgico

Interfiere el mensaje eléctrico durante la transmisión del estímulo manteniendo el gradiente iónico celular.

Aumento del A.T.P. necesario para la normalización de la bomba de sodio.

Aumento del umbral doloroso.

Aumento de la microcirculación y, por tanto, el aporte de Oxígeno.

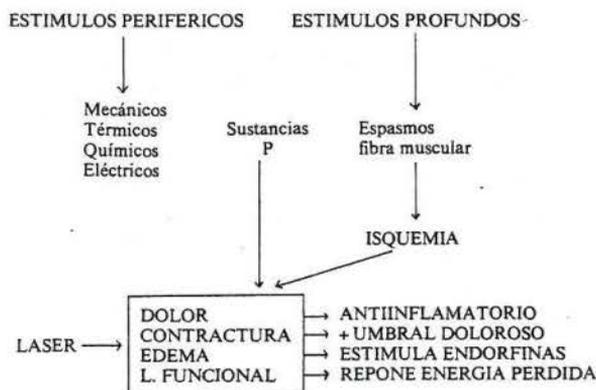
Factor equilibrador del potencial de membrana dificultando la transmisión del estímulo doloroso.

Estimula la liberación de endorfinas.

Equilibrio Energético, en este caso al tratar la "causa" desaparece el síntoma (dolor).

Al ser estimuladas fibras nerviosas gruesas, disminuye la transmisión de señales dolorosas finas a distancia.

## ANALGESIA



### Mecanismo de producción de la Inflamación

La inflamación de los tejidos es causa de la agresión de distintos agentes: térmicos, traumáticos, químicos y/o inmunológicos.

La acción de estos agentes a nivel tisular



**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:

Dermatomycosis 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

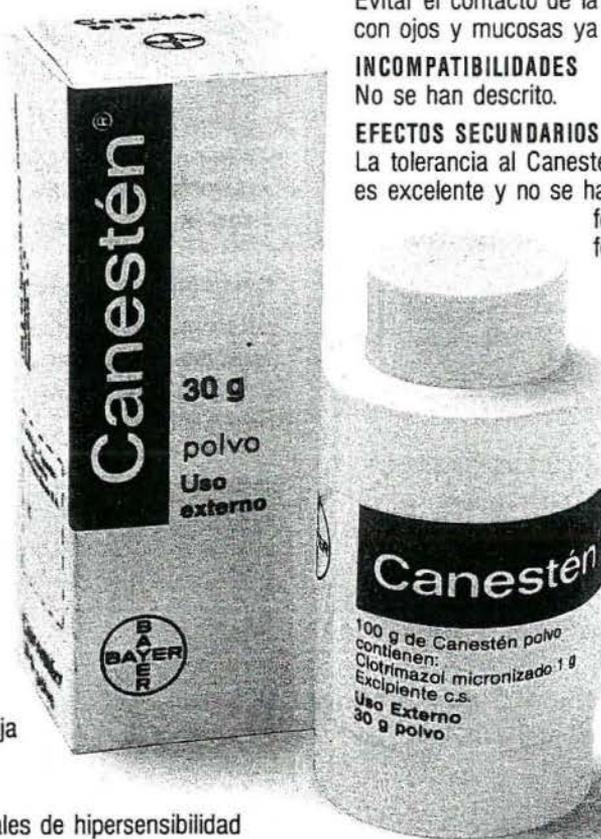
No se han descrito.

### EFFECTOS 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	374,-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,-



**Bayer**

**Antimicóticos**

provoca la activación de los antígenos sobre los linfocitos T, desencadenando la liberación de múltiples sustancias (Histamina...).

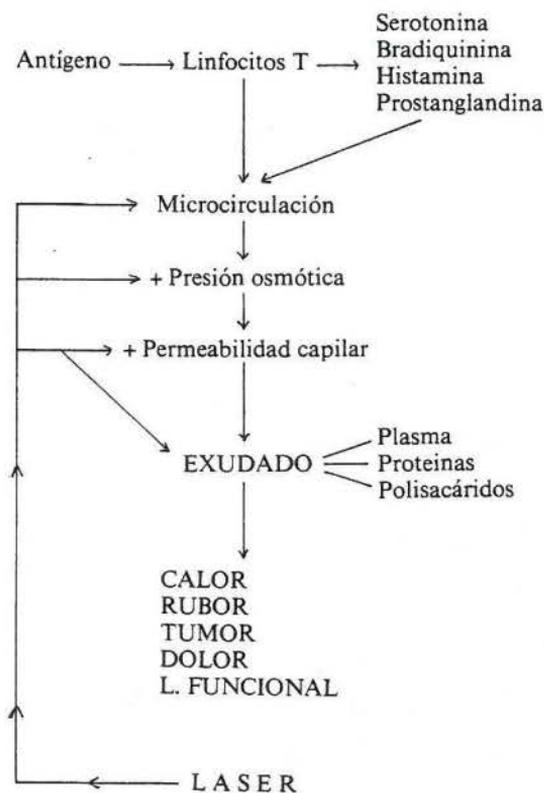
Estos factores actúan alterando la microcirculación con aumento de la permeabilidad capilar y la presión osmótica. Como consecuencia nos aparece un exudado formado por plasma, proteínas y polisacáridos.

### **Acción láser como antiinflamatorio**

Normaliza la microcirculación  
Disminuye la presión osmótica

Como consecuencia, obtendremos un efecto de absorción del exudado.

### **ANTIINFLAMATORIO**



### **Material y método**

#### **PROTOCOLO**

Hemos utilizado las siguientes variables:

- Nombre.
- Edad.
- Sexo.

- Ocupación.
- Número sesiones.
- Densidad de energía Jul/cm<sup>2</sup>.
- Potencia mW.
- Frecuencia.
- Tiempo zona.
- Tiempo acupuntura.
- Dolor.
- Edema.
- Movilidad articular.
- IRRADIACIONES dolorosas.
- TRIGGER-POINTS.
- No se ha realizado tratamiento complementario.
- Resumen.

### **Material y Método**

Láser I.R. diodo semiconductor de ar.ga de 200 mW de potencia media efectiva a 320 Htzs. Puntal de 0,200 cm<sup>2</sup> con una duración del impulso de 200 × 10<sup>-7</sup> y potencias de salida de 0 a 200 mW, frecuencias variables de 1 a 320 Htzs.

Aunque los resultados obtenidos han sido excelentes, observamos durante el tratamiento que hasta la 4.<sup>a</sup> ó 5.<sup>a</sup> sesión el dolor nos disminuía de una manera muy lenta; esto nos hizo adaptar la sistematización de aplicar o bien el Láser o agujas en puntos acupunturales, con ello obtenemos resultados desde la 1.<sup>a</sup> sesión.

### **Introducción Acupuntura**

Desde el punto de vista de la M.T.C., se considera el H.V. una alteración del metabolismo Humedad por desequilibrio del movimiento Tierra.



Utilizamos para ello los puntos Su' Antiguos.

## Puntos:

1BP 2BP /  
3BP 5BP  
6BP 3H  
36E

Como Puntos opcionales 9BP si hay infección, 41E si hay artrosis.

13H 20V  
37VB y 60V

## Localización Puntos:

1BP: 2 mm. por detrás del ángulo ungueal interno 1.<sup>er</sup> dedo (paquete vasculoner digital plantar interno del dedo gordo).

2BP: En el límite entre la piel plantar y dorsal, delante de la ar. mt-f del 1.<sup>er</sup> dedo.

3BP: En el límite entre la piel dorsal y plantar. Debajo y detrás de la primera cabeza mtt.

5BP: Delante y debajo del maleolo interno, bajo el tubérculo antero-interno del astrágalo.

6BP: A tres distancias por encima del maleolo interno, en el borde postero interno de la tibia (Se dirige al paquete vasculoner tibial anterior).

3H: En el fondo del 1.<sup>er</sup> espacio intermetatarsiano (relación con el nervio peroneo profundo).

36E: A tres distancias por debajo de la rótula y a un través del dedo, por fuera de la arista tibial (nervio peroneo profundo tibial anterior).

41E: Entre los tendones del extensor común y propio, en el tobillo.

9BP: En la curvatura formada por el borde postero-interna de la tibia, cuando alcanza la meseta tibial.

37VB: A 5 distancias por encima del vértice del maleolo externo.

60V: Vértice del maleolo externo y a la mitad entre su borde posterior y el tendón de Aquiles.

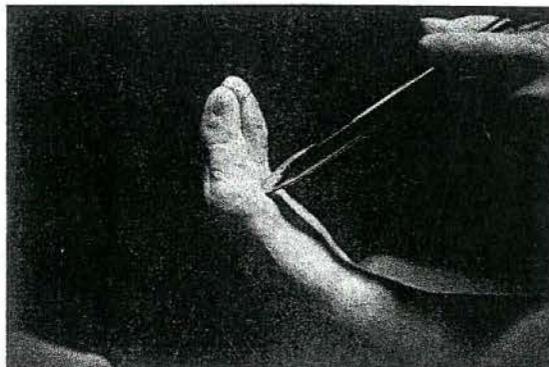
## Dosis

3 jul/ctm<sup>2</sup>  
Pm: 20 mW  
Htz: 40

## Tratamiento Puntual

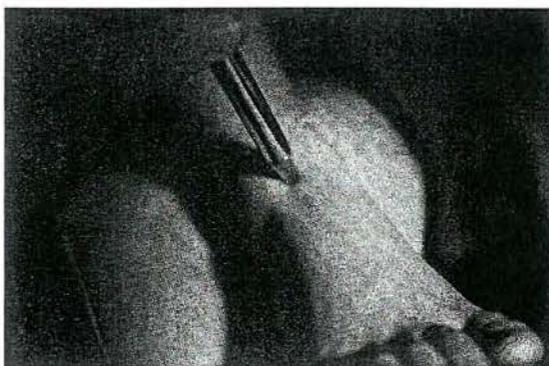
Por lo señalado anteriormente es evidente que con irradiar sólo la articulación, no es suficiente; debemos seguir los recorridos nerviosos si queremos obtener una buena eficacia.

Cara Dorsal: interlínea articular.



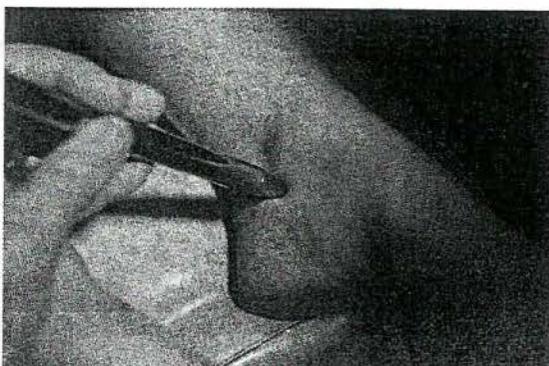
Bursa o Higroma, si existe.

A nivel del ligamento anterior del tarso:  
Nervio tibial anterior.



En el espacio intermetatarsal.

Cara plantar: Por detrás del maleolo interno: nervio Tibial posterior.



# RodaX

- Servicio para profesionales de la podología.
- Extenso surtido en materiales y mobiliario.
- Montaje completo de consultas.

RodaX

*a sus pies*

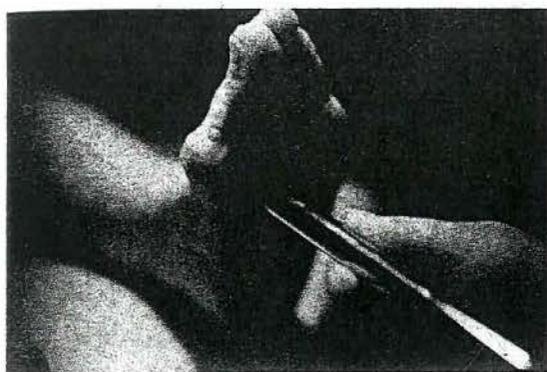
**RodaX** 

AVDA. GAUDI, 56.

TELEF. (93) 23 578 81.

08025 BARCELONA

A través del 1.<sup>er</sup> meta.  
Espacio intermetatarsal.



Dosis:

Hallux Valgus: 3 a 6 jul/cmt<sup>2</sup>  
Bursitis: 3 jul/cmt<sup>2</sup>  
Artrosis: 6 a 10 jul/cmt<sup>2</sup>

Para obtener estas dosis utilizamos potencias de 100 mw y frecuencias de 40 hz, el tiempo nos vendrá determinado utilizando estas variables, según la dosis terapéutica elegida.

Estas dosis las aplicamos a días alternos, con un total de 12 a 15 sesiones de media.

Clasificamos los resultados en excelentes, buenos, regulares y nulos, según la analgesia haya sido superior a los seis meses, hasta seis meses, inferior a los seis meses y sin respuesta positiva, respectivamente. Hay que hacer incapié en el hecho de que los pacientes con resultados regulares, si les realizamos una segunda fase de tratamiento pasan a engrosar las cifras de buenos resultados; este hecho no está computado en los cuadros siguientes:

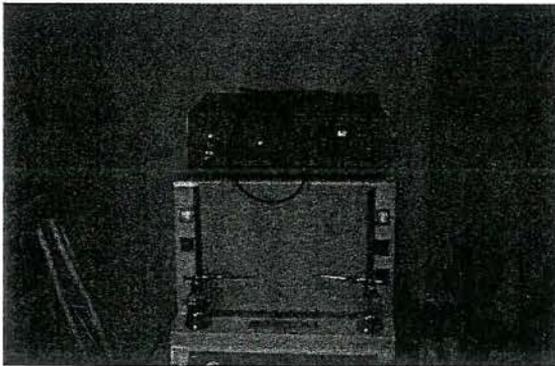
<u>EDADES</u>	<u>CASOS</u>	<u>Hallux Valgus</u>		<u>BURSITIS</u>		<u>ARTROSIS</u>	
		<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>	<u>M</u>	<u>F</u>
30 - 40	7	0	1	2	1	1	2
41 - 50	15	1	2	2	2	2	6
51 - 60	35	2	3	7	13	4	6
61 -	64	1	2	3	15	18	25
SUBTOTAL	121	4	8	14	31	25	39
TOTAL	121	12		45		64	

### RESULTADOS (Diapositiva)

	<u>EXCELENTES</u>	<u>BUENOS</u>	<u>REGULARES</u>	<u>NULOS</u>
H. VALGUS (12)	3	4	4	1
BURSITIS (45)	16	13	8	8
ARTROSIS (64)	16	30	10	8
TOTAL	35 (28%)	47 (39%)	22 (19%)	17 (14%)

## CONCLUSIONES

Si bien el Láser no es una panacea que lo cura todo, creemos sinceramente que bien aplicado, sea en zona o en acupuntra, o bien combinando ambas técnicas, podemos obtener grandes logros y con ello beneficiar a nuestros pacientes a soportar sus problemas dolorosos, puesto que de ellos obtendremos su respeto y agradecimiento.



## BIBLIOGRAFIA

- Boulneis, J.L.R.: Points D'Acupuntura, zonas et irradiations Láser. N.º 67 "Cahiers de Biotherapie" 1980.

- Carrel, J.M.: Fundamentos y aplicaciones del Láser. E. Boixareu.

- Diversos autores: Rumatismos crónicos. Bases para su clasificación. Liade.

- Diversos autores: Enfermedades reumáticas. Sintex Ibérica.

- D.N. Goding: Enfermedades reumáticas. E. Salvat 1975.

- Hill, Scett: Acupuncture Reasearch in the URSS. In American Jornal of Chinesse Medicine. Vol. n.º 1986.

- Lelièvre, J.: Patología del pie. E. Toray Masson 1973.

- Marco Aznar, P.: Iniciación a la Podopuntura. Profesor de Acupuntura. 1987.

- Ostapachenko, E.: Iniciación al Láser. Marcombo editores.

- Vilado, A.: Diez lecciones sobre patología del pie, 1979.

Nota: Explicación nomenclatura puntos de acupuntura.

B.P.: Significa Bazo-Pancreas.

H.: Significa Hígado.

E.: Significa Estómago.

V.: Significa Vejiga.

V.B.: Significa Vesícula Biliar.

## CARTA DIRIGIDA A LOS PRESIDENTES DE LAS ASOCIACIONES AUTONOMICAS

Madrid, 20 de Octubre de 1987

Estimado compañeros:

Dentro del plan de renovación y apertura de la Revista Española de Podología, creemos importante contar con la opinión y colaboración de esta Asociación que tú presides.

En ese intento, te agradeceríamos eligiérais un compañero que tenga inquietudes en este terreno, para que forme parte de la comisión de estudio de la Revista Nacional.

Tras su elección, os rogamos nos lo indiquéis para que nos pongamos en relación inmediata.

Agradeciendo vuestra colaboración, te saluda atentamente.

Vº Bº  
EL PRESIDENTE  
ANDRES RUEDA

REDACTOR JEFE  
JUAN JOSE ARAOLAZA

SILICONAS HISPANIA, S.A., avalada por sus más de 30 años de experiencia en la fabricación de siliconas, presenta EMULSIL UNO: especialmente concebido para la confección de ortosis.

# Emulsil® UNO

SILICONA PARA LA FABRICACION DE ORTOSIS

La composición de EMULSIL® UNO garantiza su inocuidad, por lo que no puede producir alergias ni irritaciones.



Presentación: Caja  
conteniendo bote  
de 500 c.c. EMULSIL UNO  
y frasco de 35 c.c. catalizador.

 **SILICONAS HISPANIA, S.A.**

Balmes, 357 - Tel. 212 39 54\*  
Télex: 97040 - SIHI-E  
08006 BARCELONA

# SILLON ELECTRICO Y TABURETE PREDICAST · T



## SILLON:

Eléctrico total, separado de la parte hidráulica. Mandos al pie. Perneras extensibles y con angulación independientes. Altura: mínima, 35 cm.; máxima, 85 cm. Apoyabrazos derecho abatible y desmontable. Presión de trabajo: 35 at. Elaborado bajo las normas internacionales de seguridad, y funcionan a 24 V.

## TABURETE:

Graduación de altura hidráulica. Inclinación asiento variable. Inclinación respaldo a gas. Graduación respaldo mecánica. Ancho asiento: 46 cm. Fondo asiento: 42 cm. Altura total: 96 cm. Elevación: 42-55 cm.



DENTALITE, S. A.  
Amorós, 11  
Tel. (91) 246 48 00  
28028 MADRID

*DIVISION  
PODOLOGIA*

SERRA FARGAS, S. A.  
Plaza de Castilla, 3  
Tel. (93) 301 83 00  
08001 BARCELONA



DENTALITE NORTE, S. A.  
Fernández del Campo, 23  
Tel. (94) 444 50 83  
48010 BILBAO

DENTALITE, S. A.  
Edificio Corona  
Paraiso, 1, 1.º, local 10  
Tel. (954) 27 62 89  
41010 SEVILLA

DENTALITE, S. A.  
Rafael Altamira, 9  
Tel. (985) 25 52 64  
33006 OVIEDO

DENTALITE, S. A.  
P.º de los Tilos, 30, bajo  
Tel. (952) 36 14 63  
29006 MALAGA

DENTALITE, S. A.  
Arabial  
Urb. Parque del Genil  
Ed. Topacio, local 1  
18004 GRANADA

# CARTAS A LA REDACCION

## PODOLOGIA

### AVENTURAS Y DESVENTURAS PROFESIONALES

Más de cuarenta años de ejercicio podológico, que comenzó en el año 47, cuando aún no se soñaba con el Decreto que le dio vida y nombre a la especialidad y había que ilustrarse en las viejas Escuelas privadas de aquellos pioneros que escribieron y publicaron libros, fundando academias de enseñanza, como Martí Raso, Alamilla y otros injustamente olvidados hoy, me confieren, creo yo, cierta autoridad para disertar sobre el estado actual de nuestra especialidad.

Muchâ agua ha pasado bajo los puentes desde aquella época de mi primer Diploma, expedido el 15 de Mayo de 1947 por D. Carlos Martí Raso, mi primer maestro a quien desde aquí rindo respetuoso homenaje, hasta los momentos actuales. Mucho se consiguió desde entonces y mucho falta aún por lograr.

Se consiguió el Decreto que creando oficialmente la especialidad termina con la vieja figura del Cirujano-Callista, apareciendo en su lugar la del moderno Podólogo. Se autoriza la recepción directa de los pacientes en nuestras consultas, donde pueden ser tratados dentro del marco de limitaciones que impone nuestra condición primaria de Practicantes o A.T.S., es decir, sin rebasar los contornos establecidos para la cirugía menor. A partir de entonces crece el optimismo y hasta a veces la confusión de competencias. Surge en Barcelona un líder providencial y recordado para siempre por todos: D. Leonardo Escach, infatigable luchador que nos lleva de la mano hacia varias consecuciones. Así logramos asociarnos entre nosotros y con nuestros similares del extranjero, infundir ansias de superación y de perfeccionamiento en la colectividad, crear la primera Escuela Oficial adscrita a la Facultad de Medicina de Barcelona y proseguir la lucha encaminada a conseguir la independencia de la especialidad, desgajándola del tronco centenario que le dio el ser y creando una nueva Carrera propia, de la que pudieran esperarse autonomía plena y amplias atribuciones de ejercicio, sin las limitaciones presentes.

Se llega a conseguir la primera fase de esto último, con el Decreto de creación de la carrera que llega a publicarse en el Boletín Oficial del Estado. Pero dicho Decreto es prestamente recurrido por el Consejo Nacional de Practicantes-ATS, hoy desgraciadamente denominado de "enfermería", quedando anulado.

Con ello volvemos, dando un paso atrás, a nuestra actual situación de especialistas de ATS (o de enfermería para el que lo prefiera). Más tarde y tras de muchas gestiones y quizá algunos arrepentimientos (arrepentidos quiere Dios, dice el viejo refrán) el Consejo Nacional decide dar luz verde al informe favorable preceptivo, último y único trámite que al parecer faltaba para que el ansiado Decreto viera la luz. Pero ésta no se hace en nuestro firmamento, a pesar del tiempo transcurrido, ya más que prudencial. Oscuros nubarrones la ocultan por el momento.

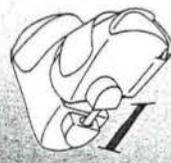
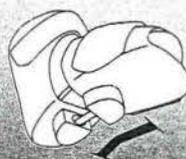
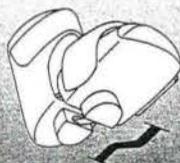
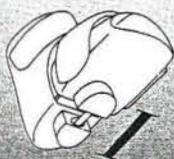
A todas estas, los A.T.S. (enfermeros como quieren ser algunos) obtienen oficialmente sus nuevas especialidades y entre la lista de ellas no aparece la Podología, cosa lógica ya que sería absurdo relacionar enfermería con Podología, aunque haya quien encuentre apetitoso nadar en ambas aguas. Pero ello plantea una situación curiosa e insólita: Si no somos profesión independiente porque el Decreto aún no aparece, ni tampoco especialistas de A.T.S. porque fuimos eliminados y no figuramos ya en su relación última, entonces queridos compañeros ¿QUE SOMOS?

Ante estas vaguedades y al margen de ellas, nuestra profesión o especialidad o como sea justo y legal denominarla, se perfecciona y avanza "por libre". Intentamos sentar cátedra presentando ponencias y conferencias que por ser pura y neta medicina interna, más nos sonrojan que nos divierten, que bien se adivina quiénes hay tras las mismas. Asistimos a cursos donde se instruye sobre técnicas que no podemos legalmente, por el momento, ejecutar. Fundamos rimbombantes Academias y Centros de Investigación de nivel superior, olvidándonos completamente de que en rigor, no podemos ni prescribir una simple vacuna antitetánica, tan necesaria en nuestro ejercicio, ni tan siquiera aplicarla sin prescripción médica. Que no podemos efectuar una mera infiltración anestésica, tan rutinaria en nuestra diaria quehacer, porque ello queda fuera de nuestras atribuciones y esto bien lo podría corroborar un compañero y querido amigo mío de esta Zona. No debemos ser visionarios, fantasiosos, soberbios ni prepotentes, pues en el momento menos deseado podemos quedar en ridículo y reducidos al papel auxiliar técnico que la Ley por el momento nos confiere y limita. Aparte de tener que responder en alguna circunstancia imprevista, de nuestra voluntaria extralimitación profesional. Todos conocemos casos o los hemos personalmente sufrido en algunas ocasiones, de críticas despiadadas y amenazantes a nuestra actuación, por parte de otros titulados de la sanidad, aludiendo despectivamente a nuestra condición legal.

Por todo esto que hemos expuesto de manera descarnada y sincera, sin dejarnos llevar por fantasías ni optimismo inoperantes que escuchamos con frecuencia y no creemos nunca, consideramos honestamente que el objetivo prioritario de todos nuestros esfuerzos, ha de estar enfocado y dirigido a la obtención del tantas veces anunciado y comentado DECRETO de creación de nuestra carrera como tal, que nos clasifique como profesionales propios e independientes, con derechos y obligaciones que nadie pueda poner en duda. A partir de ese momento, el resto vendría a nosotros como por añadidura.

Mientras ello no se logre y mal que nos pese, seguiremos siendo una rama hoy desaparecida, del antiguo Practicante que nos dio el ser. Con escasas y limitadas atribuciones, que entorpecen nuestra actuación haciéndola penosamente compatible con la ley. Aunque algunos soñadores o ilusos se llenen de siglas y referencias americanas, que aquí son papel mojado y a nosotros nos hacen sonreír tristemente.

Miguel Hernández de L. Muñoz  
Sta. Cruz de La Palma  
Canarias



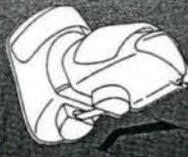
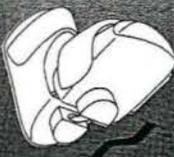
Talo valgo

(1) Posición neutra 90°

(2) Translación vertical

(3) Adducción

(4) Supinación



Talo

(1) Translación vertical

(2) Inclinación vertical



Varo

(1) Llevar el pie progresivamente hasta 90° (Posición neutra)

(2) Pronación

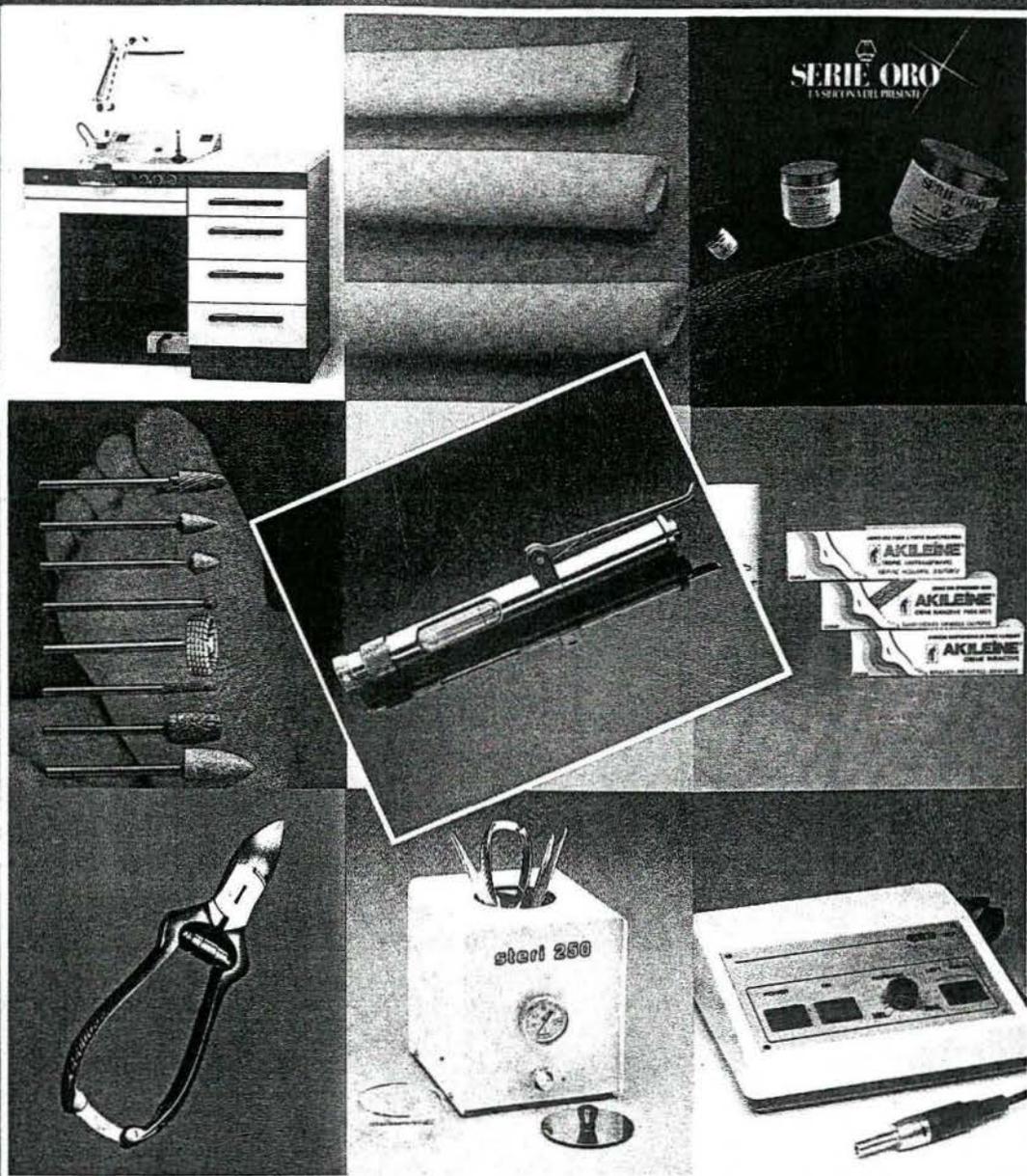


Supinado



Bébax®

un nuevo paso para el tratamiento de las deformidades congénitas en el pie del niño.



## UNA NUEVA MANERA DE HACER PODOLOGIA

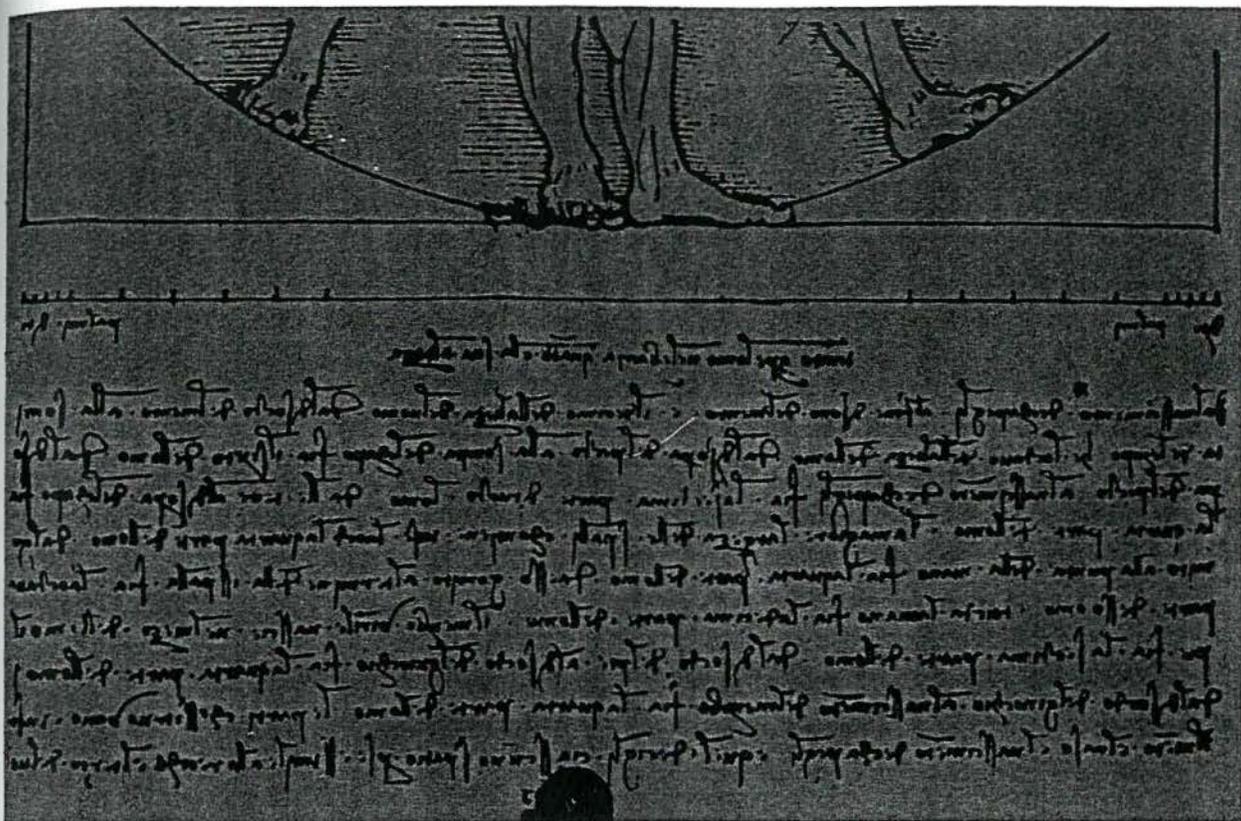
- EQUIPOS DE PODOLOGIA
- MOTORES Y TORNOS COLGANTES
- SILLONES PODOLOGICOS
- ACCESORIOS
- ESTERILIZADORES
- PODOSCOPIOS Y BANCOS DE MARCHA
- EQUIPAMIENTO
- SILICONAS PODOLOGICAS
- ARTICULOS DE USO CLINICO
- PRODUCTOS ADHESIVOS
- COMPLEMENTOS
- MATERIAS PRIMAS Y ORTOPEDIA
- ELECTROMEDICINA
- INSTRUMENTAL Y FRESAS

SOLICITE NUESTRO CATALOGO GENERAL.

**LUGA**  
SUMINISTROS MEDICOS

MADRID • Cerrteros Canillas, 99 • bajo • 28043 Madrid • Tels.: 200 34 69 - 759 46 65  
BARCELONA • Provenza, 281 - 1.º, 2.º • 08037 Barcelona • Tel.: 215 77 49





REVISTA  
ESPAÑOLA  
DE

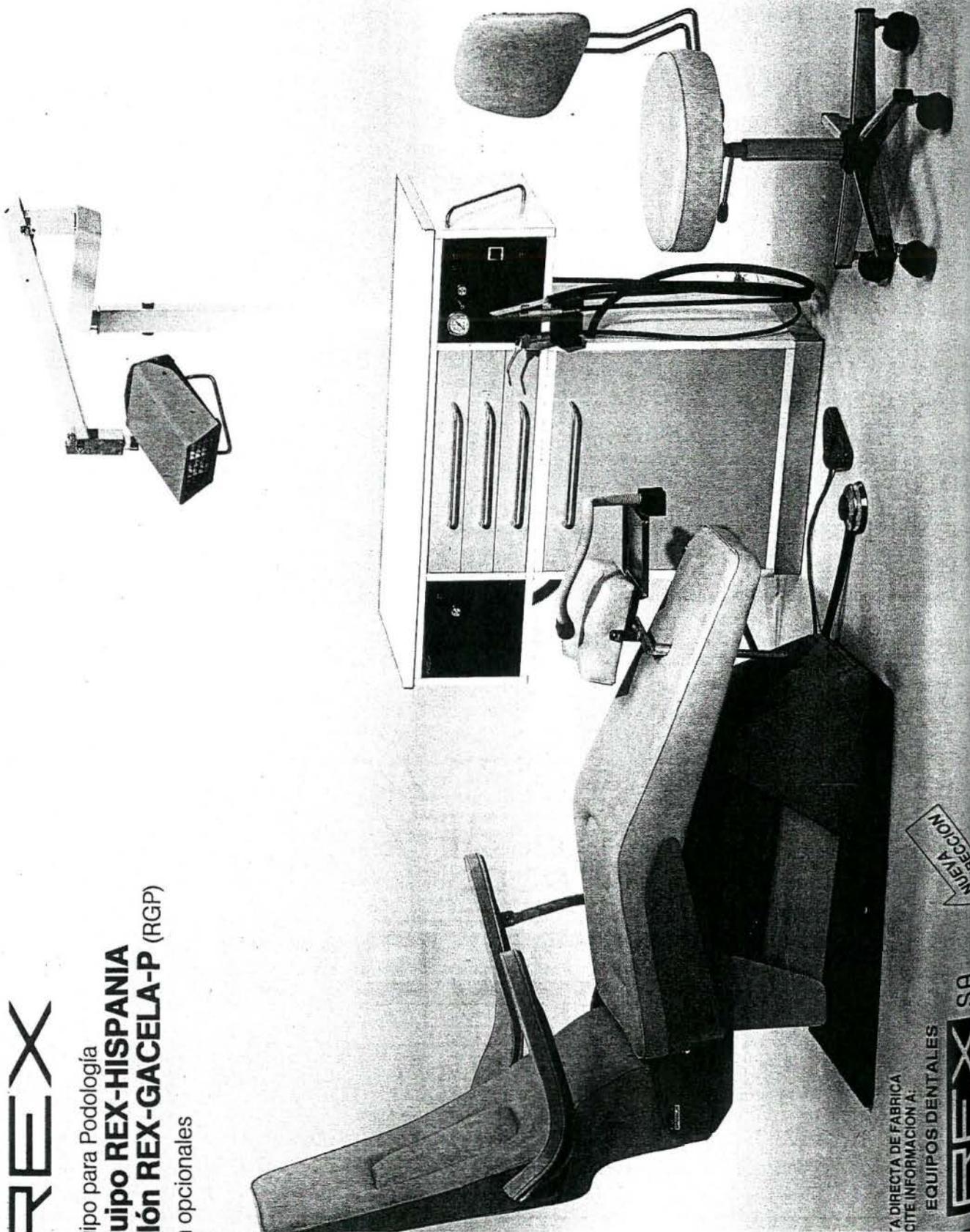
# PODOLOGIA

NOVIEMBRE-DICIEMBRE  
1987

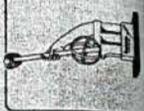
F.E.P.  
n.º 114

# REX

Equipo para Podología  
**Equipo REX-HISPANIA**  
**Modelo REX-GACELA-P (RGP)**  
Accesorios opcionales



MASTER INTERNACIONAL  
DE EMPRESAS



NUEVA  
DIRECCION

LA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

REX S.p.A.

MAXIMO PRECIO MAXIMA CALIDAD

# REVISTA ESPAÑOLA DE

# PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

F.E.P.

**Redacción:**

San Bernardo, 74  
Teléfono 231 50 44  
28015 - MADRID

**Director:**

Andrés Rueda Sánchez

**Redactor Jefe:**

J.J. Araolaza Lahidalga

**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

- 
- 2 EDITORIAL.
- 
- 3 PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE TRANSFORMAN LOS ESTUDIOS DE PODOLOGIA EN PRIMER CICLO UNIVERSITARIO CONDUCTENTE AL TITULO DE DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN PODOLOGIA.
- 
- 7 CIRCULAR INFORMATIVA.
- 
- 10 EL PIE CAVUS.
- 
- 16 FOTO-IMAGEN.
- 
- 18 PROGRAMA DE LAS V JORNADAS VASCONAVARRAS DE PODOLOGIA.
- 
- 19 FALLAS QUIRURGICAS DEL ANTEPIE Y DOS ALTERNATIVAS PODOLOGICAS COMO TRATAMIENTO.
- 
- 24 ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT.
-

*La Asamblea de Representantes celebrada en la señalada fecha del 12 de Diciembre, fue una gozosa ocasión de ver reunidas a todas las partes interesadas de la Podología con el objetivo de "sacar" el Real Decreto sobre estudios de Podología de la mejor forma posible.*

*Estaba el M.º de Educación y Ciencia en la persona del Subdirector de Ordenación Educativa, estaba el Consejo General de A.T.S. representado por su Presidente, estaban las Direcciones de las Escuelas y estaba el órgano representativo de los Podólogos, esto es, la Asamblea de Representantes de la Federación Española de Podólogos.*

*Era ya hora de ver esta conjunción en el interés común y han tenido que pasar muchas cosas para que paulatinamente haya sido esto posible. Sin que pretendamos olvidar lo ocurrido en muchos años de incompreensión, se trata de mirar hacia adelante y el objetivo es conseguir lo antes posible la disposición oficial que nos saque del vacío jurídico que nos ha dejado el Real Decreto sobre especialidades de Enfermería.*

*La valoración del texto propuesto, similar a los anteriores, podemos considerarlo como muy aceptable. Se han eliminado las referencias a la creación o transformación de las futuras Escuelas y el preámbulo está orientado a dar continuidad al proceso trazado con la anulación del Real Decreto del 80. Ahora hace falta que el último trámite, el Consejo de Ministros, no altere cosas substanciales.*

*Felicitemos a la Junta Directiva por haber sabido aprovechar el momento oportuno.*

## **Nuestro compañero Máximo González Jurado ha sido elegido Presidente del Consejo General de A.T.S. y D.E.**

*El día 12 de Diciembre ha sido también un día señalado por la toma de posesión como Presidente del Consejo General de A.T.S. y D.E. del podólogo cordobés D. Máximo González Jurado.*

*El acto tuvo lugar en el magnífico Colegio de A.T.S. de Madrid y con la presencia de las más altas personalidades del M.º de Sanidad y de la de numerosos Presidentes de Colegios Provinciales de A.T.S. y D.E. La elección es el reconocimiento a los muchos años de lucha en el seno de dicho Consejo, habiéndose ganado su confianza.*

*Felicitemos a nuestro compañero y le deseamos mucho éxito en su gestión para bien de todos y de la Sanidad en general.*



## MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

SECRETARIA DE ESTADO DE  
UNIVERSIDADES E INVESTIGACION

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 Disposición Transitoria segunda, apartado 7), de la Ley - 14/1.970, de 4 de agosto, General de Educación, dispone que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convertirán en Escuelas Universitarias, integración que establece posteriormente el Real Decreto 2128/77, de 23 de julio.

El Real Decreto 2966/1.980, de 12 de diciembre, incorporó - los estudios de Podología a la Universidad como Escuelas Universitarias, adaptándose de este modo a las estructuras organizativas previstas en la Ley General de Educación, y conforme al Decreto 2293/1.973, de 17 de agosto, regulador de las Escuelas Universitarias, derogando expresamente el Decreto 727/1.962. Por defecto de forma en su trámite administrativo, tras recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, al omitirse el preceptivo informe a que se refiere el artículo 130.4. de la Ley de Procedimiento Administrativo, en relación con los artículos 2.2. y 9.5. de la Ley 2/1.974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, el citado Real Decreto 2966/1.980 es anulado por Orden de 15 de febrero de 1.983 por la que se dispone el cumplimiento en sus propios términos, de la Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de octubre de 1.982, manteniéndose en consecuencia, regulados los estudios de Podología por el citado Decreto 727/1.962.

Producida una nueva regulación de las antiguas especialidades de Ayudantes Técnicos Sanitarios por el Real Decreto 992/1.987, de 3 de julio, que crea los nuevos Títulos de Enfermero Especialista y en el que no se hace referencia al título de Podólogo, resulta necesario definir el nuevo marco académico de esta titulación, en consonancia con los objetivos del anulado Real Decreto 2966/1.980.

Por otro lado, la experiencia obtenida desde la promulgación del Decreto 727/1.962, y la madurez alcanzada en las enseñanzas de Podología en las actuales Escuelas Oficiales de Podólogos, aconsejan una reglamentación ordenada y específica de los estudios de Podología con la incorporación de los mismos a la Universidad. Asimismo, dicha incorporación debe regularse a partir de la Ley de Reforma Universitaria, promulgada con posterioridad al Real Decreto anulado.



## MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

SECRETARIA DE ESTADO DE  
UNIVERSIDADES E INVESTIGACION

Por todo ello, de conformidad con la Ley 11/1.983, de Reforma Universitaria, y a propuesta del Ministro de Educación y Ciencia con informe preceptivo del Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería e informe favorable de la Junta Nacional de Universidades de acuerdo con el Consejo de Estado, y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día

### DISPONGO

Artículo 1º. - Las enseñanzas de Podología se estructurarán como un Primer Ciclo de la educación universitaria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 11/1.983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, el presente Real Decreto y demás normas a que se refiere el artículo 6º de la citada Ley.

Artículo 2º. - 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 11/1.983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria.

Artículo 3º. - 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 11/1.983, de 25 de agosto.

Las materias del Plan de Estudios de las enseñanzas de Podología que sean comunes a las de otros estudios universitarios oficiales del ámbito de la Salud, podrán ser cursadas por los alumnos de Podología, en los Centros que correspondan.

### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. - Los alumnos, que a la entrada en vigor del presente Real Decreto, hubieran iniciado estudios en las actuales Escuelas Oficiales de Podología, continuarán sus enseñanzas conforme a los planes y régimen vigentes en el momento de su matriculación. Quienes concluyan sus estudios en este supuesto, obtendrán el correspondiente

. . . / . . .



MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

SECRETARIA DE ESTADO DE  
UNIVERSIDADES E INVESTIGACION

Diploma de Podólogo, conforme a dicha legislación.

En todo caso, a partir de la publicación del presente Real Decreto, no se podrán realizar nuevas matrículas en los estudios regulados por el Decreto 727/1.962, de 29 de marzo.

Segunda. - 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.

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 2º del presente Real Decreto, deberán cumplir los requisitos que a tal fin se fijan por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Los efectos previstos por el artículo 1º, párrafo 2º y el párrafo 2º del artículo 5º del Decreto 727/1.962, 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 727/1.962, de 29 de marzo, salvo el párrafo 2º de su artículo 1º e igualmente el párrafo 2º de su artículo 5º, y demás disposiciones dictadas para su desarrollo en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto.

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA



*Federación Española de Podólogos*

PRESIDENCIA

SAN BERNARDO, 74 BAJO IZQUIERDA  
TELEFONO 231 50 44 - 28015 MADRID

**ASUNTO:**

**Circular informativa**

Estimado compañero:

Nuevamente me pongo en contacto contigo para seguir en línea a modo de conversación entre amigos sobre los temas de actualidad en nuestra profesión, así como de las actitudes que sobre ellos adoptamos desde la Junta Directiva.

Como sabes por la anterior comunicación, la estructuración interna de la Federación es uno de los objetivos a cubrir en el plazo más breve posible. Vaya en principio mi agradecimiento a los compañeros de la Aragonesa y Gallega. Mi felicitación por la celeridad en su proceso, que está ya totalmente ultimado por su parte y sólo pendientes de la preceptiva ratificación estatutaria por parte de la Asamblea General a celebrar el próximo día 12 de Diciembre.

Quisiera aprovechar aquí para exponer una pequeña reflexión del porqué del interés en estructurar internamente la F.E.P. y la necesidad de ello para TODOS nosotros.

1.º El Real Decreto regulador de Podología está en sus últimas fases y pronto esperamos que vea la luz.

2.º Nuestras funciones se siguen manteniendo como mínimos en el nuevo texto.

3.º A partir de la publicación y desarrollo del nuevo texto podremos iniciar a medio plazo el proceso de conversión en Colegios Profesionales.

4.º Lo previsor, deseable y operativo es que la estructura federativa sea lo más similar posible a la futura estructura colegial.

5.º Todo lo que avancemos ahora en esa dirección será trabajo hecho que facilitará una más rápida operatividad de los Colegios.

Honradamente, pienso que es momento de ser pragmáticos y realistas en nuestra situación actual y dedicarnos con interés a la consolidación de nuestras corporaciones.

Intimamente relacionado con esta cuestión está el proyecto de reforma de los Estatutos. Esta reforma se orienta en dos fases, una inmediata para "descorsetar" la rigidez actual que en unos momentos de transición requieren de elasticidad para ser funcionales. Una segunda fase sería más profunda y debería afectar tanto a los Estatutos federativos como a los de las Asociaciones Autonómicas, pues los aspectos de interrelación debe contemplarse de forma bilateral. Ni que decir tiene que esta tarea es propia de expertos en derecho, pero nuestra

"languidez" económica nos obliga a enfrentarnos a las situaciones desde nuestras posibilidades personales, por lo menos de primera intención.

Y ya que tocamos el tema económico, ¿dónde pueden ir a parar nuestras ilusiones si las envolvemos en una nube de miseria?

Cuando los canales de comunicación están "escañados" o son laberínticos y en función de esos canales deben circular los trasvases de las cuotas de asociados, ¿cómo podemos esperar que ese trasvase sea fluido? Desde la Tesorería de la F.E.P. se están haciendo esfuerzos para la normalización contable y estos esfuerzos deben ser comprendidos por todos. Pensemos simplemente que una Asamblea de Representantes asciende a más de 750.000 pts., que un informe jurídico normal hecho por amigos no baja de 150.000 pts. y así relataría un largo etcétera. Es necesario plantearnos el tema con rigor porque los gastos que se avecinan serán aún más cuantiosos que los actuales.

Pero es imposible hablar entre podólogos sin que no salga el tema del Decreto, ¿cómo está la situación? En estos días recibirás el último y esperemos definitivo texto. Como podrás observar, hay variaciones importantes respecto del borrador anterior. Pienso que el preámbulo es de destacar por cuanto se relaciona la situación con los acontecimientos inmediatos, es decir, con el abolido Decreto del 80, con el Decreto de especialidades de Enfermería y la consecuente laguna jurídica en que queda la profesión y su necesidad de regularla.

Para llegar a este punto ha sido necesaria una buena sintonía por parte de la Comisión Institucional de seguimiento que formamos en su día entre Federación, Consejo General y Escuelas. Se ha jugado fuerte, se ha buscado la política del hecho consumado para no dejar alternativas, se han utilizado contactos políticos directos e indirectos, etc..., etc... Pero la historia del Decreto no es sólo la historia de ahora ni la nuestra, esto son acontecimientos que hay que conectar con los pasados y que se conectarán con los que vengan y que son patrimonio de una profesión.

Volviendo al texto regulador, objetivamente pienso que desde el punto de vista profesional en sí es bueno, muy bueno. Utilizando palabras que no son mías se podría resumir diciendo que a nosotros se nos darán las funciones que en su día tengan los "nuevos", que a los "nuevos" se les darán las nuestras y que las que fijamos son las que definen los art. 1.º y 5.º en sus párrafos segundos de nuestro Decreto actual.

O sea, que el miedo que siempre hemos tenido de que al cambiar de estatus académico dejáramos en el camino funciones propias parece que tengamos que dejarlo de lado. La base de la que partiremos será lo mejor de lo que ahora tenemos, y esto como mínimo es en principio garantía de unos "mínimos". La lucha la debemos enfocar de ahí para arriba.

Desde el punto de vista académico y de planes de estudio, el texto nos remite a la Ley de Reforma Universitaria. Esta será la segunda parte de las negociaciones, tan importante como la primera, puesto que marcará el desarrollo del Decreto y será definitiva en cuanto al definitivo "rol" profesional.

En conjunto, creo que estamos en una situación similar a la que precedía a la aparición del Decreto en el 62. La evolución de la profesión y los profesionales de entonces a ahora ha sido importante y ahora tenemos que pensar que desde la plataforma que consigamos se realizará la proyección hacia el futuro. Vayamos a él con decisión, objetivos definidos, solidaridad y apoyo a nuestras instituciones. Todos lo necesitamos.

Un cordial saludo.

**Andrés Rueda. Presidente F.E.P.**

# RESTAURADOR MANTO ACIDO

# CP

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 FISIOLÓGICO de 5,5.**

Todo ello sin reacciones irritantes y/o alérgicas.

RESTAURADOR  
MANTO ACIDO  
C.P.I.  
ESPECIALIDAD DERMATOLÓGICA



Regula la hidratación de la piel.

Impide la inhibición proteica.

Da suavidad y flexibilidad a su piel.

Evita la descamación.

Amortigua las agresiones químicas y alcalinas.

Impide el desarrollo de microorganismos.

200 c.c. USO TOPICO

## 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

# EL PIE CAVUS

## CAUSAS, FORMAS CLINICAS, SINTOMAS, EVOLUCION Y TRATAMIENTOS



José Luis García Ramírez  
Podólogo  
Málaga

**PIE CAVUS.** Se caracteriza por un aumento de la bóveda plantar, debido a una supinación del retropié y a una pronación del antepié, a partir de la articulación de Chopart.

Al crecer en altura, el pie sufre un acortamiento, acercándose entre sí los dos pilares (anterior y posterior), que se hacen más verticales.

### CAUSAS

Se dividen en neurológicas y no neurológicas.

A) CAUSAS NEUROLOGICAS. Hay que averiguar donde está la causa que provoca la parálisis. Tenemos tres niveles donde se pueden provocar las parálisis del miembro inferior: Encéfalo, Médula espinal y Nervios periféricos.

1.º) PARALISIS POR LESION DEL ENCEFALO. Denominadas como "Síndrome o enfermedad de Little".

Se caracteriza por parálisis espástica (contractura muscular) que pueden afectar a las cuatro extremidades o a una sola y por alteraciones en el lenguaje. En la extremidad inferior observamos: El pie en equino-varus, la rodilla semiflexionada y el muslo en aducción entrecruzándolo uno por delante del otro en la marcha.

### CAUSAS DE LESIONES ENCEFALICAS:

a) Antes del parto o prenatales. Desde el momento de la concepción hasta que se inicia el parto:

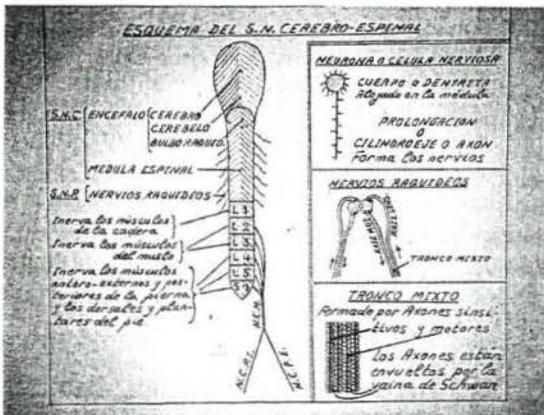
- Enfermedad de Riedreich: es una heredodegeneración espinocerebelosa.
- Enfermedad de Pierre Mari: es una heredodegeneración espinocerebelosa.
- Enfermedades y traumatismo de la madre durante el embarazo.
- Alcoholismo.
- Dietas deficientes, etc.

b) En el momento del parto. Desde que se inicia la función del parto hasta el alumbramiento:

- Partos dificultosos o acelerados.
- Eritroblastosis fetal.
- Asfixia del recién nacido, etc.

c) Después del parto o postnatales. Actúan después del nacimiento:

- Traumatismos.
- Infecciones.
- Asfixia.



- Fiebres muy altas.
- Hemorragias cerebrales, etc.

2.º PARALISIS POR LESION DE LA MEDULA ESPINAL. Se caracteriza por parálisis flácidas (flacidez muscular), en las cuales se pierden la fuerza y el tono muscular. Es consecuencia de una lesión de las astas anteriores de la médula espinal, a nivel de las vértebras: L4, L5 y S1.

#### CAUSAS DE LESIONES DE LA MEDULA ESPINAL:

a) Infecciosas. Siendo la más frecuente la Poliomieltis o Enfermedad de Haine-Medin, que está producida por un Enterovirus (entero digestivo) del tipo de los Neurotropos (afecta al S.N.C.). Estos virus se crían y se reproducen en el medio digestivo, pasando a la sangre y de ahí a las hastas anteriores de la médula, aunque puede ascender por la médula y llegar al bulbo y encéfalo.

b) Traumáticas. Heridas, contusiones, fracturas, intervenciones quirúrgicas, etc.

c) Inflamatorias. Compresión por un tumor, enfermedades tóxicas, etc.

d) Congénitas. Espinas bífidas (provoca hernia de la médula).

3.º PARALISIS POR LESION DE LOS NERVIOS PERIFERICOS. Una lesión a nivel del Nervio ciático mayor o de sus ramas: Ciático popliteo interno o Ciático popliteo externo, pueden ocasionar un pie cavus, según los músculos afectados.

#### CAUSAS DE LESIONES DE LOS NERVIOS PERIFERICOS

a) Neurotmesis. Sección completa del nervio (axones y vaina) apareciendo una parálisis total (sensitiva y motora). Es la peor lesión que puede tener un nervio, pues es imposible la regeneración espontánea. Por lo que será necesaria la intervención.

Causas: Heridas, fracturas, intervenciones quirúrgicas, etc.

b) Axonotmesis. Cuando los axones o cilindroejes están seccionados, pero no la vaina que lo recubre (Schwann). Su pronóstico es más favorable que el anterior, solamente hay que esperar que regenere el tejido nervioso lesionado.

Causas: Contusiones, fracturas, manipulaciones reductibles esforzadas, etc.

c) Neuropraxia. Bloqueo del nervio por compresión o contusión (los axones y vaina están intactos). Provoca parálisis temporal, que desaparece en días o semanas.

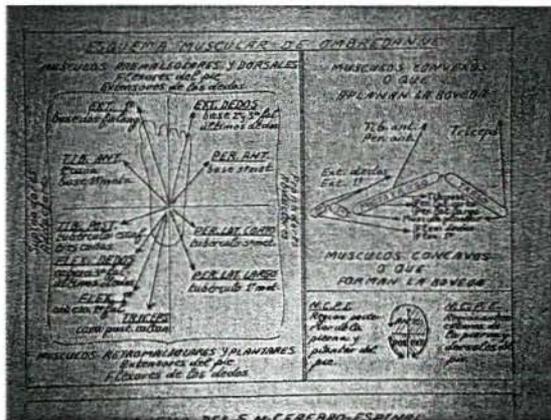
#### B) CAUSAS NO NEUROLOGICAS

- Enfermedad de Ledderhose o retracción de la aponeurosis plantar: es una esclerosis de la aponeurosis y puede estar producida por causas traumáticas o neurológicas.

- Retracción Cicatrizal: consecutivo a heridas o quemaduras de la planta del pie.

- Lesión del tendón de Aquiles: Puede ser de origen traumático u operatorio.

NOTA: Toda lesión Neurológica, bien sea encefálica, medular o periférica, que ocasione parálisis del N.C.P.I., son más graves que las de N.C.P.E., ya que puede ser causas de un mal perforante plantar. (Recordar que el N.C.P.I., inerva la región posterior de la pierna y plantar del pie).

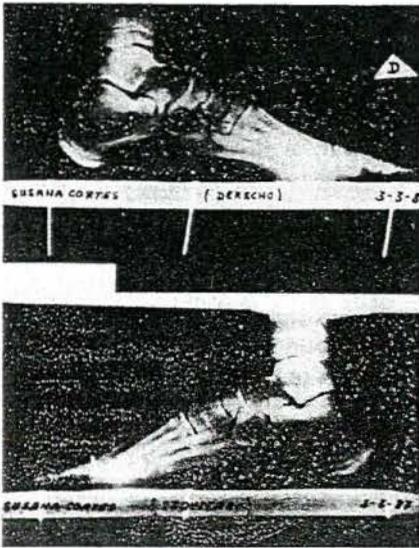


#### FORMAS CLINICAS

Hay tres clases de pies cavus: anterior, posterior y medio.

1.º PIE CAVUS ESENCIAL O ANTERIOR. Se caracteriza por un descenso del pilar anterior (metatarso) que se aproxima hacia el calcáneo y por una hiperextensión de la 1.ª falange y una flexión de la 2.ª falange. Puede ocasionarse de dos formas:

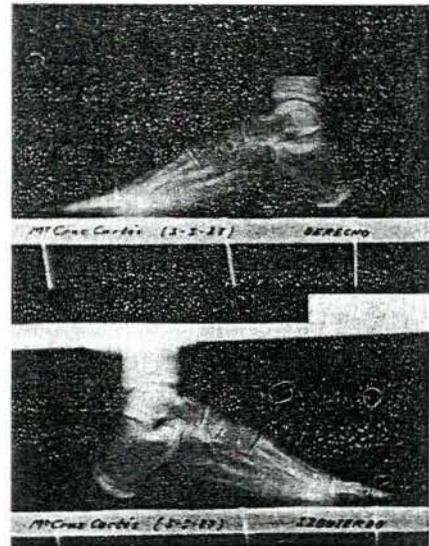
a) Una parálisis o impotencia del Tibial anterior o del Peroneo anterior, hace que



Se caracteriza por un descenso del pilar posterior (por verticalización del calcáneo), que se aproxima hacia el metatarso.

La parálisis o impotencia del Triceps, hace que el talón se aproxime hacia el metatarso, por predominar los músculos plantares. El talus se hace más acentuado debido a que el Tibial anterior y el Peroneo anterior predominan sobre el Triceps, inclinando el pie en flexión, por lo que el calcáneo se coloca más aún en posición vertical (toma la postura de culata de revólver).

3.º) PIE CAVUS MEDIO. Se caracteriza por un descenso de los dos pilares, debido a una contractura de los músculos plantares y una retracción de la aponeurosis plantar.



descienda el metatarso por predominar: el tibial posterior, el peroneo lateral largo, el peroneo lateral corto y los músculos plantares. Debido a este descenso, la cabeza del metatarsiano arrastra hacia abajo la base de la 1.ª falange, colocándola en hiper-extensión.

b) Una parálisis o impotencia del Flexor de los dedos o del Flexor del 1.º dedo, coloca la 1.ª falange en hiper-extensión por predominar el extensor de los dedos o el extensor del 1.º dedo. Debido a este descenso, la base de la 1.ª falange arrastra hacia abajo la cabeza del metatarsiano, por lo que desciende el metatarso (se aproxima al talón).

2.º) PIE CAVUS TALUS O POSTERIOR.



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 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**

Onicomycosis. Paroniquia.

#### **Contraindicaciones**

Dermatitis bacteriana.

#### **Incompatibilidades**

No se conocen.

#### **Efectos secundarios**

No se conocen.

#### **Presentación**

Frasco de 30 ml

#### **P.V.P.**

233,— Ptas.



## NATTERMANN

Estas tres clases de pies cavus, pueden presentarse solas o acompañadas de las siguientes desviaciones:

a) Varus o Supinación. Una parálisis o impotencia de los músculos Abductores-Pronadores (Extensor de los dedos, Peroneo anterior, Peroneo lateral corto y Peroneo lateral largo) colocan el pie en supinación por predominar los músculos Adductores-Supinadores.

b) Valgus o Pronación. Una parálisis o impotencia de los músculos Adductores-Supinadores (Extensor 1.º dedo, Tibial anterior, Tibial posterior, Flexor de los dedos, Flexor 1.º dedo y Triceps) colocar el pie en pronación por predominar los músculos Abductores-Pronadores.

c) Equino. Una parálisis o impotencia de los músculos Premaleolares (Extensor 1.º dedo, Extensor de los dedos, Tibial anterior y Peroneo anterior) colocan el pie en equino por predominar los músculos retromaleolares.

d) Talus. Una parálisis o impotencia de los músculos Retromaleolares (Tibial posterior, Flexor de los dedos, Flexor 1.º dedo, Triceps, Peroneo lateral largo y Peroneo lateral corto), colocan el pie en talus por predominar los músculos premaleolares.

## SINTOMAS

En la exploración tendremos en cuenta: la inspección, la huella plantar, el examen radiográfico y el examen neurológico.

### A) INSPECCION.

1.º) Andares de toreros. En la marcha observamos una adducción de los pies y una rotación interna de las piernas.

2.º) Aumento del arco intero. Podemos encontrarnos un pie más corto que otro, por lo que la deformidad puede ser asimétrica.

3.º) Dedos en garras. Por la hiperextensión de la 1.ª falange y la flexión de la 2.ª falange.

4.º) Línea de Helbing. Puede pasar por el borde interno o externo del talón, según rote el calcáneo a valgus o varus.

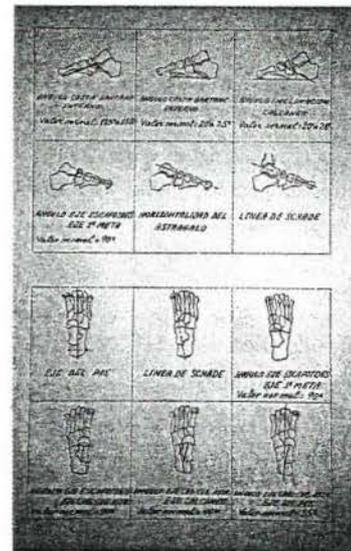
5.º) Línea de Feiss. Va desde la cara inferior de los dos sesamoideos a la punta del maleolo tibial. En un pie normal pasa por la tuberosidad del escafoides.

B) HUELLA PLANTAR. Tienen un valor de sospecha pero no de certeza. Hay huellas de pies pronados que nos confunden con la de un pie cavus. El estudio de la huella plantar se puede realizar a través del: podoscopio, fotopodogramas, podogramas, etc.

En la huella observamos un apoyo del pilar anterior y posterior, desapareciendo parcial o totalmente el apoyo del borde externo del pie.

Hay casos que no se aprecia la huella del pulpejo de los dedos, ya que éstos quedan sub-luxados hacia arriba, debido a los dedos en garra.

C) EXAMEN RADIOLOGICO. El examen lateral es más importante que el dorso-plantar.



### 1.º) PROYECCION LATERAL

- Angulo Costa Bartani interno. Va desde el punto más bajo de la astrágalo-escafoideas, a la tuberosidad postero-interna del calcáneo y a la cara inferior de las sesamoideos. Valor normal = 125° a 130° (en el pie cavus mide menos).

- Angulo de Costa Bartani externo. Va desde la tuberosidad postero-externa del calcáneo, al punto más bajo de la calcáneo-cuboidea y a la cara inferior de la cabeza del 5.º meta. Valor normal = 20 a 25° (en el pie cavus mide más).

- Angulo inclinación calcáneo. Formado por el eje de la base del hueso, con la ho-

rizontalidad del suelo. Valor normal = 20 a 28° (en el pie cavus mide más).

– Angulo eje escafoides y eje 1.º meta. Se traza una recta que unan los dos puntos posteriores del escafoides, se busca el centro y desde aquí se traza una línea que pase por el eje del 1.º meta. Valor normal 90° (en el pie cavus mide menos).

– Horizontalidad del astrágalo. El eje del cuello y cabeza del astrágalo se continúa con el eje del 1.º meta (en el pie cavus pasa por encima).

– Línea de Schade. Es la prolongación del eje del 1.º meta, pasando por los ejes de la 1.ª cuña, escafoides, cabeza-cuello del astrágalo y punta del maleolo intero (en el pie cavus pasa por encima).

– Línea de Feiss. Va desde la cara inferior de los sesamoideos a la punta del maleolo interno, pasando por la tuberosidad del escafoides. (En el pie cavus pasa por encima). Tiene poca aplicación en el examen radiológico.

## 2.º) PROYECCION DORSO-PLANTAR

– Eje del pie. Punto medio entre los bordes externos de las cabezas del 1.º y 5.º meta, y punto medio del calcáneo. El eje del pie será la recta que une los dos puntos medio y pasará por el borde externo del 2.º meta.

– Línea de Schade. Es la prolongación del eje del 1.º meta, pasando por los ejes de la 1.ª cuña, escafoides y cabeza-cuello del astrágalo.

– Angulo eje escafoides y eje 1.º meta. Se traza una recta que una los dos puntos posteriores del escafoides, se busca el centro y desde aquí se traza una línea que pase por el eje del 1.º meta. Valor normal 90° (sirve para medir la adducción).

– Angulo eje escafoides y eje cabeza-cuello astrágalo. Se traza una recta que una los dos puntos posteriores del escafoides, se busca el centro y desde aquí se traza una línea que pase por el eje de la cabeza y cuello del astrágalo. Valor normal 90° (sirve para medir la pronación).

– Angulo eje cabeza-cuello astrágalo y eje del calcáneo. Valor normal 40°.

– Angulo eje cabeza-cuello astrágalo y eje del pie. Valor normal 15°.

– Angulo de longitud metatarsal. Formado por la tangente de las cabezas del 1.º y 2.º meta y con la tangente de los metas 3.º, 4.º y 5.º. Valor normal = 142 a 143°.

## D) EXAMEN NEUROLOGICO

– Reflejos del cuadriceps. Se hace sentado, con las piernas colgando y los pies sin llegar al suelo. Con el martillo percutor se golpea en el tendón del cuadriceps. De ser malo o nulo, hay afección en la L2 y L3.

– Reflejos del Tendón de Aquiles. Se hace de rodillas en una silla y con los pies fuera de ella. Con el martillo percutor se golpea en el tendón de Aquiles. De ser malo o nulo, hay afección en la L4, L5 y S1.

## EVOLUCION

Encontramos dos fases: reductible e irreductible.

A) FASE REDUCTIBLE. Durante esta fase nosotros podemos manualmente reducir la deformidad, presionando hacia arriba en la región metatarso-falángica, quedando el pie en posición normal. Al dejar de presionar, el pie, automáticamente recupera la deformidad como impulsado por un resorte.

B) FASE IRREDUCTIBLE. De un modo lento, la deformidad se acentúa y se hace irreductible. Esta irreductibilidad es debida a la retracción de las partes blandas: aponeurosis plantar, músculos plantares y aún de la piel. Si intentamos practicar la maniobra descrita para la fase reductible, veremos que la reducción ya no es posible.

## TRATAMIENTO

Según en la fase que esté el pie, así será el tratamiento:

### A) TRATAMIENTO EN FASE REDUCTIBLE

1.º) REHABILITACION. Hay que distender y relajar los músculos que mantienen la deformidad y potenciar el tono muscular de los antagonistas.

2.º) ORTOPEDIA. Mediante plantillas y calzados ortopédicos. Las plantillas pueden llevar:

– Barra metatarsal. Para elevar y descargar los metatarisanos.

– Arco longitudinal externo. Para corregir la supinación mediotarsal.

- Cuña pronadora de retropié. Para corregir el varus de talón.

- Cuña supinadora de retropié. Para corregir el valgus de talón.

## B) TRATAMIENTO EN FASE IRREDUCTIBLE

El tratamiento será quirúrgico y recurriremos a las siguientes intervenciones:

- Artrodesis de la Subastragalina. Para inmovilizarla.

Para corregir el varus de talón, se reseca una cuña ósea en la base externa.

- Osteotomía de la Chopart. Seccionarla para alinear los arcos.

- Trasplantes musculares.

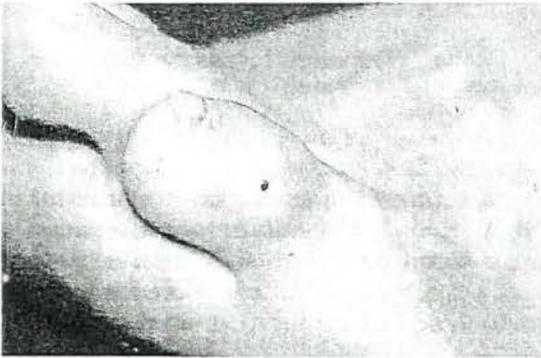
- Seccionar la aponeurosis plantar.

- Etc.

---

---

# FOTO-IMAGEN



Heloma dorsal recalcitrante con ulceración fistulizada que no responde a tratamiento habitual.



La radiografía muestra absceso de imagen densa de tipo cálcico. Tras intervención evacuadora se da solución al proceso.



Deformidad 4.º dedo con ulceración constante en articulación interfalángica.



Tratamiento quirúrgico por M.I.S. realizando tenotomía y exosticeptomía dorsal.

J.J.A.  
(A.C.A.P.)

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F.**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

CONTRAFUERTE  
DE HELFET indeformable  
rebatido a alta presión,  
(que no se debilita con el  
calor natural de la  
deambulacion).

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.

SERVICIO INME-  
DIATO mediante STOCK  
de gran capacidad. (Di-  
recto 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 ASIEN-  
TO del calzado en todos los  
modelos (tacón y piso en el  
mismo plano), a un cuando  
vayan provistos de cuñas  
básicas opcionales.

SUELA Y ENTRE-  
SUELA de crupón de cu-  
ero de curtición lenta natu-  
ral, transpirable y repe-  
lente del agua.

MATERIALES  
de máxima calidad con  
un acabado en con-  
sonancia.



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 BÁSICA.
- 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 63973 PFVI E



EUSKAL PODOLOGOEN ELKARTEA  
ASOCIACION VASCO-NAVARRA DE PODOLOGOS

SECRETARIA GENERAL  
Juan XXIII, 2 - 1.º  
SANTURCE 48980

# PROGRAMA DE LAS V JORNADAS VASCONAVARRAS DE PODOLOGIA

## DIA 19 DE MARZO (SABADO)

- 9,00 h. Entrega de documentación y apertura de exposición comercial.
- 10,00 h. Inauguración oficial de las Jornadas.
- 10,30 h. 1.ª Ponencia: CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION EN EL ESPOLON CALCANEO.  
Podólogo: D. Bernardo Mercado.
- 11,00 h. 2.ª Ponencia: MICOSIS EN EL PIE.  
Dr. D. José Luis Cañada.
- 11,30 h. Descanso y visita a la exposición comercial.
- 12,00 h. 3.ª Ponencia: ESTUDIO DE DIVERSAS IMPRONTAS PLANTARES PARA POSTERIOR CONFECCION DEL TRATAMIENTO ORTOPODOLÓGICO.  
Podólogo: D. Juan Ramón García Monzón.
- 12,30 h. Coloquio con los conferenciantes.
- 14,00 h. Comida de trabajo.
- 16,00 h. 4.ª Ponencia: LA ORTONIXIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PATOLOGIA UNGUEAL. (Vídeo).  
Podólogo: D. Juan Manuel Baez.
- 16,30 h. 5.ª Ponencia: LA RESPONSABILIDAD JURIDICA DEL PODOLOGO EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION.  
Abogado y Podólogo: D. Félix Alonso Royano.

- 17,00 h. 6.ª Ponencia: NUEVO CONCEPTO DE LA BIOMECANICA DEL PIE. TRATAMIENTO.  
Centre Therapeutic Podologic.
- 17,30 h. Coloquio con los conferenciantes.

## DIA 20 DE MARZO (DOMINGO)

- 10,00 h. 7.ª Ponencia: CAMPO DE APLICACION DE LA CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION.  
Podólogo: D. Juan José Araolaza. (A.C.A.P.)
- 10,30 h. 8.ª Ponencia: EL DIAGNOSTICO DE LA MARCHA Y A TRAVES DE LA MARCHA. (Vídeo).  
Podólogo: D. Manuel Delgado.
- 11,00 h. 9.ª Ponencia: PIE Y ESTADISTICA.  
Podólogo: D. Manuel Yáñez.
- 11,30 h. 10.ª Ponencia: TRATAMIENTO POR OLIGOELEMENTOS DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO OSEO.  
PREPARACION A LA CIRUGIA POR HOMEOPATIA  
Podólogo: D. Angel F. Cabezón.
- 12,30 h. Clausura de las Jornadas y entrega de diplomas.

# FALLAS QUIRURGICAS DEL ANTEPIE Y DOS ALTERNATIVAS PODOLOGICAS COMO TRATAMIENTO

## CIRUGIA DE LA MINIMA INCISION

PODOLOGO  
M. ALBALA VALLE

**HISTORIAL CLINICO.** R.M.C., mujer de cincuenta y seis años, fue intervenida quirúrgicamente del hallux valgus del pie izquierdo, a consecuencia de la intervención presenta anquilosamiento de la articulación metatarsofalángica del primer radio (hallux-rigidus), y el segundo dedo en garra.

Acude a mi consulta aquejándose del segundo dedo en garra del mismo pie, con un tiloma infectado en la cara dorsal de la articulación interfalángica proximal, como consecuencia del anquilosamiento articular y el roce continuado con el calzado.

Los primeros cuidados que le practiqué, fueron controlarle la infección con pomada de Alantomicina Complex, desapareciendo a los pocos días la infección. Para evitar recidivas, le recomiendo la PRIMERA ALTERNATIVA PODOLOGICA.

**PRIMERA ALTERNATIVA:** En un calzado con pala alta, que cubra el antepié dos o tres centímetros por detrás de las cabezas de los metas, le aplico una cresta de silicona por las caras dorsales de los tres dedos centrales, con ventana en la articulación interfalángica proximal del segundo dedo, y sujeta la cresta entre los espacios interdigitales primero y cuarto, los resultados fueron muy satisfactorios.

Pasado tres meses desde la aplicación de la cresta, se presenta nuevamente la paciente y me dice que no está conforme con el zapato que la prótesis requiere, argumentándome que sus compromisos sociales le exigen otro modelo de calzado, en este caso, le recomiendo la SEGUNDA ALTERNATIVA PODOLOGICA.

En la radiografía Fig. 5, puede apreciarse que el segundo dedo está en garra con anquilosamiento de la interfalángica proxi-

mal, cuya postura anula la función de los tendones del dedo.



Fig. 5.

La terapia que le recomiendo en este caso, es la quirúrgica por la mínima incisión como SEGUNDA ALTERNATIVA, consistiendo en desbridar la cápsula interfalángica proximal, restaurando las carillas articulares y tenotomías de los extensores y flexores del dedo afectado.

**EXAMEN PREQUIRURGICO:** Radiografía dorsoplantar y lateral del dedo a operar.

Análítica:

T. de Hemorragia  
T. de Coagulación  
Protrombina  
Glucemia  
A. Urico  
Colesterol  
V.S.G.

Examen complementario: Registro Doppler de la tibial posterior y de la pedia, Pletismografía, Tensión arterial y Temperatura.

## INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO

Betadine jabón.

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**ALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

Betadine solución antiséptica.  
 Solución de Armil al 17% en agua destilada 500 c.c.  
 Recipiente de cristal con tapadera para esterilizar el instrumental.  
 Guantes quirúrgicos estériles.  
 Venda de gasa 5 x 7 esterilizada (una).  
 Compresas estériles.  
 Compresas de rayon impregnadas en Betadine sol. antiséptica.  
 Una ampolla Scandicain al 2% de 10 c.c.  
 Una ampolla Fortecortin de 1 c.c. (4 mm).  
 Una jeringa y aguja estériles de insulina.  
 Esparadrupo.  
 Una venda cohesiva.  
 Una hoja de bisturí Beaver n.º 67 y mango estéril.  
 Un botador dental plano y muy fino.  
 Pieza de mano esterilizada.  
 Una fresa para hueso del n.º MTM-1.  
 Una pinza Pean.  
 Una tijera recta.

Todo el instrumental esterilizado en la solución de Armil al 17%, durante veinticuatro horas en recipiente de cristal con tapadera, menos la pieza de mano que será esterilizada en vapores de paraformaldeido.

## MEDICAMENTOS POSTQUIRURGICOS

Eritromicina de 500 mm cápsulas.

**INTERVENCION QUIRURGICA.** Después de lavar el pie con BETADINE JABON, píncelo ampliamente la zona a operar con BETADINE SOLUCION ANTISEPTICA, seguido de un vendaje que cubra todo el pie menos el campo operatorio, la venda de gasa de 5 x 7 esterilizada en vapor de paraformaldeido.

Procedo a la infiltración del anestésico, inyectando tres centímetros cúbicos, repartidos en los laterales de la articulación metatarsofalángica y paralelamente en los tendones flexores y extensores del dedo según Fig. 1, utilizo la siguiente fórmula para el bloqueo:

UNA AMPOLLA DE SACANDICAIN AL 2% DE 10 C.C.

UNA AMPOLLA DE FORTECORTIN DE 4 mg DE 1 C.C.

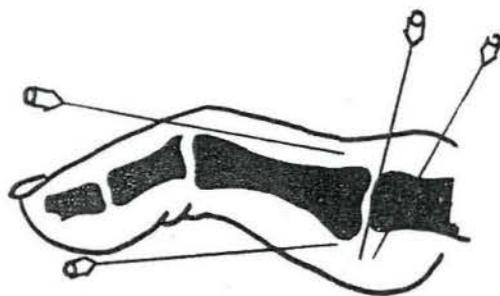


Fig. 1. Infiltración anestésica.

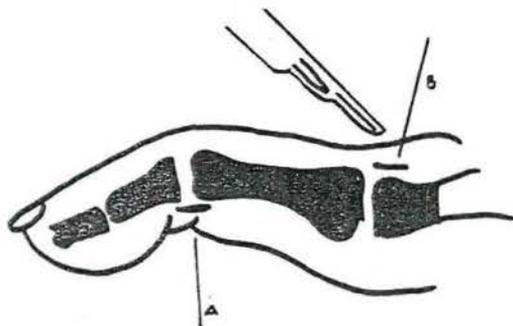


Fig. 2 (A). Incisión para abordar la cápsula articular y los flexores. (B). Para tenotomías de los extensores.

Como dije arriba, sólo utilizo de la mezcla, tres centímetros cúbicos y el sobrante me sirve para el lavado postquirúrgico. Equipado con bata, mascarilla, gorro y guantes estériles, con una hoja de bisturí Beaver n.º 67, practico una incisión de unos tres milímetros en el lateral y paralelo al eje del dedo, a la altura de la interfalángica proximal, por la misma incisión, clavo la hoja del bisturí hasta la cápsula articular abriéndola, una vez abierta, la dilato y separo las carillas articulares con el botador según Fig. 3. Acto

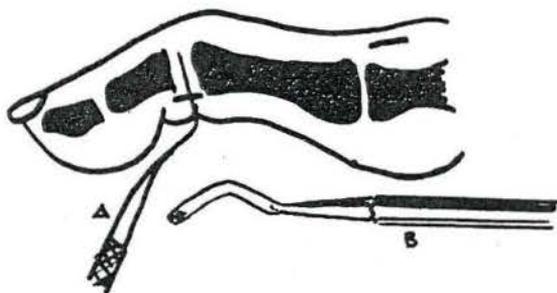


Fig. 3. Dilatación de la cápsula y separación de las carillas articulares. (A). Botador de perfil. (B). Por la cara plana.

seguido y con una fresa MTM n.º 1 para artroplásticas, aliso las superficies de las carillas articulares de todos los osteofitos acumulados en ellas, Fig. 4.

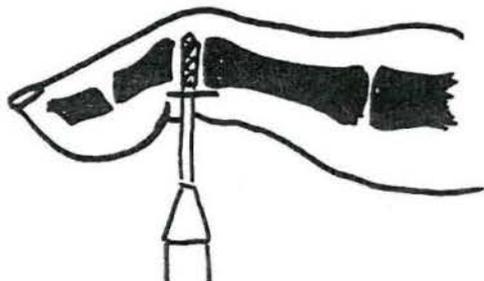


Fig. 4. Restauración o cepillado de las carillas articulares con fresa MTM-1 para artroplastias.

Si después de practicada la artroplastia del dedo sigue flexionado, le practico tenotomías de los extensores del dedo, si por el contrario, al efectuar la artroplastia las falanges quedan alineadas, no es aconsejable las tenotomías, pero en este caso, sí tuve que practicarle las tenotomías de los extensores y también de los flexores, cuya técnica es bien conocida por los especialistas en podología. La Fig. 2, muestra la zona donde debe practicarse las incisiones, para abordar la cápsula y los tendones.

Terminada la intervención, lavo las heridas con el sobrante de la fórmula anestésica, una compresa de tela de rayon impregnada en BETADINE SOL. ANTISEPTICA, una

capa de compresa estéril y tres vueltas de venda cohesiva fijada con esparadrapo y doy por finalizada la operación.

**CUIDADOS POSQUIRURGICOS.** Una cápsula de PANTOMICINA de 500/mg, terminada la intervención y otra cápsula a las cuatro horas, si presenta dolor, caso muy raro, una analgésico cualquiera.

Deambulación normal, colocándole una bolsa de plástico sobre el vendaje para que no manche el calzado, y éste, con ventana suficientemente grande para que no presione la zona operada.

La primera cura se la hago a las veinticuatro horas, las restantes cada cuatro días.

El edema postquirúrgico desaparece aproximadamente a los treinta días, momento este para colocarle una férula de SILICONA DURA que mantenga el dedo en su postura correcta durante cuatro o cinco meses para que asegure el éxito.

Mi profesor el Doctor A. Brown, recomienda el siguiente protocolo quirúrgico para la mínima incisión:

1.º) No debe operarse los dos pies al mismo tiempo.

2.º) Al operar huesos y tendones, debe respetarse el siguiente orden, primero los huesos y segundo los tendones.

# PEUSEK®

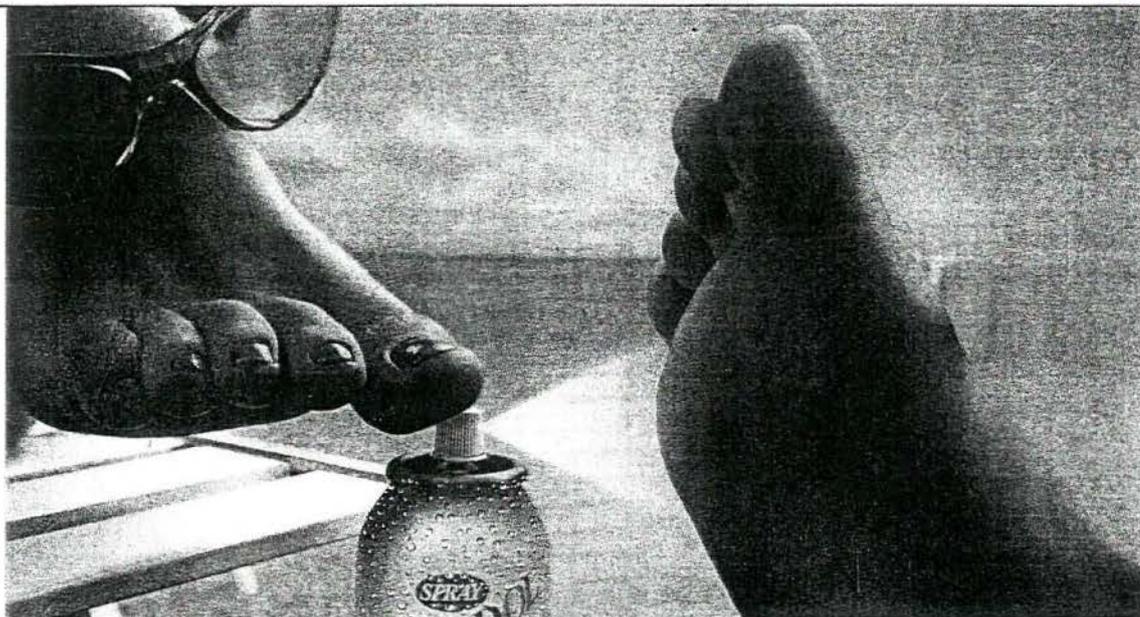
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

# ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT

TRABAJO ELABORADO POR EL EQUIPO DOCENTE Y ALUMNADO DE LA ESCUELA DE PODOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA

Este trabajo comenzó a tomar cuerpo cuando la Regiduría de Sanidad de Hospitalet de Llobregat, formuló una petición a la Escuela de Podología de Barcelona para que diseñara un tipo de calzado adaptable a la multiplicidad de funciones de su Guardia Urbana, aprovechando la buena interrelación y el clima de cordialidad existentes entre el Ayuntamiento y la Escuela.

Puesto que carecíamos de datos concretos en cuanto a las necesidades y problemas específicos de cada uno de los componentes

del Cuerpo, del tipo de Servicio que realizaban, o de sus medidas antropométricas, se impuso la necesidad de realizar un estudio podológico previo a la emisión del informe, para que el diseño resultante, contase con una base sólida y, de este modo, la adecuación a cada una de las prestaciones esperadas fuese de gran funcionalidad.

Para conseguir nuestro objetivo, comenzamos a confeccionar una historia clínica pautada, adaptándola al tipo de datos que interesaba recopilar.

## 1.- Datos Personales

1.º Apellido ..... 2.º Apellido ..... Nombre .....  
 Años de servicio ..... Peso ..... Talla .....

## 2.- Tipo de servicio

1 - Oficinas	<input type="checkbox"/>	Estática	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos ..... Día
		Dinámica	<input type="checkbox"/>	Horas día	
2 - Calle	<input type="checkbox"/>	Estática	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos ..... Día
		Dinámica	<input type="checkbox"/>	Horas día	
3 - Coche	<input type="checkbox"/>	En marcha aprox.	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos ..... Día
		Estacionado aprox.	<input type="checkbox"/>	Horas día	
4 - Moto	<input type="checkbox"/>	En marcha aprox.	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos ..... Día
		Estacionado aprox.	<input type="checkbox"/>	Horas día	
5 - Mixto	<input type="checkbox"/>	Tipos .....			Turnos ..... Día

### 3.- Tipo de calzado que usa durante el trabajo

Blucher	<input type="checkbox"/>	Botina	<input type="checkbox"/>	Bota alta	<input type="checkbox"/>	Mocasín	<input type="checkbox"/>
Deportiva	<input type="checkbox"/>	Bota agua	<input type="checkbox"/>	Otras .....			
Material suela zapato:		Blanda	<input type="checkbox"/>			Dura	<input type="checkbox"/>

Como pueden observar, aparte de la filiación, el peso, la talla y los años de servicio en el Cuerpo, se recoge el máximo de datos posibles acerca de:

- El tipo de Servicio de cada Agente, tanto el actual como los anteriormente prestados.

- Las condiciones en que se prestaba, es decir, si la posición habitual era de pie estático (puntos fijos), en sedestación por trabajo administrativo, si pilotaba un coche patrulla, o una motocicleta y de qué tipo. (D. I-II-III).

- Las actitudes posturales más habituales para el desarrollo del Servicio, como posición de pies para frenar, pararse, cambiar de marcha o accionar la palanca de arranque, o las posturas estáticas más frecuentes en los puntos fijos.

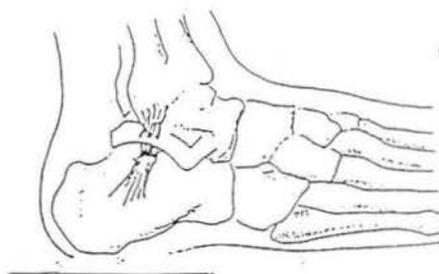
Una vez obtenidas estas notas preclínicas, continuamos con los antecedentes familiares y personales, tanto somáticos como psíquicos.

### 5.- Antecedentes personales

#### a) Patología ósea:

En tratamiento      Si       No

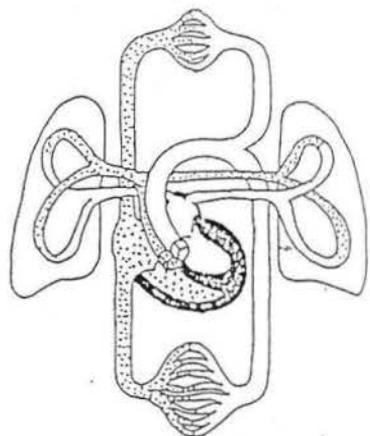
Artrosis	<input type="checkbox"/>	.....
Artritis	<input type="checkbox"/>	.....
Trumatismos	<input type="checkbox"/>	.....
Otras	<input type="checkbox"/>	.....



#### b) Patologías cardiovasculares:

En tratamiento      Si       No

Síndromes varicosos	<input type="checkbox"/>	.....
Arteriopatías	<input type="checkbox"/>	.....
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	.....
Otras	<input type="checkbox"/>	.....



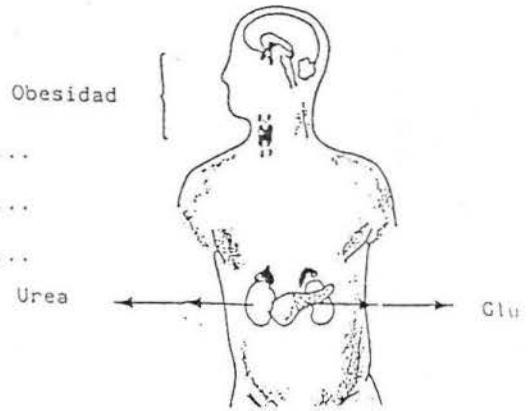
c) Patología endocrina:

En tratamiento Si  No

Diabetes  .....

Gota  .....

Sobrecarga ponderal  .....



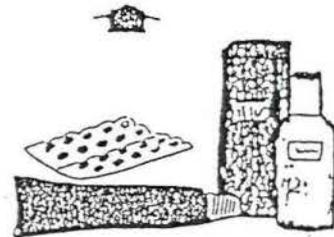
d) Patología alérgica:

En tratamiento Si  No

Sensibilidades generales  .....

Sensibilidades específicas  .....

Otras  .....



e) Patología psiquiátrica:

En tratamiento: Si  No

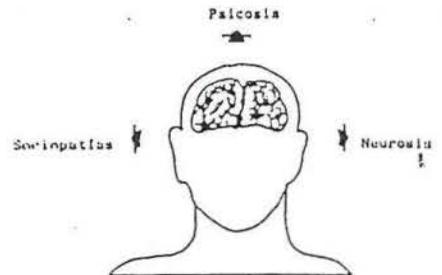
Psicosis  .....

Neurosis  .....

Sociopatías  .....

Manifestaciones psicósomáticas  .....

(Palpitaciones, enrojecimientos, sudoración, asma, ulcus...)  .....



f) Hábitos (factores de riesgo)

Tabaco	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipo y cantidad aprox. ....
Alcohol	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipo y cantidad aprox. ....
Drogas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipo y cantidad aprox. ....
Estimulantes (café, té, colas...)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipos y cantidad aprox. ....
Prácticas deportivas	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipo y cantidad aprox. ....
Stress	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Tipos .....

(Status familiar y socio-económico)

NOVEDAD

# Canestén® polvo

## Los hongos desaparecen 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.

### EFFECTOS 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	374,-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

#### Canestén polvo

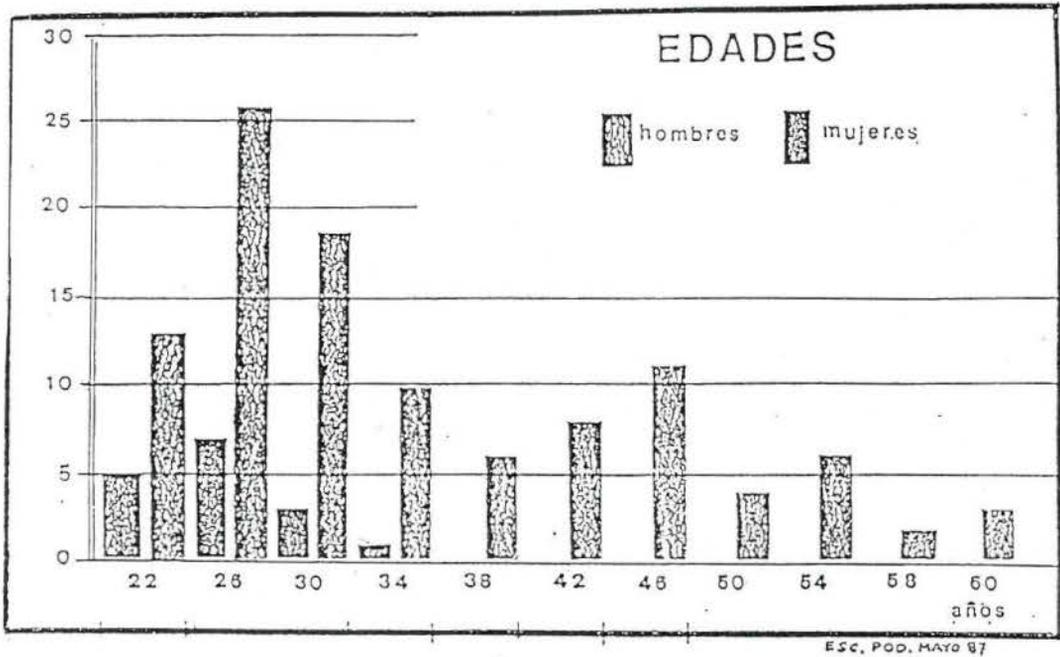
Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,-



**Bayer**

**Antimicóticos**

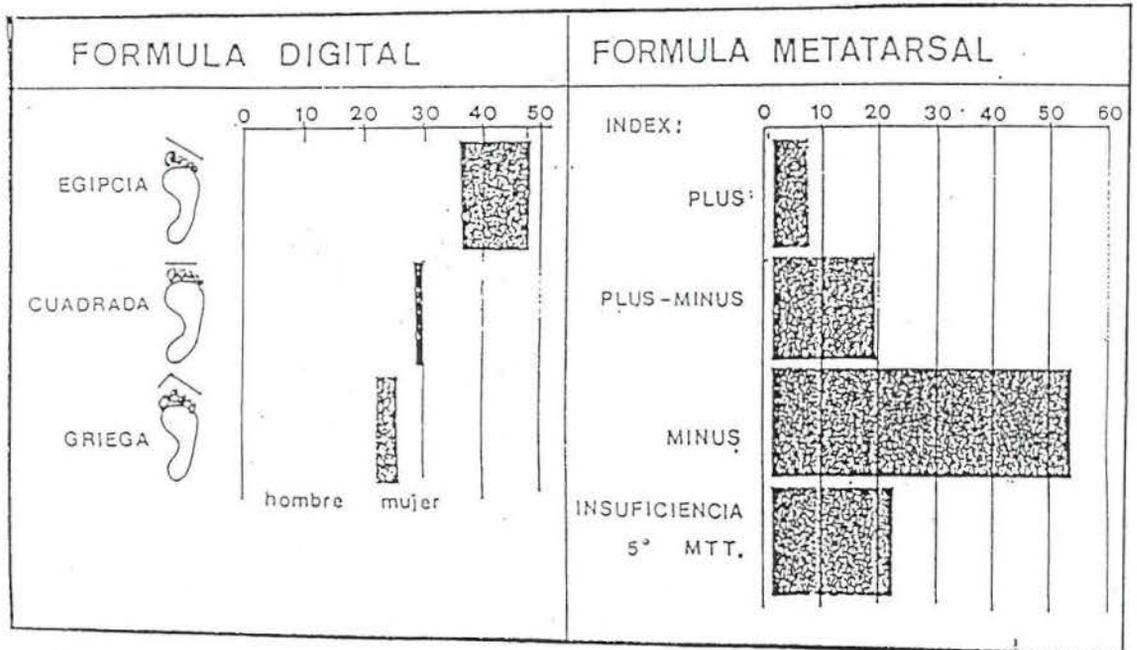
## TABULACION DE DATOS



El número de Policías codificado fue de 153; 153 varones y 18 mujeres.

Observamos que los límites de edad oscilan entre los 22 y los 60 años, que la edad más frecuente, es decir la moda, está en 26 años y que la edad media oscila alrededor de los 41.

Después de conseguir esta abundante información se pasa a la clínica podológica propiamente dicha, comenzando la exploración con las fórmulas metatarsales y digital.

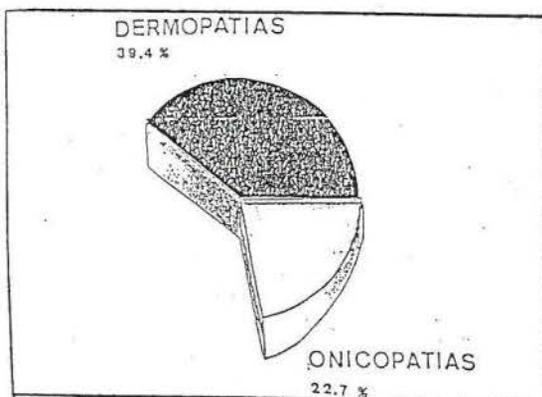


En la gráfica se puede observar cómo predominan los pies de tipo Egipcio. Paradójicamente la fórmula metatarsal Index-Plus es la menos numerosa.

Por otra parte, casi un 40% de los censados presentaba algún tipo de dermatopatía, con la siguiente distribución:

a) Entre los grupos de mayor edad e independientemente de su destino, predominaron las Queratopatías en cabezas metatarsales y dedos y

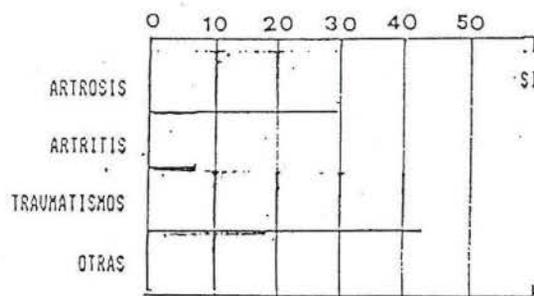
b) Las podomicosis eran más frecuentes entre los motoristas, a causa seguramente de su bota alta reglamentaria.



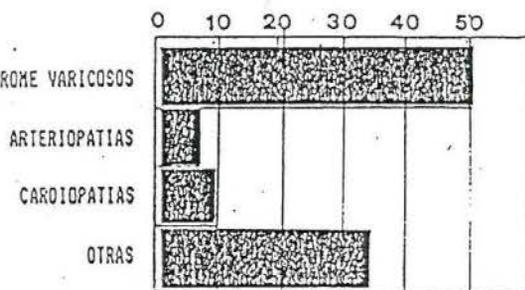
### ANTECEDENTES PERSONALES

Casi un 90% de los Agentes relataron antecedentes osteo-articulares, especialmente traumáticos, y un 20% de ellos hicieron refe-

rencia a procesos cardio-vasculares y circulatorios, predominando los síndromes varicosos.



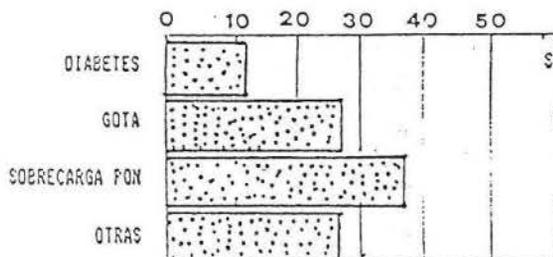
a - PATOLOGIA OSEA 87,5 %



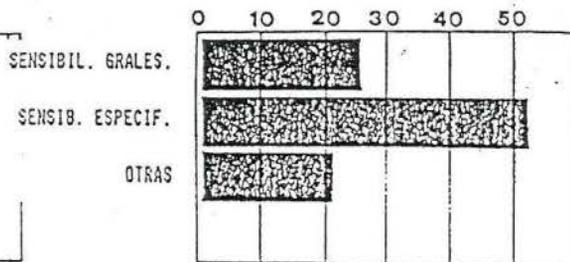
b - PAT. CARDIOVASCULARES 21 %

Los antecedentes endocrinos oscilan alrededor del 20% con predominio de la sobrecarga ponderal.

Más de un 30% refiere hipersensibilidad alergizante, pero generalmente muy específica y medicamentosa.



c - PAT. ENDOCRINA 19 %



d - PAT. ALERGICA 35 %

SILICONAS HISPANIA, S.A., avalada por sus más de 30 años de experiencia en la fabricación de siliconas, presenta EMULSIL UNO: especialmente concebido para la confección de ortosis.

# Emulsil<sup>®</sup> UNO

SILICONA PARA LA FABRICACION DE ORTOSIS

La composición de EMULSIL<sup>®</sup> UNO garantiza su inocuidad, por lo que no puede producir alergias ni irritaciones.



Presentación: Caja  
conteniendo bote  
de 500 c.c. EMULSIL UNO  
y frasco de 35 c.c. catalizador.

 **SILICONAS HISPANIA, S.A.**

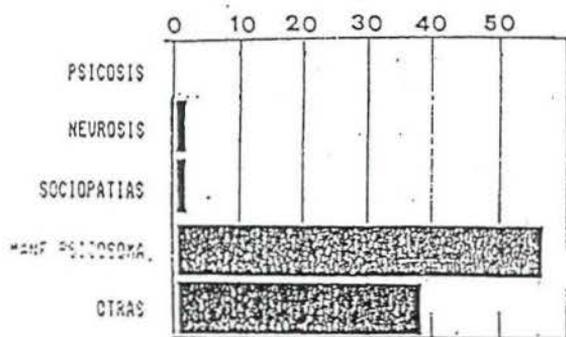
Balmes, 357 - Tel. 212 39 54\*  
Télex: 97040 - SIHI-E  
08006 BARCELONA

En cuanto a la patología psiquiátrica, confiesan padecer trastornos otro 30%, pero generalmente de tipo somatizante y derivada de su situación de "Stress" laboral. Estas somatizaciones se traducen en:

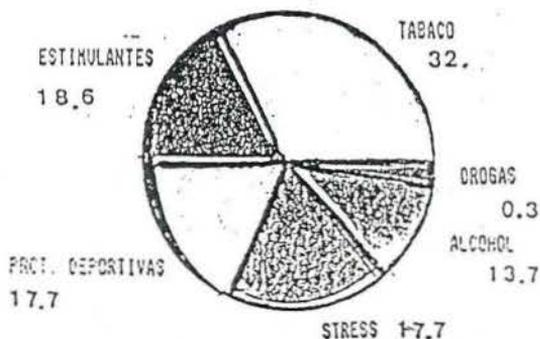
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Palpitaciones.

- Sudoración de manos y frente aún con tiempo muy frío.
- Pirosis intermitente...

y siempre ligadas a condiciones familiares no estables, o a destinos laborales de alto riesgo, como patrullar por determinadas barriadas o estar destinados en la prisión de preventivos, por citar dos ejemplos.



e - PAT. PSIQUIATRICA '30 %



f - HABITOS 92%

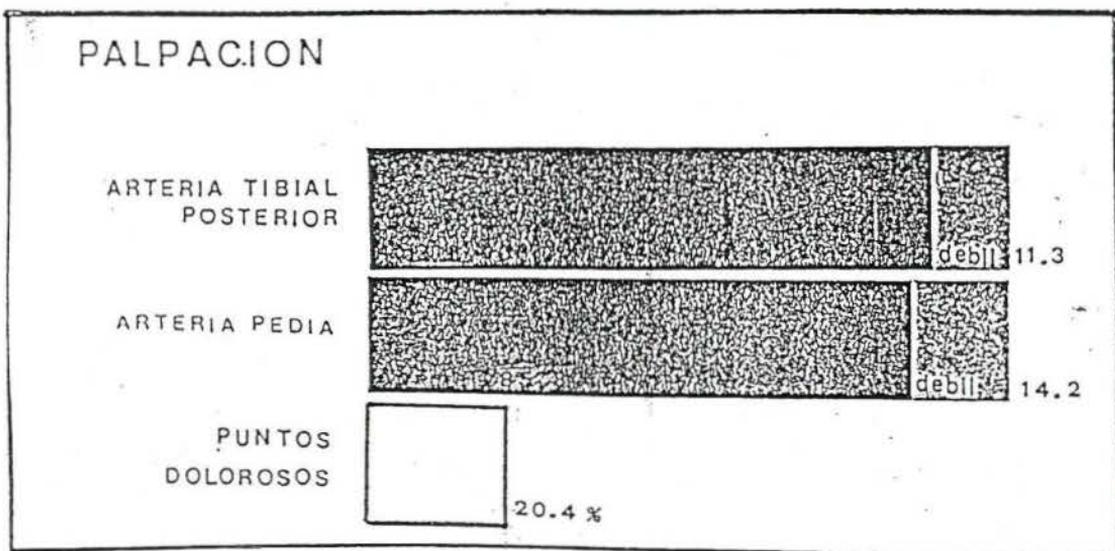
ESC. POO. MAYO 87

Referente a los hábitos sociales con factor de riesgo, un 30% fuma más de un paquete de cigarrillos/día, y grupos que oscilan alrededor del  $15\% \pm 3$  ingieren más de 4 cafés al día, beben más de 3 cervezas al día, o sienten consicentemente su situación de "Stress".

Las onicopatías detectadas representan algo más del 20%, diferenciándose también dos grupos:

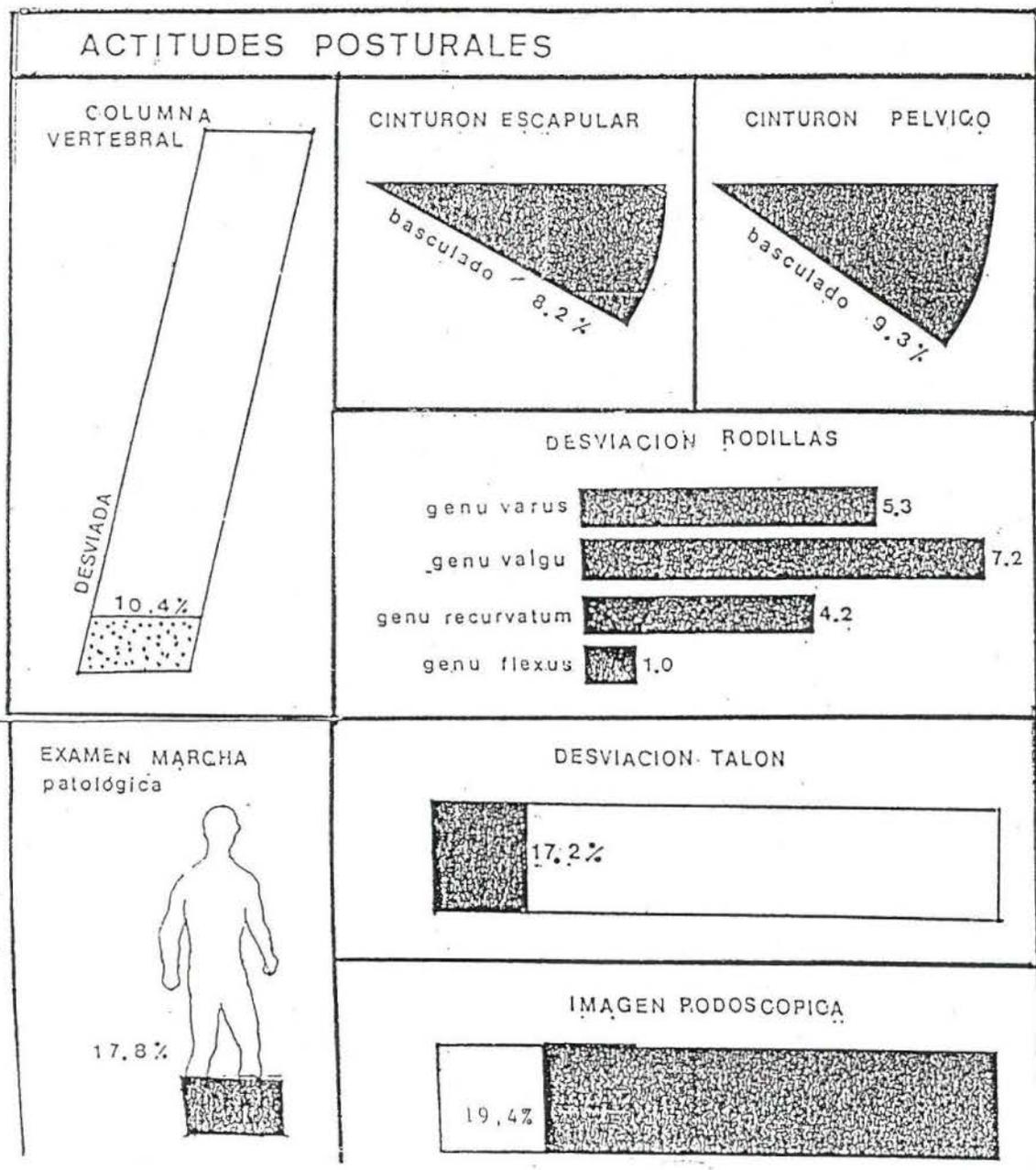
- Las onicogrifosis entre los Agentes de mayor edad, y
- Las onicocriptosis y los traumatismos de la lámina en aquellos con destinos que exigen largas horas de bipedestación.

La detección de pulsos revela un alto índice de normalidad, y la palpación de puntos dolorosos está siempre acompañada de algún otro tipo de patología.



Las actitudes posturales del tronco revelan un 10% de anormalidad. Las basculaciones del cinturón pélvico y escapular siempre se acompañan de desviaciones del raquis, y

aquí ¡atención!, aparece un predominio claro entre los Agentes motorizados con "Escuters" (vespitas en su argot).



Las desviaciones de rodillas suponen un 18% del total, predominando el geno-valgus.

El porcentaje de desviaciones anormales detectadas en talón, asciende al 18%, con predominio del talus varus.

El control sobre podoscopio de la huella plantar, revela un 19% de anormalidad, con ligero predominio de los pies cavos sobre los planos, inversamente a lo que se detecta durante la infancia.

*(Continuará próximo n.º)*

# RodaX

- Servicio para profesionales de la podología.
- Extenso surtido en materiales y mobiliario.
- Montaje completo de consultas.

RodaX

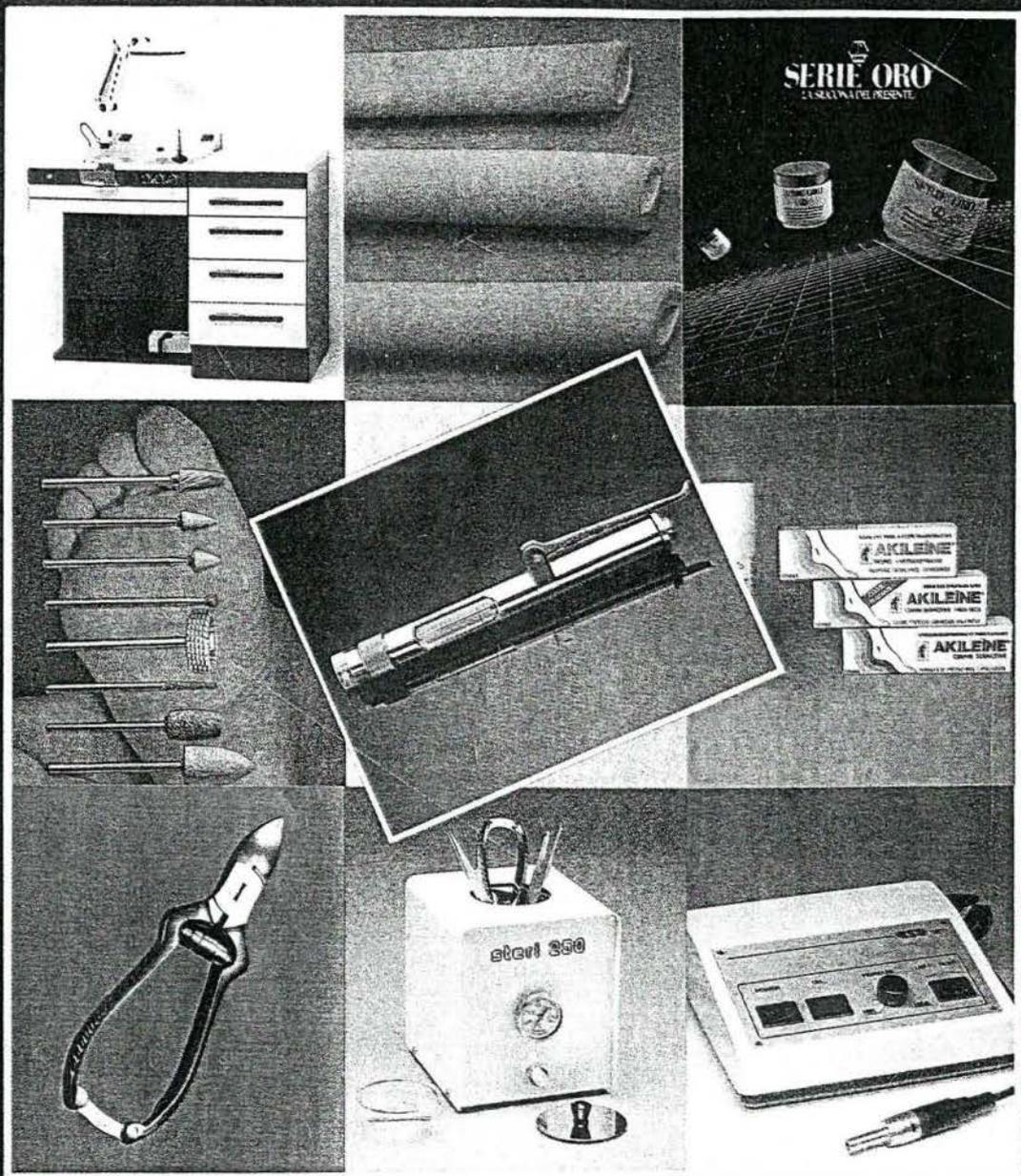
*a sus pies*

RodaX

AVDA. GAUDI, 56.

TELEF. (93) 23 578 81.

08025 BARCELONA



## UNA NUEVA MANERA DE HACER PODOLOGIA

- EQUIPOS DE PODOLOGIA
- MOTORES Y TORNOOS
- CILINDROS PODOLOGICOS
- ACCESORIOS
- ESTERILIZADORES
- PODOCOPIES Y BARRAS DE TRAZADO
- EQUIPAMIENTO
- SILICONAS PODOLOGICAS
- ARTICULOS DE USO CLINICO
- PRODUCTOS ADHESIVOS
- COMPLEMENTOS
- MATERIAS PRIMAS Y ORTOPEDIA
- ELECTROMEDICINA
- INSTRUMENTAL Y FRESCAS

OPORTUNIDADES DE NEGOCIO GENERAL

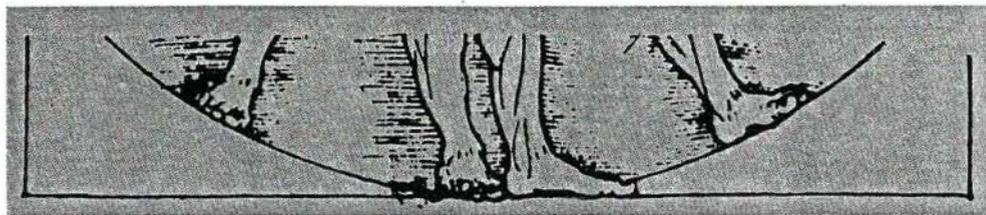
**LUCA**  
SOLUCIONES EN PODOLOGIA

AVDA DE LA UNIVERSIDAD, 11 - 1º - 28013 MADRID - TEL. 200 04 82 - 759 46 50  
649 62 771 - TEL. 092 89 85



ENERO - FEBRERO Nº 115 - AÑO 1988

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

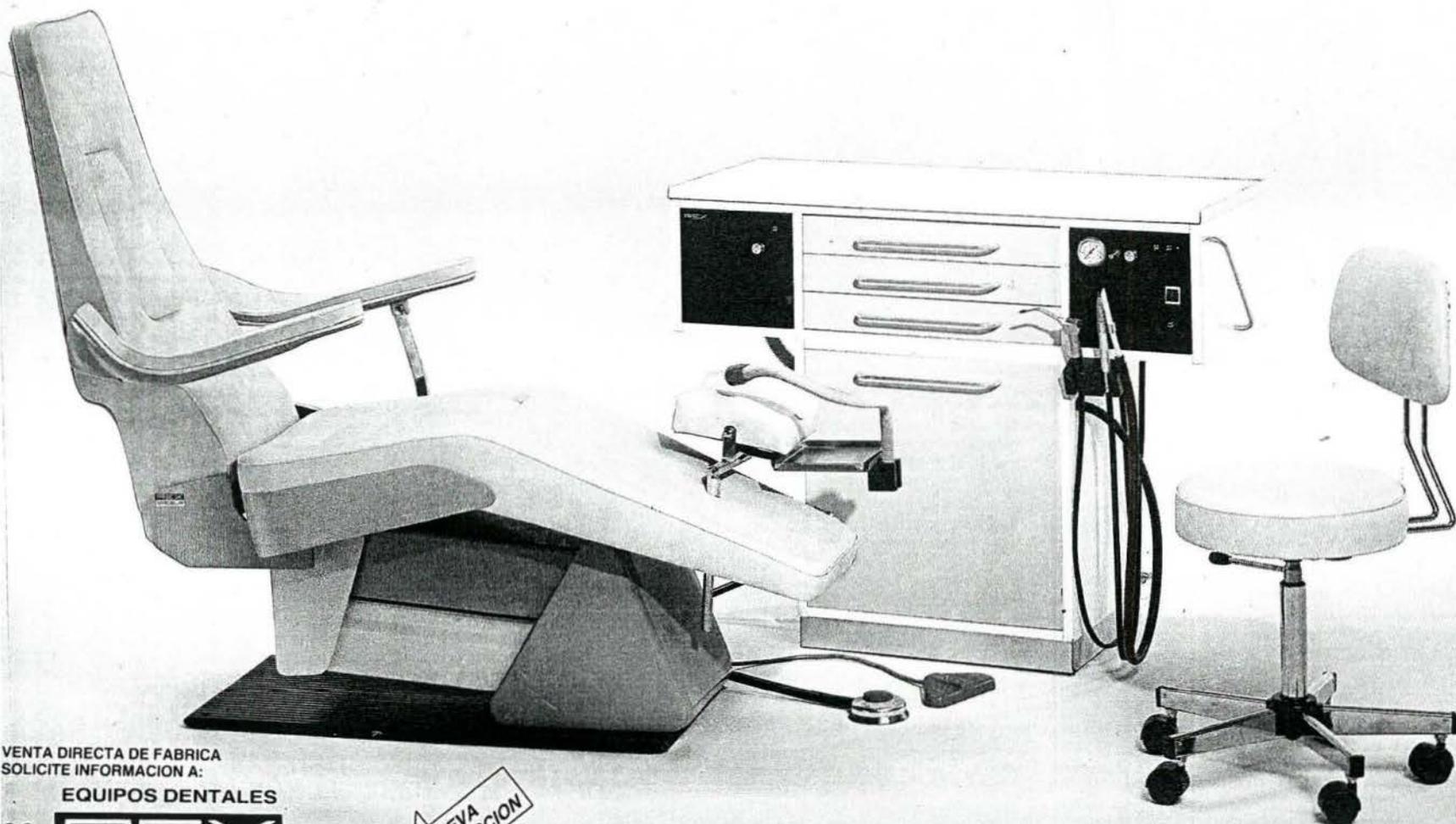
# REX

Equipo para Podología

**Equipo REX-HISPANIA**

**Sillón REX-GACELA-P (RGP)**

Con opcionales



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.  
C/da. Pablo Iglesias, 56

NUEVA  
DIRECCION

MINIMO PRECIO - MAXIMA CALIDAD

MASTER INTER  
DE EMPR



PREMIO A LA  
INDUSTRIA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

## ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

### JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniesta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

### ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Manuel Albala Valle.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonoga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: José Iniesta Gallego.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL .....	2
ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT .....	5
XX CONGRESO NACIONAL DE VALENCIA .....	13
BALANCE TESORERIA DE LA FEDERACION .....	19
REGLAMENTACION DE LOS CONGRESOS NACIONALES DE PODOLOGIA .....	20

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
J. J. Araolaza Lahidalga

**Empresa de  
Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

*Va transcurriendo el tiempo y con él los acontecimientos. Como bien sabéis la organización profesional funciona ahora con una nueva estructura cuya composición es en base a la unión de las Asociaciones Profesionales de ámbito territorial o autonómico y cuya suma de intereses convergen en la Federación Española de Podólogos como ente profesional de carácter nacional.*

*Este nuevo formato de presentación del viejo anhelo de «caminar juntos» que se inició con la Agrupación de Podólogos de España tiene ante sí importantes y trascendentales decisiones que afrontar en un futuro inmediato. Aquí y ahora vamos a referirnos a una de ellas, grande para mí por su «solera» y lo que ha significado como vehículo de hermandad para la profesión. Hablamos de la Revista Española de Podología (REP).*

*Nuestra revista ha sido y es tema de debate abierto para buscarle un nuevo rumbo y tratar de adaptarla a la actual situación, así fue llevado a la Asamblea de Representantes (ver acta) y ocupó una buena parte del desarrollo de la reunión, llegando a la decisión final de estudiar y tirar adelante con una idea: que la revista se oriente como una revista federativa.*

*Ahora la Asamblea nos ha dado un billete cuyo destino marca escuetamente «Revista Federativa», pero nada más. No sabemos si el viaje lo haremos solos o por el contrario acompañados, no sabemos si viajaremos cómodamente en primera clase o en tercera y de pie, y no sabemos tampoco si iremos en un talgo o en un tren correo de exasperante lentitud.*

*Como ante todos los órdenes de la vida y decisiones con trascendencia, se impone el análisis, el ¿dónde estamos?, ¿a dónde vamos? y ¿cómo lo hacemos? son preguntas que debemos formularnos y cuyas respuestas precisan de nitidez como para poder subirnos en el «tren bueno», en el que nos lleve al sitio deseado. El objetivo final ya nos viene dado y por lo tanto a la pregunta de ¿a dónde vamos?, la Asamblea nos dio la respuesta.*

*Respecto al ¿cómo lo hacemos? también tenemos parte de la respuesta. La propuesta de modificación de la revista ya nació condicionada desde su exposición, queríamos invitar a algunos compañeros para el viaje. ¿A quiénes?, muy sencillo, a quienes fueran expertos en temas de revista, a quienes editen más, a quienes tengan capacidad de dar trascendencia a sus decisiones y a quienes manifestaron su voluntad de participar en este asunto.*

*De este grupo constituido en Comisión se plasmará la segunda parte a la misma pregunta del ¿cómo?. Se despejará el horizonte, quedará definido el producto final y a ser posible la estrategia a seguir. Yo sólo me atrevo a apuntar una cuestión previa y es que ante cualquier tema adoptaremos posiciones de partida que en puntos serán coincidentes y en otros no. Trabajemos en aquellos que nos unen porque será más fácil llegar a posiciones compartidas y por lo tanto corresponsables.*

*Así lo entendemos desde la responsabilidad de la revista nacional y así lo comenté con su Redactor-Jefe, J. J. Araolaza. Su actitud a mi entender le honra:*

*«dispón como creas más conveniente» fue su respuesta inmediata. A tal efecto se envió una circular a las distintas Asociaciones para que nombraran un responsable para la revista y le propuse su coordinación general. En ello estamos ahora cubriendo este período de transición previo a la reunión de la Comisión que está prevista en Valencia.*

*Pienso como Presidente nacional que la revista como tal debe ir a la reunión como un elemento limpio y neto para ser engendrado de nuevo, y por lo tanto, sin cargas ni hipotecas aparentes (o) reales y, que desde mi posición de Director —coyuntural y no vocacional— me permite llevarla así. Son decisiones que asumo. El interés de mejorar es legítimo y éste es nuestro objetivo final. Pero quiero concretarme más y quiero adelantar ahora cómo entiendo yo que podemos mejorar. Mi criterio sería el caminar hacia una revista independiente de la Junta, y de las personas, diría que casi profesionalizada entendiéndolo como tal a un grupo de compañeros que asuma responsablemente su función de trabajar por y para la revista, que se «exporte» internacionalmente y que sus únicas limitaciones sean las que emanan de los Estatutos y de los acuerdos de la Asamblea de Representantes como máxima norma u órgano respectivamente. Estas condiciones son las únicas a observar para que de esta forma pueda existir algo fundamental en todo proyecto: la motivación.*

*Esta sería en líneas generales la idea y la propuesta a nivel nacional. Pero hay otro tema, ¿este cambio sería sólo para la revista nacional o se podría ir a una revista única? También aquí mi postura es conocida por ser pública. Como Federación no tenemos derecho a decidir sobre un tema particular de una Asociación concreta como es el que tenga una publicación de régimen interior. Y digo esto como miembro de una asociación en la que disponemos de este medio, «el Peu» al que por muchas y variadas razones que no vienen al caso me siento en la obligación de defenderlo de arbitrariedades. Otra cosa y otro tema es que desde la posición de elementos de la federación, las asociaciones con publicaciones interiores colaboren hasta tal punto en la revista nacional que les haga reflexionar sobre la necesidad, conveniencia u otras consideraciones respecto de su propia publicación anterior. Desde la federación sólo podemos ser respetuosos con su decisión, pero una cosa creo que es evidente, con un colectivo tan reducido como el nuestro y ante los cambios trascendentes que se avecinan nos interesa a todos el tener una buena publicación de tipo nacional y, que por otra parte, tenemos más capacidad de difusión que de génesis de verdaderos trabajos con lo que la calidad puede resentirse —si no lo está ya— en un plazo más o menos corto.*

*En fin, estimado compañero, ten la seguridad que de una forma u otra la revista nacional está siendo objeto de un profundo análisis en el que tratamos de recabar el máximo de colaboración y que yo estoy completamente seguro que esta colaboración nadie se la va a negar y que ahí vamos todos a arrimar el hombro. De ti esperamos también tus colaboraciones.*

*Un saludo*  
**Andrés Rueda,**  
**Director**

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT

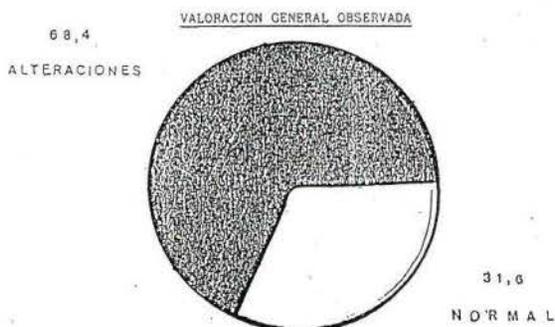
(continuación n.º anterior)

Y finalmente como último dato de la exploración, la observación de marchas patológicas:

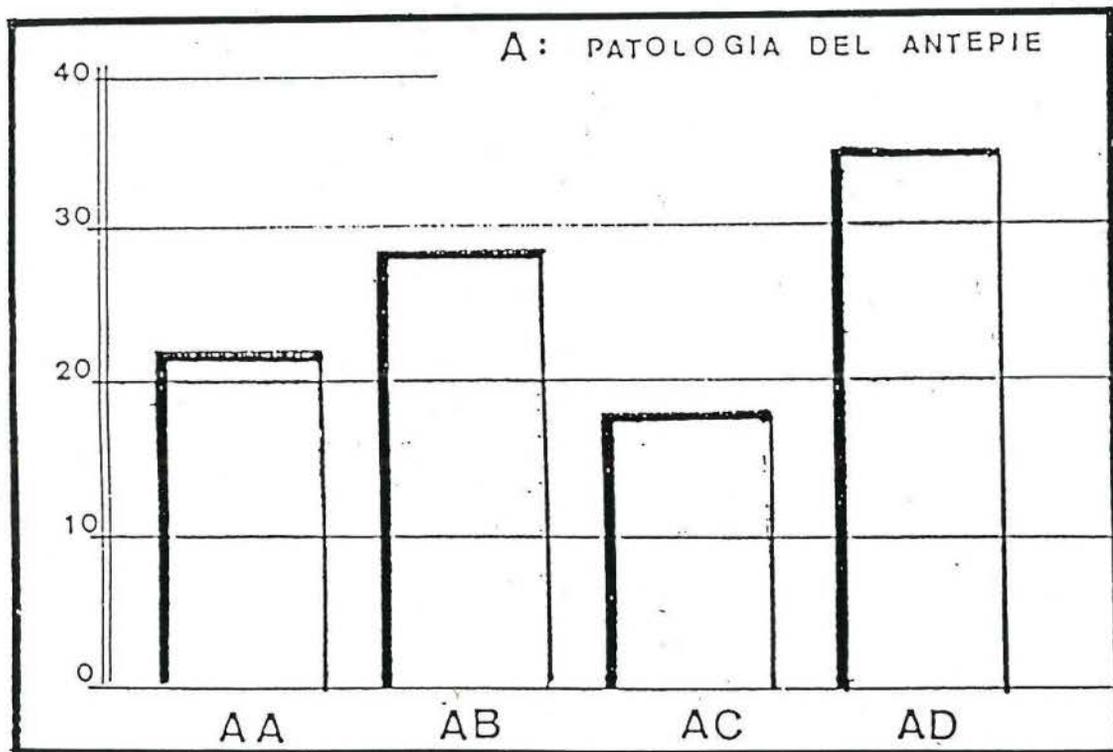
- En exagerada extraversión.
- En intraversión.
- En ligero equino.
- En valgus o
- En varus,

supone el 18% del total de personas codificadas, alteraciones siempre ligadas a desviaciones de rodillas, de talón, o alteraciones estructurales del pie.

Haciendo un cómputo total de los datos encontrados durante la exploración, observamos como casi un 70% de las personas revisadas, presenta algún tipo de patología menor y en el 30% restante, sus parámetros clínicos podológicos son completamente normales.



En el antepié predominan las alteraciones dérmicas y ungueales, seguidas de la mala alineación de los dedos y de la patología del primer radio.



AA - PATOLOGIA PRIMER RADIO  
AB - ALTERACIONES DEDOS

AC - PATOLOGIA METATARSIANOS  
AD - ALTERACIONES DERMICAS Y ANEJOS CUTANEOS

En el examen del retropié, se observa cómo el varus de talón es más frecuente que el valgus.

Comparando las alteraciones estructurales de la bóveda, observamos una preponderancia del cavus sobre el plano.

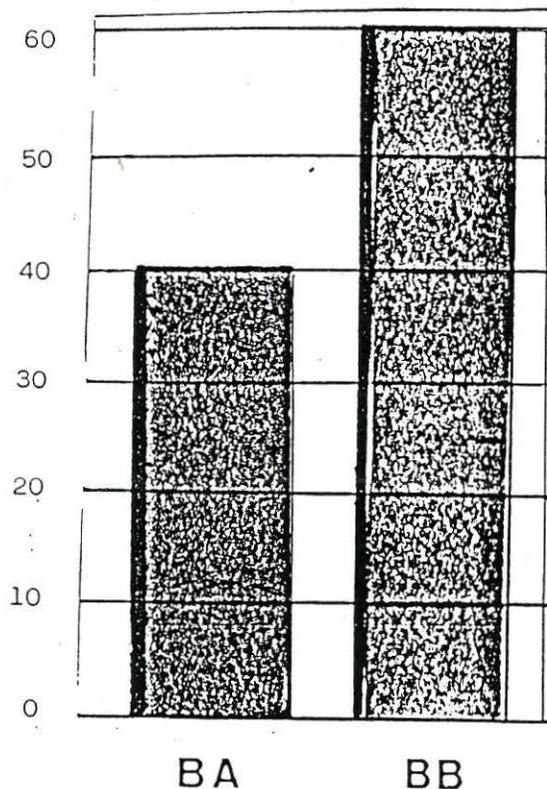
Estudiando en conjunto los dos últimos parámetros se advierte la tendencia a preponderar la combinación de cavo-varo sobre el plano-valgo.

Si observamos las patologías detectadas según el destino de los Agentes, resulta que:

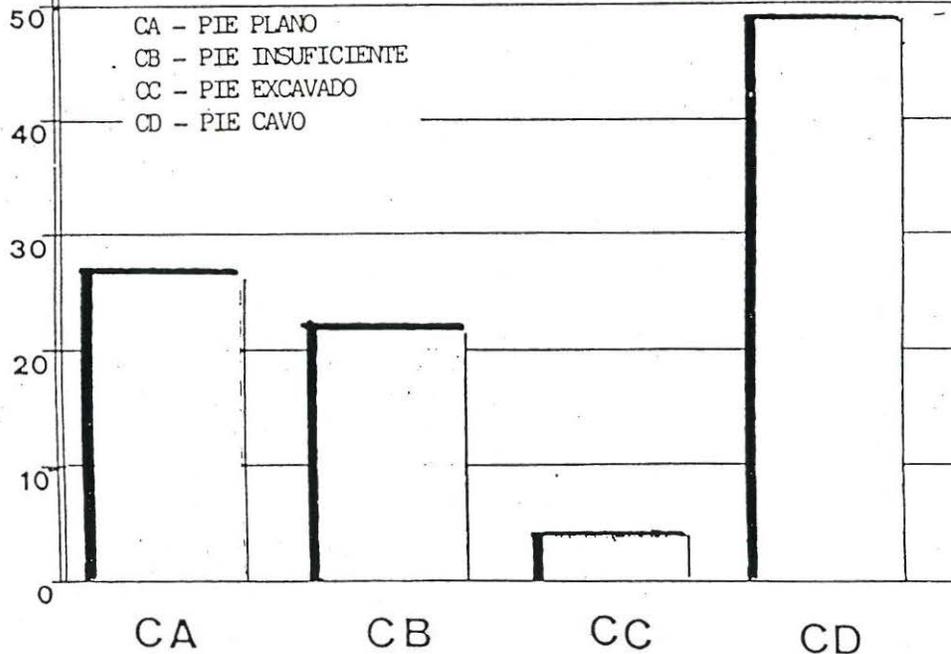
El grupo destinado a trabajos burocráticos de oficina, predominan las alteraciones biomecánicas del pie, que conllevan alguna alteración de la marcha y cursan con dolor.

A primera vista este dato puede resultar sorprendente, pero si se analiza con mayor detenimiento resulta lógico, pues este grupo de personas realizan un trabajo pasivo con relación a su edad, generalmente son mayores de 45 años y en los cuales podemos observar patologías importantes después de una dilatada vida activa, con sobrecarga biomecánica de sus extremidades inferiores.

## B ALTERACIONES DEL RETROPIE

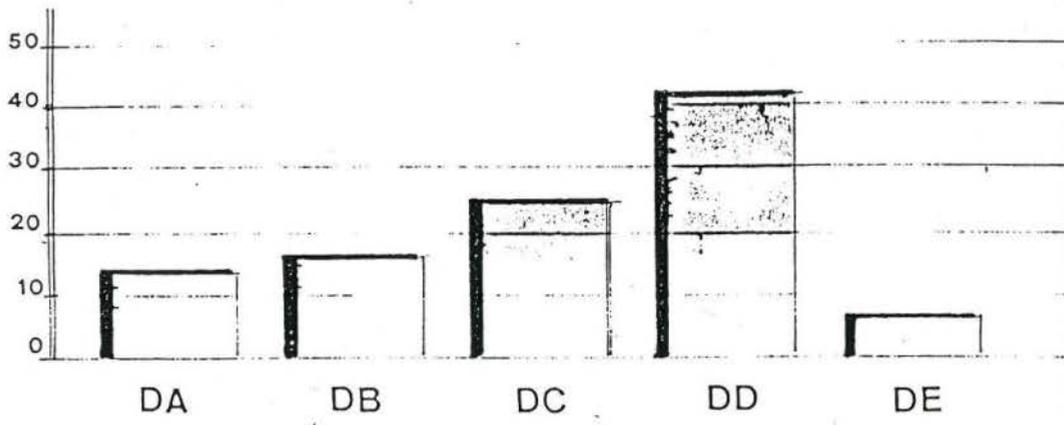


## C : ALTERACIONES ESTRUCTURALES DEL PIE



DA - PIE PLANO VALGO  
 DB - PIE INSUF. ADUCTO-VARO  
 DC - PIE CAVO-VALGO  
 DD - PIE CAVO-VARO  
 DE - ALTERACIONES EN LA DINAMICA

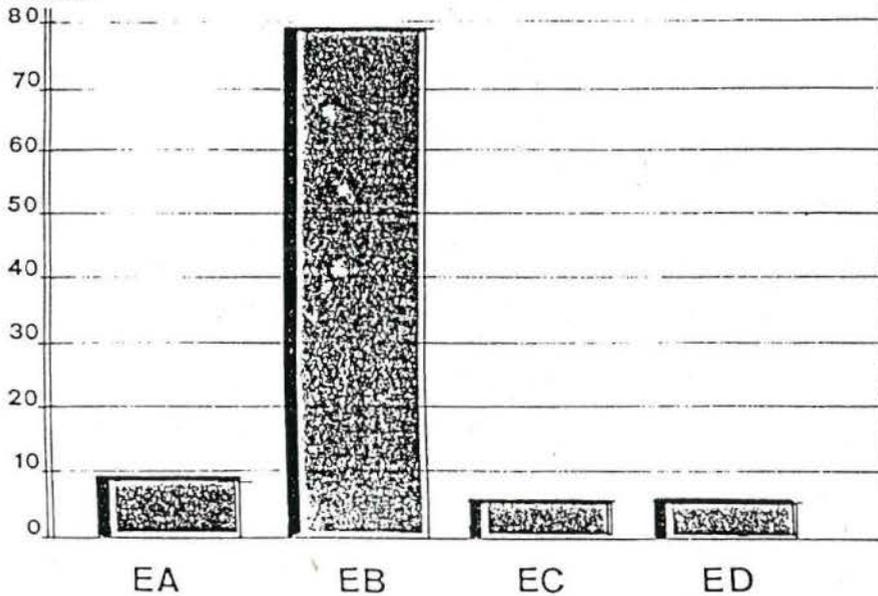
D : ALTERACIONES BIOMECAICAS  
 DEL PIE



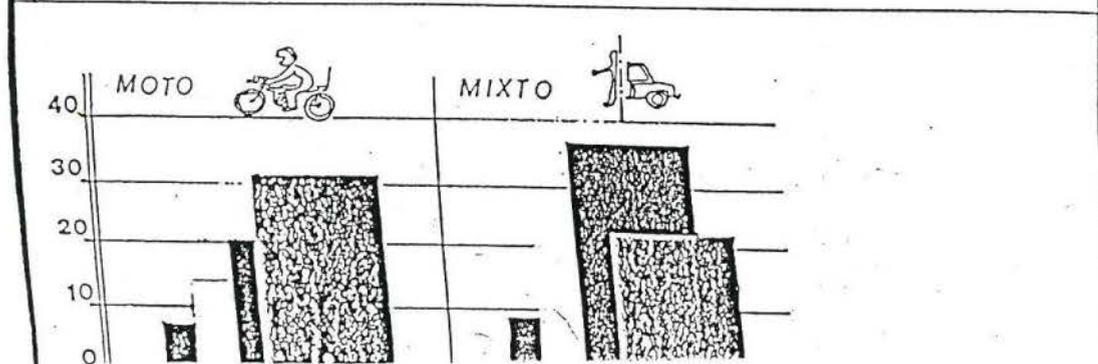
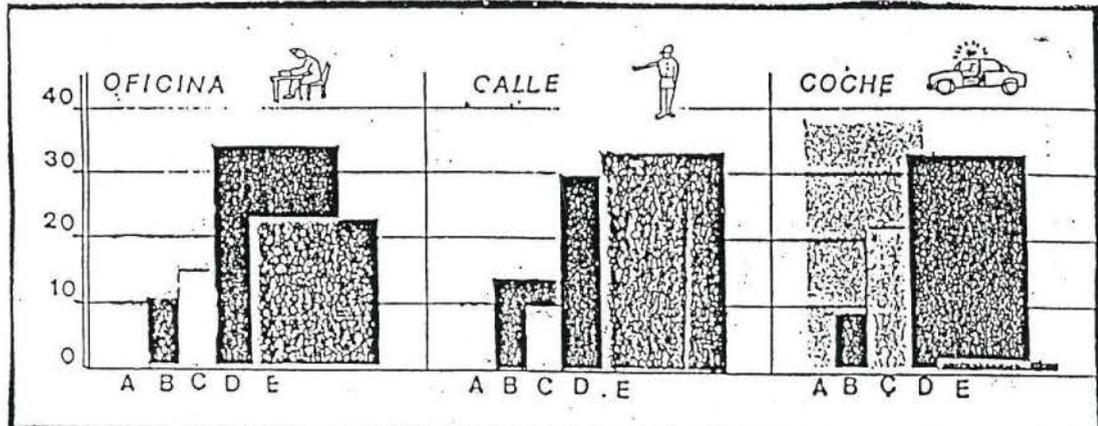
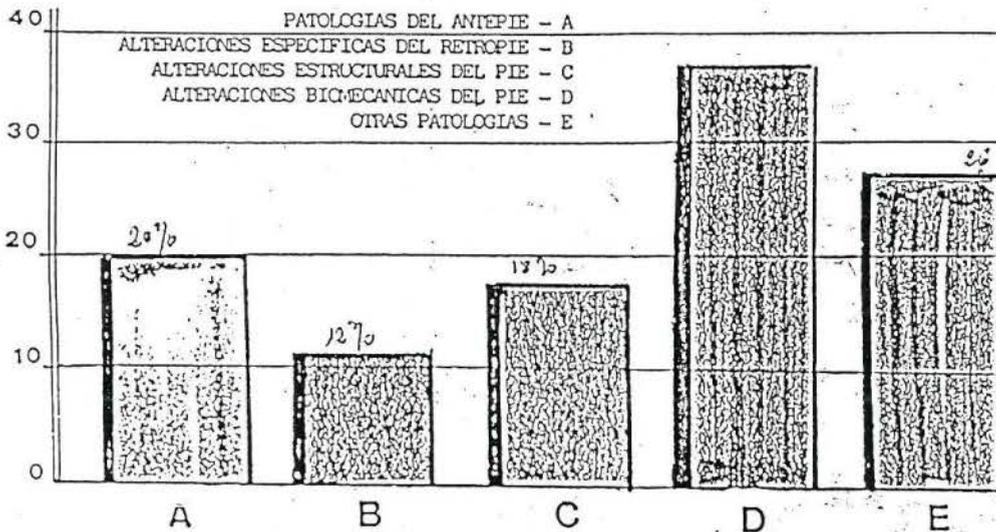
ESC. POD. MAYO 87

EA - DERMATOPATIAS  
 EB - LESIONES ESTRUCTURALES DEL ESQUELETO  
 EC - ALTERACIONES VASCULARES  
 ED - ALGIAS

E : OTRAS PATOLOGIAS



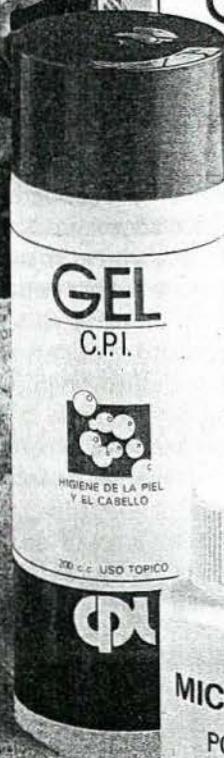
# DIAGNOSTICOS



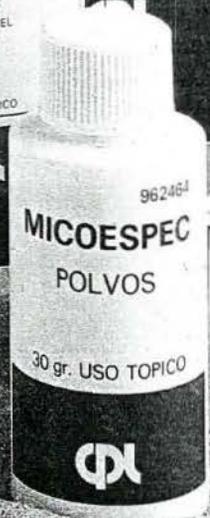
Protector epidérmico  
podológico



Normaliza  
la fisiología del pie



Limpieza integral  
del pie.  
Bactericida.



Antimicrobiano  
Antiséptico



CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL  
Sagitano, 12. ALICANTE (España)

En los Agentes con servicio en la calle, aumentan las gonalgias meniscales y ligamentosas, así como las onicocriptosis y los traumatismos de la lámina ungueal, datos también pausibles por su tipo de actividad.



Entre los Guardias con servicio habitual en coches patrulla, destacan las anomalías de antepié, hallazgo que merecería una mayor reflexión pues no parece tener explicación lógica, si exceptuamos el trabajo que deben efectuar con el segmento metatarsodigital al accionar los pedales del embrague, freno y acelerador, y la poca actividad de la musculatura intrínseca que tendería a atrofiarse y consecuentemente el pie se adaptaría a la anatomía inadecuada de su calzado, pues la fuerza muscular necesaria para accionar las palancas inferiores del automóvil, se consigue, casi exclusivamente con la flexión plan-



tar del pie y la extensión de la pierna, es decir, con el tríceps y el cuádriceps.

En el grupo de personas motorizadas destaca el aumento de las desviaciones del raquis entre los "vespitas", y las podomicosis entre los motoristas de gran cilindrada que calzan botas de caña alta, dato que ya habíamos citado anteriormente.

En el grupo mixto, destacan de nuevo, las alteraciones biomecánicas, como en los destinados a trabajos secundarios de oficina, dato también sorprendente, pero entendemos que este conjunto es de difícil análisis, para correlacionar su función con la patología detectada, debido a la multiplicidad de sus funciones.

## CONCLUSIONES

Los parámetros anteriormente expuestos nos servirán para correlacionar, bajo el prisma de la metodología estadística, las siguientes 4 variables:



y a partir de este punto la obtención de las conclusiones.

I) El trabajo confirma que los síndromes varicosos están en relación directa con las largas permanencias en bipedestación estática.

II) En este grupo sometido a estudio, no encontramos todavía relación entre consumo de tabaco y arteriopatía isquémica, debido seguramente a la relativa juventud de sus componentes. No obstante, la situación habitual de Stress, sí parece condicionar la aparición de frecuentes alteraciones somáticas.

III) En la fórmula digital "Egipcia" la longitud del primer metatarsiano parece jugar un papel bastante secundario, siendo el primer dedo el que se lleva el protagonismo.

IV) La relación entre la aparición de onicogrifosis y queratopatías en antepié es directa respecto al incremento en edad. Lo mismo ocurre entre la hiperhidrosis acompañada de calzado oclusivo y la aparición de podomicosis. Así mismo, las onicocriptosis y los traumatismos de la lámina ungueal, aparecen en alto porcentaje entre los grupos con bipedestación prolongada.

V) El pilotar habitualmente "Escuters" con motor lateral, parece favorecer la aparición de desviaciones del raquis.



VI) En esta muestra de adultos del genu valgus predomina sobre el varus. Inversamente ocurre con las desviaciones de talón, pues el varus predomina sobre el valgus. Y sorprendentemente aparece una relación directa entre genu valgus y pies cavo-varos. Dato que nos invita a la reflexión, pues quizás deberíamos revisar el concepto de que las rodillas valguizadas favorecen la aparición de pies plano-valgos, pues si bien esta apreciación sigue siendo válida durante la infancia..., quizás a partir de la pubertad, se establecen unos mecanismos compensatorios para equilibrar la línea de carga de aquellas extremidades sometidas a un sobreesfuerzo durante una dilatada vida profesional.

VII) La mayoría de casos con puntos dolorosos durante la marcha o durante la palpación, pertenecen a dos grupos:

- o bien muestran algún tipo de patología del antepié.
- o presentan alteraciones biomecánicas del tipo cavo-varo.



Pero es sorprendente cómo la mayoría de pies plano-valgos son clínicamente mudos, es decir, cursan sin dolor, incluso muchos pacientes confesaban no saberlo.

VIII) Con respecto al tipo de zapato y a la vista de los resultados obtenidos en el estudio, las características del modelo aconsejado es el siguiente:

a) Para los varones, aconsejamos calzado tipo "blucher" con suela de cuero, parte anterior o "pala" alta, sin costuras y con puntera redonda.



b) Se desaconseja expresamente el calzado tipo "mocasín" o similar, especialmente si presentan la "pala" con zonas de cuero superpuestas y cosidas, formando costuras.

*(continuará próximo n.º)*

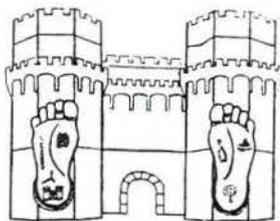
**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**



XX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Valencia, 2, 3, 4 y 5 Junio 1988

# XX CONGRESO NACIONAL DE VALENCIA

Valencia, febrero 1988

Querido amigo y compañero:

Te enviamos con todos nuestro cariño este AVANCE DE PROGRAMA del XX CONGRESO NACIONAL, que tenemos el honor de organizar para todos vosotros.

VALENCIA, LA CLARA, según el poema del Mío Cid, con su ciudad fundada en el año 138 a. d. C., y una población aproximada de 800.000 habitantes. VALENCIA, mezcla en sus monumentos de arte románico, gótico, renacentista, barroco y otros, está presta a darla la bienvenida a este magno acontecimiento de la Podología española.

Somos conscientes de que un Congreso sin vosotros no puede ser importante, por ello necesitamos vuestra masiva asistencia.

Sabemos que el Congreso Internacional de Roma está a la vuelta de la esquina, pero sin menospreciar nuestra presencia en Europa creo debes comprender que hay que potencial el nacional, por su repercusión positiva ante autoridades, compañeros y público en general.

El marco escogido es el HOTEL SIDI SALER SOL, sito a 12 kilómetros de la capital valenciana y en la Playa del mismo nombre. La relación

precio-calidad, así como sus contraprestaciones, que redundarán en favor de todos los congresistas nos ha llevado a ofertarlo sólo. Rogamos lo comprendas y entiendas la precisión de su alojamiento en él, no te arrepentirás.

Este es el Congreso piloto de un reglamento de régimen interno aprobado por la Asamblea de Representantes de la Federación.

Además puede ser el Congreso de nuestro ansiado DECRETO.

Y si ello fuera poco, en la cena de gala se tributará un merecido homenaje al compañero de esta provincia ISAIAS DEL MORAL CEJALVO, conocido por todos vosotros, pionero de la Podología actual, Vicepresidente durante muchos años de nuestra querida Asociación, y hombre cabal y de pro donde los haya.

No nos queda más que asegurarnos que estamos laborando incansablemente para la realización del excelente Congreso que os merecéis.

¡¡¡VEN A EL!!!

LA COMISION ORGANIZADORA

## XX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

Que organizado por la Federación Española de Podólogos, y en su nombre por la provincia de Valencia, tendrá lugar los días 2, 3, 4 y 5 de junio de mil novecientos ochenta y ocho.

### SEDE DEL CONGRESO

HOTEL SIDI SALER SOL.  
Playa del Saler - Valencia.

### TEMA

«LA DERMATOLOGIA EN EL PIE».

### JUEVES DIA 2 DE JUNIO

(Para inscritos a actos sociales)

10,30-13,30 horas:

Entrega de documentación. Recepción.

14 horas:

Comida de salutación.

17,30 horas:

Salida excursión lugares típicos.  
Traslado al Restaurante «Canyamel». Cena típica valenciana.  
Actuación Grupos de Danzas «Azahar», premiado en múltiples concursos.

24 horas:

Retorno al Hotel.

### VIERNES DIA 3 DE JUNIO

Para todo tipo de inscripción, excepto acompañantes.

9-11 horas:

Prosigue la entrega de documentación.

10,30-11 horas:

Inauguración exposición comercial.

11-11,30 horas:

Inauguración oficial del Congreso, con asistencia de autoridades.

11,45-12,30 horas:

Conferencia magistral a cargo del profesor Dr. D. Adolfo Aliaga Boniche, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia.

12,45-13,30 horas:

Conferencia-Charla seguramente a cargo del Presidente de la Federación sobre el estado actual de nuestra profesión.

14 horas:

Comida de trabajo.

16,15-16,35 horas

16,40-17,00 horas

17,05-17,25 horas

Conferencias sobre temas libres.

17,55-18,25 horas:

Mesa redonda.

18,30 horas:

Asamblea Informativa de la Federación.

20,30 horas:

Vino de honor.

### NOCHE LIBRE

Oferta de visita opcional, con traslados y entrada gratuitos, al CASINO MONTE PICAYO.

### SABADO DIA 4 DE JUNIO

Para todo tipo de inscripción, excepto acompañantes.

10-10,20 horas:

Conferencia cargo del Secretario General del Congreso: «JUSTIFICACION DEL CURSO MONOGRAFICO».

10,30-10,50 horas

10,55-11,15 horas

Conferencias

11,15-11,45 horas:

Visita exposición comercial.

11,50-12,10 horas

12,15-12,35 horas

Conferencias

12,35 horas:

Mesa redonda.

14 horas:

Comida de trabajo.

16,30-16,50 horas

16,55-17,15 horas

17,20-17,40 horas

Conferencias

17,45-18,30 horas:

Visita exposición comercial.

18,30 horas:

Mesa redonda y conclusiones.

20,30 horas:

(Para inscritos a actos sociales).  
Salida para traslado a la cena de clausura-homenaje a celebrar en el Real Monasterio de Santa María de Puig.

## SABADO DIA 4 DE JUNIO

Para todo tipo de inscripción, excepto acompañantes.

10-10,20 horas:

Conferencia a cargo del Secretario General del Congreso: «JUSTIFICACION DEL CURSO MONOGRAFICO».

10,30-10,50 horas

Conferencias

10,55-11,15 horas

11,15-11,45 horas:

Visita exposición comercial.

11,50-12,10 horas

Conferencias

12,15-12,35 horas

12,35 horas:

Mesa redonda.

14 horas:

Comida de trabajo.

16,30-16,50 horas

Conferencias

16,55-17,15 horas

17,20-17,40 horas

17,45-18,30 horas:

Visita exposición comercial.

18,30 horas:

Mesa redonda y conclusiones.

20,30 horas:

(Para inscritos a actos sociales)  
Salida para traslado a la cena de clausura-homenaje a celebrar en el Real Monasterio de Santa María de Puig.

## DOMINGO DIA 5 DE JUNIO

Para todo tipo de inscripción, excepto acompañantes.

10,30-10,50 horas

Conferencias

10,55-11,15 horas

11,30-12,15 horas:

Conferencia de clausura a cargo del Dr. don Jesús de la Cuadra Oyanguren, Jefe Clínico del Servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia.

12,30 horas:

Entrega de diplomas y clausura del XX Congreso Nacional de Podología.

14 horas:

Comida opcional fuera de programa.

## DIAS Y HORARIOS ACOMPAÑANTES

### JUEVES 2 DE JUNIO

(Para inscritos a actos sociales).

El mismo horario de los congresistas.

### VIERNES 3 DE JUNIO

(Para todos).

10,30-11 horas:

Salida excursión.

Visita ciudad.

Museos.

Fábrica Porcelanas Lladró.

Comida.

Sagunto.

Alboraya (degustación horchata).

19,30 horas:

Regreso al Hotel.

20,30 horas:

Vino de honor.

### SABADO 4 DE JUNIO

(Para todos).

10 horas:

Salida excursión.

Compras.

Porcelanas Inglés.

Almuerzo Devesa Gardens.

17 horas:

Regreso al Hotel.

20,30 horas:

(Sólo para acompañantes inscritos además a actos sociales).

Salida para la cena-homenaje de clausura.

## NOTAS EXPLICATIVAS

Del boletín de inscripción nos enviáis las hojas primera y segunda. La última la guardáis como comprobante de vuestra inscripción.

LA FECHA LIMITE ES EL 10 DE MAYO DE 1988

Si pensáis enviar Comunicación Científica rogamos lo hagáis antes del día 15 de abril, indicando los medios que precisais para el desarrollo audio-visual de vuestra conferencia.

Comprended nuestra postura de ofertar un solo Hotel de esta categoría, de cinco estrellas, es el marco idóneo. Son sólo tres días de alojamiento y creemos que vale la pena un pequeño sacrificio económico más por tu parte, que se verá compensado por la última convivencia de todos nosotros, la no disgregación del congresista, ello sin contar con las contraprestaciones que oferta el Hotel, las cuales anularía o disminuiría con el consiguiente déficit económico para la organización de este Congreso.

De todos modos, hoteles de inferior categoría no son mucho más baratos.

La temperatura en junio suele ser de 25 a 30 grados, si bien por la noche suele refrescar un poco.

La inscripción a ACTOS CIENTIFICOS incluye las dos comidas de trabajo.

La inscripción de ACOMPAÑANTES CON ACTOS SOCIALES comprende la CENA DE GALA, los actos del día 2 y el propio para acompañantes.

La de ACOMPAÑANTE SIN ACTOS SOCIALES comprende sólo los actos propios de los Acompañantes, lógicamente sin Cena de Gala ni actos sociales del día 2.

LA ORGANIZACION ACONSEJA EL DESPLAZAMIENTO CON COCHES PARTICULARES. HAY UN PARKING CUBIERTO DE 200 PLAZAS EN EL HOTEL.

Si piensas desplazarte por avión, tren o autobús de línea, te rogamos nos comuniqués, la hora y día de llegada para que programemos tu recogida.

## BOLETIN DE INSCRIPCION

A remitir antes del 10 de Mayo a:

**VIAJES MELIA, O. I. V.** - C/. de la Paz, 41  
46003 VALENCIA - Teléf. 352 26 42 (96)

Conocido el Programa Preliminar deseo inscribirme:

Apellidos:..... Nombre:.....

Domicilio:..... D. P.: .....

Acompañado por:

Nombre y Apellidos: .....

y .....

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F.**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

CONTRAFUERTE  
DE HELFET indeformable  
rebatido a alta presión,  
(que no se debilita con el  
calor natural de la  
deambulación).

MÁS 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.

SERVICIO INME-  
DIATO mediante STOCK  
de gran capacidad. (Di-  
recto de fábrica).

Fabricación  
Exclusiva en DOBLE  
COSIDO visto por la suela  
que logra simultáneamente:  
gran FLEXIBILIDAD a nivel  
del antepié y extraordi-  
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 ENTRE-  
SUELA de crupón de cuer-  
ro de curtición lenta natu-  
ral, transpirable y repe-  
lente del agua.

MATERIALES  
de máxima calidad con  
un acabado en con-  
sonancia.



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 BÁSICA.
- 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 63973 PFVI E

## DERECHOS DE PARTICIPACION

- |                          |   |        |
|--------------------------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> | Actos científicos y sociales .....        | 22.000 |
| <input type="checkbox"/> | Actos científicos.....                    | 7.000  |
| <input type="checkbox"/> | Estudiantes actos científicos .....       | 4.000  |
| <input type="checkbox"/> | Estudiantes actos científicos y sociales. | 22.000 |
| <input type="checkbox"/> | Acompañantes sin actos sociales ....      | 7.500  |
| <input type="checkbox"/> | Acompañantes con actos sociales ....      | 16.000 |
| <input type="checkbox"/> | NO ASOCIADOS .....                        | 40.000 |

TOTAL .....

A PAGAR

El importe total de este Boletín, junto con el del Hotel, será remitido igualmente con talón nominativo, a VIAJES MELIA - C/. de la Paz, 41 - 46003 VALENCIA, antes del 10 de Mayo de 1988, a partir de esta fecha sufrirá un aumento del 20 %/e. Recibido este Boletín y el pago correspondiente, la Secretaría le remitirá la tarjeta de congresista como confirmación de la inscripción y del pago.

## XX CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA-VALENCIA

DESEO ME RESERVEN: ( ) habitación/es  individual  doble en el Hotel Sidi Saler Sol \*\*\*\*\*

Apellidos ..... Nombre .....

Acompañante .....

Domicilio ..... Ciudad .....

Fecha de llegada ..... Fecha de salida .....

**Enviar urgente a VIAJES MELIA, S. A. C/. La Paz, 41 - Tel. (96) 352 26 42 - 46003-VALENCIA**

Fecha:

Firma,

**BALANCE DE LA TESORERIA DE LA FEDERACION AL 31 DE ENERO DE 1988**

**BALANCE al 31 - enero - 1988**

CUENTAS DEL MAYOR		SUMAS DEL		SALDOS	
Folios	TITULOS	Debe	Haber	Deudores	Acreedores
1	Caja	213.553	188.973	24.580	
3	Banesto	6.495.836	5.652.877	842.959	
4	Emisión Recibos-Alta		60.375		60.375
5	Mobiliario	568.369		568.369	
6	Revista y Anuario	2.498.679	1.891.998	606.681	
7	Papelería y Correo	363.490	190	363.300	
8	Fondo Social	1.095	4.640.281		4.639.186
10	Emisión Recibos	355.225	5.910.725		5.555.500
11	Gastos Generales	64.683	1.887	62.796	
12	Mantenimiento Máquinas	9.660		9.660	
2	Banco Pastor	363.884	363.884		
13	Junta General	1.600.943		1.600.943	
14	Gastos Financieros	19.051		19.051	
15	Alquil. Luz y Teléfono	729.292		729.292	
16	Junta Permanente	264.198		264.198	
17	Personal y S. Social	661.721		661.721	
18	F.I.P.	173.404		173.404	
19	Centro de Cálculo	174.172		174.172	
20	Gast. Representación	365.196		365.196	
21	Asociación Valenciana	310.000	310.000		
22	Devolución Cuotas	1.800	1.800		
23	Junta Directiva	270.425		270.427	
24	Málaga	1.095	1.095		
25	Intereses de Capital		611		611
26	I.V.A.	132.186	83.520	48.666	
27	XVIII Congreso Zaragoza	350.000		350.000	
27-b	Cursos y Congresos	43.845	46.075		2.230
28	Cuotas Socios	8.545.560	5.758.073	2.787.487	
29	Asesoría Jurídica	335.000		335.000	
		24.912.364	24.912.364	10.257.902	10.257.902

# REGLAMENTACION DE LOS CONGRESOS NACIONALES DE PODOLOGIA

*El Congreso nacional es y debe ser el acto de mayor trascendencia de todos cuantos realizamos en la organización profesional. La importancia de este evento hace necesario que se afronte desde una posición de experiencia, o por lo menos de experiencia adquirida por otros y que pueda ser trasvasada a los distintos Comités Organizadores para que se adapten a una normativa preestablecida, requisito necesario para que el Congreso pueda ser de titularidad de la Federación. Así se planteó el tema en su inicio y tras distintas observaciones remitidas por Asociaciones y miembros representantes, su inclusión en una Asamblea General y la nueva revisión y correcciones, se aprobó el presente documento sobre el trabajo base del compañero Isaías del Moral.*

*Precisamente el próximo Congreso a celebrar en Valencia va a ser el primero que se realiza siguiendo estas directrices, que para tu conocimiento reproducimos aquí.*

*Igualmente el documento es de interés para las distintas Juntas autonómicas porque es un primer paso para la ordenación y rentabilización de las numerosas actividades que se realizan por doquier. Debemos estar atentos en nuestro vigésimo congreso para comprobar y evaluar la puesta en práctica de la normativa, pues el hecho de ser aprobado por una Asamblea General requiere de este mismo procedimiento para la corrección de los posibles puntos en que sea mejorable.*

- |   |  |
|---|--|
| 1.º ACTIVIDAD EN ASOCIACIONES AUTONOMICAS.          | 15.º INSCRIPCION DE «NO ASOCIADOS».          |
| 2.º CARACTERISTICAS SEDE CONGRESAL.                 | 16.º CAPITULO DE «INVITADOS».                |
| 3.º SEPARACION DE LOS ACTOS SOCIALES Y CIENTIFICOS. | 17.º PRESIDENTE DE HONOR.                    |
| 4.º ELECCION SEDE A LOS CONGRESOS VISTA.            | 18.º MIEMBROS DEL COMITE DE HONOR.           |
| 5.º FRECUENCIA DE LOS CONGRESOS.                    | 19.º PROPIEDAD DE LAS PONENCIAS PRESENTADAS. |
| 6.º FECHAS IDONEAS DEL CONGRESO.                    | 20.º CORREOS.                                |
| 7.º TEMA Y LEMA DEL CONGRESO.                       | 21.º PRENSA, RADIO Y TELEVISION.             |
| 8.º DIAS DE CONFERENCIAS.                           | 22.º COMIDA/S DE TRABAJO.                    |
| 9.º DIAS DE ACTOS SOCIALES.                         | 23.º CENA DE GALA.                           |
| 10.º CONFERENCIANTES.                               | 24.º REGALOS A LOS CONGRESISTAS.             |
| 11.º UTILIZACION DENOMINACION DE «CONGRESO».        | 25.º OFERTA HOTELERA.                        |
| 12.º INSCRIPCION ESTUDIANTES.                       | 26.º PERMISO DE OFICIALIDAD.                 |
| 13.º PRESENTACION DE PONENCIAS SOLO POR ASOCIADOS.  | 27.º ACREDITACIONES.                         |
| 14.º EXPOSITORES Y ANUNCIANTES.                     | 28.º AYUDAS A LA ORGANIZACION.               |
|   | 29.º ECONOMIA Y SUPERVISION.                 |
|   | 30.º PRESUPUESTO GENERAL CONGRESO            |
- Gastos.  
Ingresos.

## 1.º ACTIVIDAD EN ASOCIACIONES AUTONOMICAS

Lo cual consideramos importante, a no decir imprescindible, es el no realizar actos similares al Congreso Nacional en las Asociaciones autonómicas, en los:

Dos meses anteriores y uno posterior: aceptado por aclamación.

# PEUSEK®

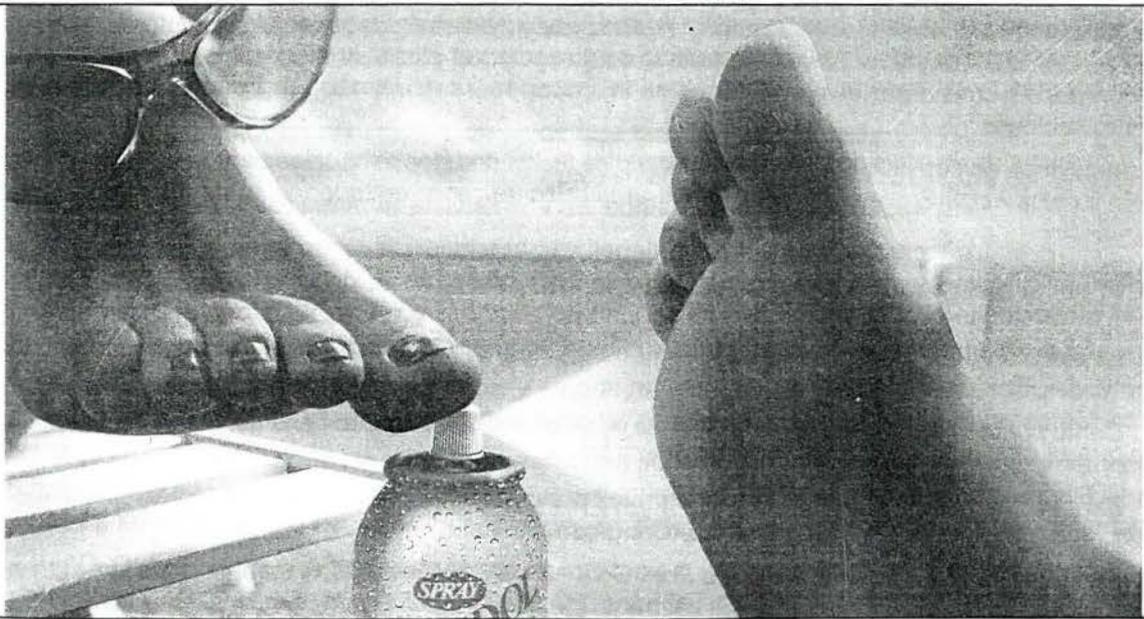
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

## 2.º CARACTERISTICAS SEDE CONGRESAL

La sede de un Congreso debe reunir unas características especiales y unos mínimos:

- a) Ciudad bien comunicada.
- b) Suficiente infraestructura hotelera.
- c) Salón de Actos suficiente y digno.
- d) Medios audio-visuales necesarios.
- e) Todo aquello que se considere necesario por la Asamblea.

## 3.º SEPARACION DE LOS ACTOS SOCIALES Y CIENTIFICOS

Los Actos Sociales deberán desplazarse al pre y/o post-Congreso.

**Explicación:** Hay compañeros que se inscriben solamente en los Actos-Científicos, y resulta que tras haber efectuado su desplazamiento al Congreso, se encuentran con que éste efectúa un paréntesis de un día, una tarde o una mañana para la celebración de los Actos Sociales.

Este paréntesis no tendría mayor importancia, si no consideráramos que estos compañeros generalmente son aquéllos cuya disponibilidad económica o de tiempo se encuentra mermada. Por esto, una tarde y/o mañana perdida, es importantísima para él.

No queremos que esta Norma vaya en detrimento de la asistencia a los Actos Sociales, y confiamos en la cordura de nuestros compañeros, para que aquéllos, que tuvieran intención de asistir a ellos asistan de todas maneras.

Para la Comisión Organizadora es un cierto conflicto, ya que es difícil presupuestar un acto social si no se sabe la asistencia de gente, el número. Por ejemplo, supongamos que se contrata a una orquesta y otros extras por importe de doscientas mil ptas.; si se presupuesta para doscientas personas hay que contar 1.000 ptas./persona, pero si vinieran sólo ciento cincuenta se perderían cincuenta mil ptas. por este concepto. También podría presupuestarse para menos, con lo cual cargaríamos excesivamente la inscripción por este concepto. Algo parecido pasaría con una cena organizada en el pre-Congreso, sin saber exacta la cantidad de comensales. Parece un poco más sencillo guardar los actos sociales para el post-Congreso, ya que durante él se podría hilar mejor al conocer los comensales más exactamente, pero también es un riesgo por aquéllos que se fueran.

Teniendo en cuenta que ya estamos en Europa, y pudiendo coger algo bueno de ella que es la responsabilidad. Una buena medida sería aumentar el plazo de inscripción a más fechas del congreso y considerar el aumento que se inscriban fuera del plazo, aplicándolo después sin discriminaciones.

Insistimos en considerar la buena voluntad de los podólogos asociados para su masiva asistencia a estos Actos Sociales, pues una buena relación social entre todos es siempre importante.

## 4.º ELECCION SEDE A DOS CONGRESOS VISTA

La elección de la Sede se efectuará no de un Congreso para el siguiente, sino para el otro, osea a dos Congresos vista.

Como por ejemplo actualmente que ya se sabe que el Congreso del año 88 será en Valencia, y que el siguiente será en San Sebastián.

Para ello en la Asamblea de Representantes pre o post-Congreso se elegirá, entre las candidatas, la sede donde tendrá lugar a dos Congresos vista.

Ejemplo: En la Asamblea del Pre o Post-Congreso de Valencia se elegirá la Sede del Congreso a realizar después del de San Sebastián. Con ello, también en la misma Asamblea, el Se-

cretario General del Congreso siguiente (en éste caso San Sebastián), podría dar un informe detallado sobre local, plazas hoteleras de su Ciudad, entorno natural e histórico artístico, tema monográfico del Congreso, fechas idóneas para el organizador, a ser posible exactas, etc...

Todos los Congresos se realizarán donde estén planificados, siempre que las necesidades políticas, sociales o administrativas no justifiquen su traslado a otro lugar de la geografía española.

## 5.º FRECUENCIA DE LOS CONGRESOS

Estamos en la duda, teniendo en cuenta las actividades científicas que cada día más se efectúan en las Asociaciones autonómicas, de qué frecuencia sería la más oportuna para la celebración de nuestros Congresos:

Por el momento, anual:

## 6.º FECHAS IDONEAS DEL CONGRESO

Deberíamos buscar siempre un puente con fechas festivas próximas al Domingo. Lo ideal sería:

- a) Jueves festivo, viernes, sábado y domingo.
- b) Sábado, domingo, lunes y martes festivo.

Con ello el podólogo asistente no se vería grabado con la pérdida de días de Consulta, así como de días de petición de permiso en su trabajo oficial.

En pocas palabras: «ponerlo fácil para que la asistencia sea masiva.

## 7.º TEMA Y LEMA DEL CONGRESO

Por medio de una labor planificada desde la base de asambleas autonómicas, en estrecha colaboración con las Escuelas existentes en su momento, se llegará a la elección del tema y del lema más interesante para el siguiente Congreso.

La Asamblea de Representantes lo decidirá:

Sería interesantísimo que uno de los Temas de la Asamblea Informativa de los Congresos sea dar a luz la temática del Congreso siguiente (por ejemplo en Valencia la del San Sebastián), para dar suficiente tiempo a todos los podólogos para preparar sus ponencias sobre el tema monográfico.

Con ello ganarían en cantidad, y creemos que también en calidad.

Tendríamos más donde elegir. Podrían ser presentadas dentro del plazo exigido por la Comisión Organizadora. Facilitarían la elección de las conferencias más interesantes.

Sabemos que raras veces las conferencias llegan dentro del plazo previsto de las Escuelas existentes en su momento, junto con la Comisión científica de cada Congreso, deberían ser los que eligieran las ponencias de más calidad, profesional y científicamente hablando, y que se ciñan además a la temática también elegida por ellos.

Hemos asistido a muchos congresos, y se nos ha hablado de cosas que se escapaban al tema monográfico, otras veces incluso con carácter repetitivo, y otras incluso impresentables.

Hay que luchar por que los temas correspondan solamente al monográfico, y si no hay suficientes ponencias se rellenarán con otros temas declarados interesantes en ese momento que debido a su actualidad o necesidad de divulgación precisen de su inclusión.

¡¡¡OJO!!! Siempre que sea necesario.

## 8.º DIAS DE CONFERENCIAS

Consideramos lo ideal los días completos.

Entendiendo que dos días completos pueden ser:

- a) 1.º MAÑANA - TARDE
- 2.º MAÑANA - TARDE
- b) 1.º TARDE
- 2.º MAÑANA - TARDE
- 3.º MAÑANA

O sus posibles combinaciones.

Teniendo en cuenta que necesitamos espacio para la Asamblea informativa, el Congreso se nos convierte en dos días y medio, tres días completos si contamos el desplazamiento.

## 9.º DIAS DE ACTOS SOCIALES

Uno completo.

Pero eso sí muy bien estudiado para hacerlo atractivo.

Con ello el Congreso tendría CUATRO días de duración efectiva.

Las correspondientes Asambleas autonómicas procurarán inculcar en sus asociados la importancia del contacto social con sus compañeros de toda España lejos de la seriedad de los Actos Científicos.

## 10.º CONFERENCIANTES

A parte del punto séptimo, en el cual ya nos hemos exployado en la forma de elección de conferenciantes por la ponencia presentada, consideramos digno de estudio en este punto la posible gratificación por parte del Congreso a uno de los elementos primordiales que lo hacen posible: «EL CONFERENCIANTE».

Quede claro que decimos gratificación o agradecimiento, y no compensación económica, pues consideramos impagable su esfuerzo en la preparación y después presentación de su ponencia.

Pago de la inscripción a los Actos científicos y sociales.

Con este punto obligamos al conferenciante, en cierta manera, a que esté presente en los Actos Sociales. Todos hemos sido congresistas y nos hemos dado cuenta del realce que da la presencia de los conferenciantes en los Actos Sociales.

Generalmente el conferenciante es una persona que da algo de sí a todos los demás, y lógicamente en su vida social suele ser igual. Por ello se convierten en excelentes conversadores y animadores de cualquier acto social, ya que siguen entregándose a los demás. Ello sin contar el homenaje que le rendimos todos los compañeros como agradecimiento de su labor, convirtiéndolos en centro de atención. O al menos así debería ser.

## 11.º UTILIZACION DENOMINACION DE CONGRESO

Se reservará únicamente la palabra «CONGRESO», solamente al Acto organizado por la Federación Española de Podólogos.

Nunca para un acto científico de ámbito autonómico o provincial.



**NOVEDAD**

# Canestén® polvo

## Los hongos desaparecen 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:

Dermatomycosis 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.

### EFFECTOS 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	374,-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,-



# Bayer

# Antimicóticos

## 12.º INSCRIPCIÓN ESTUDIANTES

Se tendrá en cuenta la condición de estudiante, para aplicarle el mayor beneficio económico posible que no grave su asistencia a los Congresos.

Tengamos en cuenta que se trata de una situación especial y además de un futuro compañero, el cual merece nuestra mejor consideración. Creemos que es positiva su asistencia.

## 13.º PRESENTACION DE PONENCIAS SOLO POR ASOCIADOS

Los ponentes deben ser exclusivamente asociados, con la salvedad en determinados casos a estudio por el Comité Organizador, debido a su interés científico, conferencias magistrales, interés especial, etc...

El tiempo necesario mínimo de asociado necesario para poder presentar una ponencia queda establecido en: SEIS MESES MINIMO.

## 14.º EXPOSITORES Y ANUNCIANTES

Nadie duda que el expositor o casa comercial viene al Congreso con tres intenciones preeminentes y alguna más:

- 1.ª Exponer sus productos y últimas novedades.
- 2.ª Conversar con los podólogos, sus clientes y en la mayoría de los casos sus amigos.
- 3.ª Vender lo más posible para hacer su negocio lógico.

Pero no podemos olvidar que a cambio nos dan:

- a) Prestancia social por la cantidad y variedad de Stands, y en algunos casos por la calidad.
- b) Colaboración anual en todas las publicaciones podológicas cada vez más numerosas.
- c) Un interesante ingreso económico para la realización del Congreso que hará la carta de Congresista mucho más económica.
- d) Un proceso de investigación y desarrollo de aparataje y materiales para el desarrollo normal de nuestra querida profesión.

Debemos pues estudiar a fondo los capítulos de:

- 1.º Carta de inscripción a las casas comerciales. Por supuesto que sólo a los Actos Sociales y si lo desean, nunca por obligación.
- 2.º Pago del derecho al Stand. Hay que aquilatarlo al máximo, sin quedarnos cortos pero también sin pasarnos.
- 3.º Pago de anuncios en programas igual que en el punto anterior. Oferta de Actos Sociales, Hoteles, Acompañantes y Cena de Gala.

Teniendo en cuenta que no todos los stands guardan la categoría suficiente para estar en un Congreso, por la poca categoría de los productos expuestos, consideramos que la Junta Directiva decidirá los Stands convenientes para la exposición comercial del Congreso siguiente.

## 15.º INSCRIPCIÓN DE «NO ASOCIADOS»

a Junta Directiva, con suficiente antelación, pondrá a disposición de los organizadores del Congreso, una lista actualizada de todos los asociados y también especificando aquél que se encuentre en débito de sus obligaciones económicas.

Aquellos que deban algún recibo se les obligará a pagarlo.

Los que realmente no se encuentren asociados deberían pagar aplicando una de las dos fórmulas siguientes:

- a) Simplemente el doble que los demás sin ningún derecho posterior.
- b) Abonando la cuota de inscripción a la Federación y dos trimestres anteriores al de la celebración del Congreso, con lo cual ya pertenecerían de pleno derecho a la Federación y Autonómica correspondiente.

Todo ello con objeto de acabar con aquéllos que por «casualidad» se inscriben en la Federación el mismo trimestre del Congreso.

#### **16.º CAPITULO DE «INVITADOS»**

El Secretario General del Congreso expondrá a la Asamblea General una lista de los posibles invitados al Congreso y sus razones.

Así mismo la Junta Directiva, que puede tener unas necesidades políticas y/o administrativas, expondrá otra lista y sus motivos.

Cualquier miembro de la Asamblea podrá proponer a otros.

Los representantes los aceptarán o no.

#### **17.º PRESIDENTE DE HONOR**

Se debatirá también, entre los candidatos propuestos, en una Asamblea General de Representantes.

#### **18.º MIEMBROS DEL COMITE DE HONOR**

Igual que el capítulo anterior.

#### **19.º PROPIEDAD DE LAS PONENCIAS PRESENTADAS**

Las ponencias seleccionadas, e incluso las no seleccionadas, quedarán en posesión de la Federación Española de Podólogos.

Lógicamente servirán para su divulgación en la Revista, pudiendo así mejorarse el problema carencial de artículos para su publicación en ella.

ILEGIBLE

#### **20.º CORREOS**

La estampilla del matasellos de las cartas, es un medio de divulgación no deshechable, tanto si es posible hacerlo a nivel nacional, como si sólo lo es a nivel provincial.

Con él en las fechas anteriores y posteriores del Congreso y en sus propias fechas, toda la correspondencia viene marcada con la celebración de éste.

#### **21.º PRENSA, RADIO Y TELEVISION**

Como medio divulgatorio adyacente no podemos olvidar a los medios de información.

Ahora, eso sí, hay que utilizarlos bien y con mesura.

## **22.º COMIDAS DE TRABAJO**

Por la misma razón aducida en el capítulo Tercero de este Proyecto, no parece oportuno discriminar a los asistentes a Actos Científicos a la hora de realizar las comidas de trabajo, pues se produce una diseminación que va en contra de la asistencia a las conferencias. Es mejor tener a los Congresistas cerca y a mano, a efecto de producir una solución de continuidad en las Conferencias matutinas y vespertinas.

Seamos sensatos, una COMIDA DE TRABAJO debe de estar orientada simplemente, a introducir en el organismo una cantidad suficiente de calorías para el trabajo intelectual, que no físico de los Congresistas.

Nunca para procurar un exceso de calorías, ni exceso de ingestión de alcohol, el cual nos va a producir el amodorramiento clásico que, en general en mayor o menor escala, todos padecemos en las conferencias vespertinas.

Por ello una comida de trabajo no tiene que ser copiosa, ni por lo tanto, excesivamente cara.

Abogamos porque en la inscripción a los Actos Científicos vaya incluida la (o las), comida de trabajo.

Con ello conseguimos tener a la gente unida, con lo positivo que tienen esos comentarios en la mesa sobre las sesiones matutinas o del día anterior, y la expectación suscitada ante las vespertinas y/o del día siguiente.

Ello sin contar con la tan cacareada, en este Proyecto, relación entre todos los compañeros.

## **23.º CENA DE GALA**

Si prospera la separación de actos, deberíamos ofertar aparte la asistencia a la Cena de Gala. En ella podía coincidir un homenaje a una persona que lo merezca, o bien de la región en que se celebre el Congreso, o de toda la geografía hispana.

Aparte de que se considere lo anteriormente dicho, consideramos que la Cena de Gala es el broche de honor de un Congreso y que una mayor asistencia dará siempre mayor realce a éste.

Se intentará siempre que sea lo más asequible posible, aunque es lógico que su precio debe ser elevado.

Para ello guardaremos una partida de beneficios, como explicaremos más adelante, al objeto de abaratarla.

## **24.º REGALOS A LOS CONGRESISTAS**

Hemos asistido a algún Congreso en el que no han calculado bien y se ha quedado alguien sin su regalo; teniendo en cuenta que va incluido su valor en la carta de inscripción nadie debe quedarse sin él, y si se quedara deberá devolverse su importe, ya que si no es beneficio que obtiene el Congreso sin dar nada a cambio.

Otro punto a estudiar es que los asistentes a Actos Científicos también deberían tener su regalo, aunque sufriera por ello el lógico incremento.

Se queda uno despegado cuando unos tienen regalo y otros no.

## **25.º OFERTA HOTELERA**

Volviendo a insistir en los económicamente débiles, la oferta hotelera debe contemplar todo tipo de alojamientos. Desde el Hotel más lujoso de cinco estrellas, bajando la escala hasta llegar a incluso pensiones.

SILICONAS HISPANIA, S.A., avalada por sus más de 30 años de experiencia en la fabricación de siliconas, presenta EMULSIL UNO: especialmente concebido para la confección de ortosis.

# Emulsil<sup>®</sup> UNO

SILICONA PARA LA FABRICACION DE ORTOSIS

La composición de EMULSIL<sup>®</sup> UNO garantiza su inocuidad, por lo que no puede producir alergias ni irritaciones.



Presentación: Caja conteniendo bote de 500 c.c. EMULSIL UNO y frasco de 35 c.c. catalizador.

 **SILICONAS HISPANIA, S.A.**

Balmes, 357 - Tel. 212 39 54\*  
Télex: 97040 - SIHI-E  
08006 BARCELONA

Eso sí, procurando en ellos tender siempre a un mínimo de habitabilidad y limpieza adecuada a nuestra dignidad.

En todos los Congresos hemos observado que la oferta es siempre cara.

## 26º PERMISO DE OFICIALIDAD

Nos hemos enterado de que algunos Congresos se han celebrado sin este requisito indispensable.

Con la suficiente antelación (unos nueve meses máximo), el Presidente de la Federación Española cursará al Ilmo. Sr. Subsecretario del Ministerio de Sanidad y Consumo, la correspondiente petición de oficialidad del Congreso.

Sin este requisito el Congreso se encontraría fuera de Ley.

## 27º ACREDITACIONES

En cuanto se sepa dónde se va a celebrar el próximo Congreso, el Presidente de la Federación Española, extenderá a su Secretario General el correspondiente documento acreditativo a su labor para que debidamente documentado pueda presentarse a las autoridades.

Asimismo y más adelante, y lógicamente si se aprueba, se proveerá al asesor/es de Congresos, asesor/es científicos y supervisor/es económicos, de su correspondiente acreditación.

## 28º AYUDAS A LA ORGANIZACION

Teniendo en cuenta las palabras del músico estadounidense JOHN CAGE, y también compositor nacido en 1912: «Si haces una cosa más de una vez puedes obtener mejores resultados».

Dando por sentado que el Congreso Nacional lo organiza la Federación Española, y únicamente lo que hace es ceder la mayor responsabilidad a la provincia organizadora.

Consideramos que la Comisión Organizadora debe estar ayudada y supervisada por gente experta en la organización de Congresos, y que vigile la correcta aplicación de la normativa congresal.

Esta gente experta puede ser:

- a) El Secretario General del Congreso anterior, por su experiencia reciente.
- b) Un Asesor de Congresos nombrado al efecto por la propia Junta Directiva de entre:
  1. Uno de los miembros de la Junta Directiva por elección de ella misma.
  2. Uno de los miembros de la Asamblea de Representantes, por elección de ella.
  3. Un candidato de entre todos los asociados, por candidatura y elección de la Asamblea de Representantes.

Podrían existir tres probabilidades:

- X) Sólo el Secretario General anterior.
- Y) Secretario General y Asesor de Congresos.
- Z) Solamente el Asesor de Congresos.

Los gastos de éstas, una ó dos, personas (desplazamientos, cartas, teléfono, etc...) serían abonados por la Federación debido al trabajo que para ella realizan.

También se podría estudiar como en el caso de los conferenciantes, la gratificación por su aportación al Congreso:

- a) El pago de la inscripción a los Actos Científicos.
- b) El pago de la inscripción a los Actos Científicos y Sociales.
- c) Una bolsa de Congreso.

Consideramos, de todas maneras, que el Secretario General de un Congreso debería ser invitado al siguiente. Por su trabajo se le abonaría la inscripción a los Actos Científicos y Sociales, gasto a cargar a la Organización.

Así a un congreso de sudores, lágrimas y porqué no alegrías, le seguiría un Congreso de completo «RELAX».

Todos estos puntos, expuestos a la consideración de la Asamblea de Representantes, se aprobarán o no.

## 29.º ECONOMIA Y SUPERVISION

Estamos cansados de oír, aunque casi nunca se lleve a la práctica, que un Congreso no debe generar beneficios sustanciosos ni para la Federación ni para la Asociación autonómica correspondiente.

Estas ya tienen su ingreso por cuotas y otros ingresos, y si lo precisaran siempre tienen la solución de una CUOTA EXTRAORDINARIA, pero nunca de los Congresos.

Aunque lógicamente tampoco deberán planificarse para perder dinero. Una relación acertada entre Ingresos y Gastos nos daría el presupuesto ideal para conseguir como máximo unos beneficios de unas 100.000 ptas.

Fórmula de reparto de beneficios ó pérdidas:

Pérdidas o ganancias. Federación 75 %, Autonómicas 25 %.

La parte de beneficios, que debe haberlos, que se ingresen en la Federación quedarán incluidas en un capítulo completamente diferenciado de su Tesorería, bajo el epígrafe Congresos u otro más adecuado. Este fondo serviría para el arranque monetario de otros Congresos; para enjugar un posible déficit Congresal; ó si llega un momento que por tener una cantidad importante se considerara emplearlo en la publicación de temas científicos interesantes y/o actuales.

Un Congreso deberá tener, pues, una supervisión económica por parte de la Federación, la cual se efectuará aparte de por el Tesorero de la Federación, por:

Dos miembros de la Asamblea de Representantes, elegido por ella misma.

El último día del Congreso, el Secretario General del mismo, estará obligado a dar cuenta al Supervisor/es económico/s, así como a los asesores del capítulo anterior, de los siguientes datos:

1. Número de Expositores. Relación de ellos. Ingresos parciales y totales por este concepto.
2. Número de Expositores. Relación de ellos. Ingresos parciales y totales por este concepto.
3. Número de anunciantes. Relación de ellos. Ingresos parciales y totales por este concepto.

Esto que pedimos no entraña ninguna dificultad, y hay que considerar los beneficios que aportaría al Secretario General del siguiente Congreso, así como al asesor/es, para elemento de cálculo fidedigno, vendrá obligado a dar los resultados económicos de su Congreso:

Partida por partida.

Detalladamente.

Número de colaboradores y lista específica.

Lista nominal de los congresistas asistentes, alfabética.

Con la mayor simplicidad posible.

Estos resultados los estudiarían los Supervisores que darán cuenta a la Asamblea de Representantes para su aprobación o no.

### 30.º PRESUPUESTO GENERAL DEL CONGRESO

Antes de elaborar los precios de las diferentes cartas de inscripción a los congresistas, y de los actos a celebrar, que lógicamente influirán en su cantidad, presentarán a la Junta Directiva de la Federación un presupuesto general del Congreso.

Más tarde ella lo trasladará a la Asamblea de Representantes, la cual lo aprobará si lo estima oportuno.

Recientemente, y en el año 1985, se presentó por parte de Don JOSE-LUIS VALERO SALAS, como Secretario General del XVIIIº Congreso Nacional de Zaragoza, uno de los mejores (si no el mejor), presupuestos generales de un Congreso. Por ello, aunque con ciertas variantes lógicas al tratarse de un proyecto, vamos a ceñirnos a él como ejemplo.

Demostrada la utilidad que los datos de congresos anteriores celebrados, tanto en número de congresistas de cada grupo más la cantidad de aportaciones recibidas por los expositores, lógicamente con arreglo a su número también, podremos llegar a la elaboración de un presupuesto general. Este presupuesto debemos procurar siempre que sea el ideal.

Digamos que se van a barajar cifras, pero lógicamente éstas sólo pretenden ser un ejemplo nunca que todos los Congresos deben ceñirse a ellas. Habrá apartados que están desfasados en cuanto a su costo real, pero se han utilizado cifras exactas que lleven mejor a la comprensión de ciertas divisiones y operaciones. Con ello pretendemos que el tema matemático sea lo menor árido posible.

En realidad tratamos facilitar la realización de un Congreso en su apartado económico.

Como en todo presupuesto hay dos capítulos insoslayables y principales:

### GASTOS E INGRESOS

Habrá muchas maneras de realizarlo, y de ello un economista nos podría hablar largo y tendido. Tampoco rechazamos la posibilidad de asesorarnos de uno de ellos para que nos marque un plan para siempre, y a partir de ahora.

#### NECROLOGICA

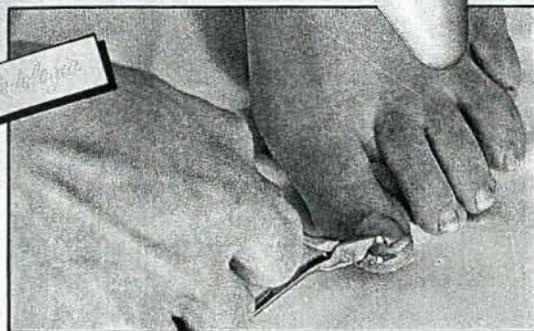
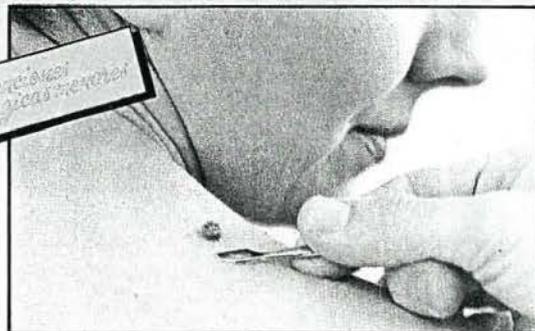
Os comunicamos el fallecimiento del compañero José García Pérez de  
Torrente (Valencia), C/. Cervantes, 4, fallecido hace unos meses.

# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico local  
"a frigore"  
uso tópico



Indicaciones  
Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésicar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

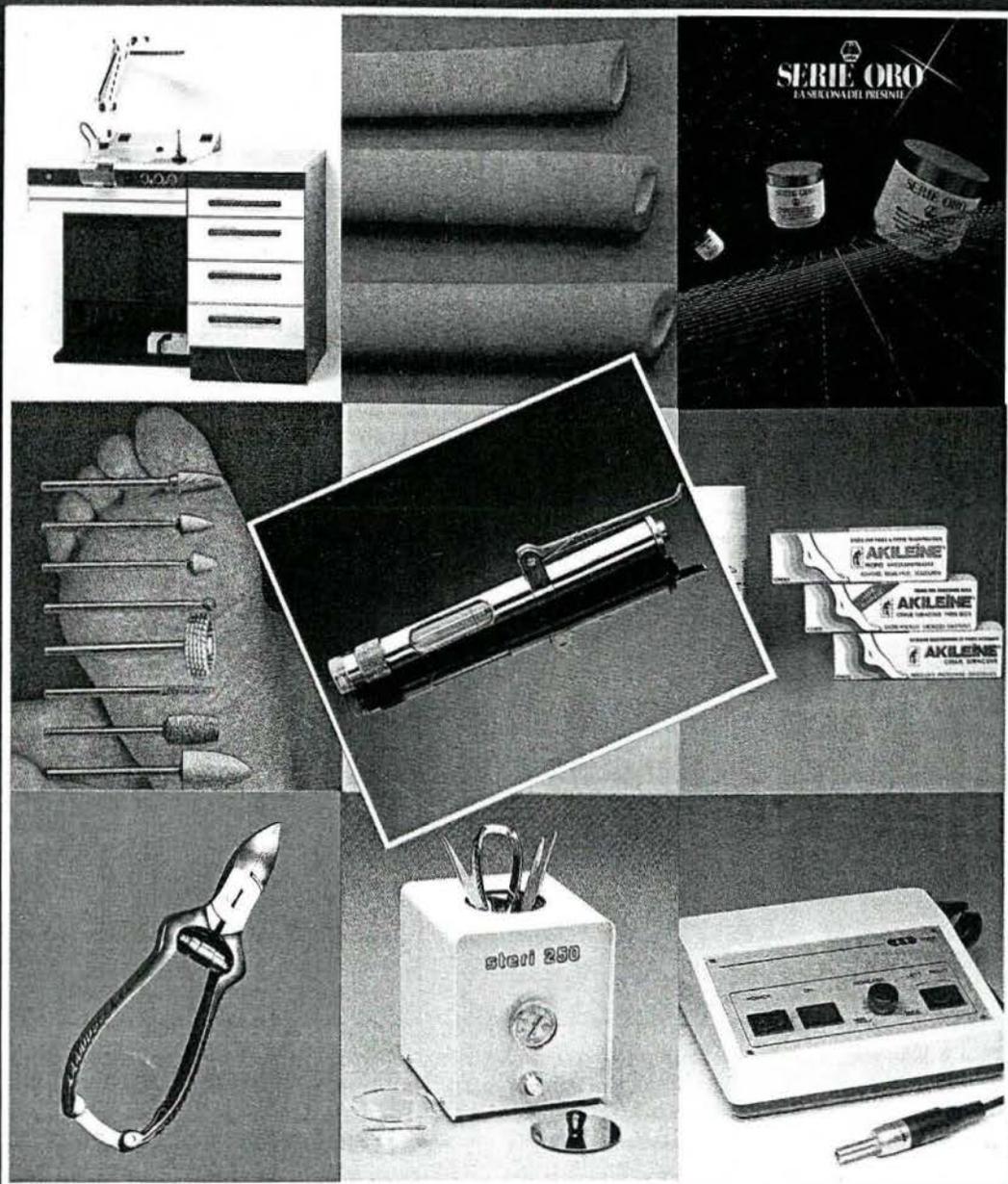
**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación masiva accidental se puede producir narcosis e inconsciencia, ante lo cual se instaurará respiración artificial y tratamiento sintomático.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá mantenerse en lugar fresco y alejado del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco «spray» de 100 gramos. P.V.P. IVA 423,— Ptas

LABORATORIOS **ERN** S.A.

Pedro IV, 499 - 08020 BARCELONA



## UNA NUEVA MANERA DE HACER PODOLOGIA

- EQUIPOS DE PODOLOGIA
- MOTORES Y TORNOS COLGANTES
- SILLONES PODOLOGICOS
- ACCESORIOS
- ESTERILIZADORES
- PODOSCOPIOS Y BANCOS DE MARCHA
- EQUIPAMIENTO
- SILICONAS PODOLOGICAS
- ARTICULOS DE USO CLINICO
- PRODUCTOS ADHESIVOS
- COMPLEMENTOS
- MATERIAS PRIMAS Y ORTOPEDIA
- ELECTROMEDICINA
- INSTRUMENTAL Y FRESAS

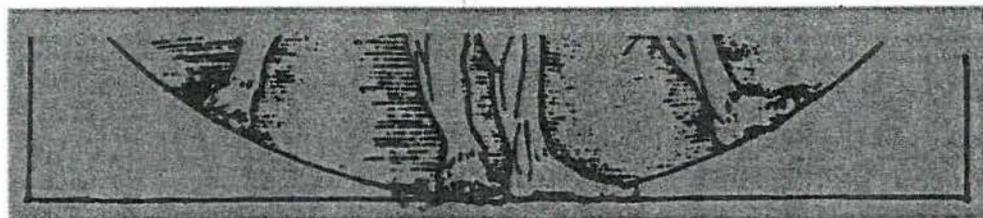
SOLICITE NUESTRO CATALOGO GENERAL.

**LUGA**  
DISTRIBUIDORES MEDICOS

MADRID · Carretera Canillas, 99 - bajo · 28043 Madrid · Tels. 200 34 69 - 759 46 65  
BARCELONA · Tel. 392 32 85



# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



MARZO - ABRIL Nº 116 - AÑO 1988

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico-local  
"a frigore"  
uso tópico

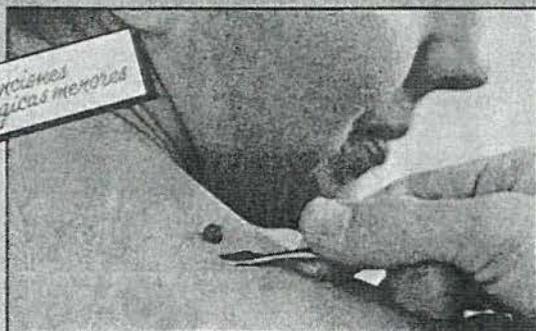
Traumatismos



Podología



Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local "a frigore", cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLÓGIA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésicar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación masiva accidental se puede producir narcosis e inconsciencia, ante lo cual se instaurará respiración artificial y tratamiento sintomático.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá mantenerse en lugar fresco y alejado del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco «spray» de 100 gramos. P.V.P. IVA 423, - Ptas.

ERN

LABORATORIOS ERN S.A. - Pedro IV, 499 - 08020 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniasta Gallego.  
Manuel Albalá Valle.  
Isidro Félix López González.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Manuel Albalá Valle.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonoga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: José Iniasta Gallego.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidaiga.

## SUMARIO

EDITORIAL .....	2
ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT .....	3
RELACION NUMERO DE ASOCIADOS 1º TRIMESTRE 88 .....	8
ACTA DE LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE REPRESENTANTES DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS .....	11
CARTA AL MINISTERIO ...	30
CONTESTACION DEL MINISTERIO .....	31
FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS ESTATUTOS SOCIALES .....	32

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
J. J. Araolaza Lahidaiga

**Empresa de  
Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

*En Valencia tenemos nuestra gran cita anual, nuestro vigésimo Congreso Nacional, primero en celebrarse bajo una normativa elaborada y aprobada por la Asamblea General de Representantes de la Federación Española de Podólogos.*

*Pensamos que los congresos nacionales con el verdadero epicentro anual de la Podología y que su celebración es posible por muchos y variados factores en su previsión y preparación entre los que hay que destacar la colaboración de las casas comerciales que se esfuerzan en presentarnos lo mejor y más necesario para el perfecto desarrollo de la profesión. Nuestra felicitación hacia ellas por estar otra vez este año con nosotros.*

*Pero si la exposición comercial es punto de detenida visita, la sala de actos es el verdadero corazón del Congreso, donde el conferenciante expondrá en unos minutos el resultado de su trabajo científico, de tantas y tantas horas de observación y preparación en su ponencia o en el material empleado para la composición, y el congresista tendrá la posibilidad siempre de aprender algo o reafirmarse en sus criterios, en su autoformación profesional.*

*Ambas salas, conferencias y exposición, deben ser siempre lo máximo de atractivas para los que año tras año las visitamos. Este debe ser siempre el objetivo a batir y superar, y es por ello que se impone la racionalidad ante la convocatoria de acontecimientos de similares características. Desde la F.E.P. así lo entendemos y de ahí la normativa de Congresos Nacionales y su acotación previa y posterior de otras actividades. Es un primer paso. Deseable sería ahora el poner en marcha el «calendario de actividades profesionales» para de esta forma ordenar lo que sería el año lectivo del posgraduado.*

*Pero hay más, un Congreso son también los actos sociales, donde entre «plato y plato» cultivamos la amistad y fomentamos sin darnos cuenta el corporativismo profesional, elemento sin el cual no habíamos llegado a este vigésimo Congreso...*

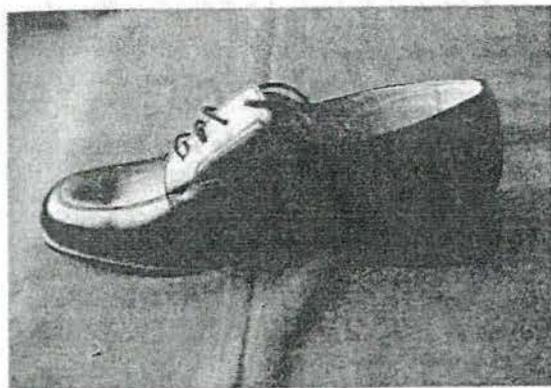
*... Pero de momento y mientras tanto llega Valencia deseemos los mejores aciertos al Comité Organizador para que la satisfacción de un gran congreso sea el mejor y más bonito recuerdo que les compense su esfuerzo por nosotros en su preparación.*

# ESTUDIO PODOLOGICO DEL CUERPO DE LA GUARDIA URBANA DE HOSPITALET DE LLOBREGAT

(continuación n.º anterior)

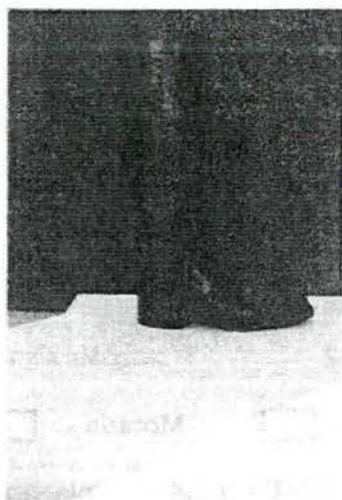
c) Para las mujeres, aconsejamos zapato tipo "blucher de señora", evitando adornos y pespunte en la parte anterior, la suela debería ser de cuero, la altura de su tacón de un máximo de 5 cm. y el diámetro de su base de un mínimo de 4 cm. (Diap. 5).

d) Durante la temporada de invierno, puede sustituirse el calzado "blucher" por bota de media caña, no demasiado ajustada al 1/3 inferior de la pierna, no es aconsejable que el forro interior sea de material sintético.



Diapositiva 5

Las características generales del cuerpo de la bota, serán similares a las del zapato blucher, excepto en la suela, que puede ser vulcanizada por sus características de aislamiento térmico.



Diapositiva 6

Asimismo, el calcetín debe ser sin costuras y de fibras nobles y naturales (hilo, algodón, lana...) de acuerdo con la estación del año.

Y finalmente, para los agentes usuarios de las motos de gran cilindrada, se aconseja la bota alta de montar (Diap. 6).

Han hecho posible este trabajo:

V. Novel Martín - Podólogo - Directora de la Escuela de Podología de la Universidad de Barcelona.

J.M. Albiol Ferrer - Podólogo.

J. Carbonell Cornejo - Licenciado en Exactas.

J. Casanovas Mora - Podólogo.

T. Céspedes Céspedes - Podólogo.

R. Cuevas Gómez - Podólogo.

A. Dorca Coll - Podólogo.

E. Giralt de Veciana - Podólogo.

F.J. Hernández Galayo - Podólogo.

J.M. Janeiro Arocas - Podólogo.

A. Manzanares Jannini - Podólogo.

X. Nogué Pañella - Podólogo.

A. Oller Asensio - Podólogo.

B. Prats Climent - Podólogo.

S. Sacristán Valero - Podólogo.

A. Velázquez Domínguez - Podólogo.

Agradecemos la valiosa colaboración de la Teniente de Alcalde y Ponente de Sanidad del Ayuntamiento de Hospitalet de Llobregat, a todos los componentes de la Guardia Urbana por los servicios prestados y muy especialmente a los alumnos de 2.º curso de la Escuela, por su eficaz ayuda en la recopilación e interpretación de los datos estadísticos.

## BIBLIOGRAFIA REVISADA

- 1) A. Ceccaldi y G.H. Moreau. Bases biomecánicas de l'équilibration humaine et orthèse podologique. Editorial Maloine S.A., 1.ª Edición, Paris 1976.
- 2) E. Plas, E. Viel y Blanc. La marcha humana. Editorial Masson S.A., 1.ª Edición, Barcelona 1984.
- 3) Bernard Regnaud. The Foot.

- Editorial Springer-Verlag. 1.<sup>a</sup> Edición. Berlin-Heidelberg 1986.
- 4) H.O. Kendall, F.P. Kendall y G.E. Wadsworth. Músculos pruebas y funciones. Editorial Jims. 1.<sup>a</sup> Reimpresión. Barcelona 1979.
  - 5) Nicholas J. Giannestras. Trastornos del pie. Editorial Salvat. 2.<sup>a</sup> Edición. Barcelona 1983.
  - 6) Ronald Mc. Ral. Examen clínico ortopédico. Editorial Salvat. 1.<sup>a</sup> Reimpresión. Barcelona 1983.
  - 7) J. Surós. Semiología Médica y Técnica Explorativa. Editorial Salvat. 6.<sup>a</sup> Edición. Barcelona 1978.
  - 8) V. Frankel, A. Burstein. Biomecánica ortopédica. Editorial Jims. 1.<sup>a</sup> Edición. Barcelona 1973.
  - 9) R.J. y P. Ducroquet. Marcha normal y patológica. Editorial Toray-Masson. 1.<sup>a</sup> Edición. Barcelona 1972.
  - 10) Radin, Simón, Rose, Paul. Biomecánica práctica en ortopedia. Editorial Limusa. 1.<sup>a</sup> Edición. México 1981.
  - 11) Daniel J. McCarthy. Podiatric Dermatology. Editorial Williams & Wilkins. 1.<sup>a</sup> Edición. Baltimore (U.S.A.) 1986.
  - 12) S. Fregert. Manuel de dermatitis por contacto. Editorial Salvat. 1.<sup>a</sup> Edición. Barcelona 1977.

### Estudio Podológico del Cuerpo de Guardia Urbana de Hospitalet de Llobregat

#### 1.- Datos Personales

1.<sup>er</sup> Apellido ..... 2.<sup>o</sup> Apellido ..... Nombre .....

Años de servicio ..... Peso ..... Talla .....

#### 2.- Tipo de servicio

1 - Oficinas	<input type="checkbox"/>	Estática	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos .....	Día
		Dinámica	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día		
2 - Calle	<input type="checkbox"/>	Estática	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos .....	Día
		Dinámica	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día		
3 - Coche	<input type="checkbox"/>	En marcha aprox.	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos .....	Día
		Estacionado aprox.	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día		
4 - Moto	<input type="checkbox"/>	En marcha aprox.	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día	Turnos .....	Día
		Estacionado aprox.	_____	<input type="checkbox"/>	Horas día		
5 - Mixto	<input type="checkbox"/>	Tipos .....				Turnos .....	Día

#### 3.- Tipo de calzado que usa durante el trabajo

Blucher  Botina  Bota alta  Mocasin

Deportiva  Bota agua  Otras .....

Material suela zapato: Blanda  Dura

#### 4.- Antecedentes patológicos familiares

.....  
.....

#### 5.- Antecedentes personales

a) Patología ósea:

Artrosis	<input type="checkbox"/>	.....
Artritis	<input type="checkbox"/>	.....
Trumatismos	<input type="checkbox"/>	.....
Otras	<input type="checkbox"/>	.....

En tratamiento    Si     No

b) Patologías cardiovasculares:

Síndromes varicosos	<input type="checkbox"/>	.....
Arteriopatías	<input type="checkbox"/>	.....
Cardiopatías	<input type="checkbox"/>	.....
Otras	<input type="checkbox"/>	.....

En tratamiento    Si     No

c) Patología endocrina:

Diabetes	<input type="checkbox"/>	.....
Gota	<input type="checkbox"/>	.....
Sobrecarga ponderal	<input type="checkbox"/>	.....

En tratamiento    Si     No

d) Patología alérgica:

Sensibilidades generales	<input type="checkbox"/>	.....
Sensibilidades específicas	<input type="checkbox"/>	.....
Otras	<input type="checkbox"/>	.....

En tratamiento    Si     No

Psicosis  .....  
 Neurosis  .....  
 Sociopatías  .....  
 Manifestaciones psicósomáticas  .....  
 (Palpitaciones, enrojecimientos,  
 sudoración, asma, ulcus...)  .....

e) Patología psiquiátrica:

En tratamiento: Si  No

f) Hábitos (factores de riesgo)

Tabaco No  Si  Tipo y cantidad aprox. ....  
 Alcohol No  Si  Tipo y cantidad aprox. ....  
 Drogas No  Si  Tipo y cantidad aprox. ....  
 Estimulantes No  Si  Tipos y cantidad aprox. ....  
 (café, té, colas...)  
 Prácticas deportivas No  Si  Tipo y cantidad aprox. ....  
 Stress No  Si  Tipos .....  
 (Status familiar y socio-económico)

## 6. Exploración Podológica

### 6.1. Inspección

a) Fórmula digital Egipcia  Cuadrada  Griega

b) Fórmula metatarsal Index plus  Index plus-minus   
 Index minus  Insuf. 5.º Mtt.

c) Dermopatías No  Si   
 (hongos, verrugas, queratopatías, otras) Tipos y Localización .....

d) Onicopatías No  Si   
 (hongos, onicocriptosis, otros) Tipos y Localización .....

### 6.2. Palpación

Arteria Tibial posterior Normal   D. I. Débil   D. I. Nula   D. I.

Arteria Pedia Normal   D. I. Débil   D. I. Nula   D. I.

Puntos dolorosos No Si   D. I. Localización .....

### 6.3. Exploraciones complementarias

R.X. No  Si  Tipos .....

Analítica No  Si  Tipos .....

### 6.4. Actitudes posturales

Columna vertebral Normal  Desviada

(localización visual) .....

Cinturón escapular Normal 

Estat.	Marcha
--------	--------

 Basculado 

Estat.	Marcha
--------	--------

Localización .....

Cinturón pélvico Normal 

Estat.	Marcha
--------	--------

 Basculado 

Estat.	Marcha
--------	--------

Localización .....

Desviación rodillas Genu Varus 

D.	I.
----	----

 Genu Valgu 

D.	I.
----	----

Genu Recurvatum 

D.	I.
----	----

 Genu Flexus 

D.	I.
----	----

Desviación talón Talón normal Si 

D.	I.
----	----

 No 

D.	I.
----	----

Tipo .....

Imagen podoscópica Normal 

D.	I.
----	----

 Patológica 

D.	I.
----	----

Descripción .....

Examen marcha Normal 

D.	I.
----	----

 Patológica 

D.	I.
----	----

Descripción .....

.....

7. Diagnóstico (normal o especificar) .....

.....

### 8. Resumen general del examen

Necesita tratamiento No  Si

Descripción .....

.....

RELACION NUMERO DE ASOCIADOS: 1.º TRIMESTRE '88

Asociación CASTELLANO-LEONENSA .....	52
AVILA .....	3
BURGOS .....	13
PALENCIA .....	3
LEON .....	9
SALAMANCA .....	8
SEGOVIA .....	2
VALLADOLID .....	11
ZAMORA .....	3
Asociación EXTREMEÑA .....	20
CACERES .....	6
BADAJOZ .....	14
Asociación ARAGONESA .....	46
ZARAGOZA .....	37
HUESCA .....	4
TERUEL .....	5
Asociación VALENCIANA .....	136
CASTELLON .....	25
VALENCIA .....	65
ALICANTE .....	45
Asociación ANDALUZA .....	95
CADIZ .....	
SEVILLA .....	
CORDOBA .....	
GRANADA .....	
ALMERIA .....	
MALAGA .....	
JAEN .....	
HUELVA .....	
Asociación GALLEGA .....	59
LA CORUÑA .....	28
LUGO .....	4
ORENSE .....	8
PONTEVEDRA .....	19

Asociación CATALANA .....		437
Asociación MURCIANA .....		21
Asociación CANARIA .....		33
LAS PALMAS .....	15	
TENERIFE .....	18	
Asociación MADRILEÑA .....		263
Asociación ESTUDIANTES .....		32
Asociación VASCO-NAVARRA .....		110
ALAVA .....	4	
GUIPUZCOA .....	37	
VIZCAYA .....	48	
NAVARRA .....	21	
Asociación CASTILLA-LA MANCHA .....		23
ALBACETE .....	13	
C. REAL .....	10	
Asociación LA RIOJA .....		13
LOGROÑO .....	13	
Asociación BALEAR .....		12
Asociación ASTURIANA .....		10
SANTANDER .....	9	
TOTAL SOCIOS .....		<u>1.339</u>
TOTAL ESTUDIANTES .....		32

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

# Acta de la Asamblea extraordinaria de representantes de la Federación Española de Podólogos

Celebrada en el Ilmo. Colegio de A.T.S. y D.E. de Madrid, el día 12 de diciembre de 1987

La Asamblea da comienzo a las 10 h. con el siguiente orden del día:

1. Salutación de la presidencia.
2. Lectura y aprobación del Acta anterior.
3. Integración de las asociaciones aragonesa y gallega. Información de otras asociaciones.
4. Información sobre la transformación del Decreto de Podología.
5. Relaciones Internacionales.
6. Proyecto de reforma de estatutos.
7. Proyecto de organización de congresos nacionales y su relación con actividades autonómicas. Congreso Nacional de Valencia.
8. Estudio económico. Proyecto de tesorería.
9. Proyecto de potenciación de la Revista española de Podología.
10. Elección del cargo vacante en la Junta directiva.
11. Ruegos y preguntas.

Asisten a la Asamblea los siguientes compañeros, algunos de los cuales van llegando durante el desarrollo de la primera parte de la misma.

Son en total treinta y dos asistentes, aunque al inicio de la Asamblea se encuentran en la sala diecisiete:

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| 1. Jaime del Barrio.              | 17. Rafael Avila Expósito.                             |
| 2. José Vilar Fuster.             | 18. José Iniesta Gallego.                              |
| 3. Andrés Rueda Sánchez.          | 19. Alfonso Domínguez.                                 |
| 4. José Luis Moreno de la Fuente. | 20. Antonio Sánchez Cifuentes.                         |
| 5. Isaías del Moral Roberto.      | 21. Armando Díaz Pena.                                 |
| 6. Angel Cabezón Legarda.         | 22. José R. Echegaray.                                 |
| 7. Juan José Araolaza.            | 23. Jesús Pérez de Anda.                               |
| 8. Juan Vidan Torres.             | 24. Luis Martínez Gómez.                               |
| 9. Fco. José Morán Ventura.       | 25. Agustín Mayral Marqués (sustituto de F. Ferreras). |
| 10. Manuel Albalá Valle.          | 26. José Villafaina de la Cruz.                        |
| 11. Antonio Carrasco Gifré.       | 27. Isidoro Félix López González.                      |
| 12. Luis Cajal Roibal.            | 28. M.ª Jesús Vega Cifuentes.                          |
| 13. Ramón Isidoro Martínez.       | 29. José Claverol Serra.                               |
| 14. José Ferre Anglada.           | 30. Luis Navarro Juan.                                 |
| 15. Julio Alonso Guillamón.       | 31. Félix Martínez Martínez.                           |
| 16. Martín Rueda Sánchez.         | 32. José Andreu Medina.                                |

Se inicia en el punto 1.º. Salutación de la presidencia.

Toma la palabra el presidente Andrés Rueda, dando lectura a la siguiente carta:

Buenos días y bienvenidos.

En primer lugar quiero agradecer la presencia de todos Uds. por su asistencia a esta Asamblea General Extraordinaria de la Federación Española de Podólogos.

Sean mis primeras palabras de agradecimiento al Sr. Presidente y Junta Directiva del Colegio Oficial de ATS y DE de Madrid por la gentileza que han tenido hacia nosotros al cedernos esta sala para la celebración de este acto, que por coincidir con un Curso que tenía programada la Asociación Madrileña no hemos podido celebrarlo en uno de nuestros locales como venía siendo habitual.

No puede dejar de venir a mi memoria en estos momentos el recuerdo de la pasada Asamblea General celebrada en Málaga. Desde esta Junta llamamos a la reflexión a los presentes para no caer en la tensión que dominó aquel ambiente, motivo de situaciones coyunturales muy concretas, que siempre se presentan en cualquier colectivo pero que también siempre se superan.

Con este espíritu nos atrevemos a pedir a los presentes que se practique la política del «salto con pértiga» en aquellos asuntos menores que puedan distorsionar el avance conjunto y solidario de nuestra organización y, en consecuencia, de la profesión en sí. La fuerza de nuestro colectivo debemos buscarla a partir de la unión y colaboración como elementos positivos a primar de forma inequívoca.

Permitidme una breve explicación general del orden del día, o de su porqué, que de primera lectura puede dar la sensación de llevarnos a una Asamblea interminable:

La Federación en sí, como ente nacional debe plantearse los criterios a seguir en aquellos temas de carácter nacional con repercusiones posteriores particulares, puesto que actividades de las que generaba o podía generar deben ser patrimonio de las Asociaciones Autonómicas, de forma que ante un futuro medio, la solución de estos temas nacionales de más capacidad o posibilidades de desarrollo asociativo autonómico.

Para que esto sea así debemos afrontar hoy estas cuestiones para ir definiendo el horizonte y que este trasvase de funciones se realice con un máximo de contenidos. Por ejemplo, del decreto y desarrollo del mismo en cuanto a contenidos que podamos conseguir hoy, dependerá la «calidad» y cantidad de gestiones que mañana el podólogo en ejercicio reclame como cobertura a su organización más próxima (hoy asociación, mañana colegio). Pero este planteamiento de futuro a medio plazo no debemos anteponerlo a las necesidades generales actuales. Ahora es momento de potenciar la organización nacional para que MAÑANA PODAMOS TENER unas potentes organizaciones autonómicas. Es un proceso de trasvase y de seguir un orden.

La FEP no puede ser un barco de vela a merced de muchos vientos pues difícilmente podrá mantener un rumbo fijo.

Todos los aquí presentes somos representantes de nuestras respectivas asambleas, pero desde el momento en que aceptamos esta posición y entramos por esa puerta debemos dejar en la antesala nuestros intereses particulares y ser consecuentes, porque, entre todos constituimos un ente diferente, con otros Estatutos que nos invitan a trabajar por objetivos comunes y de forma solidaria.

Ahora tenemos que construir el pastel antes de repartir la tarta.

Sé que estas reflexiones filosóficas son compartidas por vosotros y que hasta podrían estar de más, pero simplemente pretenden hacer un «recuerdo» de la misma forma que sobre ciertos temas profesionales se refresca la memoria haciendo repasos anatómicos que ya sabíamos o que se supone debemos saber.

Comencemos ya la Asamblea con la intención de terminarla y con un ruego desde la mesa: seamos breves con el uso de la palabra, pues el tiempo es el único valor que no se puede recuperar.

Damos también un saludo especial a los compañeros de Galicia, Aragón, Rioja, Santander y Baleares cuyo proceso de normalización está totalmente cerrado. Además tenemos la presencia de Canarias, que ha pasado por unas características muy singulares y a Castilla-La Mancha que también nos informarán de su situación.

A esta Asamblea han sido reclamados por parte de la Junta Directiva los compañeros de la Comisión Institucional para informar detenidamente sobre el proceso, situación y perspectivas

del Real Decreto de transformación de Estudios. También se invitó a D. Fernando de la Torre, actual subdirector General del Mec.

Con el agradecimiento por su escucha, pasemos a desarrollar el Orden del día.

Muchas gracias.

#### PUNTO 2.º: Lectura y aprobación del Acta anterior

Toma la palabra el Secretario, Angel F. Cabezón, dando lectura al acta anterior y se pasa a votación para su aprobación. El resultado de dicha votación es el siguiente:

Votos afirmativos: 17

Votos negativos: 0

Se aprueba por mayoría.

#### PUNTO 3.º Integración de las asociaciones e información

Continúa con la palabra el Secretario, Angel F. Cabezón, e informa que se ha recibido en esta secretaría la certificación de legalización de las siguientes asociaciones regionales: aragonesa, balear, cántabra, gallega y riojana.

Se pide a la Asamblea la aprobación de la integración de dichas asociaciones.

Se pasa a votación de cada una de las asociaciones y se van aprobando por aclamación todas ellas.

Se despide dicho momento con un fuerte aplauso. Seguidamente pasamos a solicitar información del momento actual de negociación de la asociación Castellano-Manchega y de la Canaria.

Respecto de la Castellano-Manchega, la causa fundamental de la paralización de los trámites es la falta de transferencias a dicha comunidad por parte de la administración central. Será, pues, vía Madrid, la posibilidad de legalización de dicha asociación.

Con relación a la Asociación Canaria se nos informa de que se van solucionando los problemas. Aclara el compañero Morán que esto ha sido posible gracias a las directrices recibidas por el presidente Andrés Rueda, el cual se ha basado en legislación recogida en la Generalitat de Cataluña.

Se somete a opinión y votación de la Asamblea que los compañeros asistentes representantes de Asociaciones todavía no integradas puedan hacer uso de su voto en la Asamblea, y según la disposición tercera de los estatutos.

Se aprueba dicho extremo por mayoría.

Cuando se va a tratar el punto 4.º del Orden del Día, se aprueba por mayoría el cambio de dicho orden en espera de la llegada del Sr. De la Torre.

Se pasa al punto 6.º

Se da lectura a la siguiente propuesta de cambio de estatutos:

#### PROPUESTA MODIFICACION ESTATUTOS

— Art. 5.º, párrafo 2.º: «En aquellos asuntos de competencia autonómica específica en virtud del traspaso estatal de competencias, las gestiones se realizarán **conjuntamente** con la entidad académica y la Asociación autonómica correspondiente».

Explicación: Debíó omitirse en el redactado la palabra **conjuntamente**. En el debate sobre los Estatutos se consideraba conveniente la participación de la F.E.P. para intentar fijar los mínimos por referencia con asuntos similares en otras autonomías..

— Art. 9.º 1, párrafo 2.º: eliminarlo

9.2.: eliminarlo.

9.3.: nueva redacción: «La admisión de integración en la F.E.P. será mediante aprobación por la Junta Directiva y ratificación por la Asamblea General».

Explicación: Aunque el proceso integrador está prácticamente finalizado, debe quedar claramente fijado que la integración de asociaciones ha de ser funcional.

— Art. 19.º 1: Sustituir Visto Bueno por «ratificar».

— Art. 22.º: Añadir a continuación del párrafo 2.º: «El Presidente de la Asociación Autónoma será representante nato en la Federación. Si hubiese cambio de Presidente autonómico por elecciones o cualquier otra causa, el nuevo Presidente será representante automático en la F.E.P. por sustitución del anterior».

Explicación: Ante sus propios Estatutos, la Ley y sus asociados, la figura de Presidente es jurídicamente responsable, por lo tanto es incongruente que no lo sea en el seno de la organización nacional..

— Art. 24.º: Añadir 13: «Determinar sobre las solicitudes de integración en la F.E.P. por parte de las Asociaciones Autónomas y/o territoriales que lo soliciten».

Seguidamente toma la palabra el compañero Moreno. Dice que modificar los estatutos llevaría tiempo y que le parece una medida poco práctica; sería más práctico, en todo caso, crear unos nuevos estatutos. Además que por una falta de participación es un proyecto de reforma exclusivamente del compañero Valero.

Se centra además, el compañero Moreno, en la discusión del punto concreto al que se refiere el cambio de representantes en el caso de dar de baja al Presidente de una Asociación.

Después de un rápido diálogo entre Moreno y A. Rueda se decide votar la modificación o no de los estatutos. La votación queda de la siguiente manera:

Votos a favor: 17

Votos en contra: 13

Abstenciones: 1

Al no darse los 2/3 de las votaciones no es posible la modificación de estatutos.

(Al poco de comenzar el punto 7.º, llega el Sr. de la Torriente. Por ello se toma el punto 4.º, al que seguirá el 5.º).

PUNTO 4.º: Información sobre la transformación del Decreto de Podología

En dicho punto del orden del día, intervienen el Sr. Fernando de la Torriente, Máximo González y los directores de las Escuelas de Podología de Barcelona y Madrid, Virginia Novel y González.

Toma la palabra Andrés Rueda, y hace la presentación de la Comisión y expone el motivo del porqué de la creación de la Comisión Institucional, así como la presencia del Subdirector General del MEC, D. Fernando de la Torriente, como organismo que lleva el trámite del Decreto.

Continúa Virginia Novel haciendo el comentario de que con respecto a las directrices generales del plan de estudios, el exceso de créditos solicitados fue un escollo que se superó retocando ligeramente el número de los créditos y su orientación.

Fernando de la Torriente afirma que falta concretar el calendario por la vía del Consejo de Universidades, en la fase de exposición pública de las directrices generales del plan de estudios.

Con respecto a la ley de Reforma Universitaria, existen unos mecanismos para legislar lo que sería una nueva carrera. Afirma que se hacen necesarios unos apoyos legales firmes para evitar los posibles recursos, por lo que es bueno un decreto corto y claro. Que en cuanto a la

regulación de la actividad profesional, debe ser el Ministerio de Sanidad el encargado, aunque se haría necesario el presentar parte del contenido de dicha actividad.

Andrés Rueda hace referencia a una carta informativa de la C.E.E. en relación a la podología europea con una idea de directiva comunitaria en relación a estudios universitarios de al menos tres años de duración.

Que la Secretaría General del Ministerio, hay un informe positivo del Ministerio de Sanidad y otro informe también positivo del Consejo General de ATS y DE.

Se ha enviado al Consejo de Universidades, ya que es un ente diferente a la Dirección General del Ministerio de Educación y Ciencia, con el fin de que se pronuncien sobre el Decreto. A mediados de enero el Consejo de Universidades se reunirá.

Existe una propuesta singular del Ministerio de Educación para dar a luz el Decreto.

Hay voluntad del Ministerio de Educación para que salga el Decreto, teniendo el informe general los fundamentales parabienes.

Andrés Rueda vuelve a insistir respecto a un posible calendario y se pregunta cuándo va el Decreto al Consejo de Ministros. Al parecer, el Ministro de Educación tiene voluntad de que salga rápido, en el primer trimestre de este año.

En la ponencia del Consejo de Universidades se intervendrá para que salgan las directrices.

Será necesario un período de cuatro o cinco meses para debatir el plan de estudios.

Máximo González se refiere a la situación en la que quedarían algunos alumnos descolgados. Parece que esa situación estará contemplada.

Pregunta si la ponencia del Consejo de Universidades tiene la posibilidad de decretar los contenidos y asesorar al grupo de rectores, a lo que responde de la Torriente que no tiene competencia para determinar los asesores en la ponencia.

La ponencia estudia el tema del grupo de trabajo.

Al parecer, la Autonomía Universitaria tiene potestad para decidir la cantidad de escuelas, número de alumnos, etc. La acreditación de las escuelas, no obstante, sí depende del Ministerio de Educación.

Por último, Máximo González hace un comentario referido a la posibilidad de que, al equipararse la profesión, exista equiparamiento con España en otros países y estos profesionales vengán a nuestro país a trabajar.

## PUNTO 5.º Relaciones Internacionales

Toma la palabra A. Rueda y da lectura a la siguiente carta:

### RELACIONES INTERNACIONALES

**Organizaciones Internacionales:** Federación Internacional de Podólogos (F.I.P.) Comité de Enlace de los Podólogos de la Comunidad Europea (C.L.P.C.E.) Asociación Europea de Podólogos (A.E.P.).

Algunos datos sobre ellas:

**FIP:** España fue miembro fundador. La componen asociaciones de los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Gran Bretaña, Finlandia, Francia, Italia, Suiza (total 10).

La Presidencia la ostenta J. L. Emonet (Francia), la Secretaría General, también Francia. La cotización es de 1.80 F.S. por socio. España debe un año.

Presencia española: se le reserva una vocalía en la Junta.

La FIP es el punto de referencia del «pulso» de la Podología internacional de modo organizado. No hay otra asociación mundial. Los americanos nunca han querido entrar aunque la siguen de cerca y participan en los Congresos que organiza. Hasta este año los ingleses han estado como observadores. A excepción de los congresos es totalmente inoperante como lo demuestra que en sus veinte años de existencia no aumente el número de afiliados. Políticamente está bajo control francés total.

CLPCE: Nace como una comisión dentro de la FIP de las asociaciones de países que son parte de la CEE.

Países: Alemania, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Gran Bretaña, Italia.

Presidencia: J. L. Emonet (Francia).

Cotización: 1.500 F.F.

España no tiene puesto directivo.

El CLPCE podría considerarse como el brazo europeo de la FIP. También está bajo control francés total. En 1975 propuso una «directiva» sobre podología a la CEE, directiva a la que España se adhirió en 1986. Revisada esta propuesta en ella no aparece el nivel universitario ni define con claridad con qué estudios se accede a Podología. Tampoco se contempla la cirugía podológica. Nos consta que ha realizado consultas en Bruselas sobre el futuro de la Podología. Nos consta que ha realizado consultas en Bruselas sobre el futuro de la Podología. Desconocemos si piensan insistir sobre la proposición presentada.

AEP: Nace como una escisión del Comité por las desavenencias personales entre Emonet y Mme. Demoulein (belga).

Países: España (A. catalana), Bélgica, Holanda, Francia, Italia.

Presidencia: E. Montaner (España).

Cotización: Dos Equus por persona y año.

LA AEP se circunscribe a los países del Mercado Común. No admite socios que no provengan de los estados miembros. Actualmente están pendientes de respuesta de Grecia y Portugal. Organizó el pasado Congreso europeo de Podología. En su asamblea general celebrada en marzo del 87, aprobó proponer a la CEE una «directiva» de plan de estudios de cuatro años universitarios.

A nivel de Dirección General de Bruselas sobre armonización de legislaciones, tiene el mismo grado de reconocimiento que el CLPCE, teniendo ambas organizaciones «dossier» abierto.

Está bajo control de los españoles.

En el contexto internacional, con independencia de estas organizaciones, el punto de referencia es la Podiatría americana.

**Intereses españoles en el contexto internacional:** Son básicamente dos: profesionales y académicos (como consecuencia de estos últimos, los corporativos).

Evidentemente, los intereses profesionales puros para nosotros están en los EE.UU., puesto que es la podología más evolucionada, como bien sabéis todos vosotros. Muy poco tenemos nosotros que aprender, como colectivo, de la podología europea, aunque reconozcamos que en algún país se aproximen a nosotros (Francia, Gran Bretaña).

El único interés general europeo está en los congresos. Hay dos organizaciones que los realizan: FIP y AEP. A nivel de estas manifestaciones, el CLPCE es inactivo.

A nivel académico hay que prestar atención a los interlocutores con Bruselas, es decir CLPCE y AEP.

**Situación actual:** Desde que a través de las gestiones de D. Máximo González obtuvimos la respuesta de Bruselas (todos recibisteis copia), la inquietud por el horizonte del 92 —año en que la CEE preve iniciar el «libre mercado» de profesionales con libertad de asentamiento—, se ha definido bastante. Es decir, en base a la posibilidad de homologarnos a la «directiva de reconocimientos de títulos de nivel universitario», el listón de Europa lo hemos puesto nosotros, de

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

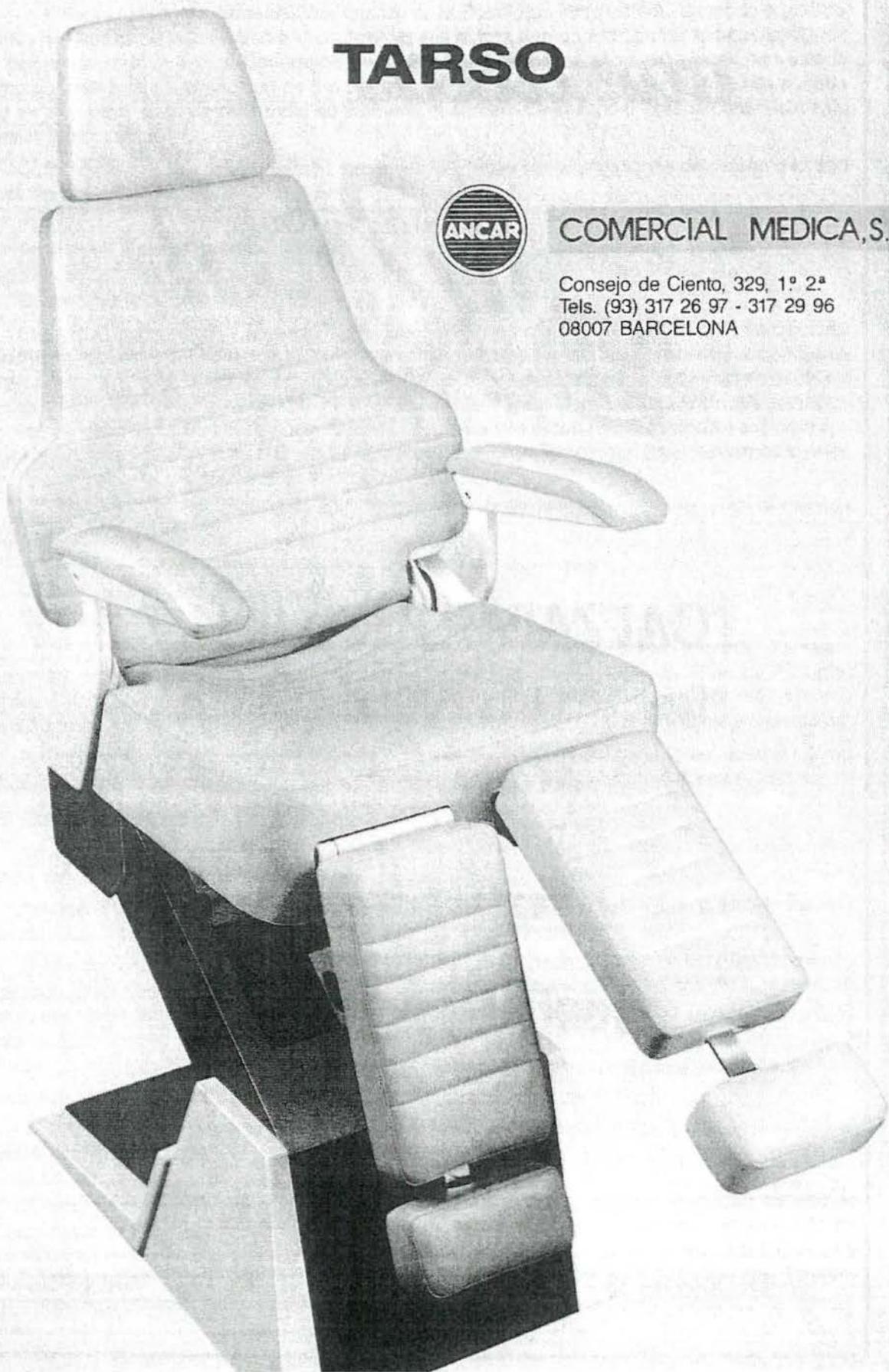
VILLENA

# TARSO



COMERCIAL MEDICA, S.A.

Consejo de Ciento, 329, 1º 2ª  
Tels. (93) 317 26 97 - 317 29 96  
08007 BARCELONA



# Fungusol®

Polvos desodorantes  
con acción

## PREVENTIVA Y CURATIVA

ante infecciones micóticas y/o bacterianas.

### FUNGUSOL® Polvo

#### Composición:

P-cloro-m-cresol, 1%; ácido bórico, 10%; óxido de zinc, 10%; aerosil, 3%; excipiente c.s.

#### Indicaciones:

- Tratamiento tópico de micosis cutáneas.
- Prevención de recidivas o reinfecciones de las micosis cutáneas.
- Prevención y tratamiento del intertrigo.
- Evita el desagradable olor corporal producido por la descomposición del sudor.

#### Dosificación y administración:

Siempre a criterio del médico. En general se recomienda espolvorear dos veces al día, con FUNGUSOL®, la zona afectada, así como en el interior de las prendas de calzado y/o vestido próximo a la misma.

#### Incompatibilidades:

No se conocen.

#### Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

#### Efectos secundarios:

Al aplicarse sobre mucosas o zonas muy sensibles de la piel, en especial si está húmeda, puede notarse una ligera sensación de picor que cede con rapidez.

#### Intoxicación y su tratamiento:

Dada la vía de administración es prácticamente imposible.

#### Presentación y P.V.P. IVA:

Frasco de 60 g., 227,— ptas.

SIN RECETA MEDICA



PREVIENE el desarrollo de la infección.

CURA cuando la micosis ya se está desarrollando.

DESODORIZA ya que no permite la descomposición microbiana del sudor.

LABORATORIOS ANDREU  
Moragas, 15 - 08022 BARCELONA.



SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

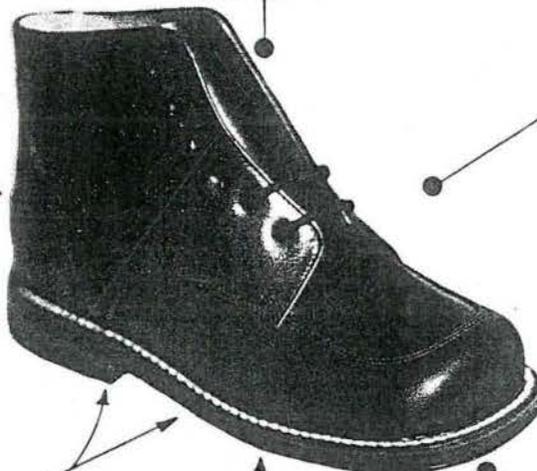
**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

CONTRAFUERTE  
DE HELFET indeforma-  
ble rebatido a alta presión,  
(que no se debilita con el  
calor natural de la  
deambulación).

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.

SERVICIO INME-  
DIATO mediante STOCK  
de gran capacidad. (Di-  
recto de fábrica).



Fabricación  
Exclusiva en DOBLE  
COSIDO visto por la suela  
que logra simultáneamente:  
gran FLEXIBILIDAD a nivel  
del antepié y extraordi-  
naria CONSISTENCIA  
en talonera y  
enfranque

Perfecto ASIEN-  
TO del calzado en todos los  
modelos (tacón y piso en el  
mismo plano), aun cuando  
vayan provistos de cuñas  
básicas opcionales.

SUELA Y ENTRE-  
SUELA de crupón de cue-  
ro de curtición lenta natu-  
ral, transpirable y repe-  
lente del agua.

MATERIALES  
de máxima calidad con  
un acabado en con-  
sonancia.

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.

prescription footwear. s.a. **P.F**

Apartado, 43. VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63973 PFVI E

forma que, según la directiva, nosotros podemos ejercer en otros países y para venir al nuestro tendrán que estar a nuestro nivel académico.

Ante esta situación se proponen las actuaciones siguientes:

- Establecer acuerdos formales de cooperación dentro del marco de las relaciones internacionales firmadas por España con EE.UU.
- Comunicar, de forma individual a asociaciones y de forma general a las entidades europeas, el resultado de las gestiones españolas y proponerlas como modelo a seguir, pero impidiendo el que se presenten solicitudes de propuestas de directivas en estos momentos.
- Establecer diálogos CLPCE-AEP para unificar los criterios.
- Hacer pago a los compromisos de cuotas contraídos y que se deben.
- Si no hay respuestas positivas en Europa, pasar a la posición del país observador.
- Establecer una Comisión de asuntos internacionales (Claverol, Montaner, Zacarías).

\* \* \*

Toma la palabra Moreno, e informa de que ha recibido una carta de la Secretaría de la FIP, doliéndose de la actitud de la FEP.

Toma la palabra Farré, y dice que se hizo una reunión de los países de la Asociación Europea, estudiando proyectos de estudios comunitarios, lo que originó el que se saliera Inglaterra, colocando un nivel universitario tipo a España, incluso cuatro años.

Al mismo tiempo propone que la FEP se mantenga en la europea por poco dinero o ver la posibilidad de estar como observadores, bien es ésta, bien en la FIP, etc.

Moreno afirma que la FIP tiene una penetración en la Comunidad Europea, mayor de la que se ha dado a entender; cree que no debemos salirnos de la FIP, se reafirma en lo anteriormente dicho, sólo que, además, debemos potenciarnos en ella y manifestar nuestra preponderancia en ella.

Alonso comenta el editorial de la revista de la Podología francesa, de Emonet, dándonos, al parecer, a entender que no reconocen nuestro nivel.

Cajal dice que la FIP es muy representativa, aunque está dominada por la asociación francesa.

A. Rueda, afirma que debemos estar donde podamos dominar los posibles informes que se puedan crear y enviar y propone comunicar a todos los países nuestra situación y nuestro deseo de colaboración.

Farré dice que la FIP es una frustración, y que en veintisiete años no ha evolucionado, al contrario ha perdido socios.

Moreno insiste en la importancia y preponderancia europea de la FIP, o, por lo menos, un cierto reconocimiento.

Mairal dice que era secretario del congreso de Barcelona y afirma que el presidente de la FIP no se portó bien y no trajo gente de su país y, al parecer, él vino gratuitamente.

Araolaza dice que todo lo dicho es conocido y no nuevo, que hay que centrar los núcleos de atención. Considera que en la FIP hemos estado sin querer trabajar, cree que no se ha trabajado ni aprovechado por nosotros. Afirma que debemos estar en la FIP pero trabajando.

Morán dice estar de acuerdo con Araolaza.

A. Rueda se vuelve a remitir a su carta, que resume las últimas intervenciones. Dice que no debemos irnos, pero, si estamos, debemos hacerlo como observadores, si es que no nos hacen caso.

Se propone comunicar nuestro nivel y situación a todos, incluidos los americanos.

Estar de observadores en los foros donde no se nos permite estar condicionados. Explica A. Rueda lo que supone para él estar de observador.

Moreno propone mandar una persona a la FIP y a la AEP (una persona para los dos) y propone a J. Araolaza. Rueda propone crear una comisión, no sólo una persona.

Mayral da su punto de vista sobre los campos que quieren los franceses e ingleses.

Araolaza propone que las relaciones con la Europea sigan por mediación de la A. Catalana y en la FIP, ir y tomar parte en la Junta directiva, trabajo, etc.

Se toma un acuerdo final, de tal forma que la junta directiva se hace cargo del tema, y previo estudio, crear una comisión si es necesario, e incluso solicitar ayuda si ésta se requiere.

PUNTO 7º Proyecto de organización de Congresos Nacionales y su relación con actividades autonómicas. Congreso de Valencia

Toma la palabra el compañero I. del Moral. Da lectura a una carta enviada a los representantes invitándoles a su participación en el proyecto de futuros congresos. Luego hace referencia a algunas modificaciones. Se pasa a la lectura del proyecto y estudio de proyectos.

1º punto: Actividad en asociaciones autonómicas.

Propuestas: Léase opciones: «Se adjunta proyecto de futuros congresos que servirá como guía».

3-y 2 / ninguno / 2 y 2 / 2 y nada / 3 y 3.

(En este momento se pospone dicho punto por la llegada del Sr. de la Torriente).

Después de tratar el punto 4º y 5º del orden del día, se retoma el punto 7º.

Reconsideramos el primer punto del proyecto.

Propuesta: Dos meses anterior y uno posterior. Primero se decide votar el punto 5º del proyecto.

Propuesta: Por el momento, anual: aceptado por aclamación.

Se vota después el punto 1º. Propuesta: Dos meses anteriores y uno posterior: aceptado por aclamación.

Punto 3º: Se decide separar actos sociales de los científicos.

Punto 4º: Sí, como está.

Punto 6º: Sí.

Punto 7º: Sí.

Punto 8º: Sí.

Punto 9º: Sí.

Punto 10º: Sí. 14 votos a favor, 5 en contra. Pago de la inscripción..

Punto 11: Eliminado.

Punto 12: Sí.

Punto 13: Votación: Sí, 5; No, el resto. Se decide No.

Punto 14: Sí.

Punto 15: Sí.

Punto 16: Sí.

Punto 17: Sí.

Punto 18: Sí.

Punto 19: No.

Punto 20: En principio. Sí. Luego se debate posteriormente en el caso de Valencia.

Punto 21: No periodista.

Punto 22: Sí.

Punto 23: Sí.

Punto 24: Sí.

Punto 25: Sí.

Punto 26: Sí.

Punto 27: Sí.

Punto 28: Sí. Votos: Sí, 17; No, 9.

Punto 29: Sí, 16; No, 1. La 2 en la B.

Punto 30: Pérdidas o ganancias. Federación 75 %, Autonómicas, 25 %..

Se hace una propuesta, en el sentido de que la denominación «Congreso» sea utilizada exclusivamente en los de la F.E.P. Votos: No, 2; Sí, el resto..

Propuesta de que las ponencias seleccionadas y no seleccionadas quedarán en posesión de la F.E.P.: Se aprueba por aclamación.

Propuesta de que los ponentes deben ser exclusivamente asociados, se hará la salvedad en determinados casos a estudio por el comité organizativo, debido a su calidad científica, especial interés, etc.: Se aprueba por unanimidad.

Propuesta en la que se pretende delimitar el tiempo necesario de asociado para poder presentar una ponencia.

Propuestas: seis meses y un año.

Primera votación: Sí, seis meses: 11 votos.

Sí, un año: 11 votos.

Abstenciones: 3.

Segunda votación: Sí, seis meses: 16 votos.

Sí, un año: 9 votos.

Se decide sea el tiempo de seis meses.

Se propone al compañero Morán como asesor de congresos por cuatro años, mientras sea representante: Se aprueba por unanimidad.

Se propone como censores de cuentas para los congresos, así como para la F.E.P. a los compañeros Jesús Pérez de Anda y Armando Díaz Pena, y para un plazo de cuatro años, mientras sean representantes: Se aprueba por unanimidad.

## Congreso de Valencia

Fechas: 2, 3 y 4 de junio.

Se ratifica por aclamación el acto a celebrar durante el congreso, de reconocimiento a la labor de Isaías del Moral (padre).

El compañero Isaías expone el desarrollo básico del congreso y explica el porqué de la elección del hotel y la construcción del presupuesto.

El compañero Moreno expone que el ánimo pretendido en el congreso de Málaga no lo observa en éste y que lo considera muy caro, máxime si se va sólo a los actos científicos. Se pone entonces en entredicho la estafeta y en general la totalidad del presupuesto.

Se retoma el punto 7.

Expone Isaías una rectificación de la cuota según las directrices presentadas y para actos científicos exclusivamente. Propone 2.857 ptas. sin regalo, sin comida y sin nada. Actos científicos y sociales: 22.000 ptas. Cuota estudiantes: 2.000 ptas. Acompañantes: 15.000 ptas.

Serían 3.807 con regalo, y con comida 7.307.

El compañero Alonso, propone que se abarate lo más posible según el sentir de la asamblea.

El compañero Moreno, en este momento incide en que como la F.E.P. paga los gastos, no deberá de abandonar nadie la asamblea hasta ser ésta totalmente finalizada.

El compañero Martín Rueda propone las 7.500 ptas. con las comidas de trabajo incluidas.

El compañero Moreno afirma que incluso con las comidas no llega a 7.500 ptas.

Se propone a la asamblea, en primer lugar, si entran las comidas de trabajo y se aprueba por unanimidad.

Propuesta: 7.000 ptas. con comidas y regalo: Se aprueba por aclamación.

Propuesta: 4.000 ptas. con todo incluido a estudiantes, y a los sociales se cobra normalmente: Se aprueba.

#### PUNTO 8.º: Estudio económico, proyecto de tesorería

Toma la palabra el Presidente, Andrés Rueda. Se dirige a los compañeros representantes informando de la necesidad de actualizar las cuotas por los gastos que se avecinan debido a las gestiones para el nuevo decreto, etc.

Andrés da lectura a un escrito que ha preparado respecto a este punto del orden del día:

#### NECESIDAD DEL FONDO ECONOMICO

Una vez conseguido el Decreto de Estudios, sobre el cual tenemos pendientes algunos pagos de importancia, tenemos que pensar ya en el desarrollo del mismo como son los aspectos de la orientación de las futuras especialidades, directrices generales del Plan de Estudios, establecimiento jurídico de las bases de la futura organización colegial, etc. (curso de convalidación, etc.).

Tanto unos temas como los otros requieren para acometerlos con un mínimo de garantías la base jurídica suficiente a nivel de informes jurídicos solventes que permitan planteamientos serios y eficaces.

Tengamos en cuenta, por ejemplo, que un informe jurídico normal puede oscilar en su coste entre las 150.000 y 500.000 ptas. e incluso más, en función de distintas variantes, como sean la garantía del equipo asesor, temas de nueva legislación, complejidad jurídica de la materia, etc.

Nosotros como colectivo a legislar partimos con todos los supuestos para precisar de las máximas garantías de asesoramiento, pues, con independencia de las circunstancias concurrentes, de la certeza de nuestras decisiones ahora, dependerá qué Podología consigamos para los próximos cuarenta, cincuenta años o más.

Por otra parte, el nuevo status socio-profesional en que nos moveremos condicionará una serie de movimientos corporativos que incidirán de forma importante en los gastos generales (gastos de representación dignos, aumento del número real de comisiones y elementos activos, asesoría jurídica permanente...).

Junto a todo esto hay un capítulo de gastos muy importante y que no podemos «robarnos» a nosotros mismos, y es el aprovechamiento del «cambio» para realizar una tarea de promoción profesional perfectamente estudiada y que debe remitirse a profesionales, como pueda ser contar con la contratación de una oficina de prensa o campaña de relaciones públicas, por ejemplo.

Por todos estos enumerados y simples, y más que podemos añadir, teniendo en cuenta la especial coyuntura actual y su importancia histórica, que la hacen extraordinaria, es por lo que sometemos a todos vosotros la necesidad de recurrir a acciones también extraordinarias para la constitución de un fondo social. Pienso que tenemos que ser valientes y aún asumiendo que «tocar» el bolsillo ajeno es impopular debemos tomar conciencia y actuar.

Propuestas: Dos recibos semestrales de 2.500 ptas. por asociado: 6.730.000 ptas.

Hace dos propuestas fundamentales:

— Actualizar las cuotas.

— Dos recibos semestrales extraordinarios cuyo importe será íntegro para la F.E.P., un total de 5.000 ptas. Total aproximado: 6.730.000 ptas.

Este será un compromiso para llevar a las correspondientes asambleas autonómicas y su pronunciamiento.

Interviene el compañero Pérez de Anda intentando hacer ver a los asociados que puede ocurrir como en el caso de los A.T.S., una convalidación que costó 17.000 ptas.

Interviene el compañero Vidán y propone hacer una carta explicativa.

Interviene Alonso y pregunta si es preciso hacer asambleas. Cree que con una carta dando a entender que todos los representantes están de acuerdo con la medida sería suficiente.

Interviene el compañero Araolaza y pregunta qué pasa con la previsión de fondos que se hizo en Málaga y cómo está el estado de cuentas.

Los compañeros dan a entender que se precisa la actualización de las cuotas y que no se detalle el estado de las cuentas.

El compañero Vidán pasa a detallar las deudas en la actualidad (en fecha 11-XIII-87) por petición de la Asamblea.

El compañero Ramón Isidoro solicita la explicación de por qué en la A. Andaluza hay compañeros de Cádiz que «van por libre», es decir, que están integrados sin estar en la A. Andaluza.

Se explica públicamente una vez más por el Presidente A. Rueda.

El compañero Morán explica que la A. Canaria debía dos semestres, pero ya se ha normalizado.

El compañero Moreno explica que en la asamblea del mes de junio de la Asociación madrileña, le pidieron que no pagara hasta que no se regularizaran las cuotas de algunas asociaciones que no pagan regularmente.

Afirma que se pondrán al día de las cuotas, cuando en una próxima Asamblea informe de que se va regularizando la situación.

Propuesta de R. Isidoro: rescatar las deudas y un sólo recibo extraordinario de 2.500 ptas.

El compañero Villafaina informa que cree podrá mandar recibos de 2.500 ptas. a sus asociados previamente bien razonados.

El compañero Vilar propone que se cobre por asociaciones y mediante recibos.

El compañero A. Rueda expone un nuevo argumento: a los A.T.S. les supuso la convalidación 17.000 ptas. Esto, quizá, se puede ahorrar el podólogo y otras cosas, si ahora trabajamos y conseguimos buenos informes jurídicos que de otra forma no podríamos adelantar por falta de recursos económicos.

El compañero Moreno cree poder convencer a sus asociados de la A. Madrileña, enviando previamente una carta razonando los motivos, además de que la Federación se encargue de los recibos para que vean que son de la F.E.P., pero por su banco.

Se hace la propuesta de 2.500 y 2.800 ptas.

R. Isidoro propone cobrar las deudas y pasar solo a 2.500 ptas.

La Junta se compromete a trabajar para solucionar el problema de los morosos y propone una cuota extraordinaria de 5.000 ptas.

Moreno propone 3.000 ptas. como cuota única.

Araolaza dice que es incongruente cobrar 5.000 ptas. cuando antes se rebajaron las cuotas.

Alonso propone 3.000 ptas. y en el congreso de Valencia se discutirá si hace falta más dinero.

Propuestas:

— Un recibo 3.000 ptas. (a favor: 12 votos).

— 5.000 ptas. en dos recibos de 2.500 ptas. (a favor: 11 votos). Abstenciones: 3.

Medina pregunta cuánto se va a subir la cuota.

Se acuerda un recibo extraordinario de 3.000 ptas.

Propuesta de aumento de cuotas:

Se propone subir la cuota de 1.500 ptas. a 2.000 ptas. con los mismos tantos por cientos de reparto, 70 % y 30 %.

El compañero Moreno expone que se tiene un superávit en la F.E.P. de tres millones de pesetas. Por esa razón no cree que haya que subir la cuota.

El compañero Vidán piensa que es demasiado plantear ahora a los asociados una subida de cuota. Apunta que la Junta permanente se celebre alguna vez en diferente región de Madrid.

**ACUERDO FINAL:** Se queda la cuota invariable, no se modifica, después de muchos razonamientos y de general acuerdo.

**PUNTO 9.º** Proyecto de potenciación de la Revista Española de Podología

Toma la palabra Andrés Rueda y da lectura al siguiente escrito:

### PROYECTO DE POTENCIACION DE LA REVISTA (R.E.P.)

La Revista Española de Podología data de 1961. Desde entonces hasta hoy ha sido y es el único órgano de difusión de alcance nacional y que ha estado bajo la tutela de distintos patrocinadores, a saber:.

- 1.º Delegación de Podología del consejo nacional de practicantes en medicina y cirugía y ATS.
- 2.º Agrupación de Podólogos de España.
- 3.º Asociación Española de Podólogos.
- 4.º Federación Española de Podólogos.

Son veintiséis años de historia que tiene en su «currículum» manteniéndose su edición ininterrumpidamente desde entonces. En esta trayectoria sus altibajos han sido muchos y los que indirectamente han sido responsables de ella podrían dar toda una lección histórica del porqué de la crisis y cómo las han superado. En tantos años todo ha cambiado: personas, política, el país en conjunto, la profesión... casi nada.

Hoy nuestro sistema corporativo que se basa en la pluralidad, participación y respeto mutuo, nos obliga a enfrentarnos bajo la corresponsabilidad de decisiones a un tema que nos cae delante como por «ley de la gravedad». Me refiero a la actualización de nuestra revista.

Nuestra fórmula de organización actual es el resultado de la unión de nuestras asociaciones autonómicas hasta converger en un ente federativo de carácter nacional. Pero si bien esto es así, no es menos cierto que somos herederos y debemos ser portadores de nuestro patrimonio común. La REP es patrimonio de todos los compañeros que fueron agrupados, asociados y ahora federados. No es la revista de la junta de turno ni de su redactor jefe y como tal ni se la podemos «hurtar» a ellos ni nos la queremos «quedar» nosotros. Lo que sí queremos es asumir nuestra primera responsabilidad para poner sobre el tapete la «crisis de identidad» de nuestro órgano de difusión, y proponer alternativas para su continuidad y superación.

Bajo un sistema federativo, no sólo es perfectamente lícito, sino incluso estimulante, el que la asociación que quiera y pueda edite su propia revista. Ahí tenemos, por ejemplo, el «Peu», «Podoscopio», la incipiente revista andaluza..., y lo que venga. Conjuntamente a ello, está la REP.

No nos corresponde a nosotros aquí, ni a esta Junta ni es de nuestra incumbencia como federación lo que a nivel interno edite cada asociación. Pero sí son datos referenciales que podemos contemplar. Ahora la REP es un órgano de difusión federativo e intentando ser consecuentes con lo que esto significa proponemos las siguientes alternativas para su valoración:

- 1.º Boletín informativo.
- 2.º Revista federativa auténtica.
- 1.º **Boletín informativo:** Su contenido debe ir ceñido a la información que genere la Fede-

ración (gestiones, actividades propias o de sus asociaciones integradas, copias de B.O.E. etc.). Como ventajas no vemos ninguna sustantiva. Como inconvenientes está el perder un patrimonio con veintiséis años de existencia, perder el único vínculo común que nos llega a todos y que ha contribuido desde su penetración a «crear profesión», etc., sería como perder una señal de identidad.

2.º **Revista federativa:** Como elemento transmisor de todo lo que genere el conjunto profesional sin perder la identidad del elemento generador.

La sugerencia podría ir por la siguiente vía:

1.º Portada como Revista de la Federación Española de Podólogos.

2.º Contenido: Crear secciones por Asociaciones para que con plena libertad publiquen lo que crean conveniente. Si el nivel de colaboración es pasando en bloque la revista que editen, esta sección tendría su propia Dirección y equipo de redacción, publicándose íntegramente el contenido y el orden de lo remitido.

3.º Publicidad: se centralizaría a efectos de cobro al pasar a ser de difusión nacional. También podría cederse a empresas que se dedican a la captación de anunciantes en general.

4.º Se crearía la figura del Coordinador nacional de redacción para su composición final.

5.º Coincidiendo con los Congresos nacionales o cuando sea necesario, se reuniría el cuerpo de redacción para realizar los ajustes necesarios.

Como ventaja tendríamos que cada podólogo del país recibiría un compendio ordenado de las revistas actuales, con el evidente beneficio de más información. El inconveniente mayor es que hay que querer hacerlo.

Esta Junta somos conscientes de que en el caso de aprobar esta segunda opción, no implica —ni pretende implicar— la obligatoriedad de que las revistas autonómicas existentes se integren en la revista federativa. La propuesta quiere nacer respetuosa respecto de las decisiones de las correspondientes juntas directivas, direcciones o asambleas autonómicas.

De aceptarse la propuesta se crearía una comisión formada por los equipos de dirección y redacción de todas las revistas, incluyendo en ella a los compañeros propuestos por las distintas asociaciones (Art. 24-8).

Después toma la palabra Isaiás del Moral y nos informa de que en la A. Valenciana se tenía en mente la confección de una revista, pero se adapta a la idea de la nueva revista.

Moreno afirma que nunca habrá una revista, siempre habrá la revista «Podoscopio», al menos mientras él sea presidente de la A. Madrileña. Está dispuesto, como siempre, a colaborar con la revista nacional.

Alonso opina que debería haber una revista nacional única, pero muy buena y que en las autonómicas se confeccionarían unos boletines. Dice que si se mantienen posturas de conservar una revista en cada región, nunca se conseguirá una revista nacional buena.

Moreno dice que es más enriquecedor que haya más de una, mucho más interesante varias.

M. Rueda dice que debería hacerse una reunión conjunta de jefes de redacción y que se editen en el mismo formato, para luego colocar tapas de la FEP unificables, en una de las partes los temas informativos propios de la FEP y así enviarlo todo unido.

Morán comenta la posibilidad de hacer varias revistas y luego mandarlas a la FEP y reeditarlas.

M. Rueda pregunta si nos parece bien que la FEP deje de tener una revista. Propone una alternativa, que se edite el **Peu**, **Podoscopio**, la revista andaluza, etc., pero sin tapa y se pongan las tapas de la FEP, para lo que es necesario que sean las asociaciones correspondientes las que acepten.

Morán propone que la FEP mande todas las revistas a todos menos la que han editado en su región.

ACUERDO FINAL: Estudiar y confeccionar una revista federativa

PUNTO 10.º Elección del cargo vacante en la Junta directiva

Toma la palabra A. Rueda:

Según los estatutos no es posible hacer la elección del cargo vacante. Se hará una proclamación con tiempo suficiente para hacer la elección en la próxima asamblea de representantes.

PUNTO 11.º Ruegos y preguntas

Toma la palabra el compañero Juan Isidoro y propone que el acta sea breve y contemple sólo los acuerdos.

Moreno cree que el acta debería ser extensa y pormenorizada. También solicita información sobre la ACAP.

A. Rueda le contesta que sería mejor que se tratase en un punto del orden del día y se estudiara el tema.

Alonso pregunta si la ACAP está ya incluida en la FEP y si esto es posible.

A. Rueda le contesta que para integrarse debe de contemplar la fórmula de los estatutos o como comisión sin rango jurídico.

Moreno dice que por algunas noticias recibidas de ASECOR, cree que los cirujanos pueden influir negativamente para la salida del decreto.

A. Rueda dice que en Barcelona llegó la noticia a la asociación de cirujanos ortopédicos y que se preguntaban lo que era la ACAP.

Así mismo, al parecer, en Suiza, en una reunión de cirujanos ortopédicos se preguntaban si los podólogos llevaban el camino en sus atribuciones de los podiatras americanos.

En este último tramo de la asamblea son pocos los representantes que ya quedan en la sala y se da por finalizada esta larga asamblea sin preámbulo alguno a las 20 h. 45 minutos.

V.º B.º  
El Presidente  
Andrés Rueda Sánchez

El Secretario  
Angel F. Cabezón Legarda

NOTA: Para el compañero que lo solicite a esta FEP, se le puede enviar la fotocopia del trabajo del compañero I. del Moral, en la que se basa el desarrollo del punto 7.º.

# PEUSEK®

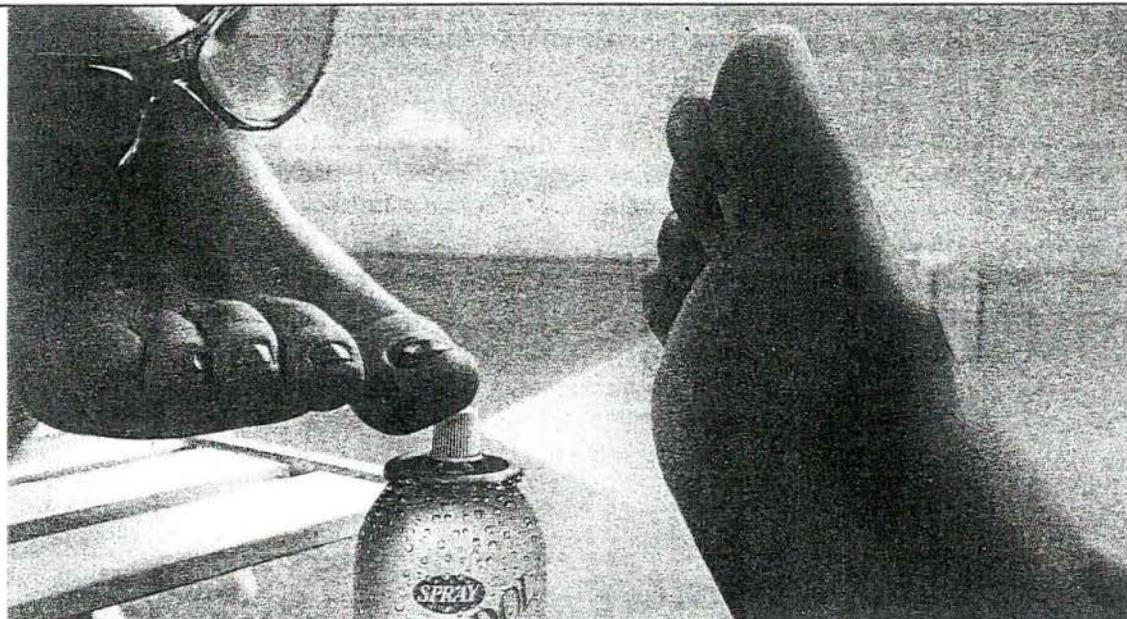
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

# CARTA AL MINISTERIO

**EXCMO. SR. MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO**  
**Pº del Prado**  
**28014 MADRID**

Excmo. Sr.:

La Federación Española de Podólogos es una Asociación profesional que agrupa a la mayoría de los podólogos del Estado, a través de las Asociaciones autonómicas y regionales que la forman.

Estos profesionales desarrollan su actividad en una gran proporción en Entidades e Instituciones sanitarias como personal de Enfermería, por ser éste su título base, y simultáneamente el ejercicio de la podología en el ámbito privado.

La dificultad cada vez mayor de encontrar un empleo por cuenta ajena, y la mayor actividad y expectativa de trabajo como podólogo en el ejercicio privado, hace que haya un número importante de podólogos que únicamente dediquen su jornada laboral a su consulta privada, siendo éste el casi de casi la totalidad de las nuevas promociones.

Los intentos de estos profesionales por acceder a las coberturas sanitarias y sociales institucionales como trabajadores autónomos han resultado inútiles, por cuanto que la licencia fiscal que aportan como titulados sanitarios no les permite esta filiación por existir disposiciones que lo impiden.

Esto hace que haya quienes han optado por solicitar otra licencia fiscal de una actividad ficticia, como por ejemplo, profesor de autoescuela, guarnicionero, ortopedia, reparador de calzado, etc., para que a través de esta licencia puedan cotizar como trabajadores autónomos.

Ante una situación tan irregular, y urgente, le rogamos nos informe de la posible solución al caso que le planteamos.

Agradeciendo su atención, le saluda atentamente.

Angel F. Cabezón Legarda

# CONTESTACION DEL MINISTERIO

Como continuación a nuestro escrito de fecha 9 de marzo del presente año, cúmpleme manifestarle que la Subdirección General de Planificación Sanitaria y Formación, nos comunica lo siguiente:

«En contestación a su nota de 9 de marzo, en relación a FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, he de informarle:

1. La Podología como especialidad de Ayudantes Técnicos Sanitarios y posteriormente de Diplomados de Enfermería, no fue expresamente derogada por el R. D. de 3.7.87 (B.O.E. de 1 de agosto), que regula las nuevas especialidades de Enfermería.

Parece ser que con la regulación de un nuevo plan de estudios que ha elaborado el Consejo de Universidades del que no tenemos conocimiento oficial, los Podólogos tendrán unos estudios universitarios de tres años, lo que equivaldría a una Diplomatura en Podología totalmente independiente de la Diplomatura de Enfermería.

Por el momento, el nuevo plan de estudios no ha sido todavía aprobado, por lo que los podólogos actualmente siguen teniendo una formación de Enfermeros.

2. Por lo expuesto anteriormente, la licencia fiscal que solicitan es la de Ayudantes Técnicos Sanitarios o Diplomados en Enfermería, que no les permite cotizar como autónomos, pues son los Consejos Generales de Colegios los que solicitan en la Seguridad Social por colectivos el permiso de cotizar como trabajadores autónomos.

En este momento, los Consejos de Dentistas, Economista y otros, ya tiene un acuerdo con la Seguridad Social que le permite cotizar como autónomos.

Este no es el caso del colectivo de Enfermería, pues su Consejo General no tiene un acuerdo en este sentido con la Seguridad Social».

Lo que le comunico, significándole el carácter meramente informativo de este escrito.

EL JEFE DE LA SECCION DE  
INFORMACION, INICIATIVAS  
Y RECLAMACIONES.



Aurelio Ignacio Llanos Vera.

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS  
SECRETARIA  
C/. San Bernardo, 74  
MADRID

# FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

## ESTATUTOS SOCIALES

### CAPITULO I

#### DENOMINACION, PERSONALIDAD Y FINES

**Artículo 1.º** — Al amparo de lo establecido en la Ley 19/77 y en el Decreto 873/77, en todo lo que no se oponga a la Ley Orgánica 11/85 de 2 de agosto, se constituye la Federación Española de POLOGOS, integrada voluntariamente por las Asociaciones Autonómicas y/o Territoriales de profesionales de la Podología, en posesión del Título Académico correspondiente.

La Federación, con personalidad jurídica propia gozará de capacidad para adquirir toda clase de bienes, valores y derechos; enajenar, vender y gravar los mismos; poseer y reivindicar la posesión de los bienes y derechos que proceda; concertar contratos y someterse a obligaciones de cualquier clase de derechos y ejercer las acciones tanto jurídicas como administrativas de cualquier índole, ante los Tribunales y los Organos competentes al efecto.

**Artículo 2.** — La Federación será de ámbito estatal y su domicilio social se fija en Madrid, C/. San Bernardo n.º 74.

**Artículo 3.º** — La Federación tendrá por objeto fomentar y defender todo lo relacionado con el Podólogo y la Podología en sus aspectos profesional, técnico, científico y de investigación así como en el jurídico, deontológico, y ético-social que le sea permitido por la ordenación y legislación vigente.

La Federación declara expresamente no tener ánimo de lucro en sus objetivos.

**Artículo 4.º** — Los Fines que esta Federación se propone, dentro de un régimen de libertad representativa y participación democrática de sus miembros serán los siguientes:

1.º Representar y defender los intereses de los miembros de la Federación al margen de cualquier ideología política.

2.º Colaborar en las diferentes cuestiones de orden académico como reformas de planes de estudios, de enseñanza y de investigación, etc., cuando así se lo requieran o esté admitido por la normativa vigente; formular propuestas, informes o sugerencias encaminadas a conseguir de las Autoridades y Organismos el perfeccionamiento y capacitación profesional de los Podólogos.

3. Procurar e impulsar las actividades y posibilidades de los Podólogos para perfeccionar en el seno de la Federación su formación, mediante la realización de cursos, cursillos, simposiums, congresos, convenciones, etc., tanto teóricos como prácticos; fomentar la actividad investigadora; llevar a cabo viajes de estudio en colaboración de Autoridades Académicas, personal docente, organismos públicos y privados y cualesquiera otras personas físicas o jurídicas que puedan facilitar la consecución de dichos objetivos.

4.º Establecer contacto con otras Federaciones o Asociaciones extranjeras con fines similares y mantener con ellas intercambios técnicos, científicos y culturales.

5.º Cultivar y mantener una constante relación entre los miembros de la Federación para su superación profesional, tanto del conjunto colectivo como de cada uno de ellos.

6.º Promover nuevas técnicas, métodos o sistemas y adelantos cuya aplicación redunde en beneficio de la humanidad en general y de la profesión en particular.

7.º Estimular la divulgación de la Podología a través de publicaciones, ediciones de libros, revistas, etc., que se consideren idóneos para estos fines.

8.º Defender los derechos y exigir el cumplimiento de los deberes de sus miembros, por propia iniciativa o por requerimiento de sus afiliados a través de las Asociaciones Autonómicas y/o Territoriales, para el cumplimiento de lo establecido en los presentes Estatutos, ejerza las facultades disciplinarias que procedan.

9.º Colaborar en la valoración de honorarios profesionales por la prestación de servicios y promover la armonización de los criterios de las distintas Asociaciones Territoriales y Autonómicas y Organización Colegial, teniendo en cuenta las particularidades de cada una y distinto nivel de vida.

10.º Denunciar ante los órganos competentes, a quienes siendo asociados o no, personas naturales o jurídicas, ejerciesen o facilitasen el ejercicio de la Podología en forma y bajo condiciones contrarias al orden legal y económico establecido, pudiendo perseguir en su caso a los infractores ante la inhibición de las Corporaciones de derecho público, no sólo con sus medios jurisdiccionales propios, sino también acudiendo ante los Tribunales de Justicia, mediante el ejercicio de cuantas acciones civiles, penales, administrativas, contencioso-administrativo, o de otra especie fueran necesarias o convenientes.

11.º Cultivar y vigorizar, entre los integrantes, las virtudes comunitarias, el amor a la profesión y el respeto a la opinión ajena.

12.º Promover y fomentar la formación humana, deportiva cultural de los miembros de la Federación, desarrollando, en su caso, las actividades correspondientes.

13.º Y, en fin, todas cuantas funciones y prerrogativas estén establecidas en las disposiciones vigentes y todas aquellas que no expresamente enunciadas, tengan cabida en el espíritu del bien de la Federación.

**Artículo 5.º** — La Federación tendrá competencia respecto a las Asociaciones Territoriales en los siguientes temas, sin perjuicio de las Competencias de la Organización Colegial:

1. Todo lo concerniente a las atribuciones profesionales de la Podología y marco legal de actuación del Podólogo.

2. Colaboración de los profesionales de la Podología en sus relaciones con el Ministerio de Educación y Ciencia, en lo relativo a normativa docente, plan de estudios, etc.

En aquellos asuntos de competencia autonómica específica, en virtud de traspaso estatal de competencias, las gestiones serán realizadas conjuntamente con la entidad académica y la Asociación autonómica correspondiente.

3. Elaboración de normas de actuación profesional, cuya reglamentación aprobada en Asamblea deberá ser acatada por todos los miembros de la Federación.

4. Actuación en supuesto de intrusismo en aquellos ca-

sos en que manifiestamente los hechos excedan de los límites de las Asociaciones Territoriales, o cuando así lo solicite la Asociación afectada aún en el caso de que los hechos susceptibles de intrusismo no rebasen los límites de la propia Asociación, debiendo contar en estos casos con la Organización Colegial, a la que se dará cuenta de este tipo de actuaciones.

5. Conversaciones con la Dirección General del Insalud para conseguir un acuerdo de «mínimos» a que hayan de atenerse las distintas Asociaciones.

6. Representación Internacional ante Asociaciones similares.

7. Organización de los Congresos, dejando para las Asociaciones Territoriales los cursos, jornadas, simposiums, etc.

La Federación ostenta la titularidad de los Congresos y en base a ello, la presidencia la ostentará el Presidente de la Federación. El plan del Congreso, presupuesto y programa de actos será aprobado por la Junta Directiva de la Federación. El reparto de los resultados económicos del Congreso será según los porcentajes aprobados por Asamblea General.

8. Todas aquellas competencias que la Asamblea General acuerde atribuir, en cuanto no vulnere los presentes Estatutos ni sean contrarios a la Ley.

**Artículo 6.º.** — La Federación podrá promocionar la integración de sus miembros en conciertos o pólizas colectivas que permitan cubrir los riesgos que en cada se acuerden conforme a las peticiones presentadas; prestará servicios de asesoramiento jurídico, administrativo y fiscal, necesarios o convenientes para la mejor orientación, consejo y protección de sus miembros; podrá crear cooperativas de ahorro y consumo o establecerá con aquélla los conciertos pertinentes, para la compra de materiales, aparatos, mobiliario clínico, instrumental, etc., destinado a sus miembros y gestionará permisos de importación de elementos y materiales necesarios para el ejercicio de la profesión cuando de éstos no se disponga en España.

## CAPITULO II

### DE LOS SOCIOS

**Artículo 7.º.** — Serán socios de la Federación las respectivas Asociaciones Autonómicas o Regionales que hayan acordado su incorporación conforme a sus propios estatutos.

**Artículo 8.º.** — Las Asociaciones Territoriales asociadas, satisfarán una cuota de entrada a la Federación por cada nuevo socio individual que ingrese en su respectiva asociación.

La cuantía se señalará por acuerdo de la Asamblea General.

**Artículo 9.º.** — Quienes aspiren a ingresar como socios, deberán cumplir los trámites y requisitos siguientes:

1.º Solicitarlo a la Junta Directiva de la Federación en la forma prevista en sus Estatutos.

2.º Satisfacer las cuotas de entrada vigentes en la Federación.

**Artículo 10.º.** — Serán causa de Baja en la Federación:

1.º La renuncia voluntaria, reglamentariamente expresada al órgano competente de la Federación. Esta renuncia no surtirá efecto hasta el mes siguiente de recibirse aquélla.

2.º El impago de tres recibos consecutivos, sin causa justificada.

3.º El incumplimiento de lo reglamentado en los presen-

tes Estatutos; la conducta incorrecta o la falta grave en contra de los intereses de la Federación o de la Profesión, cuando así lo acuerde el órgano competente de la Federación una vez instruido expediente disciplinario.

4.º Disolución de la Asociación Territorial federada.

**Artículo 11.º.** — Los socios que causen baja y deseen incorporarse de nuevo a la Federación deberán satisfacer de nuevo la cuota de entrada como si ingresaran por primera vez. La baja llevará implícita la pérdida de todo derecho que el socio pudiera tener según los Estatutos.

**Artículo 12.º** Derechos:

Además de los reconocidos expresamente por la Ley y por los Estatutos, los socios tendrán derecho a:

1.º Participar en todos los servicios, ventajas y beneficios que a favor de los mismos se recogen en los Estatutos, así como en los que les sean concedidos por cualquier entidad privada, estatal o paraestatal.

2.º Formular por escrito propuestas, quejas, sugerencias y solicitar información.

3.º Elegir y ser elegido miembro de los órganos de Gobierno.

**Artículo 13.** — Los socios estarán obligados a:

1.º Satisfacer periódicamente las cuotas ordinarias, en su caso, las extraordinarias que se acuerden por la Asamblea general.

2.º Cumplir con lo preceptuado en estos estatutos y con los acuerdos que, dentro de su competencia, adopte la Junta Directiva y la Asamblea.

3.º Cumplir las normas deontológicas, de ética profesional y honorarios profesionales que dicte el órgano competente.

4.º Colaborar al mayor prestigio de la Federación.

**Artículo 14.º.** — A fin de promocionar el más acentuado espíritu profesional y estimular el progreso científico, la Federación podrá instituir honores y recompensas, así como establecer premios para galardonar conductas ejemplares, aportaciones científicas o contribuciones relevantes en el campo de la Podología y en el ejercicio profesional.

## CAPITULO III

### ORGANOS DE REPRESENTACION, GOBIERNO, ADMINISTRACION

**Artículo 15.º.** — Los Organos rectores de la Federación son: la Asamblea General y la Junta Directiva.

**Artículo 16.º.** — La Asamblea General es el Organismo Supremo de la Federación y estará constituida por los representantes de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas elegidos para este fin en la Asamblea General u órgano equivalente de cada Asociación Territorial y/o Autónoma federada.

Sus acuerdos serán válidos y obligatorios para sus asociaciones siempre que se adopten conforme establece la Ley y los presentes Estatutos. Se convocará una vez al año, dentro de los seis primeros meses con carácter ordinario.

De forma Extraordinaria se reunirá cuando lo acuerde la Junta Directiva o lo soliciten el 25 por ciento de los componentes de la Asamblea General por medio de escrito dirigido al Presidente y en el que se expondrá de manera razonada el motivo se la solicitud.

Los cargos de Presidente y de Secretario de la Asamblea recaerán en los que lo ocupen en la Junta Directiva.

**Artículo 17.º.** — La Asamblea General, será convocada por acuerdo de la Junta Directiva con quince días de antelación al menos, mediante citación a cada uno de los componentes, haciendo constar los asuntos que hayan de ser sometidos a la deliberación de la Asamblea a través del correspondiente orden del día.

**Artículo 18.º.** — Las Asambleas Generales, tanto ordinarias, como extraordinarias, quedan válidamente constituidas cuando estén presentes en primera convocatoria, la mitad más uno de los componentes. Si no asistiere este número, transcurridos treinta minutos, se celebrará la Asamblea en segunda convocatoria, pudiendo tomarse acuerdos cualquiera que sea el número de asistentes. Los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos. No obstante será necesaria mayoría cualificada para aquellos asuntos cuya aprobación, con carácter específico corresponda a la Asamblea General extraordinaria.

**Artículo 19.º.** — Son funciones de la Asamblea General Ordinaria:

1.º Ratifican a la solicitud de ingreso en la Federación presentado a la Junta Directiva por una determinada Asociación territorial y/o Autonómica.

2.º Examen y aprobación de la memoria anual.

3.º Lectura y aprobación del acta de la Asamblea anterior.

4.º Examen y aprobación de las cuentas y presupuesto anual.

5.º Elegir y nombrar a los miembros de la Junta Directiva de entre sus propios componentes mediante sufragio libre y secreto.

6.º Dar el Visto Bueno y/o proponer las actuaciones de la Junta Directiva.

7.º La Asamblea General podrá en cualquier momento y por acuerdo adaptado por la mayoría, exceptuando de la votación a los miembros de la Junta Directiva retirar la confianza con el consiguiente apartamiento del cargo, a la totalidad de la Junta Directiva o a alguno de los miembros de ésta.

8.º Señalar las cuotas ordinarias y extraordinarias.

9.º Conceder los títulos de Honor y las menciones y distinciones que considere adecuadas, a propuesta de la Junta Directiva.

10.º Nombrar dos censores de cuentas por cada período de cuatro años para el examen previo de las liquidaciones y del balance del correspondiente ejercicio económico.

11.º Acordar la reunión con otras asociaciones extranjeras.

En cuanto al régimen de sesiones se estará a lo previsto para los de la Junta Directiva, si bien no será necesaria la asistencia del Presidente o Vicepresidente cuando el asunto a tratar sea la remoción de esos cargos o de la Junta Directiva en su totalidad. En estos casos, la Presidencia la ostentará el asistente de mayor edad.

**Artículo 20.º.** — Es competencia de la Asamblea General extraordinaria la adopción de los siguientes acuerdos, cuya aprobación requiere el voto favorable de las dos terceras partes de los presentes.

1.º Disposición o enajenación de bienes.

2.º Modificación de Estatutos.

3.º Disolución de la Federación.

**Artículo 21.º.**

1.º Trimestralmente, y durante los diez días siguientes a la terminación de dicho período, las entidades asociadas podrán examinar en presencia del Tesorero, la documentación relativa a la situación económica de la Federación.

2.º Anualmente y coincidiendo con el Congreso Nacio-

nal se celebrará Asamblea informativa de socios en la que se debatirán temas de actualidad.

**Artículo 22.º.** — Cada Asociación Territorial y/o Autonómica contará con un número de representación en la Asamblea General a tenor de la regla que se establece a continuación:

Asociaciones que tengan de 1 a 25 asociados, 1 representante.

Asociaciones que tengan de 26 a 50 asociados, 2 representantes.

Asociaciones que tengan de 51 a 100 asociados, 3 representantes.

Asociaciones que tengan de 101 a 250 asociados, 4 representantes.

Asociaciones que tengan de 251 a 400 asociados, 5 representantes.

Asociaciones que tengan de 401 a 550 asociados, 6 representantes.

Asociaciones que tengan de 551 a 700 asociados, 7 representantes.

Y así sucesivamente por cada 150 asociados más.

Las Asociaciones que aspiren a integrarse en la Federación, tendrán cuando menos, el ámbito territorial correspondiente a la administración autonómica.

La elección de representante será a título nominal y su duración será de cuatro años.

Las vacantes, si se producen, serán cubiertas con la misma fórmula de elección.

La falta de asistencia injustificada continua a dos convocatorias producirá su baja automática.

**Artículo 23.º.** — La Junta Directiva como órgano colegiado, gestor de carácter permanente, estará integrada por:

El Presidente

El Vicepresidente

El Secretario

El Tesorero y

Cuatro Vocales (1.º, 2.º, 3.º, 4.º)

**Artículo 24.º.** — A la Junta Directiva quedarán atribuidas las siguientes funciones:

1.º Verificar el cumplimiento de los Estatutos y exigirlos, así como el de los acuerdos que se adopten por ella y por la Asamblea General.

2.º Cumplir las obligaciones que en virtud de preceptos suficientes le están impuestas por las disposiciones en vigor.

3.º Actuar en los temas relacionados con el intrusismo competencia de la Federación, denunciando los hechos ante la Organización Colegial, las Autoridades y Tribunales a través del Presidente.

4.º Confeccionar el Reglamento de Régimen Interior burocrático al que habrán de ajustarse los servicios de la Federación.

5.º Llevar a cabo la unificación de criterios y proveer para la uniformidad de las normas deontológicas de las distintas Asociaciones Territoriales. Para ello, nombrará una Comisión Deontológica encargada de elaborar el anteproyecto del Código Deontológico para los miembros de la Federación.

6.º Resolver las reclamaciones que se formulen contra los acuerdos de la propia Junta Directiva o de la Asamblea General. La resolución que recaiga, si el acuerdo es de la Junta Directiva sólo podrá impugnarse en alzada ante la Asamblea General y, si es de esta última, reposición ante

la misma. Estas impugnaciones se harán mediante el oportuno escrito a presentar en los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se notifique el acto impugnado.

7.º Proponer a la Asamblea General las cuotas ordinarias y extraordinarias.

8.º Nombrar las Comisiones asesoras o de trabajo que procedan.

9.º Determinar la apertura de las cuentas corrientes a nombre de la Federación en las entidades bancarias que señale, y para cuyo movimiento será preciso que los pertinentes documentos se suscriban por el Presidente y el Tesorero.

10.º Proponer a la Asamblea General la concesión de las distinciones a que se refiere el art. 14.º, a los federados que se hayan hecho merecedores de ellas y mediante el debido informe razonado.

11.º Nombrar el personal necesario para el desenvolvimiento de los correspondientes servicios.

12.º Acordar la adquisición del material y mobiliario para los servicios de la Federación y concertar el arrendamiento de los locales.

**Artículo 25.º** — Los miembros de la Junta Directiva serán elegidos por la Asamblea General de entre sus propios componentes.

El mandato de los miembros elegidos será de cuatro años, computados a partir de la fecha de su elección, pudiendo ser reelegidos una sola vez de forma continuada. Sin embargo, a los dos años de la constitución de la primera Junta Directiva, se procederá a la renovación de los cargos de Vicepresidente, Tesorero, Vocales 2.º y 4.º; dos años más tarde se renovarán los cargos de Presidente, Secretario y Vocales 1.º y 3.º, y así sucesivamente.

La Junta Directiva podrá hacer delegación parcial de facultades en la Comisión Permanente, para una mayor agilidad en el ejercicio de sus funciones. Esta comisión Permanente estará integrada por el Presidente, Vicepresidente, Secretario y Tesorero.

**Artículo 26.º** — Régimen de sesiones

1.º La Junta Directiva se convocará por el Presidente, la Comisión Permanente o cuando lo solicite un 50 % de la Junta Directiva. La convocatoria se hará con quince días de antelación y mediante notificación cursada por el Secretario a la que se incorporará el Orden del Día conteniendo los asuntos a tratar, con una periodicidad, al menos, una vez al trimestre.

2.º Los asuntos se tratarán en el orden indicado y los acuerdos se adoptarán por mayoría de votos de los asistentes. El Presidente decidirá los empates.

Las sesiones se celebrarán en primera convocatoria cuando asistan todos los miembros; de no suceder así, se procederá a una segunda convocatoria, a los treinta minutos de la hora señalada, será válida la reunión si asisten la mitad más uno de los miembros entre los cuales se encontrará inexcusablemente el Presidente o el Vicepresidente.

3.º Los miembros de la Junta que por cualquier causa no puedan asistir a la sesión habrán de exponer, con la mayor antelación posible, los motivos que aleguen para ello, entendiéndose justificada aquélla si en dicha reunión no se acordara lo contrario.

4.º Las reuniones de la Junta Directiva no son públicas pero de los acuerdos adoptados se dará inmediata y pública información una vez aprobada el acta por la Junta al concluir la sesión.

El cese anticipado de algún componente de la Junta Directiva podrá producirse por renuncia, por acuerdo de la Asamblea General o por decisión de las dos terceras par-

tes de los miembros de esta Junta o en caso de inasistencia injustificada por tres veces consecutivas o cinco alternas.

Las vacantes que se produzcan antes del término del mandato, serán cubiertas provisionalmente por la Junta Directiva. No obstante si el cese viene ocasionado por acuerdo de la Asamblea, será ésta quien efectúe el nombramiento.

Todos los cargos serán gratuitos no obstante se les abonarán los gastos que realicen con motivo de su función directiva y que sean acreditados.

**Artículo 27.** — Corresponde al Presidente la **representación legal** de la Federación en todos los actos públicos o privados en la que se persone como tal Presidente y presidir las reuniones de la Junta Directiva, y la General. Ejercitar las acciones que corresponde, en defensa de la Federación y de los derechos de los federados ante los Tribunales de Justicia, autoridades de todas clases y órganos de la Administración; autorizar con su firma los informes y comunicaciones que hayan de cursarse y ejecutar, y hacer que se ejecuten los acuerdos de la Junta.

**Convocar y levantar las sesiones**, mantener el orden y el uso de la palabra y decidir los empates en las votaciones.

**Conformar los libramientos** para la ordenación de gastos y pagos cuando se expidan por el Tesorero y diligenciar con su firma, conjuntamente con la del Tesorero, los talones y documentos para el movimiento de las cuentas corrientes de la Federación.

**Velar por el exacto cumplimiento de los fines de la Federación**, de los acuerdos de la Asamblea General y de la Junta Directiva y de los Estatutos, actuando de moderador en las posiciones opuestas de los asociados.

**Firmar solicitudes**, instancias, oficios y comunicaciones que se dirijan en nombre de la Federación a los Organismos Públicos, Corporaciones, particulares etc... Signar con su visto bueno las certificaciones y demás documentos que suscriba el Secretario y autorizar, con la firma de este último, las actas de las sesiones. **Disponer en caso de urgencia y a falta de acuerdos y prescripciones expresas lo que estiman más conveniente** a los intereses de la Federación, con la obligación de dar cuenta de ello a la Junta Directiva dentro del plazo de las cuarenta y ocho horas siguientes.

**Artículo 28.º** — Son funciones del Vicepresidente:

Sustituir al Presidente en los casos de ausencia, enfermedad o incapacidad del mismo. En caso de dimisión del Presidente convocará Asamblea General para la elección de dicha vacante.

**Artículo 29.** — Son Funciones del Secretario:

1.º Levantar Actas de las reuniones.

2.º Expedir Certificaciones con el Visto bueno del Presidente.

3.º Llevar los libros de Actas y Registros de Socios.

4.º Preparar la correspondencia, confección de los Boletines informativos y otras publicaciones que se dicten.

5.º Preparar y redactar la memoria anual.

6.º Reunir y catalogar todos los trabajos, estudios e información que sobre Podología y sus profesionales se reciba en la Federación.

7.º Expedir las credenciales de los miembros de la Federación.

8.º Obstar la Jefatura de Personal sin perjuicio de la dependencia orgánica de la Junta directiva.

**Artículo 30.º** — El Tesorero tendrá como facultades:

1.º Llevar los preceptivos libros de contabilidad y el de Presupuestos.

- 2.º Custodiar los Fondos de la Federación.
- 3.º Redactar el anteproyecto del presupuesto anual de Ingresos y Gastos.
- 4.º Formular la cuenta y balance de cada ejercicio económico y el parcial por Semestres: Ambas cuentas se censurarán, antes de su aprobación por los censores designados al efecto.
- 5.º Llevar el Inventario de los Inmuebles y de los restantes bienes de la Federación, así como del material cuya naturaleza lo exija.
- 6.º Percibir los ingresos que por cualquier concepto se reciban y contabilizarlos debidamente, expidiendo los correspondientes recibos.
- 7.º Formular los mandamientos de Gastos y Pagos que habrán de firmarse conjuntamente por él y el Presidente, al igual que los talones y cheques o cualquier otro documento que afecte al movimiento de las cuentas corrientes.

8.º Redactar trimestralmente, un estado de cuentas recogiendo la situación económica de la Federación. De dicho estado una vez aprobado por la Junta Directiva, se dará la noticia a todos los miembros de la Federación, mediante el envío de la correspondiente copia.

**Artículo 31.** — Sin perjuicio de las Facultades que correspondan a la Junta directiva, ésta podrá designar de entre los miembros de la Federación las comisiones que, presididas por quien en cada caso se determine, crea conveniente para el estudio de temas específicos. Sus conclusiones se someterán a la aprobación en cada caso, de la propia Junta Directiva o de la General.

**Artículo 32.** — Con carácter permanente, por períodos anuales se designará una Comisión Deontológica integrada por tres personas elegidas a votación por los miembros de la Junta Directiva de entre los miembros de la Federación. Su misión será la vigilancia del ejercicio profesional de sus miembros individuales y el análisis de la publicidad y propaganda relacionadas con los Podólogos asociados.

A la vista de las informaciones y noticias aparecidas en los medios de comunicación social que puedan dañar a la salud pública o a los legítimos intereses, prestigio y dignidad de la profesión, formulará a la Junta Directiva los dictámenes precisos para que se adopten las medidas pertinentes.

Esta comisión deberá preceptivamente informar los expedientes intruidos a los miembros de la Federación con ocasión de las faltas en que hubieran incurrido; confeccionará el anteproyecto de Código Deontológico a que se remite el artículo 13 de estos Estatutos y propondrá las reformas que anualmente proceda introducir en aquéllas.

## CAPITULO IV

### REGIMEN ECONOMICO

**Artículo 33.º.** — La vida financiera de la Federación se desarrollará a través del presupuesto de ingresos y gastos que anualmente se aprobará por la Asamblea General.

**Artículo 34.º.** — El presupuesto de ingresos comprenderá los que se acusen en los siguientes conceptos:

- A) Remanente del ejercicio anterior.
- B) Subvenciones, donativos, herencias.
- C) Rentas de bienes muebles o inmuebles.
- D) Cuotas de entrada, las trimestrales de los Federados y las extraordinarias.
- E) Ingresos por publicaciones, venta de insignias, certámenes, etc.

**Artículo 35.º.** — El presupuesto de gastos abarcará lo relativo a alquileres, personal, servicios, material, adquisición de bienes, certámenes, viajes, y cualquier otro que sea preciso para el cumplimiento de los fines recogidos en estos estatutos.

Los Gastos no podrán en caso alguno, superar los ingresos previstos.

## CAPITULO V

### DISOLUCION

**Artículo 36.º.** — La Asociación podrá disolverse por las siguientes causas:

1. Por voluntad de los socios en la forma establecida en los presentes estatutos.
2. Por las causas previstas en el artículo 39 del Código Civil.
3. Por Sentencia Judicial.

**Artículo 37.º.** — **Acordada la disolución actuará como junta liquidadora la última Junta Directiva, quien procederá a la venta de los bienes sociales, para extinguir las deudas que existieran, destinando el remanente, si lo hubiere, a los fines que determine la Asamblea General, y en caso de no existir acuerdo unánime al respecto, lo destinará a las Escuelas de Podología existentes para la creación de becas de los socios estudiantes.**

### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

**Primera.** — Una vez aprobados los presentes Estatutos, entrarán en vigor a los treinta días de su aprobación.

**Segunda.** — La primera Asamblea General, que tendrá carácter constitutivo, y en la que se designará la nueva Junta Directiva, se celebrará a los 30 días de la entrada en vigor de estos Estatutos, fecha para la que deberán estar ya designados los representantes de las respectivas Asociaciones Territoriales.

**Tercera.** — La Junta Directiva de la Federación asumirá todas las competencias en materia de expedientes sancionadores, bajas, cobro de cuotas, etc., los miembros de la Federación que habiendo sido de la Asociación Española de Podólogos, lo sigan siendo de la Federación y no pertenezcan a ninguna Asociación Territorial, hasta que se constituya la que corresponda o ingresen en alguna de las ya constituidas.

Protector epidérmico  
podológico



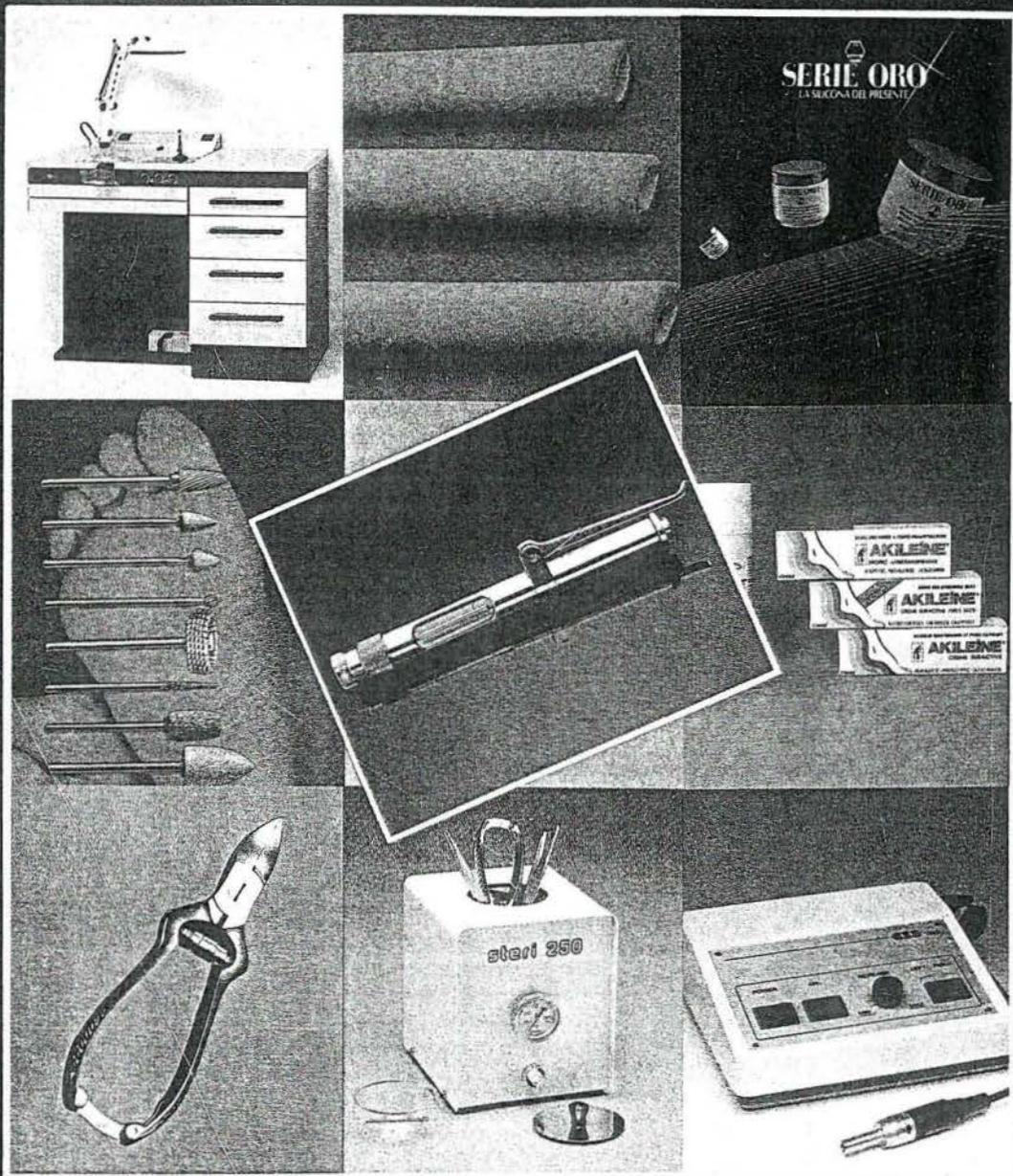
Normaliza  
la fisiología del pie



Limpieza integral  
del pie.  
Bactericida.

Antimicrobiano  
Antisudor





## UNA NUEVA MANERA DE HACER PODOLOGIA

- o EQUIPOS DE PODOLOGIA
- o MOTORES Y TORNOS COLGANTES
- o SILLONES PODOLOGICOS
- o ACCESORIOS
- o ESTERILIZADORES
- o PODOSCOPIOS Y BANCOS DE MARCHA
- o EQUIPAMIENTO
- o SILICONAS PODOLOGICAS
- o ARTICULOS DE USO CLINICO
- o PRODUCTOS ADHESIVOS
- o COMPLEMENTOS
- o MATERIAS PRIMAS Y ORTOPEDIA
- o ELECTROMEDICINA
- o INSTRUMENTAL Y FRESAS

SOLICITE NUESTRO CATALOGO GENERAL.

**LUGA**  
SUMINISTRADORES DIRECTOS

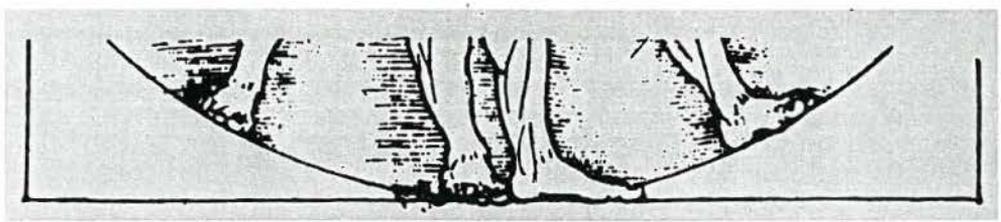
MADRID · Carretera Canillas, 99 - bajo · 29043 Madrid · Tels. 200 34 69 - 759 46 65  
BARCELONA · Tel. 392 32 85



NUMERO EXTRAORDINARIO: CONTIENE TEXTO REAL DECRETO 649/1988

MAYO - JUNIO Nº 117 - AÑO 1988

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

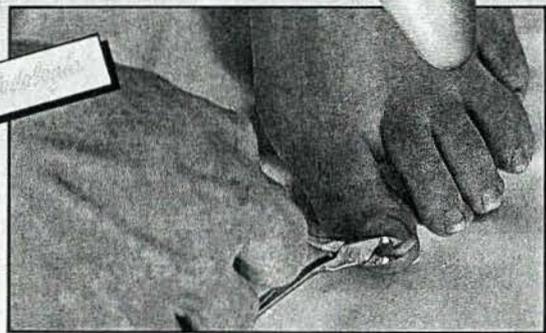
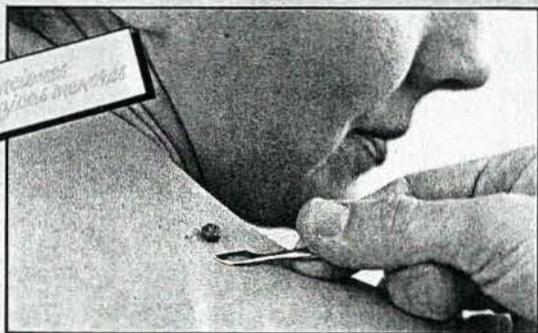
# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico-local  
"a frigore"  
uso tópico

uso deportivo



intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestesiar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han observado efectos secundarios debido a la rápida evaporación del cloruro de etilo.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de intoxicación, lavar el lugar con abundante agua y beber leche o agua. En caso de intoxicación por ingestión, lavar el estómago con abundante agua y beber leche o agua.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Mantener el producto en su envase original, en un lugar seco, fresco y bien ventilado, alejado de la luz y de las fuentes de calor.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco de vidrio de 100 gramos. P.V.P. IVA (2%) 3,14 €.

**ERN**

LABORATORIOS ERN S.A. - Pedro IV, 499 - 08020 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

## ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

### JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniesta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

### ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Manuel Albala Valle.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonoga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: José Iniesta Gallego.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL.....	2
MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA.....	7
EN MEMORIA DE PABLO VILATO RUIZ.....	13
XII CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA....	15
INFOME JURIDICO.....	24

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
Por designar

**Empresa de Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

*El pasado día 17 de junio el Consejo de Ministros aprobó el texto definitivo del Real Decreto por el que se transforman los estudios de Podología en primer ciclo universitario conducente al título de Diplomado en Podología y estableció las Directrices Generales propios de los Planes de Estudio.*

*El Real Decreto ha sido publicado en el B.O.E. con fecha 27 de junio de 1988 con el número 649/1988 (texto reproducido en páginas interiores).*

*Vista en consecuencia la situación actual, pienso que se hace necesario hacer un rápido comentario del contenido de texto así como de las consecuencias inmediatas a corto y medio plazo en función del desarrollo previsto.*

*No obstante permitidme una pequeña introducción:*

*Desde que a partir de 1982 por sentencia del Tribunal Supremo quedó abolido el Decreto publicado en diciembre de 1980, muchos son evidentemente los acontecimientos producidos. Han cambiado personas, instituciones, organismos, criterios, leyes,.. etc, etc, etc., entrando de lleno en el desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria en cuanto a marco general, y en la Reforma de las Enseñanzas Universitarias, como hecho particular y en el que nos hemos visto envueltos.*

*Ya el año pasado, el conjunto de personas que nos movíamos en la esfera del Decreto éramos conscientes de la realidad que se acercaba. Se imponía coordinar las acciones para rentabilizarlas y fué ese precisamente el primer compromiso que adquirió esta junta y mi persona ante la Asamblea General Informativa de Málaga. Recuerdo que en aquella ocasión utilicé la palabra "tripode" al referirme a la Comisión tripartita a crear para el seguimiento del Decreto. Es decir, Escuelas, Consejo General y Federación.*

*Hay que destacar que la propuesta cuajó de inmediato y que el tema se ha estado trabajando y se trabaja con total permeabilidad y apoyo entre las instituciones. Quiero expresamente destacar el hecho y hacer un reconocimiento público de gratitud por la entrega y disposición mostrada hacia la consecución de los objetivos marcados por parte de los compañeros participantes.*

*No quiero dejar tampoco de mostrar mi reconocimiento hacia aquellos compañeros que han vivido y viven el tema con total espíritu de colaboración hacia esta Federación en pro del Decreto como gestión de apoyo a la Junta. Muchas gracias a todos ellos.*

*Hecha ya esta pequeña introducción, a modo de declaración de principios, entremos ya en un análisis global del texto.*

#### **ANÁLISIS DEL REAL DECRETO.-**

*Técnicamente podríamos dividir al Real Decreto en tres bloques diferenciados:*

*1.º Decreto marco*

*2.º Directrices Generales del Plan de Estudios .*

*3.º Materias Troncales*

#### **1.º Decreto marco.-**

*El análisis del texto nos permite, desde la objetividad, darlo como bueno y que realmente se ajusta a la filosofía de cambiar de marco académico sin repercusión negativa en las funciones profesionales.*

*Para ello era básico arrastrar del Decreto 727/62 el párrafo 2º de su artículo primero y el párrafo 2º de su artículo quinto que se refieren explícitamente al campo profesional y a la recepción del paciente respectivamente.*

*Por lo tanto el cambio de marco académico no va a incidir negativamente sobre nuestras funciones ya adquiridas ni en un detrimento de las mismas para los futuros Diplomados puesto que explícitamente el nuevo texto anula al anterior salvo estas excepciones concretas.*

#### **2.º Directrices Generales del Plan de Estudios.**

*Los imperativos como consecuencia de la publicación el 14 de diciembre de 1987 del R. D. 1497/1987 tuvieron como consecuencia el retraso en la publicación del Decreto marco que para entonces ya estaba concluido, pero no solo retrasó el proceso sino que además condicionaba "sine qua non" el texto al Plan de Estudios al tiempo que desgrana toda una normativa a la que debe someterse este. Esta normativa afectó directamente al Proyecto de Directrices que habíamos elaborado en Bènmádena con ocasión del XIX Congreso Nacional reduciendo notablemente el número de créditos en las materias sobre el que habríamos previsto y que ya se publicó en la Revista.*

*En concreto estas Directrices hacen referencia a la duración de los estudios, objetivos de las enseñanzas, tipos de las mismas, carga lectiva, convalidación entre universidades, áreas de conocimientos y modalidad de enseñanza.*

*El comentario sobre ellas es que son la fiel adaptación al R. Decreto que las regula, aunque en lo referente a los objetivos de las enseñanzas tengo que manifestar nuestra disconformidad al redactado actual siendo mucho mas completo el que figuraba en el Proyecto que se remitió desde la Subdirección de Especialidades al Consejo de Universidades que el devuelto por este y que despues ha sido aprobado por el Consejo de Ministros.*

### *3º Materias troncales.*

*Recogiendo el espíritu y la letra de la Ley de Reforma Universitaria, las Directrices indican el sistema por el cual debe elaborarse el conjunto del Plan de Estudios en Podología, y que al igual que el resto de las enseñanzas universitarias consta de tres bloques:*

*a.- materias troncales: podríamos definirlo como el porcentaje de materias que deben impartirse obligatoriamente en todas las universidades del territorio nacional.*

*b.- materias propias de cada universidad: corresponde a las materias que cada universidad tiene la prerrogativa de incluir en su Plan de Estudios y que pueden ser diferentes en una u otras. En este grupo hay un bloque que la universidad las impondrá con carácter abligatorio y otro que podrá escoger el alumno, o sea, que seran materias opcionales.*

*c.- materias de libre configuración curricular: son el grupo de materias que el estudiante puede incluir libremente en su catalogo para de alguna manera "personalizar" sus estudios.*

*De estos tres grupos hay unos mínimos referenciales y que son el 30 por ciento para el grupo a.- y un 10 por ciento para el c.- quedando el porcentaje del b.- a expensas de la fluctuación de los otros dos.*

*En lo que respecta a Podología queda un porcentaje de 47 por ciento para las materias troncales, un 43 por ciento para las propias de la universidad y un 10 por ciento para la libre configuración del "curriculum". O sea que podría darse la posibilidad de que los planes de estudio de cada universidad fueran un hipotetico 53 por ciento diferentes entre si.*

*Otro de los elementos en relación directa con la troncalidad y las materias específicas es la referente al Area de Conocimientos En el texto que se promulga no figura el Area de conocimientos en Podología. Tecnicamente la razón que se aduce es que no puede crearse un Area si los estudios no estan integrados previamente en la universidad, y que es apartir de la aparición del R. Decreto cuando se podrá solicitar la creación del Area de Podología.*

*Este detalle es de capital importancia puesto que a medio plazo podemos perder el control de la docencia al no ser posible el acceso de los nuevos Diplomados a las plazas de docentes.*

*Como podremos observar ahora se plantea un nuevo proceso con la transformación de las Escuelas actuales, en el que se debe*

*obtener la garantía suficiente de que la docencia no cae en manos de otros profesionales ajenos a nuestra profesión. En esta lucha el sector profesional estará al lado de las Escuelas.*

#### **PERSPECTIVAS FUTURAS.-**

*Como consecuencia de la entrada en vigor del Real Decreto de Transformación de los estudios de Podología, entre otras, se plantean los siguientes objetivos como necesidades fundamentales:*

*1º Transformación satisfactoria de las actuales escuelas en cuanto a identidad como tales salvaguardando el derecho a la docencia de los actuales podólogos y de los nuevos diplomados.*

*2º Homogeneidad de los Planes de Estudio como sistema de no perder la esencia, y el futuro de la evolución natural de la profesión que evidentemente estará condicionada por el tipo y orientación de la enseñanza en cada Universidad.*

*3º Convalidación de títulos a fin de conseguir una homologación en cuanto a la titulación con los nuevos diplomados. Esta convalidación debería pasar por tener en cuenta criterios como:*

*a.- curriculum académico*

*b.- curriculum profesional o de méritos*

*c.- convalidación por trabajos científicos*

*4º Necesidad de las especialidades como sistema de corrección de la insuficiente formación global en base al número de créditos disponibles. Tengamos en cuenta que el futuro diplomado no tendrá una formación básica de sanidad, por lo que parte importante de las horas lectivas reales se tendrán que dedicar a la enseñanza de las ciencias básicas. Desde aquí consideramos imprescindible la puesta en marcha del proyecto de la especialización profesional.*

*5º Creación de los Colegios Profesionales como sistema de representación y organización profesional. A este respecto es muy importante la reflexión serena basada en las realidades que afectan a un colectivo como el nuestro a fin de concretar un sistema de actuaciones perfectamente planteadas y que recogan conceptos como previsión de un calendario, división territorial, homogeneidad estatutaria, etc.*

#### **CONCLUSIONES.-**

*1º En general la valoración global que podemos hacer del conjunto del Real Decreto pienso que es positiva, pero eso sí, fijando especialmente la atención en el proceso de transformación de las Escuelas, creación de áreas y planes de estudio.*

2º *La promulgación del Real Decreto va a situar a la profesión y a los profesionales ante una nueva esfera, una nueva dimensión. Los aciertos o errores que podamos cometer ahora van a catapultarnos o lastrarnos durante muchísimos años. Baste mirar atrás y veremos que han transcurrido 26 años para modificar una situación académica, por lo tanto las actuaciones que emprendamos deben hacerse desde la clara conciencia de que ya estamos en el mundo universitario de pleno derecho y con plena identidad, lo que es lo mismo que decir que con plena responsabilidad.*

3º *Hemos hecho un largo viaje de 26 años para dar a los futuros podólogos un nuevo marco (académico). Hemos trabajado con mucha generosidad hacia ellos. Ahora es hora de trabajar con mucha seriedad para nosotros mismos, pues las especialidades, la convalidación ó los Colegios Profesionales son temas que nos afectan directamente y a corto plazo. Afrontemos la situación desde una gran cohesión entre nuestras Asociaciones Profesionales, esto es desde una Federación Española fuerte y que sea el resultado de la suma y la coincidencia de criterios.*

4º *El largo camino de esta primera etapa ha sido posible por el tesón y constancia del que hemos hecho siempre gala los podólogos, expresado en forma práctica por los compañeros que han asumido responsabilidades en las distintas Juntas Diréctivas anteriores tanto de la Agrupación, Asociación y ahora Federación española o que sin ser componentes de las mismas siempre han estado en disposición de colaborar de una u otra forma. Nombrarlos a todos sería una lista excesivamente larga pero permitidme que aquí y ahora les rinda homenaje y reconocimiento público.*

*Tiempo tendremos en posteriores comunicaciones de entrar en un análisis mas profundo y sectorial de los distintos aspectos del Real Decreto y sus consecuencias. Ahora solo he pretendido una valoración del conjunto para hacer una llamada responsable al futuro inmediato que se nos avecina. El Real Decreto ya es pasado y forma parte de la historia de la profesión. Ahora ya es futuro y de el debemos ocuparnos. Saludos, un abrazo a todos y ¡felicidades!*

**Andrés Rueda,  
Director**

# MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

**16027 REAL DECRETO 649/1988, de 24 de junio, por el que se transforman los estudios de Podología en primer ciclo universitario conducente al título de Diplomado Universitario en Podología y se establecen las directrices generales propias de los correspondientes planes de estudio.**

El Decreto de 4 de diciembre de 1953 unificó los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y autorizó los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios y autorizó al Ministerio de Educación y Ciencia la creación de las especialidades que se considerasen convenientes. Al amparo de esta habilitación, mediante Decreto 727/1962, de 29 de marzo, se reconoció y reglamentó las enseñanzas de la especialidad de Podología para los Practicantes y Ayudantes Técnicos Sanitarios.

La disposición transitoria segunda, apartado 7, de la Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación, dispuso que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios se convirtieran en Escuelas Universitarias, integración que establece posteriormente el Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio.

Teniendo en cuenta la experiencia habida desde la promulgación del citado Decreto y la madurez alcanzada por las Escuelas Oficiales de Podólogos encargadas de estas enseñanzas, el Real Decreto 2966/1980, de 12 de diciembre, procedió a incorporar los estudios de Podología a la Universidad como Escuelas Universitarias, de acuerdo con las previsiones contenidas en la Ley General de Educación y al amparo de lo previsto en el Decreto 2293/1973, de 17 de agosto, regulador de las Escuelas Universitarias y derogó el Decreto 727/1962. Por defecto de forma en su trámite administrativo, y tras recurso contencioso-administrativo interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Ayudantes Técnicos

Sanitarios y Diplomados en Enfermería, al omitirse el preceptivo informe a que se refiere el artículo 2.2 de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, el citado Real Decreto 2966/1980, es anulado por Orden de 15 de febrero de 1983 por la que se dispone el cumplimiento en sus propios términos de la sentencia del Tribunal Supremo de 15 de octubre de 1982, manteniéndose en consecuencia regulados los estudios de Podología por el citado Decreto 727/1962.

La citada anulación del Real Decreto 2966/1980, y la automática vigencia del Decreto 727/1962, de 29 de marzo, como norma reguladora de las enseñanzas de Podología, ha determinado, por otra parte, que estas enseñanzas no tengan cobertura en el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se crean los nuevos títulos de Enfermero Especialista. Ello configura una situación atípica de las enseñanzas de Podología al no estar legalmente incardinadas en la estructura vigente del sistema universitario y genera una inseguridad jurídica para los alumnos que vienen cursando dichas enseñanzas, al faltar una clara determinación respecto al alcance y efectos de los mismos, todo lo cual conduce a la perentoria e inexcusable necesidad de definir el marco académico de esta titulación adecuando los objetivos del anulado Real Decreto 2966/1980, a lo dispuesto en la Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria.

A este fin, y atendiendo a las razones de urgencia que anteceden, el presente Real Decreto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley de Reforma Universitaria, y teniendo en cuenta lo establecido en el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, transforma los estudios de Podología en estudios universitarios de primer ciclo y establece el título oficial de Diplomado en Podología, a la vez que determina las directrices generales a las que deberán ajustarse las Universidades para la elaboración y aprobación de los planes de estudio conducentes a la obtención de ese título.

Por todo ello, a propuesta del Consejo de Universidades, previo informe del Consejo

General de Colegios Oficiales de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería, a propuesta del Ministerio de Educación y Ciencia, y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día 17 de junio de 1988,

#### DISPONGO:

Artículo 1.º Las enseñanzas de Podología se estructurarán como estudios de primer ciclo de la educación universitaria, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 11/ 1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, el presente Real Decreto y demás normas a que se refiere el artículo sexto de la citada Ley.

Art. 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 Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria, y el Real Decreto 1496/1987, de 6 de noviembre, sobre obtención, expedición y homologación de títulos universitarios.

Art. 3.º Los planes de estudio que deberán cursarse para la obtención del título oficial de Diplomado en Podología, se aprobarán por las Universidades y se homologarán por el Consejo de Universidades, de conformidad con lo establecido en los artículos 28 y 29 de la Ley de Reforma Universitaria y en el Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, debiendo ajustarse a lo dispuesto en las directrices generales propias que figuran en el anexo a este Real Decreto.

#### DISPOSICION ADICIONAL

Se autoriza a la Universidad Complutense de Madrid para que la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia organicen las enseñanzas conducentes a la obtención del título de Diplomado en Podología.

#### DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- Los alumnos que a la entrada en vigor del presente Real Decreto hubieran realizado estudios en las actuales

Escuelas Oficiales de Podología, continuarán sus enseñanzas conforme a los planes y régimen vigentes en el momento de su matriculación. Quienes concluyan sus estudios en este supuesto, obtendrán el correspondiente Diploma de Podólogo conforme a dicha legislación.

En todo caso, a partir de la publicación del presente Real Decreto, no se podrán realizar nuevas matrículas en los estudios regulados por el Decreto 727/1962, de 29 de marzo.

Segunda.- 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.

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.

Los efectos previstos por el artículo 1.º párrafo segundo, y por el artículo 5.º párrafo segundo, 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.

Tercera.- De acuerdo con lo dispuesto en la disposición adicional tercera del Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, el Consejo de Universidades podrá complementar la vinculación entre materias y áreas de conocimiento establecida en las directrices generales que recoge el anexo a este Real Decreto.

#### DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogado el Decreto 727/1962, de 29 de marzo, salvo el párrafo segundo, de su artículo 1.º, en relación con el artículo 3.º de ese mismo Real Decreto, e igualmente el párrafo segundo de su artículo 5.º, y demás disposiciones dictadas para su desarrollo en cuanto se opongan a lo dispuesto en el presente Real Decreto.

## DISPOSICION FINAL

El presente Real Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el "Boletín Oficial del Estado".

Dado en Madrid a 24 de junio de 1988.

JUAN CARLOS R.

El Ministerio de Educación y Ciencia,  
JOSE MARIA MARAVALL HERRERO

### ANEXO

**Directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Podología.**

Primera.- Las enseñanzas conducentes al título de Diplomado en Podología deberán proporcionar una formación suficiente en el campo de la Podología, atendiendo al conocimiento de sus bases científicas y clínicas.

Segunda.- Los planes de estudio conducentes a la obtención del título oficial de Diplomado en Podología que aprueben las Universidades, deberán estructurarse en un único primer ciclo de enseñanzas.

El citado ciclo, que tendrá una carga lectiva equivalente a tres años de duración, se orientará preferentemente a la formación en las correspondientes materias generales básicas y específicas de Podología.

Tercera.- La carga lectiva global deberá fijarse por el correspondiente plan de estudios entre un mínimo de 220 y un máximo de 270 créditos.

Cuarta.- Las materias troncales con la descripción de sus contenidos, los créditos que en cada caso correspondan, de carácter teórico y práctico, incluido los clínicos, y su vinculación a áreas de conocimiento, son las que figuran en el siguiente cuadro.

CUADRO DE MATERIAS TRONCALES  
Diplomado en Podología

Materias troncales y descripción de contenidos	Créditos			Áreas de conocimiento
	Total	Teóricos	Prácticos	
Estructura y función del cuerpo humano: Composición y organización de la materia de los seres vivos. Embriología. Histología. Estudio anatómico-fisiológico de los diferentes órganos, aparatos y sistemas. Principios inmediatos. Biocatalizadores. Oligoelementos. Biosíntesis. Vitaminas y hormonas. Bioquímica y biofísica de las membranas, músculos y nervios.	15	12	3	Biología Celular. Bioquímica y Biología Molecular. Ciencias Morfológicas. Fisiología.

Materias troncales y descripción de contenidos	Créditos			Areas de conocimiento
	Total	Teóricos	Prácticos	
<p>Microbiología y Parasitología: Morfología y fisiología de los microorganismos. Infección. Epidemiología. Inmunología. Inmunidad natural y adquirida. Vacunas y sueros Microorganismos más frecuentes en la patología del pie.</p>	5	5	0	Inmunología. Microbiología. Parasitología.
<p>Farmacología: Acción, efectos e interacciones medicamentosa. Fármacos más comunes empleados en el tratamiento de las enfermedades.</p>	6	4	2	Farmacología.
<p>Teoría general de la enfermedad: Concepto anatómico y funcional de la enfermedad. Clasificación de las enfermedades. Patología de los diferentes órganos, aparatos y sistemas.</p>	6	6	0	Medicina.
<p>Podología general: Filogenia del aparato locomotor. Biomecánica y Cinesiotología. Teorías de apoyo. Alteraciones estructurales del pie. Patología del antepié. Plantalgias. Tatalgias. Alteraciones posturales del aparato locomotor con repercusión en el pie y vice versa. Parámetros clínicos normales y patológicos en decúbito y bipedestación estática y dinámica. Técnicas complementarias de diagnóstico y su interpretación.</p>	9	6	3	Cirugía. Enfermería. Medicina. Radiología y Medicina Física.

Materias troncales y descripción de contenidos	Créditos			Areas de conocimiento
	Total	Teóricos	Prácticos	
<p>Ortopodología: Tecnología de materiales. Moldes. Prótesis. Férulas. Ortesiología. Tratamientos ortopodológicos en las distintas patologías de la extremidad inferior. Estudio crítico del calzado.</p>	27	15	12	Cirugía. Radiología y Medicina Física. Enfermería.
<p>Podología física: Estudio y aplicación de los medios físicos, eléctricos y manuales en la terapéutica de las distintas patologías del pie.</p>	6	4	2	Cirugía. Enfermería. Radiología y Medicina Física.
<p>Quiropodología: Técnicas de la Quiropodología. Tipos de anestesia en podología y técnicas de aplicación. Conceptos generales sobre dermatopatías. Tratamiento de los helomas en la superficie del pie y de sus causas. Patología y tratamiento del aparato ungueal. Técnicas de cirugía menor y sus aplicaciones. Cirugía de las partes blandas. Conocimiento de la cirugía ósea y articular del pie. Instrumental en quiropodología.</p>	27	15	12	Cirugía. Enfermería. Medicina.
<p>Podología Preventiva: Prevención de los problemas del pie.</p>	4	3	1	Cirugía. Enfermería. Medicina Preventiva y Salud Pública.
<p>Clínica Podológica Integrada: En Podología general, Quiropodología Ortopodología, Podología física y preventiva.</p>	22	2	20	Cirugía. Enfermería. Medicina Preventiva y Salud Pública. Radiología y Medicina Física.

tor epidérmico  
podológico



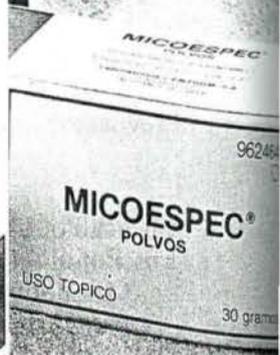
Limpieza integral  
del pie.  
Bactericida.



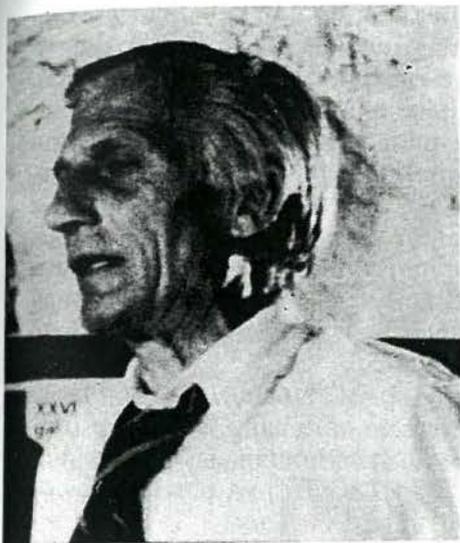
Normaliza  
la fisiología del pie



Antimicótico  
Antisudor



CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNACIONAL  
Sagitario, 12 - ALICANTE (España)



# EN MEMORIA DE PABLO VILATO RUIZ

Pablo Vilató nos ha dejado. Después de una larga temporada en que decía no encontrarse bien, ingresó en el Hospital de Ntra. Sra. del Mar de Barcelona, a fin de realizar una serie de pruebas, encaminadas al diagnóstico de sus dolencias. Pocos días después los acontecimientos se precipitaron. Su situación se agravó rápidamente, y el pasado 21 de Diciembre falleció. El día 23 de Diciembre, a las 9'40 horas, fuimos a darle el último adiós. El sepelio, congregó a muchísima gente: familiares, compañeros y amigos que asistieron a la ceremonia religiosa, en la que también estuvo presente el Excmo. Sr. Alcalde Sr. Pascual Maragall.

Este es el crudo relato de los hechos. Así de vertiginosamente ocurrieron las cosas. Así terminó todo.

Pero paralelamente, al margen de estos hechos puntuales, escuetos, hirientes y dolorosos, se inició en nosotros, en todos aquellos que sentíamos por Pablo Vilató, un afecto y una estimación entrañable un proceso de asimilación de la realidad cruda y terrible, a la que costaba trabajo acostumbrarse.

Pablo Vilató fue, podológicamente, un adelantado, un visionario de los pocos que vio claro, desde el primer momento, dónde estábamos y adónde debíamos llegar. Fue un hombre que ilustró, prestigió y ennobleció nuestra profesión. Fue un maestro, a quien todos debemos algo, y a quien todos podíamos acudir con la seguridad

de ser recibidos con cordialidad y con sencillez.

Pablo Vilató, fue un componente de aquel grupo desgraciadamente, ya muy mermado, que en un cuarto de seis metros cuadrados, alquilado en el antiguo Colegio Oficial de Practicantes, de la Calle Bruch, a fuerza de trabajo, de tesón y de sacrificios fundaron la Delegación de Podología del Colegio, y posteriormente, iniciaron la primera Agrupación de Podólogos, entonces aun llamados Cirujanos — callistas. Fue organizador, junto con los compañeros Miguel Aymami, Paco Mañé y naturalmente, Escachs, de los primeros Cursos de Podología para Practicantes, impartidos en la Cátedra de Cirugía del Prof. Arandes. Con la llegada de los malos tiempos, en que nuestro trabajo no fue comprendido por el Consejo Nacional de Practicantes, ni aun por nuestro Colegio Provincial, él trabajó fuera del Colegio en aquellas reuniones de "La Jijonenca", en la Rbla. de Cataluña, en donde se planificaban las sesiones a realizar para lograr nuestras reivindicaciones y se recaudaban fondos para pagar "a escote", los desplazamientos a Madrid de los compañeros que quemaban su vida y su tiempo, para lograr el reconocimiento oficial de nuestra profesión, y en consecuencia, la creación de la primera Escuela Oficial de Podólogos.

Fue destacado promotor del Decreto de 1962, que finalmente, y en aquel tiempo, colmaba nuestras aspiraciones, y que

nos dió una legitimidad que todos anhelábamos.

Mucho ha sido el camino andado desde entonces y a los que tenemos memoria histórica, como la tenía Pablo, nos llena de orgullo el camino recorrido.

De los profesionales de los años 50, a los profesionales de Hoy, media un abismo; no solo por los medios materiales que empleamos en el ejercicio de nuestra profesión, sino por la mentalidad, la preparación y la implantación social, que hemos conseguido de nuestro trabajo.

Resulta curioso analizar y comparar la gestación del Decreto de 1962, conseguidos sin apenas medios económicos, con la situación actual. Entonces, con un colectivo relativamente pequeño y una historia profesional, mas bien, exigua, conseguimos hacer valer nuestros argumentos y lograr nuestras aspiraciones, veinticinco años despues, tras docenas de congresos nacionales, varios internacionales, centenares de actos y manifestaciones de ámbito regional, provincial y autonómico, con asociaciones legalmente constituidas en todo el Estado, y con un colectivo federado de mas de cuatromil profesionales, con presupuestos millonarios, no hemos podido aún reflotar el Real Decreto 2966, de 1980, gloriosamente recurrido por el Consejo General de A. T. S. y D. E., que incluye los estudios de Podología, como escuela universitaria independiente.

Quizas, la clave de esta circunstancia la encontremos en la vida de Pablo Vilató Ruiz. Puede que nos falte a todos, la ilusión la constancia, la modestia, el afan de superación y el optimismo, que Pablo supo imprimir a su vida.

En cuanto a su faceta humana extra-profesional, Pablo fue un individuo extraordinario, lleno de ingenio, de sensibilidad, con una agudeza fuera de lo comun, conversador ameno y de insaciable curiosidad que le permitia discutir sobre cualquier tema, sin pedanteria.

Vilató fue para los que tuvimos la suerte de conocerlo un compañero ejemplar y un amigo entrañable. Yo le recordaré siempre por su ingenio, por la originalidad de sus planteamientos, por la profundidad de sus juicios, y la firmeza de sus opiniones. Recuerdo especialmente, que

en cierta ocasión, en que se hablaba de emplear ciertas medidas de fuerza, para superar una difícil situación profesional, Pablo Sentenció: "La fortaleza de un hombre no se mide por su aspecto físico, sino por su capacidad de comprensión". Agudísimo juicio que no olvidaré jamás, y al que he procurado ser fiel toda mi vida. Lo que importa no es la furia, la potencia, el aluvión; lo que cuenta es la constancia, la suavidad, la gota que no cesa. Esto fue Pablo Vilató.

Cuando en el funeral, tras la plática del sacerdote en castellano, catalan y frances, como último homenaje de despedida entonamos todos, rotos ya por la emoción la popular canción catalana:

Trobarem a faltar el teu somriure  
Diu que ens deixas, t'en vas lluny d'aquí  
Peró el record de la vall on vas viure  
no l'esborra la pols del cami...

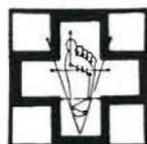
Echaremos de menos tu sonrisa  
dicen que nos dejas, que te vas lejos de aquí  
Pero el recuerdo del valle, donde viviste  
no lo borra el polvo del camino...

...muchos de nosotros no pudimos terminar, porque las lágrimas acudían a nuestros ojos, y algo en la garganta nos impedía seguir cantando. Con nuestro pensamiento puesto en su recuerdo, pensamos que efectivamente, como en la canción se dice, echaremos de menos su sonrisa su bondad, echaremos de menos su compañía y su consejo. Solo nos conforta saber que allí, donde la vida termina, allí donde haya Alguien que espera, consuela, y premia a quienes han vivido digna, honrada y limpiamente en esta vida. allí estará Pablo Vilató Ruiz. Y yo, en esta circunstancia, pido a Dios, como creyente, que cuando El decida que mi periplo vital deba concluir me permita estar donde esté Pablo, para así, poder reanudar los diálogos, que siempre debíamos interrumpir prematuramente, y allí, sin prisas, pausadamente, sin agobios, seguir hablando de nuestras cosas, en largos días sin principio ni fin. Esto sería para mí, parte de la Gloria.

Descansa en Paz, Pablo.

J. Ferré Anglada

# XII CONGRESSO INTERNAZIONALE DI PODOLOGIA



ASSOCIAZIONE ITALIANA PODOLOGI



**ROMA - 20/23 OTTOBRE 1988 - HOTEL SHERATON**

## PROGRAMA

### Jueves 20-10-88

- 10,30 Ceremonia de inauguración del Congreso y saludo del Presidente, Sr. Montesi y de las autoridades.
- 12,00 Inauguración de los «stands» comerciales.
- 15,00 Electrodinografía: análisis cuantitativo y cualificativo de la marcha: Jean Sme-kens podólogo (Belgique).
- 15,30 Eliminación de la urea en las onicomico-sis:  
Irmeli Liukkonen podólogo (Finland).
- 16,00 Diferentes métodos de curación de las onicopatías en la práctica podológica: Hans Rene Grewey podólogo (R.F.T.).
- 16,30 Pausa.
- 17,00 Evolución del pie. Adaptación del pie a través de los siglos:  
Vittorio Berardi podólogo (Italia).
- 17,30 La tecnología computerizada al servicio del podólogo:  
Massimo Pasquali e Massimiliano Mon-tesì podólogos (Italia).
- 18,00 Una terapia conservadora y eficaz de la neuralgia de T. Morton: Robert Van Lith podólogo (Nederland).
- 18,30 Aplicación de tratamiento ortopédico a un paciente con alteración biomecánica: Evaristo Rodríguez Valverde podólogo (España).
- 19,00 Debate.
- 10,30 Pausa.
- 11,00 La ortoplastia: Jean Lou Emonet Presi-dente F.I.P. (España).
- 11,30 La cirugía de la mínima incisión: V. L. A. y podólogo (España).
- 12,00 El pie a través de la historia del hombre. Significado estético-funcional para la or-topedia moderna: Prof. Maurizio Monte-leone (Italia).
- 12,30 Debate.
- 15,00 Hiperqueratosis y eitología. Intervencio-nes podológicas y ortesiológicas: Mar-co Piacentini e Tiziana Boscaini podólo-gos (Italia).
- 15,30 El futuro de la cura del pie en el mundo: James E. Bates podólogo (U.S.A.).
- 16,00 La Electrocauterización: F. S. Hill podó-logo 8 Greit Britain).
- 16,30 Pausa.
- 17,00 Aplicación de pomadas para las heridas cutáneas:  
Klaus Grunewald podólogo (RFT).
- 17,30 Fracturas de los miembros inferiores causadas por cansancio:  
Dr. Gerhard Fleischner (RFT).
- 18,00 El podólogo francés y el desarrollo de las técnicas:  
Nicole Blick podólogo (France).
- 18,30 Debate.

### Viernes 21-10-1988

- 9,00 Lo que debe conocer el podólogo sobre la cura del pie:  
Erwin Schuler podólogo (Oesterreich).
- 9,30 Etiopatogenia de la verruga plantar y su tratamiento:  
Ferruccio Montesi podólogo (Italia).
- 10,00 AIDS. Banco de pruebas para el podó-logo.
- 9,00 Estudio del pie en estática y en dinámi-ca para el examen «Lega» en pacientes afectados de esclerosis:  
José Rooftoof podólogo (Belgique).
- 9,30 Utilización de la FAO (Fabrication Assis-tée por Ordinateur) en podología: Ives Thvillard podólogo (Suisse).
- 10,00 La plantilla «a levitación» en las afeccio-nes biomecánicas y en el deporte:  
Mauro Montesi Presidente de AIP y Mau-rizio Volpini podólogos (Italia).

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# TARSO



COMERCIAL MEDICA, S.A.

Consejo de Ciento, 329, 1.º 2.ª  
Tels. (93) 317 26 97 - 317 29 96  
08007 BARCELONA



# Fungusol®

Polvos desodorantes  
con acción

## PREVENTIVA Y CURATIVA

ante infecciones micóticas y/o bacterianas.

FUNGUSOL® Polvo

**Composición:**

P-cloro-m-cresol, 1%; ácido bórico, 10%; óxido de zinc, 10%; aerosil, 3%; excipiente c.s.

**Indicaciones:**

- Tratamiento tópico de micosis cutáneas.
- Prevención de recidivas o reinfecciones de las micosis cutáneas.
- Prevención y tratamiento del intertrigo.
- Evita el desagradable olor corporal producido por la descomposición del sudor.

**Dosificación y administración:**

Siempre a criterio del médico. En general se recomienda espolvorear dos veces al día, con FUNGUSOL®, la zona afectada, así como en el interior de las prendas de calzado y/o vestido próximo a la misma.

**Incompatibilidades:**

No se conocen.

**Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

**Efectos secundarios:**

Al aplicarse sobre mucosas o zonas muy sensibles de la piel, en especial si está húmeda, puede notarse una ligera sensación de picor que cede con rapidez.

**Intoxicación y su tratamiento:**

Dada la vía de administración es prácticamente imposible.

**Presentación y P.V.P. IVA:**

Frasco de 60 g., 227,— ptas.

SIN RECETA MEDICA



PREVIENE el desarrollo de la infección.

CURA cuando la micosis ya se está desarrollando.

DESODORIZA ya que no permite la descomposición microbiana del sudor.

LABORATORIOS ANDREU  
Moragas, 15 - 08022 BARCELONA



SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

**CONTRAFUERTE DE HELFET** indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

MÁS 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.

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 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 RE TROPIÉ.
- 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 63973 PFVI E

- 10,30 Pausa.
- 11,00 El pie doloroso: Dr. Antonio Viladot Pericé (España).
- 11,30 Diagnósticos diferenciales de las patologías ungueales y cutáneas: Thierry Karibian podólogo (France).
- 12,00 Debate.
- 12,30 Película realizada por «Valleverde».
- 15,00 Tratamiento podológico en las ulceraciones diabéticas: Dario Sulpizii podólogo (Italia).
- 15,30 Cirugía de las uñas. ¿Posibles alternativas? Ivan Hunt podólogo (Inglaterra).
- 16,00 «Ortonixia». Principios - Aplicaciones y resultados: Denis Godefroy podólogo (France).
- 16,30 Pausa.
- 17,00 Utilización de la silicona líquida: S. W. Balkin podólogo (U.S.A.).
- 17,30 Las ortosis funcionales en la valoración dinámica del pie pronado: Giulio Zanetti Presidente ANIP (Italia).
- 18,00 Debate.

### Domingo 23-10-88

- 9,00 Estudio de la circulación venosa plantar: G. Sparacca e M. Zarebsky podólogos (France).
- 9,30 El podólogo en el equipo-sanitario para la ayuda concreta a los portadores de minusvalías físicas: G. Sparacca e M. Zarebsky podólogos (Francia).
- 10,00 Aspectos podológicos en la masoterapia y en cinesiología: Massimo e Marco Pasquali podólogos (Italia).
- 10,30 Pausa.
- 11,00 La profesión del podólogo y su problemática jurídica: Prof. Giovanni De Cesare (Italia).
- 11,30 Función muscular en la patología biomecánica del pie: Dott. Francesco Benvenuti (Italia).
- 12,00 Debate.

---

Durante el congreso funcionará un eficiente servicio de traducción simultánea en cinco lenguas:

**Español**  
**Inglés**  
**Francés**  
**Aléman**  
**Italiano**

**XII CONGRESO INTERNACIONAL DE PODOLOGIA**  
**20-23 DE OCTUBRE 1988 - HOTEL SHERATON - ROMA**

**Ficha de Inscripción al Congreso**

(Por favor escribir a máquina o en mayúsculas)

Yo .....

Dirección .....

C.A.P. .... Ciudad .....

Telf.: .....

Comunico mi participación al Congreso

Firma

**Cuota de Inscripción al Congreso**

- L.200.000 + IVA 18 % — antes del 31 julio 1988  
 L.250.000 + IVA 18 % — después del 31 julio 1988

**Cuota de participación a la noche de gala**

- L.90.000 por persona

Comunico la participación de n. .... person.....

Firma

Adjunto cheque n.º ..... Banca .....

de Lit. ....

a nombre de: **TOP DENT s.r.l.**

Enviar por medio de carta certificada/urgente a:

**G. & G. Congressi - Via Tommaso Arcidiacono, 87 - 00143 Roma**

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

# INFORME JURIDICO

*Informe relativo a la elección, nombramiento, duración y cese de los cargos electos de Gobierno de la Federación Española de Podólogos, documento elaborado que sirve de apoyo para tenerlo en cuenta ante los cambios de Representantes en la Asamblea de la Federación.*

*La segunda parte del informe entra en el análisis de la elección de los cargos de las Asociaciones Autonómicas, tomando como ejemplo los estatutos de la Asociación Madrileña, por haber sido estatutos que ha servido de modelo a otras Asociaciones Autonómicas.*

*En conjunto lo que se pretende es dar un asesoramiento para cubrir el vacío estatuario y se coordinen los nombramientos de las Asociaciones Autonómicas, en relación con la Asamblea de Representantes y la Junta Directiva de la Federación.*

## INFORME RELATIVO A LA ELECCION, NOMBRAMIENTO, DURACION Y CESE DE LOS CARGOS ELECTOS DE GOBIERNO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

**PEDRO JOSE RODRIGUEZ IGLESIAS  
ABOGADO  
ARQUITECTO TECNICO**

- |  |  |
|--|--|
| 1. <b>AMBITO</b>   | Asamblea General de la Federación  |
| 2. <b>LA ASAMBLEA GENERAL DE LA FEDERACION</b>                                     | 3.1.1.1. Representación  |
| 2.1. Generalidades   | 3.1.1.2. Mandato   |
| 2.2. La Asamblea de la federación como Colegio Electoral                           | 3.1.1.3. Resumen   |
| 2.2.1. Resumen   | 3.2. Traslación del concepto de Federación a organizaciones profesionales. |
| 2.3. La Asamblea como órgano soberano  | 3.3. Cese a los miembros de la Junta Directiva                             |
| 2.3.1. Resumen   | 3.3.1. Cese como socio de la Asociación Territorial y/o autonómica         |
| 2.4. La Asamblea de la Federación como órgano constituyente de la Junta Directiva. | 3.3.2. Disolución de la Asociación   |
| 2.4.1. Resumen   | 3.3.3. No renovación de la representación de la Asociación                 |
|  | 3.3.4. Renovación de cargos  |
| 3. <b>LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FEDERACION</b>                                      | 4. <b>LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS ASOCIACIONES</b>                           |
| 3.1. La Representación en la Federación.   | 4.1. Generalidades   |
| 3.1.1. Mandato y representación que ostentan los componentes de la                 | 4.1.1. De los miembros de la Junta Directiva de las Asociaciones           |

- 4.1.2. De los socios que representan a la Asociación en la Asamblea General de la Asociación
- 4.2. Posibles problemas de los miembros de las Juntas Directivas de la Asociación
  - 4.2.1. Cese de un miembro de la Junta Directiva y permaneciendo vigente el mandato de este socio para representar a su Asociación ante la Asamblea General de la Federación.
    - 4.2.1.1. Condiciones y forma de elegir a un miembro de la Junta de Gobierno de la Asociación Madrileña de Podólogos

4.2.1.1. Conclusiones

4.2.1.3. Resumen

4.2.2. Cese del mandato como representante de la Asociación ante la Federación formando parte de la Asamblea de la Federación.

4.2.3. Es posible que un socio elegido para formar parte de la Asamblea de la Federación en representación de la Asociación, delegue o designe en otro socio las funciones de representación que a él le asignaran.

## 5. RESUMEN FINAL

## 6. CONCLUSIONES

### 1. AMBITO

El objeto de este informe es analizar la composición de la Asamblea General, su constitución con los representantes de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas, el ámbito de su mandato en relación con la facultad de elegir y nombrar miembros de la Junta Directiva de la Federación Española de Podólogos entre sus propios componentes, miembros de la Asamblea General.

### 2. LA ASAMBLEA GENERAL DE LA FEDERACION

#### 2.1. Generalidades

A la vista de los Estatutos de la Federación y más concretamente del artículo 16, párrafo primero: «La Asamblea General es el **Órgano Supremo de la Federación y estará constituida** por los representantes de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas **elegidas para este fin** por la Asamblea General u órgano equivalente de cada Asociación Territorial y/o Autónoma del párrafo anterior. Se observa lo siguiente:

a) Que la Asamblea es el órgano supremo de Gobierno de la Federación, depositaria por tanto de la plena o máxima soberanía de ésta.

b) Que está constituida por la representación de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas que manifiestan el sentir de éstas a través de los socios que envían.

c) Que las Asambleas Territoriales y/o Autonómicas eligen «ad hoc» alguno/s de sus asociados con el solo fin de que los representen en la Federación, formando parte o constituyendo uno de los órganos de Gobierno de ésta, cual es la Asamblea General.

En una primera aproximación, podemos extraer de lo anterior:

1.º Que la Asamblea General de la Federación Española de Podólogos es la depositaria suprema de la soberanía de la Federación.

2.º Que la constitución, formación y ejercicio de la soberanía se articula formando un órgano de carácter asambleario.

3.º Que integran dicha Asamblea asociados de las Asambleas Territoriales y/o Autonómicas y en representación de éstos se constituyen.

4.º Que la Asamblea general de la Federación, es una Asamblea de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas, por tanto están representadas las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas y no los socios individualizados de éstas.

5.º Que el mandato representativo que se les otorga en las Asambleas Territoriales y/o Auto-

nómicas, es específico y concreto, para la asistencia, constitución y participación de la Asamblea General de la Federación.

A la vista de las anteriores notas, efectuaremos ahora un análisis basado en dos referencias; la Asamblea como: Colegio Electoral, como Órgano de Administración de la Soberanía de la Federación y como Órgano Decisorio en la constitución de otro órgano directivo de la Federación.

## 2.2. La Asamblea General como Colegio Electoral

Del análisis de los Estatutos de la Federación Española de Podólogos resulta meridiano este punto. Su artículo 25, párrafo primero: «**Los miembros de la Junta Directiva, serán elegidos por la Asamblea General** de entre sus propios representantes».

Es pues claro que la Asamblea General de la Federación, aparte de otras competencias asignadas por el Estatuto, tiene la de constituirse en Asamblea depositaria de la soberanía de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas.

El ejercicio de esa soberanía tiene tres vertientes:

a) La de ser órgano rector de la federación, ejercitando sus potestades a través de su formación para constituirse como:

1. **Asamblea General Ordinaria** y ejercitar las funciones recogidas en el artículo 19 de los Estatutos de la Federación.

2. **Asamblea General Extraordinaria**, ejercitando entonces las competencias recogidas en el artículo 20.

3. **La facultad** en cierto modo **constituyente** o de extracción o ejercicio de soberanía que se ejerce dando cumplimiento al apartado 5 del Artículo 16 de los Estatutos, «Elegir y nombrar a los miembros de la Junta Directiva de entre sus propios componentes, mediante sufragio libre y secreto». Constituida en Asamblea General Ordinaria, y siempre que conste en el orden del día, se puede proceder a la elección de los miembros de la Junta Directiva.

Se constituye un colegio electoral por los miembros que a su vez fueron elegidos en las Asambleas Generales de cada una de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas Federa-

das, que con mandato al efecto (mandato para elegir), procedan a elegir entre ellos, cuáles serán los que gobiernan la Federación.

### 2.2.1. Resumen

Podemos resumir, con las características que se dan al producirse los hechos reseñados:

1.º Haber sido elegido por la Asamblea General de una Asociación Territorial y/o Autonómica.

2.º Que dicha elección sea para representar a la Asociación en la Asamblea General de la Federación.

3.º Que previamente en el orden del día de la Asamblea General de la Federación conste la elección de los miembros de la Junta Directiva.

4.º Por tanto, se constituye un Colegio electoral de electores que a su vez pueden ser elegidos, para formar parte de la Junta directiva de la Federación.

## 2.3. La Asamblea General de la Federación como Órgano Soberano

En los Estatutos de la Federación y en su artículo 16 se define a la Asamblea General como **Órgano Supremo de la Federación**. Resulta evidente que dicho Órgano es el que tiene o detenta el pleno ejercicio de la soberanía.

En el ejercicio de la misma se opera de la siguiente forma:

a) Los órganos soberanos de las Asociaciones (sus Asambleas Generales) depositan su soberanía en lo referente a la Federación en unos miembros que eligen y que llevan esta representación a un órgano colegiado (la Asamblea General de la Federación).

b) Los miembros electos en las Asambleas Generales de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas portan la soberanía de éstas a una asamblea de la Federación.

c) La unión de soberanías de las Asociaciones territoriales y/o Autonómicas, forman una nueva Soberanía, autónoma e independiente de las Asociaciones.

d) Esta Soberanía, autónoma e independiente resulta ser la Soberanía de la Federación

manifestada a través de la Asamblea General de la Federación.

e) Esta soberanía consiste entre otras, en la potestad de formar a su vez otro órgano a su vez soberano (La Junta de Gobierno de la Federación).

f) Para lo cual entre los representantes de las Asociaciones se elige a aquéllos que formarán parte de la Junta Directiva de la Federación.

### 2.3.1. Resumen

Las Asambleas Generales de las Asociaciones Generales y/o Autonómicas depositan la Soberanía en unos representantes elegidos entre sus socios, que llevan esta soberanía a una Asamblea General de la Federación, donde la unión de soberanías de las Asociaciones se transforma en soberanía de la Federación, y constituida ésta y en uso de la misma se deposita en los miembros que elige para la Junta de Gobierno, que posteriormente ejercitan ésta transformada en competencias estatutarias.

### 2.4. La Asamblea como órgano constituyente de la Junta Directiva de la Federación

Recordemos otra vez el artículo 19, apartado 5, de los Estatutos de la Federación, que refleja las competencias de la Asamblea General de la Federación: «Elegir y nombrar a los miembros de la Junta Directiva de entre sus propios componentes mediante sufragio libre y secreto».

Es decir, que aparte de elegir de entre sus miembros para unos cargos (los de la Junta Directiva) también los nombra.

Se efectuará ese nombramiento reuniendo las condiciones establecidas en el párrafo segundo del meritado artículo.

Dicho mandato a tenor de lo citado será «de cuatro años, contados a partir de la fecha de la elección, pudiendo ser reelegidos una sola vez continuada».

Por tanto se establecen una serie de requisitos que deberá reunir dicho mandato, a saber:

a) El período de ejercicio del mandato será de cuatro años.

b) La fecha a contar el mandato anterior se-

rará a partir de la fecha de la elección, esto es en la Asamblea General de la Federación convocada al efecto.

c) Solamente se puede repetir una vez otro mandato de cuatro años, si se resultara elegido al efecto.

Desde el punto de vista organizativo se realiza la siguiente operación:

a) Se constituye una Asamblea General de la Federación en órgano que ejercita la Suprema Soberanía de la misma.

b) Se materializa un proceso de elección y nombramiento de sus miembros para dirigir la Federación.

c) La dirección de la Federación se formaliza en la constitución mediante nombramiento de los miembros electos en Junta Directiva de la Federación.

d) Esta Junta Directiva es a su vez otro órgano de la Federación que ejerce unas determinadas competencias.

e) Este otro órgano que se extrae y se crea de la Asamblea General de la Federación y es un órgano autónomo de la Asamblea, con competencias y régimen propio, y por tanto desligado de la Asamblea General de la Federación.

f) El órgano formado (la Junta Directiva) ejercita sus competencias en la forma en que se recogen en los estatutos, siendo según definición de su artículo 23 «el órgano colegiado, gestor de carácter permanente, cuya composición también se cita.

### 2.4.1. Resumen

La Asamblea General de la Federación se constituye como órgano supremo de soberanía, integrada por los representantes elegidos por las Asambleas Territoriales y/o Autónomas para tal fin. De dicha asamblea se extrae además por elección otro órgano de Gobierno de la Federación cual es ser Junta Directiva, que una vez nombrada por la Asamblea General de la Federación, recogen un mandato autónomo que consiste en constituirse en órgano colegiado y gestor de carácter permanente para ejercer un mandato de cuatro años, computados a partir de la fecha de la elección y sólo pueden ser reelegidos una segunda vez para el mismo cargo.

# PEUSEK<sup>®</sup>

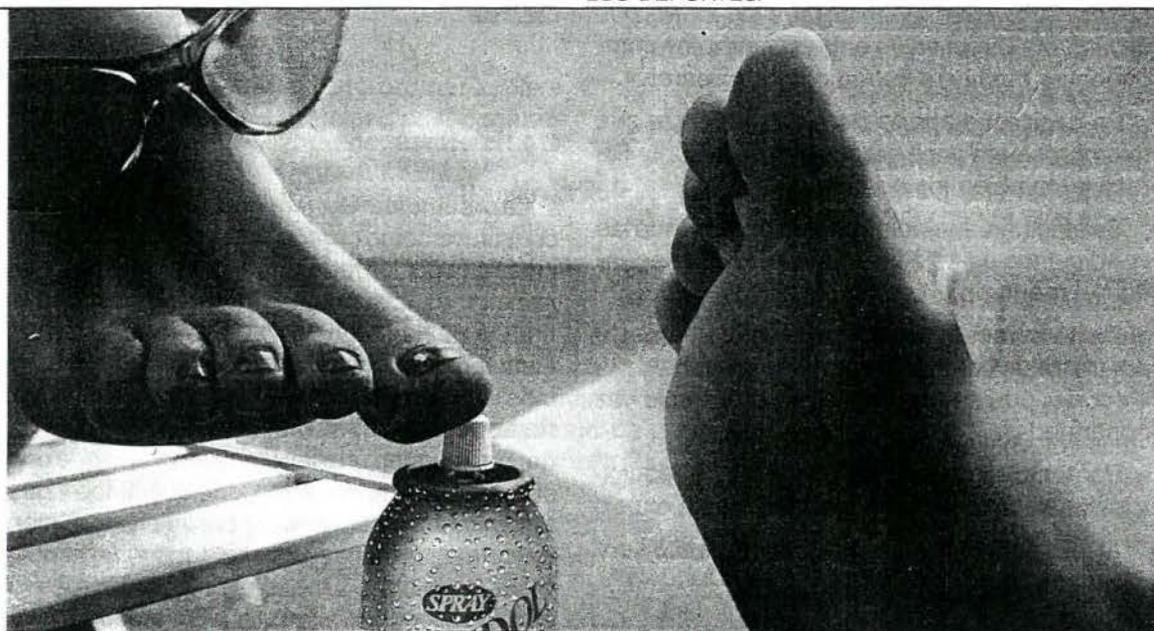
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION  
PEUSEK. S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

# ARCANDOL<sup>®</sup>

- 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*

### 3. LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FEDERACION

Con carácter previo al estudio de la Junta Directiva de la Federación como órgano de gobierno y de ejercicio de soberanía, tendríamos que analizar conceptualmente dos instituciones del derecho político, «la representación» y «la Federación».

#### 3.1. La Representación en la Federación Española de Podólogos

Siguiendo al profesor Sánchez Agesta, «La representación establece formas de participación en el poder, fenómenos de sustitución y de legitimación política y a través del sufragio canaliza y organiza la acción de la opinión pública, en la organización política propiamente dicha «la representación es vía de participación mediante la que los **miembros representados** influyen en las decisiones a través de sus representantes; una elección periódica asegura esa función».

Habría que analizar a tenor de esta función lo siguiente: los miembros electos en las Asambleas Generales Territoriales y/o Autonómicas, al constituirse en representantes ante la Federación que representan, la voluntad de la Asociación Territorial y/o Autónoma, la de la Asamblea Territorial y/o Autónoma, a las personas que los eligieron, etc., como influyen en las decisiones de los órganos de la Federación.

##### 3.1.1. Mandato y representación que ostentan los componentes de la Asamblea General de la Federación

###### 3.1.1.1. Representación

Se eligen en la Asamblea General de las Asociaciones Territoriales o Autonómicas socios de las mismas para que participen en la Asamblea General de la Federación en la que previamente está incluida en el orden del día la elección de cargos de la Junta Directiva.

Resulta pues evidente que la Asamblea General de las Asociaciones Territoriales otorgan la representación de la Asociación, que se manifiesta a través de su máximo órgano soberano (la Asamblea General de la Asociación), para que representen a la Asociación en el órga-

no soberano (la Asamblea de la Federación) y precisamente (por estar en el orden del día) para que la Federación se dote a través de la elección y nombramiento de entre los miembros de su Asamblea de personas que ostentarán los cargos de la Junta Directiva que posteriormente se constituirán como «órgano colegiado y gestor de carácter permanente», que es la junta directiva.

###### 3.1.1.2. Mandato

Si por mandato imperativo entendemos con el profesor Sánchez Agesta que «Supone una relación contractual concreta de mandato con representación entre representante y los electores concretos que le designaron».

Podemos afirmar que el mandato que otorgan las Asambleas Generales de las Asociaciones, es un mandato concreto, pero dicha concreción se cifra en que éstos elijan entre ellos unos representantes, y que incluso alguno de los mandatarios son elegidos para esos cargos.

Es una «elección para elegir», es decir, se les otorga el mandato para que luego ellos en la Asamblea General de la Federación elijan los miembros que de la misma estimen oportunos, en esta parte podríamos considerar el mandato como «Un diputado, lo es de la nación entera; todos los ciudadanos con sus comitentes; no es posible que un diputado de todo el reino atienda antes al deseo o interés de los habitantes de una municipalidad o un distrito que al interés nacional».

Si sustituimos Federación por reino y municipio por Asociación Territorial o Autónoma, entenderemos perfectamente que los socios elegidos por las Asociaciones para ser miembros de la Asamblea General de la Federación representar al final los intereses de ésta y con mayor motivo los que resulten elegidos para formar parte de la Junta Directiva de la Federación.

###### 3.1.1.3. Resumen

Podemos decir que los socios de las Asociaciones que componen la Asamblea General de la Federación, reciben de la Asamblea General de la Asociación en ejercer la representación a través de un mandato mixto imperativo-

representativo. Imperativo en cuanto que son elegidos para formar parte de una asamblea que tiene como misión elegir la Junta Directiva de la Federación, y representativo porque ese mandato no incluye un mandato de dirección de voto, es decir, el mandato no es comprensivo si quiera de una orientación de a quién o quienes se debe votar.

### 3.2. **Traslación del concepto de Federación a organizaciones profesionales**

El profesor Sánchez Agesta define al Estado Federal como «una figura compleja de integración jurídica y política del Estado, perteneciente ya a la esfera del Derecho constitucional; su carácter más aparente y vulgar es la coexistencia de varios Estados (Estados federados) en otro estado que les comprende (Estado federal)», lo que trasladado al caso que nos ocupa podríamos manifestarlo así: «La Federación Española de Podólogos es una figura compleja de integración jurídica y política de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas perteneciente a la esfera del derecho político-administrativo-asociativo; su carácter más aparente y vulgar es la coexistencia de varios entes asociativos (Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas) en otro ente asociativo que los comprende (Federación Española de Podólogos)». A tenor de esta transposición conceptual podemos manifestar como evidente que son entes asociativos diferenciados e independientes la Federación y las Asociaciones, y por tanto sus órganos de expresión de soberanía son independientes de los que le da su origen.

Analicemos las definiciones siguientes referentes a la soberanía de los Estados Federados y del Estado Federal:

«La soberanía es la de los Estados miembros de la Unión, y el carácter es por tanto central y accidental de la Unión Federal» (Calham).

«La soberanía la detenta la Unión, y por tanto pertenece al Estado Federal la Soberanía» (Sieber).

«La soberanía es divisible y por tanto comparada entre el Estado Federal y los Estados Federados».

De las tres teorías, de soberanía de los Estados federales, soberanía en el Estado Federal, y soberanía compartidas, veremos que cual-

quiera de ellas es perfectamente asumible por los Estatutos de la Federación de Podólogos para el caso nos concierne.

Cualquiera que sea la teoría que nos parezca adecuada encaja con la concepción práctica del uso de la soberanía y que el profesor Sánchez Agesta cuando manifiesta que «las realizaciones prácticas de este supranacionalismo se está realizando en una vía al margen de estas corrientes teóricas, **por la ordenación de unas funciones supranacionales, que se desintegran de la soberanía de los Estados para encomendarlas a agencias que representan un cierto sentido supranacional**, es pues evidente que el encomendar a agencias u órganos especializados la resolución de cuestiones de ámbito supranacional, viene a dar a estos órganos la independencia en la realización de estas funciones supranacionales.

También cabría decir que al órgano que se constituye y extrae de la Asamblea General de la Federación (la Junta Directiva), tiene un funcionamiento autónomo e independiente por tanto al confiárselas con mandato representativo la Dirección de la Federación, de tal forma que una vez electo, se desvincula del mandato, tanto en lo que respecta a la autonomía de sus funciones como en la separación como miembros de la Asamblea.

Solamente el Presidente (art. 27) tiene doble vínculo (preside la Junta Directiva y la Asamblea General), pero preside la Asamblea General por ser Presidente de la Federación.

Una vez elegidos los miembros de la Junta Directiva como tales, no es requisito que las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas los elijan como miembros de la Asamblea General de la Federación para que sigan ocupando sus cargos en la Junta Directiva, puesto que ya recibieron de la Asamblea General de la Federación un mandato concreto y definido de carácter representativo, que consiste en líneas generales en que se constituyen en órgano colegiado y gestor de carácter permanente (La Junta Directiva) (Artículo 23 de los Estatutos de la Federación Española de Podólogos, en lo sucesivo F.E.P.), con un mandato de cuatro años, que sólo se puede renovar por un período de idéntica duración (Art. 25 Estatutos F.E.P.) y para realizar las funciones que de forma colectiva para el Órgano (la Junta Directiva) se relacionan en el artículo 24 de los Estatutos de la Federación y de forma individualizada. Se definen en los artículos:

- a) 27 para el Presidente
- b) 28 para el Vicepresidente
- c) 29 para el Secretario
- d) 30 para el Tesorero

Sin que se definan de forma individualizada las funciones de los vocales.

Sería incorrecto desde el punto de vista jurídico que si las Asambleas Territoriales y/o Autonómicas que eligen alguno de entre sus socios para que éstos, formando parte de la Asamblea General de la Federación y de entre los asambleístas, extraigan los miembros a los que designan para gobernar la Federación, con la constitución de los electos en Junta Directiva, decíamos que no sería correcto pensar que para ser elegido como miembro de la Junta Directiva de la Federación, si la Asamblea de la Asociación a la que pertenece no le designara para miembro de la Asamblea General de la Federación, debería de dejar de pertenecer a la Junta Directiva. Pensar eso nos llevaría a que la soberanía de la Federación no reside en la Asamblea General de la Federación, ni en la Junta Directiva, lo que le corresponde, sino en las Asambleas de las Asociaciones de los que sean socios los miembros de la junta directiva, lo cual iría en contra de las tesis y doctrinas expuestas en este informe.

### 3.3. Cese de los miembros de la Junta Directiva

Desde el punto de vista conceptual analizaremos las causas del cese de un socio de una Asociación que pertenezca a la Federación.

Los socios pertenecen a los entes asociativos siguientes:

- a) Son socios de las Asociaciones territoriales y/o Autonómicas.
- b) Como las Asociaciones están unidas en Federación, pertenecen también a la Federación a través de las Asociaciones de las que son socios.
- c) Un nexo de unión es los componentes de las Asociaciones que forman parte de la Asamblea General de la Federación.

Analicemos las causas del cese de un socio.

- a) Cuando cesa como socio de la Asociación.

- b) Cuando se disuelve la Asociación.
- c) Cuando no se nombra para un órgano de nexo o unión.

### 3.3.1. Cese como socio de la Asociación Territorial y/o Autonómica

Quando se produjera el cese de un socio de la Asociación a que pertenezca, automáticamente cesaría de pertenecer a la Federación, cuando se tratara de causas originadas en el socio.

### 3.3.2. Disolución de la Asociación

Quando se dé este supuesto, se contempla en los Estatutos la opción de que dicho socio sigue siéndolo de la Federación.

Por tanto cuando por cualquier causa originada en la Asociación, pudiera un socio la calidad de tal, debería como se le da estatuariamente, la posibilidad de seguir siendo socio de la Federación y si ostentara cargos en ésta los seguirá ejercitando.

### 3.3.3. Cuando no se le nombra representante de la Asociación en la Asamblea General

Quando a un socio de una Asociación Territorial y/o Autonómica no se le vuelve a elegir como miembro de la Asamblea de la Federación, lo único que sucede es que éste no participa en las decisiones de la Asamblea, pero puede ostentar —si los tuviera— los cargos que desempeñare en la Asociación como en la Federación.

### 3.3.4. Renovación de cargos

El mismo órgano que nombra una Junta Directiva, puede a su vez a través de la censura, revocarla, esta forma de cese de los miembros de la Junta Directiva también se recoge en los Estatutos de la Federación.

#### 4. LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS ASOCIACIONES

##### 4.1. Generalidades

##### 4.1.1. De los miembros de la Junta Directiva de las Asociaciones

Las funciones de la Junta Directiva de la Asociación Madrileña de Podólogos (se han estudiado estos estatutos porque se nos manifestó que son muy similares los de todas las Asociaciones territoriales y/o Autonómicas, por tanto valga como estudio de tipo general, sin perjuicio de las particularidades que habría que analizar para el supuesto de regulaciones diferentes a las de la Asociación Madrileña de Podólogos), vienen recogidas en su artículo 18 y así expresamente se manifiesta que «La Junta Directiva, en su triple carácter de gestor, representativo legal y mandatario de la Asociación Madrileña de Podólogos, tiene todos los poderes como tal» y a continuación se enuncian una serie de funciones.

La elección de los miembros de su junta directiva se regulan en su artículo 16, entres apartados: Convocatoria de elecciones, Condiciones para ser elegido, y Procedimiento electoral.

En cuanto a la «Posesión y duración de los cargos», el artículo 17 establece que tomarán posesión de sus cargos los electos y proclamados, constituyéndose con la toma de posesión de la Junta Directiva. El mandato será de cuatro años, reelegibles por un período igual y una sola vez. El cese podrá ser: por renuncia, incompatibilidad apreciada por la mayoría de los miembros de la Junta, ratificada por la Asamblea General.

##### 4.1.2. De los socios que representan a la Asociación en la Asamblea General de la Asociación

La composición de la Asamblea General de la Federación la encontramos regulada en los Estatutos de ésta en su artículo 16: «La Asamblea General es el Órgano Supremo de la Federación y estará constituida por los representantes de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas elegidos para este fin por la Asamblea General u órgano equivalente de cada Asociación Territorial y/o Autónoma.

El artículo 22 de los Estatutos de la Federación requiere la representación de las Asociaciones en la Asamblea General de la Federación; y se establecen los siguientes caracteres:

a) La cuantificación de la representación se efectúa según una escala en función del número de miembros de las Asociaciones.

b) Para integrarse en la Federación se pone como requisito tener un ámbito territorial, al menos el correspondiente a la Administración Autonómica.

c) La elección de representante será a título nominal.

d) La duración de su elección o mandato será de cuatro años, reponiéndose las vacantes con la misma fórmula de elección.

e) Se establece una fórmula de cese por insistencia continuada a las convocatorias.

Por otra parte, como facultades de la Asamblea General extraordinaria de la Asociación Madrileña de Podólogos, se establece: «Federación con otras Asociaciones españolas o extranjeras, a tenor de la legislación vigente», punto de apoyo jurídico a la participación de esta Asociación en el gobierno de la Federación.

##### 4.2. Posibles problemas de los miembros de las Juntas Directivas de la Asociación

Se nos puede plantear; es el supuesto de dualidad de un miembro de la Junta Directiva, que sea a su vez electo en la Asamblea General de su Asociación para representar a ésta en la Asamblea General de la Federación.

Veámos que puede suceder en los supuestos:

a) De dimisión como miembro de la Junta Directiva de la Asociación, sin que se le revoque el mandato de representar a la Asociación en la Asamblea de la Federación.

b) Que dimita o se le revoque el mandato como representante de la Asociación en la Asamblea General de la Asociación, pero que permanezca en el cargo que ocupa en la Junta Directiva de la Asociación.

c) La eventual designación por un socio electo para que represente a su Asociación en

la Asamblea General de la Federación, de otro socio que le represente en la Asamblea General de la Federación.

#### **4.2.1. Cese de un miembro de la Junta Directiva y permaneciendo vigente el mandato de este socio para representar a su Asociación ante la Asamblea General de la Federación**

Si se diera la dualidad de funciones entre un miembro de la Junta de Gobierno de la Asociación con la función de representar a ésta en la Federación, deberíamos analizar que para sí cesa como miembro de la Junta de Gobierno.

##### **4.2.1.1. Condiciones y forma de elegir a un miembro de la Junta de Gobierno de la Asociación Madrileña de Podólogos**

###### **a) Para ser candidato a la Junta Directiva**

Se recogen en el artículo 16, apartado dos de los Estatutos, y en esencia son; estar inscrito como socio, encontrarse en el ejercicio de la profesión; no hallarse inhabilitado para cargo público; hallarse en el pleno goce de los derechos civiles, haber sido propuesto estatuariamente candidato; no hallarse incurso en incompatibilidad.

Cualquier persona que reuniendo esos requisitos y siendo elegida para un cargo de la Junta de Gobierno, pertenecerá a ésta.

Las condiciones de ejercicio de los cargos se recogen en el artículo 17 ya citado.

###### **b) Para ser representante de la Asociación y por tanto ser miembro de la Asamblea General de la Federación**

En los estatutos de la Federación, art. 16, se regula la composición de la Asamblea de la Federación y sólo se cita que estará constituida por los representantes de las Asociaciones Territoriales y/o Autonómicas, elegidos para este fin por la Asamblea General u órgano equivalente de cada Asociación.

No se especifican los requisitos personales para ejercer dicha representación.

En el artículo 22 sí se concreta que la elección será a título nominal y por cuatro años entre otras condiciones.

##### **4.2.1.2. Conclusiones**

A la vista de lo anterior, se observa lo siguiente:

a) Que los requisitos para ser miembro de la Junta y para ser representante de la Asociación y componente de la Asamblea de la Federación, son parecidos pero no idénticos, pues si bien es cierto que para ser miembro de la Junta Directiva son necesarios los siete requisitos ya dichos, no es menos cierto que si bien no se establecen los requisitos para ejercer este mandato, no creemos necesario que para recibir el mismo se requiera ser propuesto por otros socios.

b) Las funciones de los miembros de la Junta Directiva de la Asociación y los de los miembros de la Asamblea General de la Federación y que representan a su Asociación son diferentes; la de los primeros se regula en el art. 18 de los Estatutos de la Asociación Madrileña de Podólogos y la de los segundos se regulan en el art. 19 y en su caso el 20, de los Estatutos de la Federación Española de Podólogos.

c) El mandato soberano que recibe es distinto por:

1.º Lo reciben de distinto órgano:

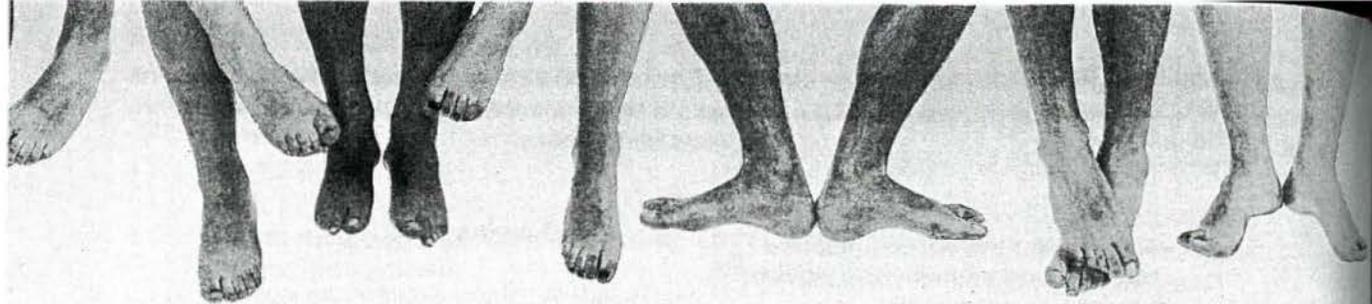
a) Los miembros de la Junta Directiva de la Asociación de los Socios de la Asociación, constituida en censo electoral.

b) Los representantes de la Asociación ante la Federación y componentes de la Asamblea de ésta, son elegidos por los socios de la Asociación constituidos en Junta General ordinaria.

2.º El contenido del mandato es diferente:

a) Los socios que se eligen para ser miembros de la Junta Directiva, se les otorga el mandato, configurado en el artículo 18 de los Estatutos de la Asociación para cuando la Junta de Gobierno actúa de forma colegiada, y en los artículos 21, 22, 23, 24 y 25 para cuando actúen, y según el cargo, de forma individual.

b) Los representantes de la Asociación ante la Federación y por tanto miembros de la Asamblea General de ésta, reciben un mandato que le configura como las competencias de



**NOVEDAD**

# Canestén® polvo

## Los hongos desaparecen 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:

Dermatosis 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.

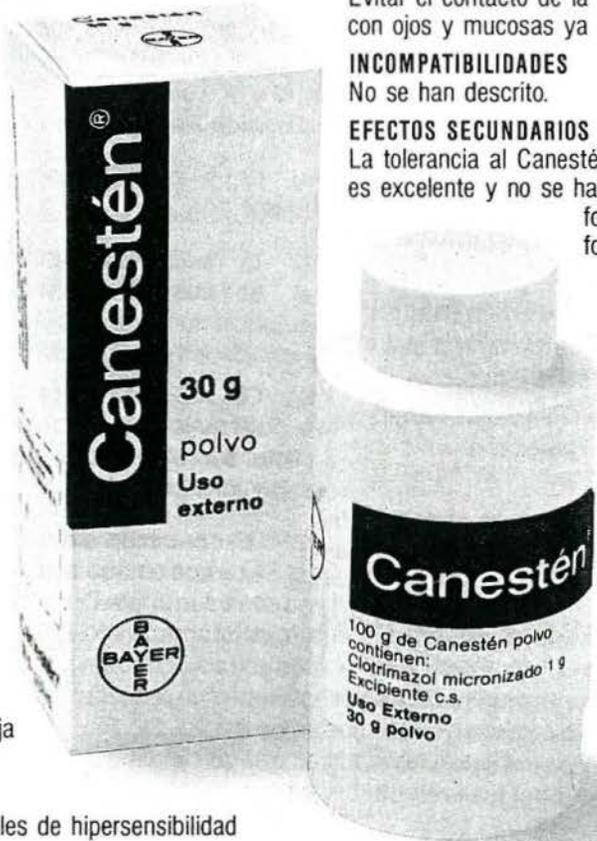
### EFFECTOS SECUNDARIOS

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	374,-

### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395,-

### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462,-



# Bayer

# Antimicóticos

la Asamblea General de la Federación que la constituyen en el artículo 19 y 20, según los casos, de los Estatutos de la Federación.

3° Por el tipo de mandato que reciben:

a) Como miembros electos de la Junta Directiva de la Asociación, reciben claramente un mandato representativo.

b) Como miembros componentes de la Asamblea General de la Federación y en representación de la Asociación reciben un mandato mixto imperativo-representativo. Imperativo, cual es, formar parte como miembro de un órgano de Gobierno de la Federación, su Asamblea General, y representativo, en el ejercicio de ese mandato.

#### 4.2.1.3. Resumen

Por tanto podemos claramente concluir con que no se tiene que ver afectado el mandato recibido por la Asamblea General de la Asociación de representar a éstos en la Federación como miembro de su Asamblea General, si a la vez fuera el mismo socio miembro de la Junta Directiva de la Asociación y cesara.

Y esto lo podemos afirmar porque,

a) Porque no son idénticas las condiciones (aunque parecidas) para ser miembro de la Junta Directiva, que para ser representante de la Asociación en la Federación.

b) Porque las funciones no sólo son diferentes, sino que se regulan en distintos Estatutos (de la Federación y de la Asociación).

d) Porque el mandato soberano es distinto,  
1. En cuanto a la forma en que de forma diferente se constituye el mismo censo de socios.

2. En cuanto a las diferencias en cuanto al contenido del mandato.

3. En cuanto a la clase de mandato que reciben los miembros de la Junta, representativo, y los representantes de las Asociaciones en la Federación, mixto, imperativo.

#### 4.2.2. Cese del mandato como representante de la Asociación ante la Federación formando parte de la Asamblea de la Federación

Cabe decir lo mismo que lo dicho en el apartado 4.2.1, para el cese a contrario.

#### 4.2.3. Es posible que un socio elegido para formar parte de la Asamblea de la Federación en representación de la Asociación, delegue o designe en otro socio las funciones de representación que a él le asignaran

Para responder a este interrogante, solamente hay que leer el artículo 22 de los Estatutos de la Federación, el párrafo que dice: «La elección de representante será a título nominal», más claro no puede estar el tenor literal, es decir se elige a una persona concreta por su nombre, y sólo se puede ejercer el mandato que la Asamblea le otorga, y explícitamente se dice en el mismo artículo que «Las vacantes, si se producen serán cubiertas con la misma fórmula de elección»; más claro no puede quedar, una vacante se cubre en la misma forma.

No se contempla ninguna forma de sustitución, por tanto, «donde la ley no distingue, no distinguimos».

En otro apartado de ese mismo artículo, «Las faltas de asistencia injustificada continua a dos convocatorias producirá su baja automática», sistema duro y rígido donde los haya; que pretende que se ejercite de forma personal nominal y responsable la representación ante la Federación de las Asociaciones.

Por tanto, claramente podemos manifestar que el socio que de forma nominal, y por cuatro años, reciba el mandato de la Asamblea de su Asociación de formar parte de la Asamblea de la Federación, no puede ceder o delegar este mandato en otro socio, debiendo ejercerlo de forma personal, de tal forma que si no asiste a dos convocatorias y no lo justifica, producirá su baja automática como miembro de la Asamblea General de la Federación, debiéndose proceder a cubrir esas vacantes por la misma fórmula de elección.

## 5. RESUMEN FINAL

Citaremos una vez más al profesor Sánchez Agesta en lo referente a dos instituciones norteamericanas, las cámaras legislativas:

«Es un carácter histórico nacido con la Constitución norteamericana, y que viene reiterándose en otras estructuras federales, por satisfacer sin duda, exigencias políticas de equilibrio en una organización federal, la dualidad de cáma-

ras, que permite la participación de los miembros en el Gobierno de la Unión, una de las Cámaras representa al pueblo de la Unión, por cifras de población y con independencia de la distribución geográfica entre el territorio de los Estados; la segunda representa a los estados, o al pueblo de éstos, atribuyendo a cada Estado el mismo número de representantes, sea cual fuera su población o territorio o un número proporcional fijo para equilibrar así las desigualdades políticas que pudieran fundarse en su diferencia de magnitud»; ésta dualidad de cámara de que habla el profesor Sánchez Agesta, se ha solucionado en la Federación con una Asamblea Mixta (Art. 22 de los Estatutos de la F.E.P.), en la cual cada Asociación al menos tiene un representante, subiendo el número de éste para Asociaciones con mayor número de socios (que 25), de forma progresiva.

Es decir, se traslada la soberanía a una asamblea mixta de representación (territorial-poblacional), asamblea que tiene entre sus competencias, la elección y nombramiento de otro órgano de soberanía de la Federación, al que otorga un mandato representativo, no sólo independiente y ajeno a la Asamblea de la Federación, sino incluso de las Asambleas de las Asociaciones.

## 6. CONCLUSIONES

a) Las Asociaciones con personalidad jurídica propia, entre sus prerrogativas, tienen, la de participar en el Gobierno de la Federación a través de enviar socios que eligen para que constituyan la Asamblea General de la Federación.

b) Se constituye la Asamblea General de la

Federación en órgano de la máxima soberanía de la Federación, que se forma con la suma de las soberanías de las Asociaciones, al enviar sus miembros a esta Asamblea.

c) El ejercicio de la soberanía de la Federación, manifestado a través de la Asamblea General de la Federación, consta entre otras prerrogativas, en la elección de miembros que se les otorga como mandato imperativo para que la ejerciten las competencias que estatutariamente le corresponden, tanto como órgano colegiado (Junta Directiva), como cargos individuales.

d) Sería contrario a derecho el pensar que porque una Asamblea de Asociación no vota a un miembro para formar parte de la Asamblea de la Federación, dicho miembro dejaría de ocupar el cargo que ostentara en la Junta Directiva.

Dicho de otro modo, si un miembro de la Junta Directiva no forma parte de la Asamblea de la Federación porque no lo eligieran en su Asociación, no por eso debe dejar de ser miembro de la Junta Directiva, pues si así se hiciera, se vulneraría el mandato recibido de la Asamblea que lo eligió y nombró para un cargo en la Junta Directiva.

e) No resultan afectadas las eventualidades que pudieran sucederle (cese, incompatibilidad, etc.) a un miembro de la Junta Directiva de su Asociación, que a su vez fuera representante de ésta en la Asamblea General de la Federación, en cuanto a este segundo cargo o mandato en relación con lo que le suceda en el primero (Miembro de la Junta Directiva de la Asociación), igual sucede a la inversa.

f) No se puede ceder o delegar el mandato recibido de su Asociación de representar a ésta en la Asamblea General de la Federación.



# ¡Sí... Es un calzado ortopédico!

**P**arece increíble. Nadie notará que es un calzado ortopédico. P-F ha conseguido que sean como unos deportivos. No tienen por qué diferenciarse exteriormente del calzado de moda. Su aspecto debe ser tan atractivo para el joven paciente, que evite el rechazo que se produce con frecuencia en la mayoría de los niños que necesitan tratamiento con plantillas y calzado ortopédico tradicional.

Más de 20 años de probada experiencia clínica

fabricando calzado ortopédico de prescripción médica, colocan a P-F en primera línea en el tratamiento de las principales afecciones de los pies de la infancia y adolescencia.

P-F dispone de más de 10 hormas básicas para calzado ortopédico corrector y para uso con plantillas ortopédicas.

Para más amplia información consulte nuestro catálogo.



PRESCRIPTION FOOTWEAR S.A.  
Pl. Malvas, 4 - Villena (Alicante) Spain  
Tel. (96) 580 01 91 - Télex 63973 PFVI E



## UNA NUEVA MANERA DE HACER PODOLOGÍA

- EQUIPOS DE PODOLOGÍA
- HERRES Y TORNO CALIENTE
- SELLOS PODOLOGICOS
- PRODUCTOS
- SUELOS PARA PIES
- POLVOS SECOS Y BAMBAS CON MANCHA
- BIODERIVATOS
- SILICONAS PODOLOGICAS
- ARTICULOS DE USO CLINICO
- PRODUCTOS ADHESIVOS
- COMPLEMENTOS
- MATERIAS PRIMAS Y OCUPIEDIA
- ELECTROMEDICINA
- INSTRUMENTAL Y FRESAS

¡SOLICITE NUESTRO CATALOGO GENERAL!

**WUGA**  
SISTEMAS DE BATERIAS

MADRID - Carretera Cantillas, 99 - Urban. 28043 Madrid - Tels. 200 34 69 - 759 46 65  
 BARCELONA - Tel. 392 32 85



JULIO - AGOSTO N° 118 - AÑO 1988

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

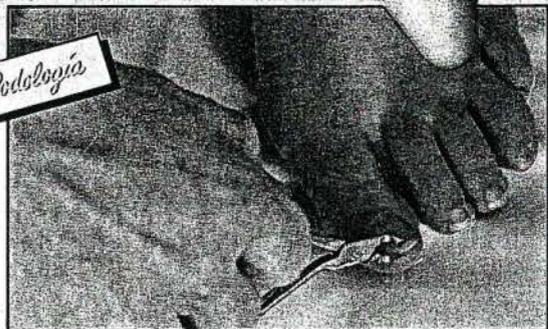
# Cloruro de etilo chemirosa "spray"

anestésico-local  
"a frigore"  
uso tópico

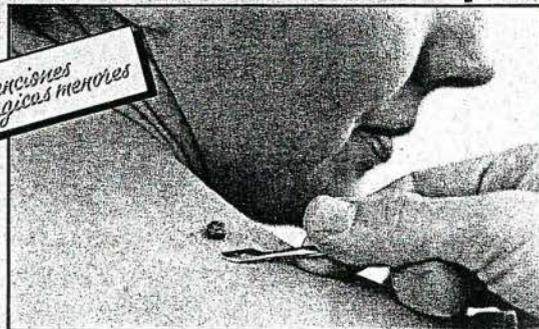
Traumatismos



Podología



Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores; en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésicar, manteniendo el frasco a unos 30 cm. de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable, CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación accidental se puede producir ataxia e incoordinación, ante la cual se instaura respiración artificial y se administra su tratamiento.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá mantenerse en lugar fresco y al abrigo del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco spray de 100 gramos. P.V.P. IVA 423.- Ptas.

LABORATORIOS **ERN**

Pedro IV, 499 - 08020 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniasta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Manuel Albalá Valle.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonoga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: José Iniasta Gallego.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL .....	2
APORTACIONES CIENTIFICAS	
La Terapia Catalítica por Oligoelementos sus aplicaciones a la Podología .....	5
Implante Subdérmico de Colágeno .....	13
Crónica de una Tertulia entre Podólogos .....	16
Foto Imagen .....	21
SECCIONES	
Opinión .....	22
Hoy Entrevistamos a .....	25
Frases, Pensamientos y otros .....	27
Se habló de... ..	27
La F.E.P. Informa .....	28
XXI Congreso Nacional de Podología .....	31
Publicamos Tu Foto .....	32

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
Angel F. Cabezón

**Empresa de Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

# EDITORIAL

*Desde la promulgación del decreto regulador de podología el pasado mes de junio muchos han sido los interrogantes y acontecimientos que inciden sobre la profesión.*

*El primer interrogante que surgía ante nosotros, era saber cómo podría ser el planteamiento que se haría la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad Complutense de Madrid respecto a la incorporación de las enseñanzas de Podología.*

*Este tema nos lo planteamos seriamente ya en el pasado mes de julio en la reunión de la Comisión de Presidentes de la F.E.P. que mantuvimos conjuntamente con el asesor jurídico al objeto de analizar el texto del Real Decreto. Para entonces, ya se habían producido contactos tanto directos como indirectos y el ánimo y espíritu del centro encargado de desarrollar las enseñanzas parecía ser de apertura y relación.*

*El resultado de aquellos contactos fue el ofrecimiento para la participación y colaboración de la puesta en marcha de las enseñanzas, concretado en una reunión conjunta en la que estaríamos las dos Escuelas, el Consejo General y la F.E.P., quedando pendiente para el mes de septiembre.*

*Llegado éste, concretamente el día 16, celebramos la reunión en Madrid, en la sede de la Escuela de Enfermería - Fisioterapia, y que a partir de ahora lo es también de Podología. En la reunión participamos Juan Beneit y Jesús Sánchez, como director y subdirector respectivamente de la Escuela, Máximo González, como Presidente del Consejo General, Enrique Giralt, profesor de la Escuela de Barcelona en representación de su Dirección que se escuchó por asuntos personales-familiares y quien suscribe como Presidente de la F.E.P. y representante del sector profesional. El objetivo era revisar los Planes de Estudio que habían elaborado las Escuelas para tratar de llegar al máximo de homogeneización posible.*

*En la reunión se revisó y estudió principalmente el Plan elaborado por Madrid y que a pesar de haberle sido reclamado por su Universidad, lo retuvo hasta que fuera estudiado y valorado conjuntamente —detalle importante a significar y que muestra una línea abierta—. El Plan de la Escuela de Barcelona había sido entregado ya en la Universidad porque según se expuso había sido reclamado con urgencia, no obstante se revisó un proyecto aportado. Como resumen del encuentro destaco una línea abierta de diálogo con la nueva Escuela de Madrid con la voluntad e intención de que sean los podólogos quienes rijan sus propias enseñanzas y como prueba baste decir que la previsión de plantilla de profesorado para primer curso se prevee seis profesores podólogos.*

*Asimismo ha quedado la mesa abierta para próximas reuniones en vista a la creación del área en Podología, colaboración en el sistema de prácticas, etc. etc.*

*Cuenten en nuestra nueva Escuela y con esta línea con la predisposición y colaboración por parte de las responsabilidades que nos conciernen. Mucho más podríamos extendernos sobre el contenido de las cuatro largas horas de reunión, pero tema habrá para otras ocasiones.*

*En otro orden de cosas también de primera línea de interés, o más aún si cabe para nosotros, ya hemos iniciado el diálogo formal con el Ministerio de Educación y Ciencia en base a sentar las líneas de lo que pueda llegar a ser la convalidación por el nuevo título de diplomado Universitario en podología. La solicitud formal ya se ha tramitado y mantenido una reunión al respecto estando pendiente de otra en fechas inminentes. El tema no es fácil pero declaro mi sincera impresión de que podremos saldar el tema de forma similiar a como fue o es la convalidación en Fisioterapia. Es aún prematuro para lanzar noticias de las que después nos podamos lamentar, pero el nivel de las conversaciones van por ahí.*

*También ya y de forma paralela hemos mantenido reuniones con el Ministerio de Sanidad respecto de la Creación del Colegio Profesional. La solicitud formal ya ha sido también cursada aunque en este tema deno confesar mi preocupación. Como todos vosotros sabéis la Creación de los Colegios Profesionales exige del trámite de Ley en el Parlamento. Este proceso tiene una carga política muy importante y está sujeto a muchas posibles variantes: debe ser impulsado por el propio Ministerio, contar con el apoyo del grupo parlamentario mayoritario, que encaje en el programa político de la Cámara, etc. etc.*

*Técnicamente el asunto está claro: tenemos derecho a un Colegio Profesional en base a la propia ley de Colegios. Políticamente la cosa puede tener sus matices o escollos en los que tendremos que ser hábiles para intentar salvarlos.*

*En cuanto a las relaciones internacionales también tenemos un reto importante el próximo mes de octubre: coincidiendo con el Congreso de Roma se celebra la Asamblea de la F.I.P. y la reunión del C.L.P.C.E. A ellas la Podología española debe ir con la posición definida de ser el motor que dinamice la podología europea hacia nuestra posición. He dicho y escrito en numerosas ocasiones que no podemos ser insensibles a nuestras relaciones internacionales en su conjunto pues pueden tener repercusiones a trascendentes para nosotros. La profesión en Europa está sujeta a dicotomías difíciles de consentir bajo nuestro punto de vista y es nuestra obligación explicar con claridad lo que queremos y pretendemos y no nos podemos permitir el no convencerlos o el «que inventen ellos» y volvernos de espaldas.*

*Pero no quiero acabar esta comunicación sin hacer una llamada realista: es vital para la profesión, o lo que es lo mismo, para nuestras propias consultas una dosis elevada de solidaridad para con nosotros mismos como grupo profesional. Estamos construyendo historia y no podemos pasar a ella o a la memoria de las próximas generaciones de podólogos como una época en la que perdimos la maravillosa oportunidad de construir con mayúsculas una digna profesión. No podemos perder el tiempo con posturas inconsistentes que sólo nos llevan a caminar en círculo y dejando por el camino aquellas voluntades de compañeros que generosamente quieren ser solidarios con los demás. Anímate y colabora con tu junta, tu asociación o tu revista y formemos con el ejemplo un verdadero cuerpo profesional que sea admirado y respetado como tal. ¿No es para sentirse orgulloso? Un saludo y hasta pronto.*

**Andrés Rueda**  
**Presidente F.E.P.**

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# APORTACIONES CIENTIFICAS

---

## LA TERAPIA CATALITICA POR OLIGOELEMENTOS SUS APLICACIONES A LA PODOLOGIA



Por Angel F. Cabezón Legarda  
PAMPLONA

### INTRODUCCION GENERAL

#### Consideraciones personales

- Enriquecimiento de la labor del PODOLOGO con terapias que pueden ser perfectamente podológicas.
- Originalidad, pero utilidad.
- Tener la idea clara de que el individuo es uno en toda su anatomía y personalidad.
- Que la Podología, ya una super-especialidad no puede olvidar el conjunto.
- Aquellas patologías que por su repetición y su dificultad de tratamiento hacen pensar en una causa que está más allá, el estudio de esa CAUSA y su posible tratamiento.
- Oligoelementos y homeopatía, otra ayuda más a la terapia podológica.
- Un trabajo de experimentación que os invito a compartir.
- Hablar de casuística en terapia general es hablar de la experiencia de más de quinientos individuos tratados de la misma alteración, con semejante remedio.
- COLABORACION.

### INTRODUCCION A LOS OLIGOELEMENTOS

Hace menos de un siglo los oligoelementos se consideraban impurezas en el organismo.

La sustancia viva, animal y vegetal se compone de un cierto número de elementos de construcción y de combustión cuyo porcentaje es importante. Son: oxígeno, hidrógeno, nitrógeno, carbono, calcio, potasio, sodio, magnesio, azufre, cloro, fósforo, silicio, hierro.

Y otros en pequeñas cantidades, con un papel, parece ser, de CATALIZADORES: magnesio, cobre, cobalto, zinc, etc.

¿Qué es la catálisis? Berzelius define la catálisis: «Está, pues, demostrado que varios cuerpos simples y compuestos solubles o insolubles tienen la propiedad de ejercer sobre otros cuerpos una acción muy diferente de la afinidad química. Por medio de esta acción producen en estos cuerpos descomposiciones de sus elementos o los que permanecen extraños. Esta nueva fuerza, que era conocida hasta aquí, es común a la materia orgánica e inorgánica. Yo no creo que sea un a fuerza completamente independiente de las afinidades electroquímicas. Llamaré «fuerza catalítica» a esta fuerza y catálisis a la recomposición de los cuerpos por esta fuerza».

Estamos ante unos elementos minerales que van a hacer una función catalizadora dentro del organismo.

Pioneros del estudio de los oligoelementos:

Gabriel Bertrand  
Alexis Carrel  
Jacques Menetrier  
Henry Picard.

En la actualidad: Yves Requena, Rosario Ortega y Alfredo Embid, padre de mis primeros conocimientos en oligoterapia.

Picard en su libro **Utilización terapéutica de los oligoelementos** nos dice:

«La terapéutica por oligoelementos sitúa su acción al nivel de los disfuncionamientos metabólicos más íntimos de la materia viva. Cubriría, pues, la mayor parte de los desórdenes patológicos, desde las llamadas orientaciones distésicas y los terrenos enfermizos, hasta los estados más evolucionados en los que su acción permanece favorable mucho tiempo al normalizar las funciones dinámicas de la autodefensa.

La terapia oligocatalítica contempla, pues, predisposiciones patológicas.

Esto no quiere decir que los oligoelementos no puedan emplearse también de forma sintomática.

Hay que tener en cuenta que no es un aporte ponderal, cuantitativo, sino un aporte de dosis mínima catalítica y no se debe confundir con la dosis homeopática.

He comentado cómo esta terapia es perfectamente utilizable de manera sintomática, incluso en procesos agudos o para una determinada patología localizada en el pie. No obstante es obligado hablar del terreno, es decir, de las diátesis, fundamento principal de la terapia catalítica.

Diátesis, en medicina funcional, se trata de estados intermedios entre la salud y la verdadera enfermedad, en los que hay una desregulación de las funciones fisiológicas, tanto orgánicas como psicósomáticas.

Menetrier dice: una diátesis comprende un comportamiento y manifestaciones funcionales pre o parapatológicas.

Las diátesis fundamentales son:

1. Artrítico-alérgica.
  2. Hiposténica o artrotuberculosa.
  3. Distónica o neuroartítica.
  4. Anérgica.
- y se considera una 5.ª, síndrome de desadaptación.

Es difícil encontrar diátesis puras, por lo tanto, difícil encontrar individuos que presenten todas las características y síntomas que describiremos rápidamente.

Las diátesis no son estados fijos y cambian a lo largo de la vida. Las personas pueden pasar de una manera natural o artificial de una diátesis a otra.

### ESTUDIO DE LAS DIATESIS

Menestres divide el estudio de las diátesis en tres niveles:

- Comportamiento.
- Manifestaciones funcionales.
- Síntomas patológicos.

#### DIATESIS I (Mn)

##### Alérgica o Artrítico-Alérgica

##### Características

- Agresividad
- Hiperactividad
- Resistencia
- Exceso de reacciones

##### Comportamiento Físico

- Optimista
- Activo
- Agitado
- Nervioso
- Excitable
- CANSANCIO MATINAL
- se encuentra mejor por la noche
- A veces Cefalea al despertar
- Evolución hacia el agotamiento
- Se encuentra mejor tras el esfuerzo físico
- Hiperactivo en las vacaciones

##### Comportamiento Intelectual

- Inconstancia e Inestabilidad
- Tendencia a la Dispersión

- Falta de perseverancia
- Memoria insuficiente (todo lo anota de mayor)
- Espíritu de iniciativa
- Necesidad de acción

### Comportamiento Psicológico

- Optimismo Excesivo
- Buena adaptabilidad
- Nervioso, enérgico, agitado, impetuoso, exaltado, irritable, colérico
- Períodos depresivos
- Emotivos e Impresionables

### SINTOMAS DE LA DIATESIS

- Migrañas oftálmicas y digestivas
- Eczemas alérgicos
- Urticaria
- Asma alérgico
- Rinitis repetitiva
- Coriza espasmódica
- Hiper o Hipotensión
- Inestabilidad cardíaca
- Angor
- Algias erráticas
- Neuralgias esenciales
- Artritis
- Alteraciones digestivas de tipo hepático
- Alteraciones cólicas derechas
- Litiasis urinarias y vesiculares
- Gota
- Alteraciones urinarias
- Alteraciones dentarias
- Hipertiroidismo
- Fibromas
- Dismenorrea
- Reglas frecuentes y abundantes

### PATOLOGIA DE LA DIATESIS I

- Hipertensión esencial
- Artritis crónica
- Cálculos renales o biliares
- Asma crónico
- Eczema crómico o Edema crónico
- Liquen plano
- Hipertiroidismo
- Fibroma tumoral o hemorrágico

### ANTECEDENTES FAMILIARES

- Herencia artrítica clara
- Fenómenos alérgicos en general: Asma, Eczema, Urticaria...

### DIATESIS II (Mn-Cu)

#### Características

- Fatigabilidad
- Hipotonía
- Predisposición a enfermedades infecciosas pulmonares y rinofaríngeas (Tuberculosis)
- Limitado en sus manifestaciones
- Frecuentes transferencias de comportamiento hacia la actividad y el optimismo
- Exceso de manifestaciones artríticas

#### Comportamiento Físico

- Resistencia limitada
- Fatigabilidad
- Astenia creciente durante el día y máxima en la noche
- Tendencia a madrugar
- Tendencia a acostarse pronto
- Necesita sueño y vacaciones
- Al cabo del año se siente muy cansado y necesita vacaciones para reposar
- El niño rinde menos conforme transcurre el año. Después de unas vacaciones rinde más
- Tendencia a economizar fuerzas
- Niño hiposténico, tranquilo
- Prefiere juegos tranquilos
- Pide ir a la cama

#### Comportamiento Intelectual

- Mala capacidad de concentración. Distráidos desde pequeños
- Rinde más a primeras horas de la mañana
- Rinde más después de las vacaciones
- Comportamiento calmado, ponderado, ordenado y equilibrado
- Sujeto metódico
- Razonamiento frío

#### Comportamiento Psicológico

- Tendencia al pesimismo
- Piensa antes el lado negativo de las cosas
- Tendencia a la melancolía y tristeza que con-

cuerda con la tendencia a patología pulmonar

- Puede volverse nervioso, gruñón, irritable o caprichoso cuando está fatigado
- Peor humor al final del día o antes de las vacaciones
- Reacciones de indiferencia
- No apasionados
- No motivados

## SINTOMAS DE LA DIATESIS

- Sensibilidad respiratoria bronquial y pulmonar
- Sinusitis
- Otitis
- Rinofaringitis
- Traqueitis
- Bronquitis de repetición
- Asma no alérgico
- Reacciones serosas, pleuritis
- Enterocolitis izquierdas, con diarrea y estreñimiento
- Colitis ligeras
- Hipotiroidismo
- Hipomenorrea
- Anemia, leucopenia
- Retraso del desarrollo infantil
- Criptorquidia
- Laxitud ligamentosa
- Osificación retardada
- Alteración de la estática vertebral
- Enuresis
- Manifestaciones artríticas: Asma, cefaleas, urticarias, eczemas, artritis
- Prurigo
- Eritema nodoso y poliformo
- Acné
- Psoriasis

## PATOLOGIA DE LA DIATESIS II

- Tuberculosis
- Reumatismos progresivos deformantes, anquilosantes, poco dolorosos
- Asma crónico bronquial enfisematoso
- Enfisema
- Colitis izquierdas y sigmoideas
- Ulceras duodenales

## ANTECEDENTES FAMILIARES

- Fragilidad respiratoria
- Comportamiento hiposténico

## DIATESIS III (Mn-Co)

### Características

- Primera de las diátesis «envejecidas»
- Se manifiesta en el hombre a partir de los 40 años. En la mujer con los primeros signos de la menopausia
- Diátesis de «tránsito», superpuesta a la 1.<sup>a</sup> ó 2.<sup>a</sup> no corregidas
- Los trastornos del duodeno o los dolores reumáticos marcan vestigios de la 2.<sup>a</sup>
- Señala la participación del S.N.V.
- Evolución hacia la disminución de la vitalidad y senescencia
- Comienza con alteraciones neurovegetativas circulatorias y eliminatorias que originan: Esclerosis, afecciones orgánicas y degenerativas
- Estados paraneoplásicos

### Comportamiento físico

- Astenia matinal que tiende a prolongarse todo el día y que presenta agravaciones periódicas
- No se recupera con el reposo
- Disminución del dinamismo
- Astenia especial en los miembros inferiores con sensación de laxitud y disestesias.

### Comportamiento intelectual

- Afectación de la MEMORIA, con pérdidas temporales o incluso desaparición de la misma
- Obnubilación de los recuerdos inmediatos que hacen sospechar un paso a la diátesis IV
- Alteraciones del sueño

## SINTOMAS DE LA DIATESIS

- Distonías Vagosimpáticas
- Simpaticotonia
- Alteraciones circulatorias en E.E.I.I
- Signos artéricos

- Cefaleas difusas
- Disestesias cefálicas y occipitales
- Alt. digestivas preprandiales
- Gastralgia
- Espasmos espláncnicos, epigástricos, mediastínicos
- Abombamiento abdominal
- Colitis derechas espasmódicas
- Precordialgias angustiosas
- Hipertensión supramáxima
- Urticaria y eczemas crónicos
- Edema de Quinque
- Liquen plano
- Enfermedad de Durhing
- Artrosis
- Estados gotosos
- Oliguria relativa
- Alt. pre y paramenopáusicas
- Impotencia, indiferencia sexual
- Hemorroides
- Congestiones pélvicas



### PATOLOGIA DE LA DIATESIS

- Cororiaritis
- Infarto de Miocardio
- Arteritis
- Aortitis
- Accidentes vasculares trombóticos
- Esclerosis vascular
- Uremia
- Nefritis crónica
- Ulceras digestivas o duodenales
- Artrosis dolorosas, deformantes, evolutivas
- Esclerodermia
- Durhing
- Paget
- Cancerosis

### DIATESIS IV (Cu-Au-Ag)

#### Anérgica

#### Características

- Es la más anciana de todas
- Se puede encontrar en cualquier edad de la vida
- Rara vez constitucional
- Constituye la evolución de diátesis anteriores
- Es GRAVE
- Representa los máximos peligros para la vida del paciente
- Hay una ATONIA a todos los niveles
- Ausencia de reacción a las agresiones del medio interno y externo
- Pasividad generalizada
- Ausencia de lucha
- Afectación aguda o crónica de la vitalidad
- Incapacidad reaccional y deficiencia artificial o progresiva de las defensas orgánicas.

#### Comportamiento físico

- Aumento de la Astenia
- Disminución de la Vitalidad
- Abulia física
- Puede exacerbarse antes de las comidas con hambre o hipoglucemia
- No hay fuerzas, ni energía, ni empuje vital, ni valor
- Desean acostarse pronto, pero no pueden dormir.

#### Comportamiento Intelectual

- Alteraciones importantes de la MEMORIA y de la CAPACIDAD DE CONCENTRACION.
- Períodos de OBNUBILACION y CONFUSION
- Indiferencia hacia temas que le interesaban
- Resignación y abulia.

#### Comportamiento Psicológico

- Desinterés por la vida en general
- Asqueado y decepcionado de la vida
- Indiferencia con ideas de SUICIDIO y de MUERTE
- «La vida no vale la pena»
- Desea dimitir, renunciar, descansar

- Se limita a sufrir la vida
- Depresión melancólica
- Períodos de abulia generalizada con agresividad, rebeldía, angustia o ansiedad
- Sueño irregular con insomnios y pesadillas.

### SINTOMAS DE LA DIATESIS IV

#### Características

- RESISTENCIA A LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES Y VOLUMEN DEL DOSIER MEDICO
- Infecciones agudas o subagudas recidivantes, especialmente estafilocócicas de repetición
- Otitis
- Amigdalitis
- Cistitis
- Osteomielitis
- Reumatismo Articular Agudo
- Afecciones víricas
- Accesos de temperatura inexplicados

### PATOLOGIA DE LA DIATESIS IV

- ANERGIA
- Disminución de la capacidad defensiva ante la infección
- Primoinfección ganglionar, pulmonar o cutánea
- Tuberculosis esencial anérgica, resistente a los tratamientos
- Reumatismo crónico evolutivo grave
- Reumatismo articular agudo
- Afectaciones linfáticas (Hodking)
- Afectaciones reticuloendoteliales (Leuce-mia)
- Degeneraciones tisulares
- Cáncer
- Depresión melancólica
- Obsesión suicida
- Fenómenos de envejecimiento global orgánico

### DIATESIS V (Zn-Cu o Zn-Ni-Co)

#### Síndrome del Stress

- Alteraciones fundamentalmente endocrinas.

Seguidamente os expongo un estudio integrado del comportamiento de las diátesis, en los apartados que más nos pueden interesar. Estudio sacado del libro **Terapéutica con oligoelementos** de Alfredo Embid.

### Comportamiento físico

#### — Diátesis I

Astenia matinal que desaparece tras el esfuerzo.  
Necesidad de actividad.  
La vida sedentaria le produce alteraciones múltiples y una sensación de intoxicación. A veces presenta dolores de cabeza al despertarse.  
Mala tolerancia al reposo que le produce una especie de inhibición.  
Euforia nocturna y dificultad para dormirse.

#### — Diátesis II

Fatigable.  
Resistencia física limitada.  
La astenia crece con la progresión de la jornada o con el esfuerzo.  
La fatiga cede con relajación y con el reposo. Necesita mucho sueño y vacaciones.  
Economiza sus fuerzas y organiza a menudo sus períodos de reposo.  
Esta tendencia se acentúa con la edad.

#### — Diátesis III

Asténico, pero no sólo por la mañana, sino también a menudo durante el día.  
La astenia se exagera cíclicamente.



La desfatigación con el esfuerzo es menos neta que en la I, a veces también con ciclos. La fatigabilidad progresiva es particularmente neta en los miembros inferiores y se acompaña de laxitud de piernas. El sueño es mediocre.

### — Diátesis IV

Disminución en la vitalidad cualquiera que sea el tipo inicial de astenia.

Es más acentuada en los I, que pasan de la euforia física a la depresión. En los II es menos evidente, se agrava progresivamente y puede llegar a la abulia.

La astenia global se extiende durante todo el día, pero a menudo es intermitente con períodos de euforia y agresividad.

El sueño es irregular, con insomnios y pesadillas.

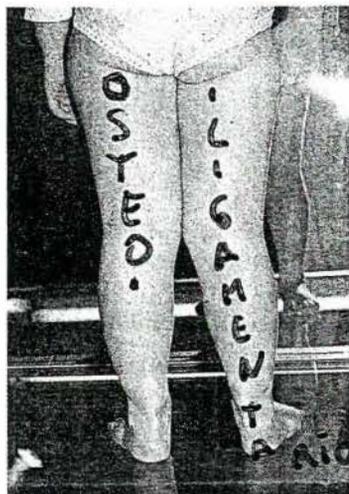
### — Diátesis V

Astenia periódica, accesos bruscos y efímeros sin horario especial o bien astenia cíclica, y hambre hacia las 13 h. y las 20 h. es decir, hipoglucemia.

## Osteoligamentario

### — Diátesis I

Artritis dolorosa, secas, recidivantes, que pueden generalizarse simulando el reumatismo articular agudo, pero sin signos infecciosos. Los dolores pueden ser generalizados, pero lo más frecuente es que estén bien



localizados. El dolor es de carácter errático, no se fija durante mucho tiempo en una articulación y cuando desaparece no suele dejar deformación ni anquilosis en la articulación, aunque la anquilosis puede aparecer tardíamente. Tienen un carácter alérgico, ya que son desencadenados o agravados por cambios de estación, de temperatura o de régimen. La movilidad puede estar limitada por la presencia de osteofitos.

### — Diátesis II

Osificación retardada. Laxitud ligamentosa, alteración de la estática craneal. Cifuescoliosis.

Artritis con tendencia a ser progresiva, deformante, poco dolorosa y anquilosante, lo que permite diferenciarla claramente de las artritis que padecen los sujetos alérgicos. El carácter deformante de la artritis parece ser el signo fundamental para diferenciarlos de la artritis de la diátesis I.

Tuberculosis ósea. Dupuytren. Lederhose.

### — Diátesis III

Manifestaciones artíricas con matices y síntomas complementarios.

Artrosis con dolores periódicos e hinchazón articular, deformantes y evolutivos.

Las manifestaciones articulares evolucionan hacia la cronificación, no dejando intactas las articulaciones afectadas y comprometiendo frecuentemente a la columna lumbar. Enfermedad de Paget.

Estado gotoso.

### — Diátesis IV

En general, toda afección patológica del sistema óseo.

Reumatismos crónicos evolutivos en sus formas graves.

Reumatismo articular agudo.

Reumatismo degenerativo con lupus crímatoso diseminados, eritema nudoso. Osteomielitis. Tuberculosis óseas en evolución. Raquitismo. Dupuytren Leddershose. El reumatismo evolutivo puede provenir de una artrosis (diátesis III).

### — Diátesis V

Alteraciones estáticas. Raquitismo.

(Continuará en el próximo número)

Protector epidérmico  
podológico

Crema  
Podológica  
C.P.I.

Normaliza  
la fisiología del pie

RESTAURADOR  
MANTO ACIDO  
C.P.I.

GEL  
C.P.I.

MICOESPEC  
POLVOS

Limpieza integral  
del pie  
Bactericida

Antimicrobiano  
Antisudor

CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNACIONAL  
Sagunto, 12 - ALICANTE (España)

## RESTAURADOR MANTO ACIDO

**Composición:** Esteres de ácidos grasos saturados, 6%; sustancias humectantes, 10%; derivados de lanolina, 2%; triglicéridos vegetales, 1%; aminoácidos y sales orgánicas, 2%; emulsionantes no iónicos, 2.5%; ácido láctico c.s.p. ph = 5.

**Indicaciones y modo de empleo:** Emulsión cutánea disminuida o alterada, tanto en pieles alipicas como grasas. Aplicación después del baño o ducha con suave masaje.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

## GEL CPI

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%; anfolitos, 13%; ácido láctico c.s.p. ph = 5.5.

**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts.

## CREMA PODOLOGICA CPI

**Composición:** Urea, 5.0%; propilenglicol, 3.0%; oleum germin Triticum aestivum, 4.0%; extracto de Citrus limonum, 4.0%; lactato sódico, 3.0%.

**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis.

**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr., P.V.P. IVA, 750 pts.

## MICOESPEC POLVOS

**Composición:** Por gramo: Nitrat Econazol, 10 mg.

**Indicaciones:** Micosis provocadas por levaduras y bacterias sensibles al econazol, especialmente las micosis húmedas.

**Posología:** 1-2 aplicaciones al día.

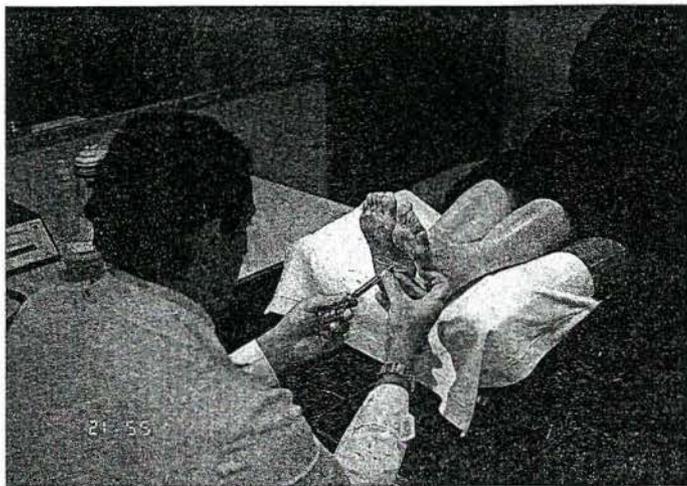
**Contraindicaciones e incompatibilidades:** No se conocen. El uso de anovulantes puede disminuir la eficacia del tratamiento.

**Efectos secundarios:** Puede darse irritación de la zona de aplicación. Se recomienda suspender el tratamiento si persiste.

**Intoxicación:** No existe riesgo.

**Presentación:** Frasco de polvos de 30 gr., P.V.P. IVA, 750 pts.

## IMPLANTE SUBDERMICO DE COLAGENO



**Manuel González San Juan**  
Madrid

El colágeno bovino de uso podológico entra en España a finales de 1986, tras obtener el registro en la Dirección General de Farmacia. Con anterioridad a esta fecha conocimos su existencia en Estados Unidos de donde recibimos algunas unidades. En un principio esta opción de sistemáticamente. Después de algunos meses de experiencia nos mostramos más selectivos antes de ofertar este tratamiento, quizás porque el balance subconsciente entre cirugía e implante hace que nos decantemos en favor de la cirugía, si bien mantenemos el implante para casos muy específicos.



Debido a que hemos sido requeridos para adentrarnos públicamente en las conclusiones a las que nuestra experiencia nos llevó vamos a exponer los términos generales en que se en-

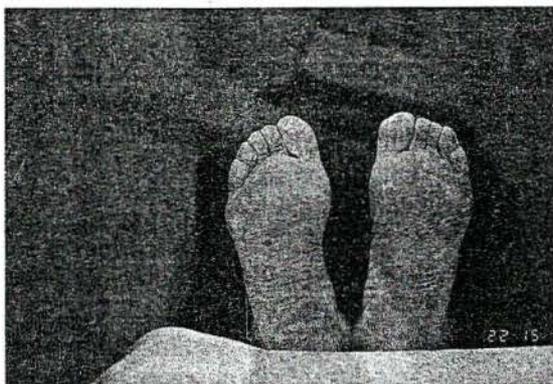
globa esta técnica, en sí sencilla de aplicación y agradecida del resultado.

Para la exposición, utilizaremos la larga historia de uno de nuestros pacientes.

Paciente: MPS, hembra de 80 años de edad; presenta buen estado general; de acuerdo con su edad, las carencias habituales, desmineralización, osteoporosis, etc.

MPS es paciente que nos visita con regularidad sólo alterada en las vacaciones estivales, fechas en que su traslado a latitudes más frescas imposibilitan su tratamiento. Como ilustra la iconografía, nuestra paciente, padece de una importante relación de helomas plantares en ambos pies, en las superficies de los apoyos metatarsales.

Desde su primera visita, se manifestó reacia



al uso de plantillas, convencimiento al que llega por pasadas experiencias, aunque debido a su malestar recurre a las plantillas con alguna frecuencia, sin encontrar gran alivio.

El primer paso hacia el implante de colágeno fue el 6 de noviembre de 1986. Este día a la paciente se le efectuaron radiografías A.P. y lateral en carga, con testigos radioopacos delimitando las lesiones y solicitamos las determinaciones analíticas establecidas en nuestro screening.

El 14 de noviembre ante el resultado satisfactorio de los análisis practicados la paciente firma su autorización de tratamiento y recibió una dosis de alérgeno vía subcutánea. Este test de sensibilidad fue seguido durante cuatro semanas, resultando negativo.



### IMPLANTE

El 29 de diciembre efectuamos el primer implante con el siguiente protocolo:

Se eliminan las hiperqueratosis. Se limpia la piel con la escrupulosidad previa a un tratamiento quirúrgico y una vez anestesiada la zona se procede a introducir el colágeno, éste se presenta en jeringuilla de 2 cc., similar a las de insulina, con aguja muy fina. La presencia del colágeno bajo la piel hace que ésta tome una coloración más blanquecina.

En el caso de MPS se utilizaron 4 cc. para cubrir seis helomas tratados.

Hemos de reseñar que resulta interesante practicar anestesia regional por bloqueo troncu-

lar cuando, como en este caso, los helomas son múltiples y distantes.



Con el objeto de descargar la zona, y por sugerencias del laboratorio fabricante, procedemos a colocar a la paciente una palmilla para dejar en vacío las zonas del implante; ésta se utiliza durante 24 horas, tiempo en el que se deben evitar trabajos pesados en bipedestación.

### SEGUIMIENTO

A los quince días de progresión se manifiestan hematomas en los seis puntos de implante, dos de los cuales se tornan a absceso, si bien evolucionan favorablemente, días después.



Seis meses más tarde efectuamos el segundo implante, en esta ocasión se requiere sólo en 4 puntos de los ya tratados, apoyo de las cabe-

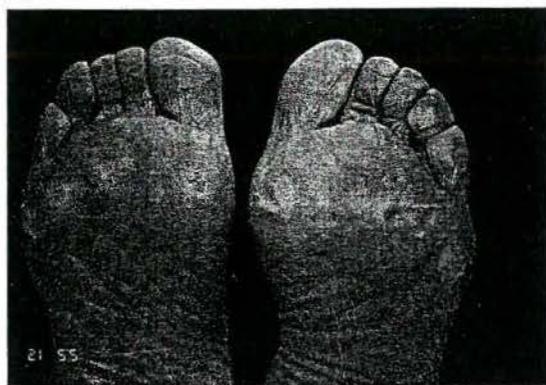
zas matarsales: 4.º pie derecho, 2.ª, 4.ª y 5.ª pie izquierdo.

Un mes más tarde en una rutina se descubre sangre coagulada bajo apoyo del 4.º metatarsiano del pie derecho.

A los once meses del primer implante y cinco meses y medio del segundo realizamos un tercer implante en el apoyo de la cabeza del 4.º metatarsiano del pie izquierdo. 5 semanas después aparece un absceso como consecuencia de rechazo, tarda 3 semanas en curar.



A los dos meses aparece una ulceración y en profundidad una colección purulenta, desbrindamos, se coloca drenaje y ordenamos cura con violeta de genciana y antibioterapia de protección. El cuadro mejora y es dada el alta a los doce días.



Tomamos un molde de los pies de la paciente en posición neutra y confeccionamos plantilla de Roval-foam, con almohadilla de Pedilastic en los apoyos metatarsales.

En octubre del presente año realizaremos el cuarto implante múltiple, se hace necesario el reimplante en 3 de los 6 puntos álgidos.

### CONCLUSIONES

- Si el problema es local y múltiple, el beneficio obtenido es significativo, las lesiones de grandes dimensiones no son susceptibles de este tratamiento.
- La reacción frente al alérgeno no es inocua y hay que extremar los cuidados.
- Siempre hemos de contar con un porcentaje de pacientes no susceptibles de este tratamiento tanto por las enfermedades que implican contraindicación como por su sensibilización alérgica.
- El método es limpio y de efectos inmediatos, sin suponer limitación funcional para el paciente.
- Los resultados positivos mantienen su validez entre 2 y 6 meses siendo entonces momento para plantearse repetir el tratamiento.
- El procedimiento es extraordinariamente costoso para el bolsillo del paciente.

### RESUMEN DEL SEGUIMIENTO EN EL CASO PRESENTADO

- 22 meses de seguimiento
- 27 visitas
- 3 actos de implante
- 11 puntos de implante
- 2 rechazos
- 2 trabajos de ortopedia

# CRONICA DE UNA TERTULIA ENTRE PODOLOGOS

JUAN ANTONIO TORRES RICART  
HUESCA

Recuerdo una leyenda en la que se cuenta que las personas que daban agua al pobre o al peregrino, plantaban un ciprés delante de su casa; si daban comida, eran dos los cipreses plantados, y si permitían pasar la noche, tres cipreses lo indicaban. De esta manera sabía a qué atenerse el que por allí pasaba.

En base a esta leyenda se dice que por ello los cementerios están repletos de cipreses, invitando a la posada permanente de nuestros cuerpos.

Cierta analogía podría deducirse con los hoteles de nuestro tiempo que muestran unas estrellas para conocer su categoría.

La diferencia estriba en que los cipreses indicaban gratuidad en la ayuda y las estrellas se pagan.

Yo he pretendido plantar un ciprés, convencido de que así debe ser en el campo de la podología; por ello y de vez en cuando por las circunstancias que sean, viene a visitarme a Huesca, algún compañero Podólogo.

El pasado sábado, estuvieron en mi casa seis Podólogos de distintas provincias; no digo sus nombres por el respeto que supone el que ignoran este artículo y no sé si les podría molestar el hecho de mencionarlos. Unos son muy conocidos y otros forman parte de ese conjunto de Podólogos que, sin desmerecer en nada su profesionalidad, su nombre no nos es familiar por el momento.

Hasta media mañana, estuvimos cinco compañeros hablando sobre soportes plantares, de sus formas, materiales, de su eficacia, etc. Creo recordar que se habló más de los fracasos personales que de los éxitos. Uno de ellos expuso su frustración al no poder o no saber solucionar un valgo del pie de su sobrino; yo también aporté una experiencia similar y de alguna manera todos coincidimos con hechos y experiencias que guardaban una cierta relación.

Yo creo que es así como aprende o se enriquece el profesional.

Vienen dos Podólogos más y damos un giro a la reunión.

Tengo que decir, que esta reunión ha surgido de una manera informal desconociendo unos la asistencia de los demás.

De mutuo acuerdo pasamos a hablar sobre localización de presiones y de zonas de sobrecargas, tema por el cual parecen tener más interés.

Hago un pequeño análisis de cómo ha ido evolucionando mi sistema, hasta llegar al punto en que me encuentro.

Quedan cosas muy claras, como es la diferencia de valoración entre el pie descalzo y calzado.

Teorizando en cómo se pueden relacionar estos datos, hay un compañero, que tal vez pensando que los 650 Kms. recorridos, le dan derecho a no conformarse con palabras, solicita que se haga una prueba práctica.

Voluntariamente se presta enseguida un compañero para tal menester, argumentando que tiene problemas en sus pies. Este hecho no me sorprende, porque siempre que ha venido algún compañero, ha manifestado lo mismo; incluso uno de ellos presentaba una onicocriptosis que él mismo se trataba, por temor a que otro compañero le hiciese daño.

Al descalzarse es cuando empieza a producirse un efecto curioso para mí, como es el rosario de incorrecciones que cometo o cometemos. Es lo que se podría llamar la anti-Podología. Lo considero positivo porque me obliga a prestar más atención a las cosas, aún cuando éstas tengan un carácter informal en la mera exposición de una técnica.

Comienzo por la palpación en sedestación de las cabezas de matatarsianos, marcándolas con un punto. Se cuestiona el que estos puntos so-

bre la piel se correspondan en apoyo con la parte ósea palpada. Hacemos un análisis de desplazamientos de la piel, compresión de óseas sobre panículo adiposo, etc., prevaleciendo el criterio unánime de que sólo la confirmación radiológica tendrá validez absoluta de lo que se ha marcado.

Cierto que así es, pero ¿realmente hacemos esta comprobación sistemáticamente? Yo desde luego que no, aunque comprenda su necesidad.

Puestos en la duda de los puntos marcados, por presentar supuestamente, una fórmula metatarsal ilógica, invito a que cada uno marque la localización esquelética que considere oportuna, haciendo la aclaración natural de que cada Podólogo puede palpar referencias propias y distintas; sin embargo, sirve para establecer comparaciones.

Sólo un compañero se presta a esta prueba, con excepción del que asume el papel de paciente.

Ante la dificultad que dice tener el pie para estas localizaciones, renuncia a marcar ningún punto.

Hemos marcado un punto arbitrario en el centro aproximado del talón. Como pretendo que queden fijados estos puntos, tanto en la huella como en la palmilla o base de apoyo del pie dentro del zapato, le pregunto la numeración de su calzado, que dice ser un 37.

Elijo una palmilla del n.º 36, que no se corresponde a la forma del calzado por tener ocupada la que sería correcta, aunque queda perfectamente ajustada.

Para introducir dicha palmilla en el zapato correspondiente a su pie izquierdo, extrae previamente una plantilla de VISCOLITE, que dice llevar porque se las han regalado y no por notar alivio alguno. Aprovecho esta circunstancia para mostrar un tipo de plantilla italiana denominada IDROPEAL, que como enuncia su envoltorio, lleva en su interior una cierta cantidad de agua (Le solette con l'acqua).

Un compañero revisa este tipo de plantilla y dice que no nota que lleve agua. Lo cierto es que involuntariamente mostré una a la que le había sacado el contenido para su análisis y no enseñé la otra que iba repleta de líquido.

Al remarcar los puntos del pie con pintura de dedos, ya que los primeros se hicieron con rotulador, preguntan que por qué pintura de dedos. La explicación es sencilla; primero por su fácil limpieza e inocuidad (lo utilizan los niños de preescolar para pintar con sus dedos) y segundo porque interesa que al completar el alojamiento del pie dentro del calzado, quede suficiente pintura para dejar constancia.

Repetimos esta operación de remarcar con pintura para obtener la huella, cosa que hacemos con lo que llamo MINI-PODO-PRES y adhesivo acrílico (FOTO-PODO-ADHERENCIA).

Se vuelve a insistir en la acción de deslizamiento de la piel sobre la superficie de apoyo y comentamos este hecho, argumentando por mi parte que así como en el FOTOPODOGRAMA puede existir un deslizamiento de todo el pie, por la acción del líquido aplicado en la planta y la finura del papel fotográfico sobre el que se va a apoyar, no es éste el caso ya que el pie se conserva normal y el adhesivo, al ser tela que se «pega» en las zonas de apoyo, impide cualquier deslizamiento.

Es inevitable comentar las posibles variaciones de la huella en una misma persona, considerando el hecho que, repitiendo la huella varias veces, tendríamos diversas variaciones o matizaciones.

Como quiera que el Podólogo-paciente está sentado en un sofá mullido, su incorporación inmediata resulta dificultosa, hecho que debe repercutir en la huella obtenida. Hemos obtenido una huella en condiciones poco aptas.

Al hacer el análisis de esta huella, nos damos cuenta de la omisión del perímetro del pie, al que considero fundamental para la técnica que muestro. ¡Otro error cometido!

Repetimos la operación y pese a disponer de sillas, volvemos a caer en el error de permitir que se siente nuevamente en el sofá que habíamos descalificado.

En esta ocasión proyectamos el perímetro del pie, pero nos dejamos la proyección de ambos maléolos y escafoides, que son necesarios.

Muestro un conjunto de proyección con unos determinados diagramas y una base acondicionada para FOTO-PODO-ADHERENCIA, todo

ello de mi invención y que no detallo aquí por haber preparado un trabajo sobre ello para la revista *PODOSCOPIO* y porque se escaparía a la temática de este artículo.

Al proyectar sobre la huella el diagrama «standard», se insiste en la necesidad de una radiografía de proyección dorso-plantar de ese pie para confirmar una realidad y no una suposición.

Hay un Podólogo que nos dice cómo realiza dicha radiografía y pasa a detallarlo gráficamente.

Primero, marca unas señales en el pie, a la altura aproximada de la articulación metatarsofalángica del 1.º y 5.º radios. A continuación traza la proyección del perímetro del pie, marcando sobre ella la correspondencia de dichas señales, más otras dos señales que coinciden con los espacios interdigitales de primero-segundo y cuarto-quinto dedos. Fig. 1.

A la hora de hacer radiografía, sitúa dos testigos radiopacos en las marcas fijadas en el pie, para después superponer la radiografía sobre el perímetro del pie, haciendo coincidir dichas marcas.

Hablamos de la incidencia focal para realizar el disparo y le hago la observación de que en vez de utilizar dos fresas como testigos, sería mejor el aplicar unos alambres en forma de ángulo recto para conocer mejor el grado de perpendicularidad.

Este detalle no pretende invalidar lo hecho, más bien el matizar cosas.

Tengo que decir que en ningún momento he pretendido con mi sistema, el prescindir de las radiografías; es más, sería algo estúpido por mi parte, tratar de imaginar aquello que se puede ver.

Lo que sí es cierto, para mi forma de ver las cosas, es que tras un estudio previo del pie, podré realizar cuantas radiografías considere oportunas para CONFIRMAR aquello que supongo, y que por cierto serán las menos posibles y en las condiciones que la propia realidad del pie lo exijan.

Voy a exponer gráficamente lo hecho con el pie de nuestro compañero, para tratar de clarificar después, lo que persigo.

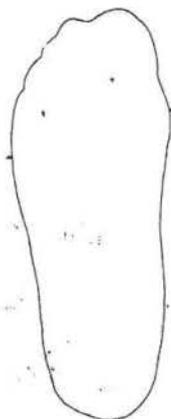


Fig. 1

En la Fig. 1, tenemos el perímetro del pie y las señales que ha marcado un compañero.

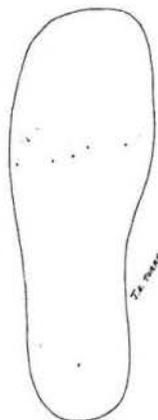


Fig. 2

En la Fig. 2, vemos cómo se han marcado los puntos referentes del pie en la palmilla.



Fig. 3

En la Fig. 3 corresponde a la huella obtenida junto con el perímetro del pie y las señalizaciones comentadas.

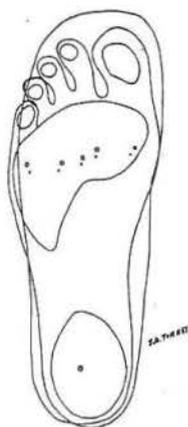


Fig. 4

En la Fig. 4 hemos hecho coincidir, en función a la situación de los puntos, las Figs. 2 y 3.

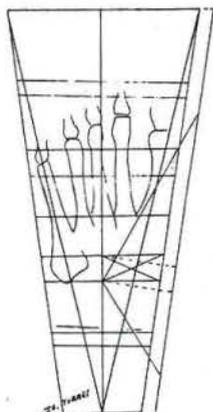


Fig. 5

La Fig. 5 es el diagrama «standar».

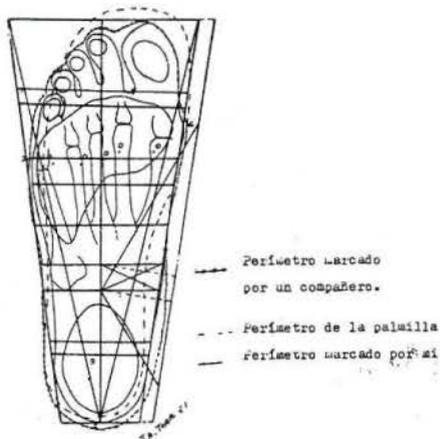


Fig. 6

La Fig. 6 es el resultado final de la superposición de todas las Figs. anteriores.

## COMENTARIO A LO EXPUESTO

Lejos de hacer un análisis objetivo, cosa que no me corresponde a mí, voy a insistir en aquellos factores que creo pueden dar más luz a lo expuesto.

En primer lugar no se ha hecho una clínica para conocer el problema de nuestro compañero, que si en un principio no era necesario porque se trataba simplemente de ver el desarrollo de una técnica, se convierte en fundamental al dudar de lo que vemos.

No podemos hablar de tratamiento por cuanto ignoramos el diagnóstico, aunque muy bien podríamos decir que presenta una metatarsalgia que requiere tratamiento ortésico y todo solucionado, pero eso no es serio.

La determinación de unos puntos, ponen en duda su correspondencia con lo que representan, de tal forma que, al no efectuar su comprobación radiológica, debe de quedar en suspenso su validez.

Al presionar la cabeza del matatarsiano para marcar el punto de su localización, desplazamos dicho matatarsiano hasta situarlo en la posición que tendría en carga.

Pese a que hemos estado hablando y haciendo prácticas de sobrecargas y presiones, y de disponer de todos los elementos necesarios para su localización, no lo hemos aprovechado con nuestro compañero-paciente, con lo que hemos perdido una buena ocasión de salir de las dudas planteadas.

La realidad es que queremos ver tantas cosas en tan poco tiempo que resulta difícil llevar un orden que permita una aclaración puntual en cada momento.

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

*Mendivil*

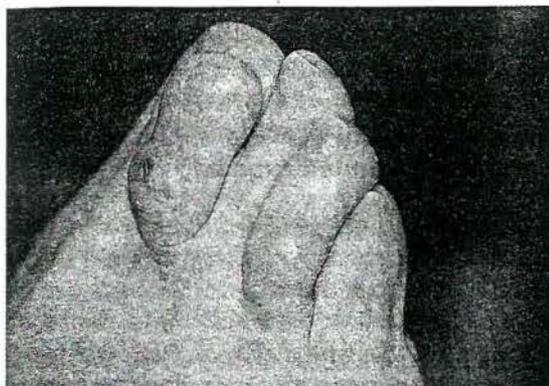
**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

*Orto-Mendivil s.l.*

***CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....***

FOTO IMAGEN

JUAN JOSE ARAOLAZA  
EIBAR



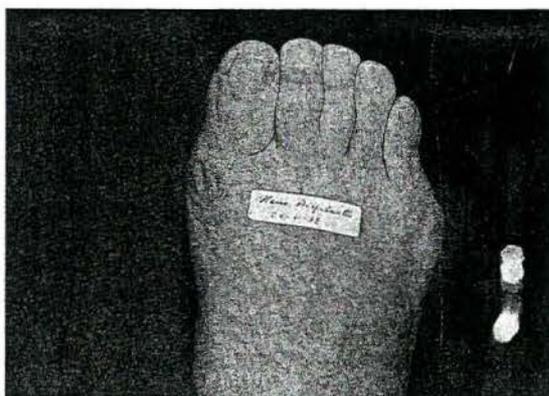
Preoperatoria.



Postoperatoria, a los diez días.



Postoperatoria, a los veinte días.



Postoperatoria, a los tres meses.

**Presentación del caso**

Paciente: M. A. de 68 años de edad

Intervenida hace unos diez años de Hallux Valgus del pie derecho.

Presenta en la actualidad dificultad en calzarse por acabalgamiento con hiperextensión en los dedos 2.º y 4.º, con helomas dorsales muy sensibles.

Anquilosis del 2.º dedo y alguna limitación en la movilidad del 4.º.

Primer dedo en abducción rígida que ha desplazado al 2.º al dejarle sin espacio.

**Intervención realizada**

Técnica M.I.S.

Osteotomía cuneiforme en la base de la falange proximal del primer dedo (Akin modificado) para corregir la abducción y dejar espacio al 2.º dedo.

Tenotomía de los extensores de los dedos 2.º y 4.º.

Exostectomía y artrodesis alineadora en las articulaciones interfalángica proximal de ambos dedos.

Ferulización individual de cada dedo mantenida durante 45 días, renovando el vendaje cada 15 días.)

**Postoperatorio**

En régimen ambulatorio, cursa sin complicación, manteniendo la paciente sus ocupaciones habituales.

Valoración de los resultados óptima y con plena satisfacción de la paciente, que guardaba un recuerdo muy negativo de su anterior intervención y consiguiente hospitalización.

Eibar, mayo 1988

## OPINION

**Valoración personal del Real Decreto 649/1988 de 24 de junio, desde la perspectiva de un podólogo ejerciente y sin ningún ánimo de pontificar en un tema tan importante y trascendental.**

J. J. ARAOLAZA

Hacia muchísimo tiempo que no recibía alegría de tal magnitud como la recibida por la noticia de la aprobación del Real Decreto y la proporcionada por la lectura del texto.

Sinceramente no me lo acababa de creer, y la realidad es que estaba necesitado de esa alegría, tras más de diez años de ir y venir, y de estar metido en los dimes y diretes que la actividad socio-profesional trae consigo con sus pequeñas compensaciones y disgustos, amistades y enemistades, como casi el único resultado tangible en la labor gestora de nuestra asociación profesional.

Pero ahí estaba. Y con un texto que recogía todas nuestras aspiraciones.

Cuando estamos acostumbrados a ver que los textos negociados por otras entidades próximas y hermanas a nosotros y de mucho mayor poder, a su peso por el Consejo de Ministros, son corregidos negativamente causando graves problemas, no podemos por menos de reconocer que la suerte u otra propiedad está con nosotros.

Para valorar como es debido el texto actual, hemos de partir de la situación legal que nos confería el Decreto 727/1962 de 29 de marzo, y, no lo olvidemos, las Ordenes Ministeriales del 3L de julio de 1962 y la del 22 de noviembre de 1963.

Ambas órdenes conformaban el desarrollo del Decreto y enmarcaban la actuación del Podólogo en unos límites determinados con carácter restrictivo.

La Orden primeramente mencionada, aproba-

ba los programas de estudios y hacía una afirmación muy interesada para aquellas personas que veían que el Decreto 727/1962 podía romper con el esquema de un A.T.S.-Podólogo que cumpliera las órdenes e indicaciones del Médico. A tal fin, como orientación metodológica, se insistía en que «al tratarse de Ayudantes del Médico, el estudio de las afecciones del pie se ha de limitar a una exposición somera que permita al estudiante conocer los rasgos más elementales de la lesión, para que pueda en todo momento, no diagnosticar ni instituir una terapéutica que es función del Médico, sino aplicar con fundamento las medidas ortopédicas y fisioterápicas ordenadas por aquél».

El siguiente párrafo intentaba encauzar y reconvertir el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, «a las afecciones de la **piel y sus anejos** que sólo necesitan medicación tópica o **pequeñas** intervenciones de cirugía menor, así como el tratamiento de deformidades **reducibles** mediante fisioterapia y aparatos ortopédicos que es competencia del Ayudante Técnico Podólogo».

La intencionalidad de esta orden estaba clara ante la alarma originada por el texto del Decreto 727/1962 que suponía unas cotas de autonomía determinadas difícilmente asumible por la clase médica; Campo profesional: Tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies. Cirugía menor; Modo de actuación: Faculta a sus titulares para con plena autonomía, recibir directamente a los pacientes.

La Orden de 22 de Noviembre de 1963 aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de las Escuelas de Podólogos, y vuelve a insistir con más precisión en el objetivo ante-

rior, al definir cuáles son las materias del plan de estudios que puede desarrollar el titular podólogo en el ejercicio de su profesión. Estas materias están comprendidas en la teoría podológica y práctica podológica del citado plan de estudios.

Estas materias corresponden fundamentalmente a la exploración complementaria, realizada con el estudio de las huellas plantares. Queda fuera de la práctica del profesional, no sólo la exploración radiográfica sino la exploración del pie, balance muscular, examen de la deambulación y los diversos tipos de marchas patológicas.

Estas materias corresponden fundamentalmente a la exploración complementaria, realizada con el estudio de las huellas plantares. Queda fuera de la práctica del profesional, no sólo la exploración radiográfica sino la exploración del pie, balance muscular, examen de la deambulación y los diversos tipos de marchas patológicas.

En cuanto a la terapéutica general, posibilita nuestra actuación en el capítulo de la higiene, cuidados de la piel y de las uñas, vendajes, ortopedia menor protectores, plantillas y calzado. La Cirugía menor la entiende referida a la quiropodia, ya que habla de medicamentos tópicos y anula nuestra actuación práctica al no estar comprendido en nuestra actuación profesional, lo enunciado en el capítulo XX, que se refiere a la asepsia, esterilización del operador, campo operatorio e instrumental. Lo mismo lo referido a la anestesia de cirugía menor.

Nuestra actuación profesional contemplada según esta Orden, está indicada también por los capítulos 15-16-17-18-19-20-21 y 22. Estos capítulos están dedicados al estudio de los tumores superficiales, papilomas, tumor glómico, callosidades, helomas, higromas, todos ellos desde una perspectiva de tratamiento incruento. Toda producción de herida está contemplada como accidente operatorio. En las afecciones de las uñas, se refiere a simplemente tratamiento, lo mismo al hematoma subungueal heloma y exóstosis subungueal, con lo que pudiera entenderse la posibilidad del tratamiento cruento.

Es interesante remarcar en este grupo algo que va a tener una posterior reflexión. Quiero hacer notar que el tratamiento (a secas) de la exóstosis subungueal está totalmente reconocido incluso en este texto con intencionalidad tan restrictiva. Y que la exóstosis es un crecimiento de tejido óseo sin posibilidad práctica de diferenciarlo histológicamente del resto de la falange.

Visto lo, anterior, no hace falta decir que a instancias de esta Orden nos está vetado todo lo que suponga alteración morfo-anatómica del pie; en resumen toda la patología postural y anatómica, desde anomalías congénitas, pie plano, valgo, cavo varo, equino, talo, trastornos de la marcha, metatarsalgias, H.V., dedos en martillo pie paralítico, trastornos vasculares, e infecciones de la piel incluyendo las epidermofitias. Y con este texto hemos trabajado. Si bien teníamos la convicción de la contradicción que existía con el texto del Decreto 727. Al ser el Decreto de mayor rango que las Ordenes Ministeriales, cabía pensar que si podíamos demostrar que existía esta contradicción en el campo y modo de actuación del podólogo según el Decreto y el que definían las Ordenes Ministeriales, quedaban éstas invalidadas a favor de lo expresado en el Decreto. Pero esto no dejaba de ser un modo de interpretar que sería labor del Juez en un momento dado.

— Primera consecuencia importante con la aprobación del Real Decreto 649/1988 de 24 de junio: La Disposición derogatoria termina con la vigencia del Decreto 727/1962 y **demás disposiciones dictadas para su desarrollo** (léase las dos Ordenes Ministeriales), salvando los párrafos del Decreto que se referían al campo y modo de actuación en el ejercicio profesional del Podólogo. Cuestión esta última de vital importancia que ha quedado perfectamente clara para nuestra tranquilidad. Descansen en paz por un motivo y otro las disposiciones comentadas.

La Disposición transitoria segunda soluciona también acertadamente el posible problema que pudiera plantearse si el diferente nivel académico de los Diplomados tra consigo unos derechos profesionales diferentes del actual podólogo. Según el párrafo primero, los derechos profesionales que en su día pudieran atribuirse al nue-

vo Diplomado, serán también de aplicación para los actuales.

Y si se contemplaba ese supuesto, con mayor razón había que solucionar la carencia de derechos profesionales con que nacen los nuevos Diplomados, y el tercer párrafo de esta misma disposición dispone que los derechos profesionales de los podólogos serán de aplicación para los nuevos Diplomados.

Así dicho parece muy sencillo y fácil, pero los que conocen el entresijo del orden Constitucional, saben de la dificultad legal que tiene un gobierno para ordenar el quehacer profesional a través de un Real Decreto. Ha hecho falta para ello mucha voluntad y ganas de solucionar honestamente el problema.

Queda también abierta la vía para la convalidación de los títulos que no puede ser diferente a lo que ya está ordenado. Una posible referencia de la forma de convalidación la tenemos muy cerca con el caso de los Fisioterapeutas.

El Anexo citado en el artículo tercero, corresponde a las Directrices Generales de los planes de estudio que han de elaborar las Escuelas, y sin dejar de lado los problemas que la limitación de horas y la inexistencia de un área de conocimiento propio de Patología, que habrá de intentarse crear en su momento, da posibilidades a que se complete un aceptable programa que con el transcurso del tiempo y la buena voluntad de la Dirección se podrá ampliar.

Creo que es una buena base para un futuro prometedor con la vista puesta allá donde la profesión de podólogo alcanza cotas de mayor madurez y desarrollo. Tampoco hemos de olvidar que el grado que se acaba de reconocer es el de Diplomado, y que la ordenación académica española contempla otro grado superior.

Indudablemente somos los profesionales en ejército los que tenemos que ensanchar nuestra actuación, y es totalmente legítimo busquemos el modo de mejorar los resultados de nuestra actuación, siempre que se circunscriba al órgano al que por definición nos dedicamos. Las Escuelas tienen también obligación de integrar

en sus estudios, los avances constatados de la podología práctica y ejerciente.

No sería por mi parte honesto, si una vez hecha esta declaración de alegría por la llegada y el contenido del nuevo Real Decreto, no apuntase algún reparo a algún punto que ha evitado que mi felicidad fuera completa. Digo no sería honesto, por cuanto con anterioridad he puesto reparos públicos a la redacción propuesta del apartado de cirugía. Estos reparos fueron asumidos y entendidos por la Asamblea de la Asociación Vasco-Navarra que decidió dirigir una carta al Presidente de la Federación y a todos los Presidentes de las Asociaciones integrantes. No tuvo eco ni respuesta, salvo alguna excepción que agradecemos, y nosotros, aunque con tristeza, dimos por cumplida nuestra obligación.

No me ha gustado nunca y no he entendido, por qué se puso con matización diferente lo de «Cirugía de las partes blandas. Conocimiento de la cirugía ósea y articular del pie». Toda definición implica limitación y no venía a cuento salirse del término «Cirugía menor» que guarda la suficiente ambigüedad que en estos momentos necesitamos. Los que miramos con lupa la redacción de los citados términos, porque nuestra actividad en cirugía no hace distinción de los tejidos en los que podemos intervenir, lamentamos se haya hecho caso omiso de nuestro parecer. Nos duele sobre todo que la citada redacción haya sido propuesta por nuestra propia Asociación; que no haya sido resuelto de presiones exteriores.

Quizás exagero mi apreciación personal sobre el particular, pero deseo fervientemente no se tenga necesidad de interpretar lo que quiere decir la diferente redacción de «partes blandas» y «ósea y articular». Y en este caso la posible limitación, tiene toda la fuerza del Real Decreto. No es Orden Ministerial.

Deseo terminar como he iniciado. Con felicitación sincera a toda la clase podológica por el triunfo logrado y en particular a cuantos han trabajado directa o indirectamente en las felices gestiones que lo han hecho posible.

Bilbao, agosto de 1988

## HOY ENTREVISTAMOS A:

### CONCHITA CARRASCO

Quiero iniciar esta sección de entrevistas, con una persona importante y posiblemente desconocida por la gran mayoría de la familia Podológica.

No es ni más ni menos, que nuestra secretaria, la secretaria de todos nosotros, la secretaria de la Federación Española de Podólogos.

—Hola Conchita:

Me supongo eres consciente de la importancia de tu labor para sacar adelante todo ese follón de papeles que te preparamos:

—*Sí lo soy, aunque a veces las cosas no salen como uno desearía, pero pongo todo mi empeño para conseguir la perfección en todo lo relacionado con el trabajo.*

—¿Desde cuándo eres la secretaria de los Podólogos?

—*Desde septiembre de 1985.*

—¿Te gusta la labor que desempeñas en la FEP?

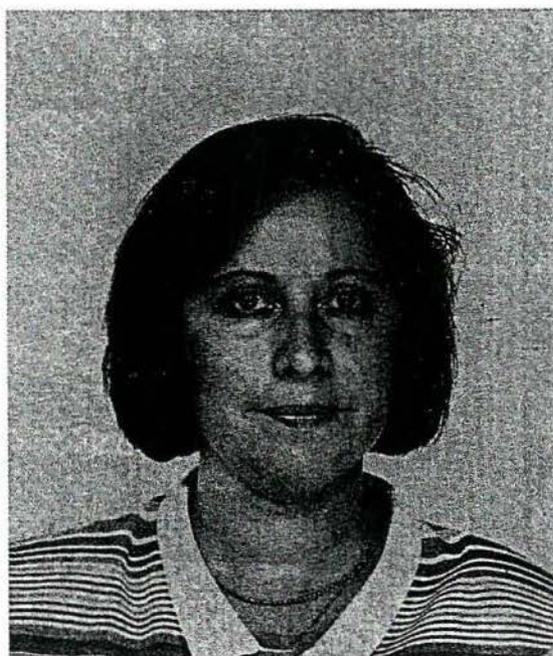
—*Claro, es muy variada profesionalmente, además estoy en contacto con personas (muy agradables) que me aportan todo tipo de conocimientos.*

—¿Cómo vives los tiras y afloja de la Junta y los problemillas que surgen?

—*Bueno, siendo prudente, pues es natural que surjan algunos problemas en asuntos tan importantes como es llevar a cabo todas las decisiones de vuestra profesión.*

—En el tiempo que llevas aquí, has conocido ya varias directivas

—*Con la actual ya son cuatro directivas.*



—¿Consideras que se entorpece la labor con unos cambios tan rápidos?

—*Sí, porque existe un período de adaptación a nivel personal y administrativo que hay que superar.*

—Viviendo de alguna manera nuestros abatares profesionales, quizás te sientas un poquito «Podóloga»

—*Pienso que ésta es una profesional vocacional y que para dedicarse a ella hay que sentirla verdaderamente (aunque de tanto oídos levantáis en mí algunas inquietudes).*

—¿Qué crees conveniente desde tu punto de vista y labor, podríamos adquirir para la oficina?

—*Pues como actualmente se tiende hacia la mecanización, veo viable el campo de la informática, para una mayor agilidad en la labor que desempeño en la Federación.*

—Como despedida, diles algo desde aquí a todos los Podólogos de España

—*Que todos vuestros deseos se cumplan.*

# PEUSEK<sup>®</sup>

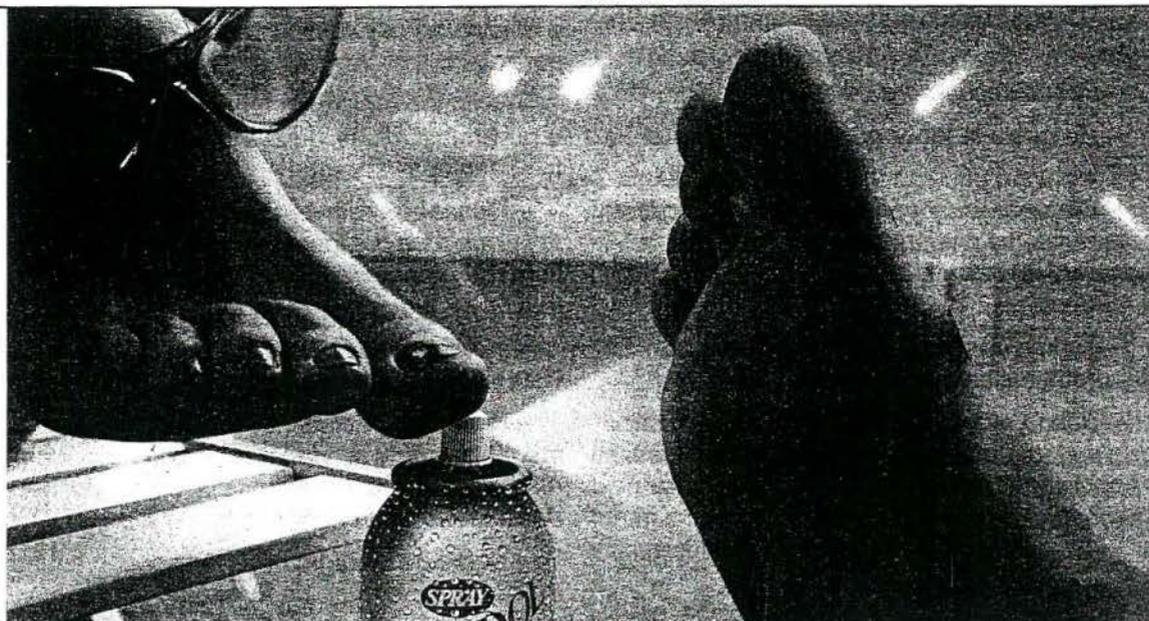
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION  
PEUSEK, S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

# ARCANDOL<sup>®</sup>

- 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*

# FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

## LA PODOLOGIA EN LA UNIVERSIDAD

¡ATENCIÓN!

No permitas que la Universidad ahogue las posibilidades de la Podología en las aguas de su matriz social.

Es al estudiante, futuro podólogo, a quien en honor a su derecho y con el fruto de su trabajo le corresponde, una vez más, ganar el más elevado reconocimiento profesional.

El primer paso a través del dintel de la Universidad ha supuesto un gran avance, debemos felicitarlos por ello, y los que hoy ejercemos la Podología, asumir la responsabilidad de estudio que nos ponga al nivel de conocimientos que será el bagaje de los futuros podólogos y hacernos así merecedores al nuevo rol, al que no conduce ningún otro camino.

Hoy, más que nunca, la Podología nos compromete al estudio y a la plena dedicación.

**Manuel González San Juan**

---

---

## SE HABLO DE...

Repaso a las primeras revistas de Podología

Hoy de la 1 a la 4

Director: Leonardo Escachs Clariana

Subdirector: Pablo Vilató Ruiz

Redactor Jefe: Francisco Mané Domingo

Estas fueron las aportaciones científicas:

- 1.ª La arteritis diabética en las extremidades inferiores.  
Dr. Andrés Pie.
- 2.ª El fotopodograma y su interpretación.  
Pablo Vilató Ruiz.
- 3.ª Complicaciones que puede acarrear la extirpación de un heloma.  
Jaime Arenas Torras.
- 4.ª Estudio podológico del pie cavo y sus modalidades de presentación.  
Félix Alonso Royano.
- 5.ª El pie y la medicina de empresa.  
J. Solé Cuch.
- 6.ª Las resinas sintéticas en la prótesis del pie.  
A. Báez Prieto.
- 7.ª La Podología en el mundo.  
R. J. Lanfer y Sra. Tisseraud Perrier,
- 8.ª El talón en Podología.  
Dr. A. Quintana Montero.

- 9.<sup>a</sup> Patología de la uña y el calzado en Podología.  
Juan A. García Hidalgo.
- 10.<sup>a</sup> Resección de Helomas. Hiperqueratosis.  
Sres. Fene Anglada y Farreras.
- 11.<sup>a</sup> El plexidur en Ortopodología.  
Joaquín Solé Cuch.
- 12.<sup>a</sup> Comunicación de los casos presentados en el II Congreso Nacional de Podología.  
Isaías del Moral

---

---

## LA F.E.P. INFORMA

*Con fecha 17 de mayo de 1988, envié a todos los representantes la carta que adjunto y posteriormente este pequeño estudio referente a la forma de concebir la Revista Española de Podología.*

*Mi intención era abrir un diálogo encaminado a conseguir un producto final bueno para todos.*

*Por el momento no se ha recibido opinión ni discusión alguna sobre la revista. Soy consciente de que las vacaciones han estado de por medio.*

*Hoy es el día que ya pienso en modificaciones y nuevas secciones, no obstante sirva pues de punto de partida.*

*Por el momento y partiendo de este n.º 118, la revista llevará esta estructura y estas secciones que no considero ni fijas ni cerradas.*

*Nota: OS RUEGO QUE AL MENOS ENVIES URGENTEMENTE COLABORACIONES CIENTÍFICAS. ME HAGO CARGO DE LA REDACCIÓN CON FECHA 4-IX-88.*

### **ASUNTO: Revista Nacional**

Estimado compañero:

Según el acuerdo tomado en la última reunión de Junta Directiva de fecha 16/4/88, es el Secretario quien a partir de ahora se encargará de llevar adelante la Revista Española de Podología.

Hacer una Revista Federativa era el encargo recibido por esta Junta Directiva en la última reunión de Representantes.

Del pasado noviembre hasta la fecha, el Presidente A. Rueda había tomado al respecto algunas iniciativas, éstas fueron:

- Enviar una carta a los Presidentes, solicitándoles un compañero de cada Asociación que integrase una comisión de estudio de la Revista Nacional (Carta con fecha 20/X/1987).
- Trasladar la redacción de la revista de Eibar a Barcelona, en donde crea a los efectos un equipo de redacción.
- Ofrece a J. Araolaza, la posibilidad de ser el coordinador general de la Revista Nacional.

En la actualidad la Revista está de la siguiente manera:

El equipo de redacción antes mencionado al frente del cual está el compañero Martín Rueda, ha confeccionado dos Revistas que están por publicar. De lo solicitado en carta a los Presidentes

se ha recibido una única contestación, que es de la Asociación Andaluza, comunicándonos M. Albalá que el compañero Antonio Sánchez Cifuentes pasa a formar parte de dicha comisión de estudio.

J. Araolaza en conversación telefónica que he mantenido recientemente acepta en principio, esa coordinación nacional.

Llegado este momento es mi turno solicitaros encarecidamente el apoyo y colaboración que la Revista Nacional requiere y se merece. Desearía que retomáseis como buena la idea de A. Rueda y terminásemos de crear la comisión de estudio. Pero sobre todo, estimuláseis a los compañeros de vuestras Asociaciones a enviar trabajos e ideas de todo tipo para la Revista. No sólo en su contenido, sino en todos sus aspectos.

Unas ideas como ejemplo:

- Hay compañeros con capacidad y datos suficientes para poder incluir en sucesivos números, biografías de personajes muy nuestros y así recordar su labor. Leonardo Escachs, Pablo Vilató, etc. Serviría de reconocimiento a su labor quedando impreso para siempre y donde mejor que en la R.E.P.
- Otro ejemplo, incluir un espacio que sirviera de bolsa de compra-venta podológica o incluso referida a diferentes aficiones.
- La publicación de un diccionario podológico que se imprimiera en sucesivas revistas (Tengo oído que hay algún compañero que lo estaba confeccionando).

Por lo tanto dada la importancia del tema Revista y otros asuntos muy importantes a tratar, sería interesante que mantengamos una próxima reunión igual aprovechando el Congreso de Valencia. Próximamente os lo concretaré.

Un abrazo

---

---

Estudio sobre contenido y demás aspectos de la nueva Revista Española de Podología.

Siguiendo con el cometido recibido de llevar adelante el tema revista, confeccionado (a título personal) un estudio de la misma para que sobre dichos puntos, me deis ideas, lo reforméis, lo critiquéis, etc. de tal forma que consigamos un producto final válido.

Como véis no es nada especialmente original, recojo ideas de revistas ya existentes con algunas aportaciones. Sea pues punto de arranque para la confección de NUESTRA revista nacional.

### A) DEL CONTENIDO

#### 1.º Editorial

Dependiente de la Junta Directiva.

#### 2.º Secciones fijas Podológicas

Dependientes de equipos de redacción.

Se nutrirán de trabajos:

- De los propios equipos de redacción
- De los trabajos de Congresos (ponencias)
- Trabajos aportados por los compañeros, para cada sección
- Traducción de trabajos extranjeros

Ejemplo de secciones:

Tecnología de materiales, Farmacología Podológica, Sección de difusión Podológica, etc.

#### 3.º Sección fija de divulgación de temas sanitarios en general

Dependiente de equipo de redacción.

Se nutrirá de:

- Equipo de redacción, que recogerá trabajos
- Trabajos aportados
- Contenido de libros

### 4.º **Sección Informativa de Junta Directiva, Congresos, Actividad Extranjero**

Dependiente de la Junta Directiva.

### 5.º **Sección fija informativa de las Escuelas y trabajos de experimentación Podológica**

Dependiente de la Dirección de las Escuelas y del equipo de redacción.

Se nutrirá de:

- Comunicaciones de las Escuelas
- Trabajos recibidos por el equipo de redacción
- Aportaciones del propio equipo de redacción e investigación.

### 6.º **Cartas a la revista**

Dependiente de la Junta Directiva

Se nutrirá de:

- Cartas recibidas en la F.E.P. para la misma

### 7.º **Historia de la Podología, Biografías, ejemplares y Entrevistas**

Dependiente del equipo de Redacción.

Se nutrirá de:

- El equipo de Redacción

### 8. **Bolsa, Compra-venta Podología**

Dependiente de persona encargada en coordinar dicha sección.

### 9.º **Diccionario Podológico**

Dependiente de persona encargada de realizarlo

### 10.º **Pasatiempos**

Dependiente de persona encargada

### B) **NUMERO DE REVISTAS ANUALES**

6 revistas al año, período Bimensual.

### C) **FINANCIACION**

Tesorería de la F.E.P., mediante inserción de propaganda —DEBERA AUTO-FINANCIERSE.

### D) **FORMATO**

- El más económico
- Más páginas
- Conservando la misma portada

### E) **DISTRIBUCION**

Desde la propia F.E.P. y de la manera más económica.

### F) **ORGANIZACION**

**Director:** Presidente de la F.E.P.

- Será el máximo responsable de la R.E.P.
- Designará al redactor de cada Editorial o la confeccionará.

**Coordinadora General:** El que se designe en cada momento.

- Se encargará de supervisar y coordinar todos los equipos de redacción.
- Supervisar y acelerar la impresión y distribución.

**Coordinadora de Secciones:** El Secretario de la F.E.P.

- Se encargará de recibir en la F.E.P todas las comunicaciones y enviarlas a cada equipo de redacción.
- Redactar las secciones dependientes de la F.E.P.

**Responsable de la Publicidad:** El Tesorero de la F.E.P.

- Será el encargado de sacar adelante la financiación de la R.E.P.

**Angel F. Cabezón**

## **XXI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA San Sebastián 12-13-14 de octubre de 1988**

Estimado compañero: los podólogos guipuzcoanos están ya trabajando para que el próximo Congreso Nacional esté lleno de interés y atractivo.

La fecha de su celebración la hemos elegido porque San Sebastián goza en septiembre y octubre de tiempo bueno, estable y temperatura agradable. Además recupera su habitual ambiente tras el verano y la celebración del Festival de Cine.

El marco será posiblemente el Ayuntamiento, que forma parte del conjunto de la Concha y de su bahía.

Atención a los que tengáis intención de presentar una ponencia:

Hemos propuesto a la Federación que como tema del Congreso sea «**Cirugía en Podología**». Las ponencias se elegirán en base a su **valor descriptivo gráfico, rigor en el planteamiento de su aplicación, indicaciones y contraindicaciones y estadística de sus resultados**.

Se trata de recopilar y revisar todas las técnicas de cirugía menor que empleamos, en un momento clave como es nuestra incorporación efectiva a la C.E.E., en el que la figura del podólogo con facultad para la cirugía menor, no va a ser fácilmente entendida y asumida. También nuestra necesidad de fijar claramente el modo de nuestra actuación, como referencia para los nuevos alumnos que han de acceder a los estudios de Diplomado sin ninguna formación anterior en este campo.

Las ponencias admitidas eximirán del pago de la inscripción a su autor. El tiempo máximo de exposición será de **20 minutos** y el límite de presentación de los trabajos para su selección correspondiente, será el **15 de junio**.

Es intención del Comité Organizador ofrecer el programa completo de las ponencias y sus autores con anterioridad a la inscripción del congresista, para que pueda éste tener una impresión lo más exacta posible del interés que puede ofrecerle.

Aquellos podólogos que deseen presentar una ponencia que no se adapte al tema oficial, pueden hacerlo si creen que aporta aspectos originales que el Comité considerará con sumo gusto.

Estamos esperanzados que con la colaboración de todos conseguiremos un Congreso lleno de interés profesional y por nuestra parte haremos lo posible para que tu estancia en San Sebastián esté llena de alicientes que te hagan recordarlo durante muchos años.

Comité Organizador  
XXI Congreso Nacional de Podología  
Donostia-San Sebastián, 12-13-14 de octubre de 1989

## PUBLICAMOS TU FOTO

Autor:

Angel F. Cabezón  
Pamplona

Datos técnicos:

Cámara: CANON T70

Objetivo:

ZOOM LENS FD 35-70 mm / 1:3,5-4,5

Película:

Perutz, 150 100/21°

Exposición:

125/Program TELE



**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS



# ¡Sí... Es un calzado ortopédico!

parece increíble. Nadie notará que es un calzado ortopédico. P-F ha conseguido que sean como unos deportivos. No tienen por qué diferenciarse exteriormente del calzado de moda. Su aspecto debe ser tan atractivo para el joven paciente, que evite el rechazo que se produce con frecuencia en la mayoría de los niños que necesitan tratamiento con plantillas y calzado ortopédico tradicional.

Más de 20 años de probada experiencia clínica

fabricando calzado ortopédico de prescripción médica, colocan a P-F en primera línea en el tratamiento de las principales afecciones de los pies de la infancia y adolescencia.

P-F dispone de más de 10 hormas básicas para calzado ortopédico corrector y para uso con plantillas ortopédicas.

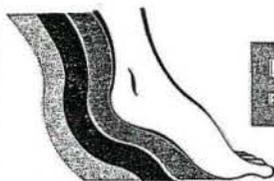
Para más amplia información consulte nuestro catálogo.

**P-F**  
PRESCRIPTION FOOTWEAR

PRESCRIPTION FOOTWEAR S.A.  
Pl. Malvas, 4 - Villena (Alicante) Spain  
Tel. (96) 580 01 91 - Télex 63973 PFVI E

# AKILEINE®

La línea de productos para los pies Akileine, se utiliza con éxito en todo el mundo. Sus productos, basados en la acción de los lipoaminoácidos, ayudan a resolver todos los problemas creados en el mundo del pie. Sus productos se diferencian claramente en tres líneas de acción:



<b>LÍNEA AZUL:</b> Productos hidratantes.	<b>LÍNEA ROJA:</b> Productos antifatiga.	<b>LÍNEA VERDE:</b> Productos antitranspirantes.
--	---	---

**CREMA ANTITRANSPIRANTE. (0860).** Regulariza la transpiración, desodoriza y refresca la piel. Envase de 60 ml.

**CREMA ANTITRANSPIRANTE. (0863).** Envase Profesional 150 ml.

**POLVOS ABSORBENTES. (0861).** Absorben la humedad excesiva de los pies, evitan la irritación y previenen la proliferación bacteriana. Envase de 75 grs.



Productos antitranspirantes



Productos hidratantes

**CREMA HIDRATANTE. (0850).** Nutre, suaviza, revitaliza e hidrata. Elimina las células muertas por acción mecánica y acidificación de la piel. Para talones secos, grietas y piel excesivamente reseca. Envase de 60 ml.

**CREMA HIDRATANTE. (0852).** Envase profesional 150 ml.

**CREMA ANTICALLOSIDADES. (0851).** Elimina las rugosidades y células muertas y pone la piel tensa y suave. Envase 60 ml.

**CREMA RELAJANTE. (0870).** Calma, descansa y da reposo al pie. Para pies fatigados hinchados y doloridos. Su acción tónica produce un gran efecto antifatiga. Envase 60 ml.

**CREMA RELAJANTE. (0873).** Envase profesional 150 ml.

**SALES DE BAÑO. (0872).** Descansan y tonifican los pies, eliminando las toxinas de la epidermis. Envase con 120 grs. (6 dosis).

**SPRAY ULTRA FRESCO. (0871).** Calma automáticamente el recalentamiento y evita la proliferación bacteriana. Desodorante y refrescante. Envase 150 ml.



Productos antifatiga

# LUGA

ALIMENTOS Y MEDICINA S.A.



Carretera Canilla  
28043 Madrid -  
Tels. 200 34 60

SEPTIEMBRE - OCTUBRE Nº 119 - AÑO 1988

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

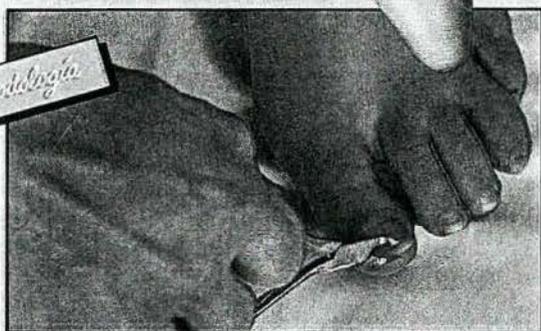
# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico local  
"a frigore"  
uso tópico

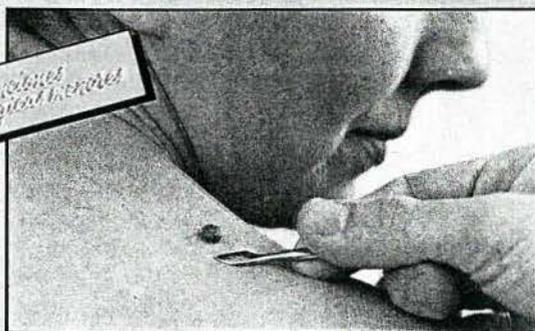
Inactivación



Podología



Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésicar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable, CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación masiva accidental se puede producir narcosis e hipoxemia, entre lo cual se instaurará respiración artificial y tratamiento sintomático.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá conservarse en lugar fresco y alejado del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco spray de 100 gramos. P.V.P. IVA 42% = 1440.

ERN

LABORATORIOS

S.A.

Pedro IV, 489 - 08020 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

## ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

### JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniesta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

### ASOCIACIONES COMPONENTES:

<b>ANDALUZA</b>	Presidente: Manuel Albalá Valle.
<b>ARAGONESA</b>	Presidente: José Valero Salas.
<b>ASTURIANA</b>	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
<b>BALEAR</b>	Presidente: José Claverol Serra.
<b>CANARIAS</b>	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
<b>CANTABRIA</b>	Presidente: José Andreu Medina.
<b>CASTELLANO-LEONESA</b>	Presidente: José María Altonoga Eguren.
<b>CASTELLANO-MANCHEGA</b>	Presidente: Luis Juan Navarro.
<b>CATALANA</b>	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
<b>EXTREMEÑA</b>	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
<b>GALLEGA</b>	Presidente: Armando Díaz Pena.
<b>MADRILEÑA</b>	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
<b>MURCIANA</b>	Presidente: José Iniesta Gallego.
<b>RIOJANA</b>	Presidente: Félix Martínez Martínez.
<b>VALENCIANA</b>	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
<b>VASCO NAVARRA</b>	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
Angel F. Cabezón

**Empresa de  
Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

## SUMARIO

EDITORIAL ..... 2

### APORTACIONES CIENTIFICAS

Láser en dióxido de carbono y su aplicación en Podología .. 5  
La terapia catalítica por oligoelementos. Sus aplicaciones a la Podología (continuación n.º anterior) ..... 9  
Melanoma maligno plantar .. 15  
Tratamiento general y ortopodológico de las queratodermias palmo plantares ..... 18

### SECCIONES

Opinión ..... 25  
Hoy entrevistamos a ..... 27  
Frases, pensamientos y otros 29  
Se habló de... ..... 30  
La F. E. P. informa ..... 30  
Publicamos tu foto ..... 32

# EDITORIAL

*Tengo que manifestar de entrada para evitar comentarios y fijar posiciones que he sido y soy —dado nuestro sistema político-administrativo— defensor del sistema federación como estructura de organización profesional para los momentos actuales.*

*Las Asociaciones autonómicas deben asumir las responsabilidades que les competen en su ámbito territorial. Estoy plenamente convencido que es el sistema para aproximarnos al ejercicio del desarrollo de los futuros colegios profesionales.*

*Esta actuación ya está prácticamente asumida por las asociaciones de las denominadas «grandes», donde con más o menos tradición se ha trabajado con importantes esfuerzos personales y colectivos en esta línea. Esto es algo que se debe asumir progresivamente por todas las demás asociaciones.*

*Hago este comentario porque ya hemos recibido respuesta del Ministerio de Sanidad aceptando el inicio de los trámites para la creación del Colegio Nacional de Podólogos. En su consecución tenemos que «quemar los barcos» y hechar el resto.*

*Y digo esto desde la posición de miembro de la A. Catalana en la que con toda seguridad vamos a recoger en breve el fruto del trabajo iniciado hace tres años por la Junta anterior de cara a la creación del Colegio Profesional en esta comunidad. Hay que comentar en este punto que no es contradictoria la creación de colegios autonómicos en aquellas autonomías que tienen asumidas esta competencia. Me explico con un ejemplo concreto. Cuando se promulgó el R. Decreto sobre estudios de Podología, en el mismo no se hizo referencia a la transformación de la Escuela de Barcelona, ¿por qué?, pues porque es una transferencia asumida. De la misma forma si se creara el Colegio Nacional, en la promulgación de la Ley se debería excluir aquellas autonomías que tienen esta atribución para que fueran ellas quienes hicieran su propia ley.*

*No obstante, entendí, entiendo y entendimos en la asamblea de representantes que la vía autonómica es una vía imperfecta para los intereses generales de la profesión. Se debe pasar inexcusablemente por la creación de un Colegio Nacional para que en aquellas comunidades que no gocen de la transferencia asumida puedan tener también su colegio. Es decir la estrategia pasa por la creación de un Colegio a nivel Nacional para después, y en virtud de la propia ley, ir a la segregación de colegios por autonomías para entre todas crear el Consejo General en el que se integrarían aquellos colegios creados vía autonómica.*

*He iniciado esta reflexión-comunicación animando al trabajo autonómico. Mejor dicho redundando, porque es asunto casi de todas las editoriales. Pero ahora bien, nuestra voluntad de colaboración no debe estar constreñida ni circunscrita a unas delimitaciones autonómico-administrativas. La profesión no sabe ni entiende la geografía, historia o política. La profesión sólo tiene necesi-*

*dades y que son las mismas para el podólogo de Asturias o Málaga, y mal favor nos hacemos a nosotros mismos si no entendemos esto y nuestras actuaciones las programamos en esta dirección.*

*En los aspectos de sanidad, educación, y otros que no son de nuestro interés ahora, el Gobierno Central crea la ley marco y es después la administración autonómica quien administra los recursos. Bajando al terreno práctico, ni la escuela de Madrid ni la de Barcelona podrían ser dos excelentes escuelas universitarias sin que previamente exista una ley central —el R.D.— que les permita serlo.*

*Este es el mensaje. Cuando estamos en la Federación estamos en otro orden jurídico diferente del que procedemos. Ahí nuestras responsabilidades pasan por lo que nos marcan los estatutos federativos no pudiendo estar condicionados ni condicionar nuestras actuaciones e hipotecas diferentes. Yo no tendría argumentos éticos, de fondo, estéticos ni de ningún tipo para que siendo miembro de una comunidad a la que no aportó mi entrega, después le exija resultados o me lamente y la critique porque no se alcancen objetivos. La asamblea de representantes hizo un ejercicio positivo en este sentido en su última reunión. Me refiero concretamente a la posición adoptada respecto a la Tesorería nacional. Los compromisos no necesitan más que la voluntad de cumplirlos. En esta línea quiero destacar la propuesta y aceptación del «pacto de caballeros» a fin de liquidar para fin de año todas las deudas pendientes. De una u otra forma hay que llevar adelante el acuerdo y quiero felicitar a la asamblea por su acto de responsabilidad.*

*Cambiando de tema quiero también referirme al pasado Congreso Internacional de Roma, concretamente a las reuniones de la F.I.P. y del C.L.P.C.E. La posición española ha sido clara y rotunda. Esta fue la postura de la asamblea y éste ha sido el mensaje a nivel de declaración institucional. No podemos ni queremos estar en la cocina de Europa. Queremos ser constructivos respecto a ellos pero queremos hacerlo desde una posición a la que creemos tenemos derecho. Vamos a ser censores de cuentas y a proponer una reforma de los estatutos en este sentido. De no aceptarse, nos reservamos el derecho de posturas en un futuro.*

*El viaje a Roma ha sido productivo también en otro aspecto. Hemos firmado un acuerdo de cooperación con la que pensamos que es la mejor Escuela de Podiatría de EE. UU. El objetivo es programar la formación posgraduada de manera ordenada. Ya veremos cómo queda el diseño final del programa del que oportunamente daremos los avances necesarios sobre realidades más concretas.*

*Tenemos ante nosotros un futuro lleno de expectativas e ilusiones y no faltan las ganas ni personales ni colectivas para afrontarlo.*

*Sea pues ésta una editorial de esperanza ante los temas a desarrollar en este futuro inmediato así como de reconocimiento ante las posturas hacia el asentamiento progresivo y definitivo de la profesión en el contexto del mundo de la sanidad.*

*Un saludo.*

**Andrés Rueda  
Presidente**

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

## LASER DE DIOXIDO DE CARBONO Y SU APLICACION EN PODOLOGIA



Javier Aycart Testa  
Madrid

El término LASER, como todos sabemos, es un acrónimo para «Light Amplification By Stimulated Emission of Radiation», Amplificación Luminosa por Radiación de Emisión Estimulada.

El Láser de Dióxido de Carbono emite radiación infrarroja invisible a longitud de onda de 10.600 nm. Esta radiación se absorbe totalmente en un campo de profundidad máxima de 0,1 hasta 0,2 mm. de agua, lo cual es muy poca penetrabilidad.

La piel humana tiene un coeficiente de penetración semejante debido al 85-90 % en agua de su composición. La dispersión interna de la radiación láser tanto en agua como en piel es menor del 3 %. Estos factores, la baja penetrabilidad y la mínima dispersión, hacen del láser de dióxido de carbono una modalidad de cirugía altamente destructiva para los tejidos al mismo tiempo que provee de una gran selectividad en su actuación.

El Láser de Dióxido de Carbono (LDC) es un tipo de láser de onda continua más que una onda pulsátil. La energía luminosa se produce en el tubo de láser tanto en cuanto llega la energía de suministro. Para la aplicación en tejidos, se obtiene una radiación uniforme sin picos o valles en su onda. Los efectos sobre los tejidos son uniformes y constantes. El LDC puede aplicarse tanto de un modo continuo como pulsátil, para ello se interpone un obturador en el camino de la radiación, como si de una cámara fotográfica se tratase. El obturador simplemente abre

o cierra una salida para la radiación. Lo anteriormente expuesto no varía de modo alguno el carácter de la radiación, la cual continua mostrándose como una onda continua de energía uniforme.

El equipo del LDC se ultima en su pieza de mano quirúrgica con unas lentes de enfoque. Las lentes enfocan entre 50 y 125 mm. Este artilugio concentra el haz radiante de tratamiento en el tejido a 0,1-0,2 mm. de diámetro. Utilizando una salida de 15 a 25 vatios, la densidad de corriente (corriente por unidad de superficie) debe alcanzar el rango de 50.000 a 80.000 vatios por centímetro cuadrado. Separando la pieza de mano del tejido, la radiación se desenfoca. Aumentando el diámetro de la radiación a 2,0 mm., la densidad de corriente alcanzará el rango de 500 a 1.000 vatios centímetro cuadrado, utilizando la misma intensidad de corriente.

El fenómeno de la **vaporización** ocurre cuando la radiación Láser impacta en tejido epidérmico, aconteciendo una conversión instantánea de agua intra y extracelular a vapor por el tejido alcanzando la temperatura de 100° C. Debido a que la destrucción celular ocurre tan rápida, no hay una significativa transmisión de energía calorífica hacia las células adyacentes. Este efecto delimita un área de tejido destruido exquisitamente localizado, en que los tejidos adyacentes resultan virtualmente indemnes.



Muchos especialistas, en discusiones sobre cirugía Láser, apuntan algunas dudas, como la posibilidad, de controlar la intensidad de radiación para limitar su penetración en el tejido. Hay descritos muchos casos, afortunadamente, de pacientes a los que se les ha practicado cirugía de cristalino con láser, preservando el globo ocular. Esto difiere en gran modo de otras formas de destrucción térmica (cauterización, corrientes de alta frecuencia, crio-cirugía) en que la destrucción muestra una zona central máxima y un gradiente periférico que decrece según se aproxima a la periferia.

Cuando se utiliza un sistema enfocado (spot de impacto entre 0.1 y 0.2 mm.) la radiación Láser puede resultar equivalente al corte de un bisturí. A la inversa, si la radiación se desenfoca a un diámetro de spot de 2,0 mm. con una densidad de corriente resultante inferior, una superficie puede ser rápidamente vaporizada cual «secador de pelo». Ambas opciones tendrán lugar sin daño a los tejidos adyacente o subyacentes.

Otro avance del LDC es la **hemostasia**. En el modo enfocado, los vasos sanguíneos de hasta 0,5 mm. de calibre quedan instantáneamente sellados, mientras se cortan, conduciendo este fenómeno hacia una cirugía virtualmente limpia. Los vasos de mayor sección, hasta 1,5 mm. de diámetro, pueden sellarse pinzando y aplicando el terminal láser al borde. También quedan sellados los linfáticos mientras el láser corta o vaporiza tejidos; en teoría llevando a una disminución de metástasis en lesiones malignizantes.

El LDC **esteriliza** mientras corta, como colofón de sus virtudes, minimizando la posibilidad

de infección de la herida. Las terminaciones nerviosas cortadas con el LDC se sellan en contra de lo que ocurre al utilizar bisturí convencional donde las fibras nerviosas aparecen deshilachadas. Este dato ha de ser significativo para la disminución del dolor post-operatorio que muchos pacientes de cirugía láser sienten cuando pueden comparar con cirugías previas convencionales.

### APLICACIONES EN PODOLOGIA

#### A) Papiloma

Investigaciones realizadas en la Clínica Cleveland apuntan a la terapia láser como método de elección para las verrugas plantares y condilomas acuminados. Las verrugas plantares se tratan 1.º anestesiando el área con epinefrina. Después, el área se circunscribe 5 mm. por detrás del tejido verrugoso con el láser enfocado a una corriente de 15 vatios para adultos y 10 vatios para niños. Entonces se aplica el láser al total de la lesión con un movimiento de cepillado hasta que el tejido aparece carbonizado. Este cepillado esteriliza la piel y asegura la hemostasia.

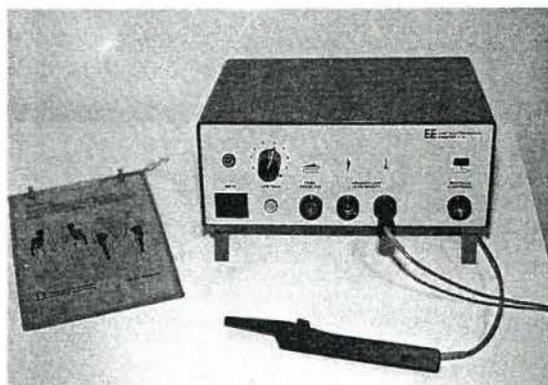
Si el tejido carbonizado no cae con facilidad volvemos a aplicar láser. Arrancar el tejido significará hemorragia. Este proceso se repite hasta que comienzan a verse líneas normales de piel. Ahora pueden evidenciarse zonas sospechosas entre las líneas normales, entonces, con el láser en posición desenfocada y cepillando la base, se limpia la zona. Los efectos del láser sobre el tejido normal hace que aparezca ligeramente carbonizado, mientras que el tejido verrugoso aparecerá como con burbujas o hirviendo.

Post-quirúrgicamente el paciente mantiene durante 24 horas un vendaje y aplicación tópica de un corticoide. El vendaje se retirará con ayuda de agua oxigenada. Cura por segunda intención y resulta sin hemorragia.

El láser esteriliza mientras destruye, posiblemente reduciendo las posibilidades de recidiva.

#### B) Neuroma

No hay variaciones esenciales con la cirugía del neuroma con respecto a la ya explicada. La





Restaurador epidérmico podológico

Limpieza integral del pie. Bactericida.

Normaliza la fisiología del pie.

Antimicótico Antisudoral

**RESTAURADOR MANTO ACIDO C.P.I.**

**Composición:** Esteres de ácidos grasos, 50%; alcoholes grasos especiales, 50%; anfólitos, 6%; sustancias humectantes, 6%; derivados de lanolina, 2%; triglicéridos, 2%; aminoácidos y sales, 1%; emulsionantes no iónicos, 2%; ácido láctico c.s.p. ph = 5.5.

**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.  
**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

**GEL C.P.I.**

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%; anfólitos, 13%; ácido láctico c.s.p. ph = 5.5.  
**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.  
**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.  
**Presentación:** Frasco de 200 cc., P.V.P. IVA, 572 pts.

**CREMA PODOLOGICA C.P.I.**

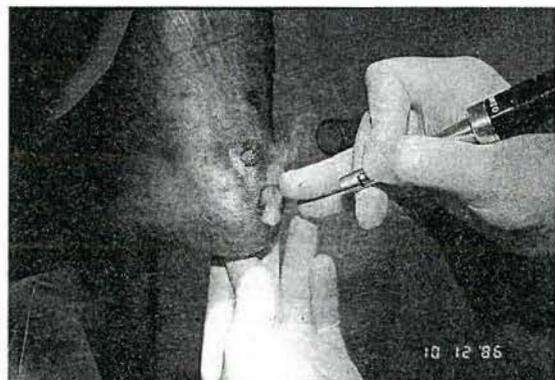
**Composición:** Urea, 5,0%; propilenglicol, 3,0%; oleum germen Triticum aestivum, 4,0%; extracto de Citrus limonum, 4,0%; lactato sódico, 3,0%.  
**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis.  
**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje.  
**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.  
**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr., P.V.P. IVA, 750 pts.

**MICOESPEC POLVOS**

**Composición:** Por gramo: Nitrato de Econazol, 10 mg.  
**Indicaciones:** Micosis provocadas por hongos levaduras y bacterias sensibles al econazol especialmente las micosis húmedas y rezumantes.  
**Posología:** 1-2 aplicaciones al día.  
**Contraindicaciones e Incompatibilidades:** No se conocen. El uso de anovulatorios orales, puede disminuir la eficacia del tratamiento.  
**Efectos secundarios:** Puede darse algún caso de flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda suspender el tratamiento.  
**Intoxicación:** No existe riesgo.

**CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL**  
Sagitario, 12. ALICANTE (España)

incisión de piel se hace con bisturí y láser. Después, con láser a 20 vatios en un modo enfocado para explorar el tejido celular subcutáneo. Se baja por planos hacia la cara plantar, igual que el procedimiento normal.



Parece que el uso del láser en esta cirugía produce menos incomodidades y mejoran los resultados clínicos, especialmente en aquellos pacientes que ya habían sufrido cirugía por neuromas con anterioridad. El láser sella las terminaciones nerviosas, reduciendo la posibilidad de formación nódulos.

### C) Cirugía de la uña

La cirugía LDC puede utilizarse para la ablación de la matriz ungueal tanto parcial como totalmente.

Se utiliza anestesia para hacer un bloqueo del dedo. Cuando la ablación está consumada colocan el potenciómetro del láser en 4-6 vatios, para, seguidamente, vaporizar el lecho. Hay que evitar quemar el hueso subyacente. Seguidamente 2 ó 3 aplicaciones de Na OH 10 %. El lecho ungueal le lava se quita el torniquete, si se puso, y se viste la herida como es habitual.

### ANALISIS COMPARATIVO ENTRE LA CIRUGIA PODOLOGICA CON LDC Y ELECTROBISTURI

Basados en la opinión recogida entre once podólogos que utilizan LDC en sus consultas y

nuestra propia experiencia en cirugía con electrobisturí llegamos a las siguientes conclusiones:

- El período de cicatrización se reduce en un 10 ó 15 % con la utilización del LDC.
- La cirugía con LDC es más limpia, aunque no puede hacerse esta afirmación de modo categórico.
- No hay evidencia de que el postoperatorio sea menos doloroso.
- En patología periungueal no se constata una significativa variación en el tiempo transcurrido hasta la resolución total y el alta definitiva del paciente.
- En el tratamiento quirúrgico de los papilomas con LDC suele cursar el postoperatorio con menos incomodidad que con otras técnicas, proporcionando además menor índice de recidivas.
- Diez de las once personas que trabajaban con LDC admiten que la gran diferencia existente estriba en razones de marketing.

### SUMARIO

El LDC presenta varias ventajas en su aplicación de tejido blando del pie. Con una hemostasia adecuada se obtiene un campo seco y visión óptima. La radiación láser esteriliza mientras corta reduciendo la incidencia de infección. Sellar los canales linfáticos debiera disminuir, teóricamente, el riesgo de metástasis en lesiones malignizantes. Las heridas curan con un edema postoperatorio mínimo, una escara muy pequeña y dolor insignificante, redundando, todo ello, en el aumento de la comodidad del paciente.

El láser puede ser operativo en otras patologías como las podoqueratosis, cicatrices queloides, tatuajes, etc...

Octubre, 1988

Solicitud de referencias bibliográficas a:  
Ortocen. Concha Espina, 22. 28016 - MADRID

# LA TERAPIA CATALITICA POR OLIGOELEMENTOS SUS APLICACIONES A LA PODOLOGIA

A. F. Cabezón  
Pamplona

(continuación n.º anterior)

## Tegumentario

### — Diátesis I

Alteraciones alérgicas. Eczemas con carácter de sensibilización o de alergia. Crónicos, con intolerancia eczemátiforme. Estas manifestaciones suelen ser precoces, apareciendo en la infancia. Suelen revestir un carácter periódico y adoptan una distribución simétrica. Frecuentemente suelen ser clasificados como dermatosis profesionales o alérgicas. Urticaria. Frecuente en todas las edades. Puede llegar a manifestarse como edema de Quinck. Pruritos periódicos. Alternaciones de las faneras: uñas quebradizas, caída del cabello, liquen plano. Durhing. Edema crónico.

### — Diátesis II

Afectaciones cutáneas de tipo prúriga, eritema nudoso y polimorfo. Acné. Alteraciones de las faneras. Psoriasis. Manifestaciones artríticas bastardas con urticaria y eczema. Tuberculosis cutánea.

### — Diátesis III

Algunas urticarias y eczemas crónicos, especialmente si acompañan a alteraciones circulatorias de las piernas.

Reacciones cutáneas de tipo Quinque.

Liquen plano. Enfermedad de Durhing. Esclerodermia.

Herpes. Ulceras varicosas.

### — Diátesis IV

Furunculosis. Acné necrótico. Lupus eritematoso diseminado. Esclerodermia.

### — Diátesis V

Alteraciones de las faneras. Calvicie total.

Es muy importante el estudio de las modificaciones del individuo a través de las posibles diátesis, puesto que esas modificaciones pueden influir en aspectos diferentes, como por ejemplo, en la cicatrización. Todos sabemos que la velocidad de cicatrización y la capacidad de repa-

ración de los tejidos varía con la edad. Pero la edad real no es siempre la edad cronológica. Así se explica nuestra sorpresa a veces después de realizar una intervención con personas jóvenes o ancianas y la capacidad de cicatrizar.

Por último, hay que tener en cuenta que una diátesis no es un déficit de oligoelementos.

Se trata a veces, de efectuar únicamente un aporte cualitativo, un efecto de presencia en el sentido de una regulación de los intercambios electrónicos y reequilibrio de los metabolismos físico-químicos.

Esto no quiere decir que no existan carencias, cada día más con la degeneración a que está siendo sometido el medio.

Un ejemplo de la necesidad de la presencia de los catalizadores, y que se nos presenta con frecuencia, es el tema de las descalcificaciones.

Es normal la administración del calcio, pero para conseguir que el calcio se fije en los huesos es necesario la existencia del magnesio y que ambos se encuentren en cierto equilibrio con el fósforo.

Ahora veremos, someramente, los oligoelementos que dentro de sus propiedades o posibilidades de prescripción pueden intervenir en alguno de los procesos que nos solemos o podemos encontrar.

## Litio

S. Endocrino: Gota. Medicación catalítica de los trastornos de la función eliminadora (urea y gota) y así fue utilizado antiguamente en forma de carbonatos, benzoatos y salicilatos.

## Flúor

Parece intervenir en contra de la osteoporosis.

Cardiovascular: Varices.

Osteoligamentario: Insuficiencia osteoligamentaria del niño y del adolescente. Hiperlaxitud ligamentaria. Raquitismo. Epifisitis. Enfer-

medad de Scheuerman. Escoliosis. Cifosis. Retraso en la calcificación. Esguinces de repetición. Insuficiencia dorsal dolorosa. Osteoporosis. Artritis. Enfermedad de Paget. Retraso en la consolidación de fracturas.

### Magnesio

Regulador de la osificación y el equilibrio fosfocálcico.

Antiséptico externo o interno. Acción antiinflamatoria y antiinfecciosa.

Mejora la resistencia ante el stress, frío, traumatismos, intervenciones quirúrgicas. Es un factor de crecimiento. Aumenta la resistencia de la uñas.

Cardiovascular: prevención de flebitis postoperatorias y postparto.

Endocrino: envejecimiento orgánico (como complemento de Mn, Co en gota, retraso del crecimiento. Diátesis distónica).

Nervioso: Algas por inflamación de raíces nerviosas en procesos reumáticos. Parestesias y calambres. Dolores musculares.

Osteoligamentario: artrosis, neuroartritis, poliomielitis, dolores raquídeos.

Tegumentario: fragilidad de uñas. Prurito. Pigmentaciones hepáticas y varicosas. Eczemas. Psoriasis. Acné.

Sangre: todas las enfermedades microbianas y víricas.

### Aluminio

Interviene positivamente en el estado de osificación de los cartílagos fetales y del niño.

Actúa también sobre los cartílagos de las superficies articulares.

### Fósforo

Indispensable para la formación del hueso y su mantenimiento y mineralización.

Nervioso: Contracturas musculares dolorosas, hiperreflexia tendinosa. Neuritis. Astenia muscular.

Osteoarticular: osteoporosis, Dupuytren y Ledderhose y afecciones óseas. Enfermedad de Paget.

### Azufre

Contribuye a la formación de huesos, tendones y cartílagos facilitando la asimilación del calcio.

Osteoligamentario: artritis, artrosis, algias reumáticas. Alteración de la nutrición de tejidos tendinocartilaginosos. Distrofias consecutivas o reumatismos.

Tegumentario: Alteración de las faneras, eczema, líquen plano, psoriasis, urticaria.

### Potasio

Regula la excitabilidad neuromuscular, interviene sobre la actividad muscular.

Osteoligamentario: Artrosis postmenopáusicas, algias reumáticas, reumatismo crónico, poliartritis crónica evolutiva.

### Manganeso

Reequilibrador del terreno artrítico-alérgico o diátesis I. Acción sobre huesos, ligamentos, piel, etc.

Refuerza la inmunidad aumentando la formación de antitoxinas. Ayuda a la fijación del calcio.

Osteoligamentario: dolores articulares artríticos sin aumento de la velocidad de sedimentación, fugaces y móviles. Reumatismo inflamatorio, reumatismo gotoso. Reumatismo coexistente con la menopausia.

Tegumentario: urticaria. Mala cicatrización de heridas. Alteración de las faneras (uñas).

### Hierro

Osteoligamentario: reumatismos inflamatorios.

### Cobalto

## Níquel

## Cobre

Actividad antidegenerativa, reumatismos crónicos.

Indicado en estados inflamatorios, acción antiinfecciosa y antivirica.

Osteoligamentario: reumatismo articular agudo. Poliartritis crónica evolutiva. Raquitismo. Artrosis vertebrales. Espondiloartrosis. Artritis.

Tegumentario: Psoriasis.

## Zinc

Interviene en el metabolismo del calcio.

## Yodo

Osteoligamentario: Reumatismos. Raquitismo.

Tegumentario: Enfermedades de la piel. Uñas frágiles y estriadas.

Metabolismo en sangre: déficit de defensas. Descongestivo.

## Bismuto

Infeccioso. Permite evitar o reducir la prescripción de antibióticos, y a este fin se suele utilizar en combinación con el cobre.

## Manganeso-Cobre

Tratamiento de las diátesis hiposténica o artrotuberculosa II.

Osteoligamentario: Artritis deformante. Artrosis en jóvenes de menos de 40 años, especialmente en mujeres espasmofílicas.

## Manganeso-Cobalto

Corrector de la diátesis distónica III.

Cardiovascular: Trastornos circulatorios de los

miembros inferiores: calambres, piernas posadas, éstasis, varices. Trastornos y alteraciones circulatorias en general. Enfermedad de Reynaud. Pérdida de la permeabilidad capilar.

Endocrino: Fatigabilidad vespertina, desequilibrios vagosimpáticos, gota.

Osteoligamentario: Artrosis, estados neuroartríticos.

## Oro

Tiene propiedades antiinfecciosas y antiinflamatorias.

## Cobre-Oro-Plata

Tratamiento de la diátesis anérgica o diátesis IV.

Osteoligamentario: Artritis. Supuraciones óseas.

Poliomielitis en su comienzo y en tratamiento de secuelas. Artrosis. Reumatismo articular agudo. Poliartritis crónica evolutiva. Colágenos. Enfermedad de Paget.

Tegumentario: Forunculosis. Lupus eritematoso. Psoriasis. Acné infectado. Abscesos calientes y fríos.

Metabolismo y sangre: Mala defensa antiinfecciosa.

Estados infecciosos e inflamatorios agudos. Afecciones degenerativas. Estafilococias y estreptococias. Leucopenia. Adenitis.

## Zinc-Cobre

Corrector del síndrome de desadaptación o diátesis V. Se utiliza exclusivamente en patología funcional.

## Zinc-Níquel-Cobalto

Como el Zinc-Cobre, corrector del síndrome de desadaptación o diátesis V.

Tegumentario: Psoriasis.



# NOVEDAD

# Canestén® polvo

## Los hongos desaparecen 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:

Dermatomycosis 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

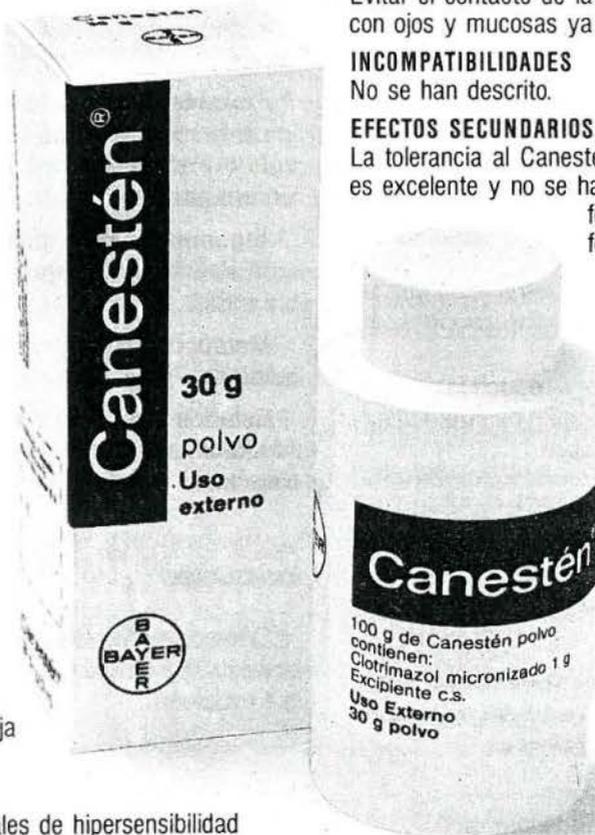
No se han descrito.

### EFFECTOS 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	374 -

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	395 -

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	462 -



# Bayer

# Antimicóticos

### Níquel-Cobalto

Tegumentario: Prurito.

Existen otros oligoelementos que no vamos a nombrar también indispensables, pero de mucha menor importancia para nosotros.

Como se ha podido deducir, pienso, en la terapéutica había que ir a lo más general, tratamiento de las diátesis, para ir luego a lo más particular, los síntomas, etc.

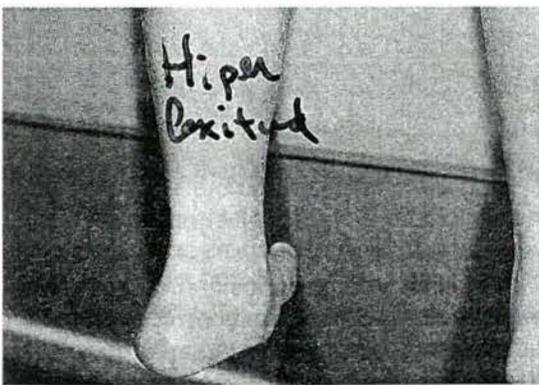
La dosis habitual es de 2 ml. La posología tres veces por semana para la terapéutica correctiva de la diátesis y en las terapéuticas sintomáticas pueden ser mayores.

Habitualmente vía sublingual, sobre todo en las formas de gluconato.

Por último, paso a describir unos estados y situaciones patológicas frecuentes en podología, en que los oligoelementos nos ayudarán grandemente.

### Hiperlaxitud ligamentosa

Acompañando el tratamiento ortopodológico se impone una terapia catalítica. Primeramente habría que regular la diátesis. Hemos podido comprobar que un número importante de los niños hiperlaxos pertenecen a la diátesis II.



Comprobado este extremo por una anamnesis exhaustiva, prescribiremos un tratamiento a base de (Mn) - (Cu), a razón de tres ampollas semanales.

Añadiremos además, F. (dos ampollas semanales) y Ph (2 ampollas semanales) y Mg (2 ampollas semanales). Sustituiremos al Manganeso, Cobre y, ante un niño claramente hiperlaxo, asténico, como se suele decir «sin vida», el oligoelemento Cobre-Oro-Plata, también tres por semana.

Este último caso, aunque de carácter excepcional, se ha dado alguna vez en nuestra consulta.

### Osteoporosis y descalcificación

Alteración muy frecuente en los pies, aunque, de hecho, se suele dar de manera generalizada en todo el esqueleto.

En estos casos la terapia de recalcificación suele ser un claro fracaso.

A la administración de un calcio orgánico debemos administrar oligoelementos, Flúor (2 ampollas a la semana), Magnesio (7 ampollas a la semana) y Fósforo (2 ampollas a la semana).

### Osteocondritis

Las más típicas que podemos ver son las enfermedades de Köhler y Perthes.

Aquí la administración del Flúor (3 ampollas a la semana) es fundamental, además del Cobre-Oro-Plata, en una clara energía o con peligro de osteomielitis.

### Alteraciones del crecimiento óseo, epifisitis, etc.

En estos casos es fundamental el Manganeso-Cobre a razón de tres ampollas por semana, al que se puede añadir una ampolla de Flúor semanal y una de Magnesio.

Ejemplo de tal alteración es la enfermedad de Osgood Slater.

### Papilomas

Al tratamiento habitual de los papilomas debemos añadir como terapéutica catalítica Mag-

nesio a razón de seis ampollas semanales, para pasar a la administración de tres semanal como medida preventiva en aquellos individuos con tendencia a las recidas y proliferación celular en general.

### Artrosis

Capítulo importantísimo al que grandes especialistas de la terapéutica catalítica han dedicado muchos trabajos.

Henry Picard ha escrito la obra **Cómo vencer la artrosis**, cuyo tratamiento básico transcribo:

Al margen de algunas variantes en relación con el estado diatéxico, se utiliza:

- Manganeso-Cobalto, artrosis consecuencia del terreno neuroartrítico.
- Azufre en todos los artrósicos.
- Manganeso-Cobre, artrosis pertenecientes al terreno artro-infeccioso.
- Cobre-Oro-Plata, artrósicos con tendencia anérgica.
- Fósforo, artrósicos que presenten contracciones musculares.

### Infecciones

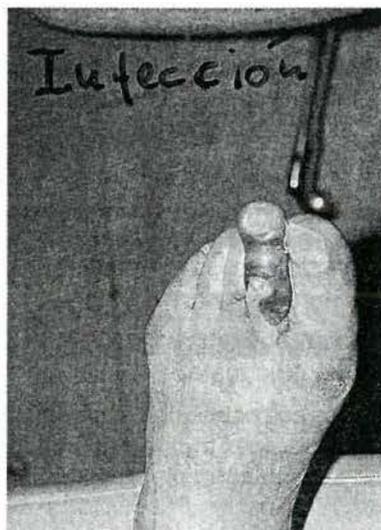
Por último, un pequeño comentario con respecto a la infección.

Ya hablábamos en otro apartado, al comentar el efecto de los oligoelementos de cómo la infección o la mala cicatrización podían depender de un estado de vejez prematura o estados predisponentes a dichas alteraciones como la diátesis IV o anérgica.

Queda claro que ante un individuo de esta diátesis al que vamos a intervenir será muy necesario administrarle ya con antelación cobre-oro-plata.

La administración de cobre es interesante como medida de prevención de la infección y la inflamación.

El manganeso-cobre aplicado directamente en las heridas se ha manifestado como un excelente cicatrizante.



Por último, y como curiosidad, diré que la administración de Litio es un buen desintoxicador de fármacos.

Agradezco vuestra atención y estoy a vuestra disposición en lo que me sea posible.



## MELANOMA MALIGNO PLANTAR

Armando Díaz Pena  
(Congreso Nacional Valencia)

El melanoma es una neoformación maligna, también llamada «**melanoblastoma, melanoma maligno, melanosarcoma y sarcoma melanótico**». Es el tumor maligno más grave que se conoce, por la rapidez con que da lugar a metástasis.

Se trata de un tumor de coloración oscura negruzca y muy maligno, que puede metastatizar en cualquier órgano y suele evolucionar de modo fulminante en pocos meses.

Dese el punto de vista clínico, se caracteriza por la aparición de una lesión redondeada, reuniforme o policíclica con un color oscuro, pardusco o negro azulado. Presenta puntos en los que la pigmentación es más intensa. En casos excepcionales puede ser acrónico. La superficie lesional, es discretamente protuberante y lisa.

El diagnóstico, debido al tremendo significado de este tumor, debe ser corroborado histológicamente, estudiando las piezas de biopsia en condiciones óptimas de fijación y tinción. El proceso histogenético resulta del crecimiento maligno de los melanocitos. La mayor o menor producción de melanina, no influye en la malignidad de la lesión y así lo confirma el carácter maligno de los melanosmas acrónicos o faltos de coloración. Debemos sospechar toda lesión pigmentada que varíe en su configuración, tanto si está localizada en la piel, como en cualquier membrana o mucosa.

Un 50 % de los melanosmas tienen su desarrollo sobre lesiones preexistentes, sean nevus nevoelulares o áreas pigmentadas. De ahí que tengamos que desconfiar de todo nevus que crezca o presente modificaciones en su aspecto.

Poco se conoce de los mecanismos causales y circunstancias de aparición de este tipo

de tumor. Existen ejemplos de casos familiares y también aparición en hermanos gemelos. Suele tener su origen en nevus situados en puntos de articulación o roce, espontáneamente o después de irritaciones de diversa índole (pequeños traumatismos continuos, intervenciones o maniobras terapéuticas descuidadas, etc.).

Los signos clínicos de la transformación maligna son los siguientes: inesperado aumento de volumen del centro afectado, modificación de color, aparición de un halo eritematoso, infiltración en profundidad, hemorragia fácil y sensación de herida local.

Se presenta como una neofromación redondeada, protuberante, de color negruzco, a veces ulcerada y fácilmente sangrante. La mayoría de las veces, se forman en torno al módulo principal pequeños tumores pigmentados satélites con aspecto de granos de plomo.

Las metástasis se producen por vía linfática y hemática. Los ganglios linfáticos regionales se ven afectados muy pronto. Los puntos con mayor incidencia de metástasis; el hígado, los pulmones, el cerebro y el sistema óseo. Algunas veces podemos observar metástasis cutáneas a distancia.

Las estadísticas clínicas no nos permiten precisar que la afectación sea más frecuente en un sexo o en determinado grupo de edad, aunque suele ocurrir más en el sexo femenino y a partir de los 20 años de edad.

En mujeres embarazadas no parece que pueda desencadenarse el melanoma maligno, lo que si es seguro, que estimula las recidivas, debido presumiblemente a efectos hormonales.

Existe una correlación entre la mayor incidencia del melanoma y los individuos de piel blanca, sensible y también con una exposición manifiesta a la luz solar, aunque este último punto sea discutible, puesto que conviene recordar que el melanoma maligno no se limita únicamente, en su localización a las zonas expuestas o descubiertas.

Los individuos de raza negra, están virtualmente exentos de este mal, pudiendo presentarlos en áreas de piel menos pigmentadas, como las palmas de las manos y plantas de los pies. En este caso, las metástasis respetan esta piel tan pigmentada y se confinan a ganglios linfáticos y otros órganos.

**HISTOPATOLOGIA:** Los criterios histopatológicos de malignidad son los siguientes: notable actividad de la zona de juntura, la invasión epidérmica con tendencia a la ulceración, la invasión de la dermis y de los ganglios linfáticos, las monstruosidades y las mitosis atípicas de las células nerviosas y la presencia de una infiltración inflamatoria inespecífica de la dermis.

**PROCESO Y PRONOSTICO:** La evolución es generalmente rápida y conduce a la muerte al cabo de uno o dos años.

**TERAPEUTICA:** Reviste gran importancia la profilaxis quirúrgica, que consiste en la extirpación de los centros sospechosos, en especial si están expuestos a traumatismos.

La terapéutica que se sigue varía según los autores: algunos aconsejan la extirpación quirúrgica amplia, con la subsiguiente radioterapia, tanto en el lugar de la lesión como en los ganglios linfáticos, otros se inclinan por radioterapia previa a la intervención quirúrgica y por último, los hay que únicamente recurren a la radioterapia en dosis masivas.

Ante cualquier melanoma sospechoso de malignidad debemos remitir al paciente, sin mayor dilación de tiempo al especialista adecuado (Dermatólogo, Plástico, etc.), absteniéndonos en absoluto de realizar alguna maniobra que pudiera agravar más la situación.

Explicación caso:

MARIA VARELA BOUZA, 74 años.

M.I. — Lesión pigmentaria ulcerada de 1,5 cm. de diámetro en planta de pie izquierdo a nivel del talón.

D. A. — Desde hace años presenta lesión pigmentaria en planta de pie que 2 meses antes comienza a crecer y sangrar, según refiere la paciente, no se palpan adenopatías.

A. P. — No tabaco, no alcohol, no cirugía, no accidentes. Enfermedad de Addison, Enfermedad de Parkinson.

A. F. — Diabetes tipo II en familia paterna, padre fallecido de cirrosis de Laennec. Madre fallecida durante trabajo de parto, dos hijos viven sanos, uno fallecido en accidente de tránsito, dos hermanos viven sanos, una diabética tipo II.

E. C. — Cabeza y cuello, sin alteraciones.

Tórax: A.C.P. — Sin alteraciones.

Abdomen: Sin alteraciones y extremidades sin alteraciones, exceptuando la lesión referida, no adenopatías palpables. Coloración melánica de la piel, tanto en superficies expuestas como cubiertas.

A. — Orina elemental sin alteraciones. Sedimento urinario: abundantes leucocitos por campo, se envía muestra para cultivo.

Coulter: Serie roja y plaquetas sin alteraciones. Serie blanca linfocitosis 48 %.

RX. — Tórax: Granuloma en región media de pulmón dcho.

¿E. P. O. C.? EKG. — Crecimiento de cavidades dchas. y bajo voltaje.

**ANATOMIA PATOLOGICA:** Melanoma nodular. GRADO IV de Clack. BRESLOW, 3,7Z mm.

**EVOLUCION:** Ante todo esto, es enviada al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Juan Canalejo. Intervenida bajo A. General, el 16-3-88 se realiza extirpación con 2 cm. de margen hasta fascia, cubriéndose el defecto con injerto de piel de espesor parcial. No hubo complicaciones en el post-operatorio. **DIAGNOSTICO:** MELANOMA M. nodular

### RESUMEN

#### Incidencia

Más común en mujeres; aparece después de

SERVICIO DIRECTO  
DESDE LA FABRICA  
EN VILLENA

**P.F**  
prescription  
footwear. s.a.

VENTA CON RECETA  
EN ORTOPEDIAS

**CONTRAFUERTE DE HELFET** indeformable rebatido a alta presión, (que no se debilita con el calor natural de la deambulación).

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.

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 ENTRE-SUELA 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.

prescription footwear. s.a. **P.F**

Apartado, 43, VILLENA (Alicante) Telf. (965) 80 01 91 - Telex 63973 PFVI E

la pubertad. Más frecuente en personas de piel blanca excesivamente expuestas al sol.

### Manifestación

Se manifiesta con prurito.

Debe observarse nuevas lesiones sobre la piel previamente normal; aumento del tamaño y pigmentación de nevus preexistentes, más tarde, nódulos infiltrados negro azulados, lesiones satélites y metástasis.

### Localización

Se localiza en: cabeza y cuello. Parte inferior de las piernas, genitales y membranas mucosas y excepcionalmente en cara palmar manos y zonas plantar.

### Estudio Anatómico - Patológico

Su histopatología es diagnóstica. Proliferaciones de melanocitos atípicos en la unión dermo-epidérmica, tal vez con invasión de la epidermis. Estroma dérmico destruido.

---

---

## TRATAMIENTO GENERAL Y ORTOPODOLÓGICO DE LAS QUERATODERMIAS PALMO PLANTARES



**QUERATODERMIAS PALMO-PLANTARES**

**E. Rodríguez Valverde**  
(Congreso Nacional Valencia)

Nombre genérico que se da a diferentes alteraciones, afecciones o enfermedades de los pies y manos, caracterizadas por el aumento o engrosamiento, circunscrito a una zona o generalizado, del estrato córneo de las palmas y plantas, formándose así hiperqueratosis en ellas.

**Queratodermia:** sinónimo de Queratoma, Queratosis, Hiperqueratosis, Tilosis.

En realidad son Disqueratosis.

Su localización si bien comunmente es en palmas y plantas, pueden encontrarse indistintamente en una de ambas ocasionalmente, sus formas de presentación y desarrollo, su localización y aumento excesivo, así como el aspecto queratinoso de la capa engrosada y la distribución del fenómeno hiperqueratósico junto con su historia clínica, serán las características que determinen su diagnóstico diferencial.

Pueden ser adquiridas o congénitas y así mismo presentarse solas o acompañando a otras enfermedades o formando parte de un Síndrome.

Las adquiridas son: el Queratoma Plantar surcado y la mal llamada Queratodermia Climatérica.

Dentro de las congénitas encontramos la Queratodermia palmoplantar hereditaria, la Ictiosis, la Queratodermia palmoplantar hereditaria, la Ictiosis, la Queratosis punteada palmo-plantar, el Síndrome de Papillón Lefevre, el mal de Meleda, la Poliqueratosis de Touraine, la Queratosis familiar con carcinoma esofágico, el Síndrome de Gretter, la Queratosis estriada, la enfermedad de Vohwinkel, así como alguna variedad de las antes mencionadas.

Franceschetti y Schnyder, realizaron una clasificación clínico-genética de las Queratodermias hereditarias, dividiéndolas en las siguientes formas, dominante, intermedia ligada al sexo y recesiva.

Las formas dominantes pueden presentarse aisladas o sea únicamente con la malformación propia de la Queratodermia palmoplantar, esto es de simple localización en pal-

mas y plantas, o ir acompañadas de otros signos y/o síntomas, pudiendo estar asociada al engrosamiento de las falanges distales onicogriposis, Onicauxis, piel pigmentada y reticulada, problemas esmalte dental.

La forma intermedia ligada al sexo, de la Queratodermia palmo plantar, la consideran unida a la displasia ectodérmica anhidrosica.

Las que invaden otras zonas, las clasifican como de transmisión genética recesiva.

Costello y Gibbs, no están de acuerdo con esta clasificación presentando en su libro una tabla con la suya.

No obstante para nuestro tratamiento quizá su división podría más bien partir de las siguientes características y formas de asentamiento.

a) De localización preferente o exclusiva en palmas y plantas.

b) Subsidiarias a otras enfermedades.

Dentro del grupo 1.º queda englobado el Síndrome de Thost Unna.

Se caracterizan éstas por un intenso engrosamiento, generalmente simétrico, del estrato córneo de la epidermis afectando con la misma intensidad a todas las zonas de las plantas, pudiéndose manifestar en palmas, con menor intensidad y en ocasiones en zonas muy concretas (roces anillos, bolso, trabajo, etc.). Normalmente son simétricas afectando con la misma intensidad a todas las zonas exceptuando las de presión, estando éstas condicionadas por la morfología y agentes externos como son; condiciones de trabajo, peso, calzado, yatrogénicos (por tratamientos ortopodológicos incorrectos), etc. Puede extenderse a las superficies laterales y/o dorsales según las condiciones o medios en que se desarrollan pies y manos.

En el 2.º grupo encontramos a las subsidiarias a otras enfermedades o formando parte de un Síndrome, pudiendo estar presente en la Psoriasis, Ictiosis, Darier, Vohwinkel, Eczema crónico, Pitiriasis rubra pilaris, Porokeratosis, Hispocratismo digital y la Queratosis folicular.

Las formas aisladas y como tales menos frecuentes son:

Queratosis palmar estriada.

Queratosis progresiva de las extremidades.

Queratosis difusa circunscrita.

Queratoma mutilante hereditario (Vohwinkel).

(La queratosis estriada de palmas y plantas y a la difusa de plantas que pueden ir asociadas a distrofia corneal).

Las queratodermias palmo-plantares recesivas, en general forman parte de otras anomalías ectodérmicas, siendo así mismo probable encontrar también anomalías mesodérmicas.

La biopsia será mejor obtenerla de la planta del pie a nivel de la primera articulación metatarso falángica, ésta confirmará si se trata de una queratodermia, al observar el corte, puesto que existen unas diferencias sustanciales para corroborar la genodermatosis.

La diferencia del estrato córneo con respecto al de malpighi será de 5 ó 6 veces aumentado su espesor, conservando ésta su grosor normal. Los cambios histológicos provocados por efectos mecánicos no se limitan a la epidermis ya que son multifocales e incluyen la dermis y tejido graso. En la queratodermia, aún estando localizados en zona de presión, no se observan los cambios producidos en las lesiones mecánicas.

Todos coinciden en opinar que la falta de vitamina A, impide la queratinización normal, por lo que su ausencia desarrolla múltiples enfermedades de la piel estando, como es lógico la queratodermia englobada en ellas. Pudiendo afirmar que la avitaminosis A, es una de las causas desencadenante, prueba de ello está en que durante el verano, en nuestro país mejoran notablemente las afecciones de este tipo.

### ENFERMEDAD O SINDROME DE THOST UNNA

Historia: La K.P.P.H., fue descrita en 1880,

por vez primera por Thost, bajo el nombre de Ictiosis congénita de las palmas y plantas.

Con anterioridad a Thost, Boegehold, Erust, Fulis y Simon, se habían referido a una alteración similar como una forma de Ictiosis.

Hacia finales del siglo XIX, Paul Unna, hizo una diferenciación entre la alteración descrita por Thost y la Hiperqueratosis, pues eran muy similares clínicamente. Unna enfatizó los factores hereditarios del K.P.P.H., y apuntó que la causa no era traumática, como pasaba en el caso de las Hiperqueratosis. El fue el que le dio el nombre de Queratoma plantar y palmar hereditario; que es el nombre con el que aún frecuentemente se le distingue, el tiempo ha perpetuizado su denominación bautizando a la enfermedad con sus nombres en memoria de ellos: Thost Unna.

Este síndrome se halla incluido dentro del marco de las Queratodermias palmo-plantares hereditarias o congénitas, que como sabemos es el nombre genérico de un número de afecciones que se caracterizan por Hiperqueratosis locales o generalizadas del estrato córneo y de la epidermis, localizados en palmas y plantas o una de ambas indistintamente. Estas afecciones constituyen formas características de presentación, cuya diferencia y evolución son palpables de acuerdo con su desarrollo.

**NOSOLOGIA:** Algunos dermatólogos están de acuerdo en opinar que hay razones suficientes para pensar que se trata de un simple nevus, hasta el punto, de que hay muchos investigadores que creen que la enfermedad se halla dentro del grupo de las Dermatitis ictióticas nevoides, aunque Unna dudó en un principio de esta relación.

A lo largo de los años se han dado razones de todo tipo sobre su etiología pero hasta el momento se desconocen sus verdaderas causas. Si bien como antes hemos mencionado representa un papel importante la avitaminosis A.

### SINONIMOS

Queratosis palmaris y plantaris hereditaria

(para abreviar nos referimos a esta enfermedad con las siglas K.P.P.H., pero debemos tener en cuenta que sus sinónimos son):

1. Enfermedad de Thost Una.
2. Queratosis hereditaria palmar y plantar Thost Unna.
3. Ictiosis hereditaria palmar y plantar (Thost).
4. Queratodermia familiar palmar y plantar (Darier).
5. Queratodermia hereditaria sistemática.
6. Queratoma palmar y plantar.
7. Queratosis palmo-plantar difusa.
8. Queratosis palmo plantar difusa circunscrita.
9. POroqueratosis palmar y plantar.
10. Queratodermia palmarias y plantaris.
11. Ictiosis congénita de palmas y plantas.
12. K.P.P.H. en EE.UU.

Es un hecho que la K.P.P.H., no es infrecuente encontrarla asociada a cambios ictióticos o seróticos. Algunos pacientes observados hace años, presentaban una combinación de esta enfermedad y bien pudieron haber tenido una Eritrodermia ictiosiforme congénita en la que la Queratodermia de las palmas y plantas eran solamente una muestra de toda la enfermedad. Esta falta de datos interpretativos condujeron a asociar la K.P.P.H., con ictiosis en muchos de los casos primeramente descritos.

Algunos autores sugieren —teniendo en cuenta que aparecen ampollas en la K.P.P.H.— que la enfermedad puede ser una variante de la epidermolisis ampollosa. Otros consideran esta teoría insostenible pues la documentación existente sobre casos con ampollas es muy pobre y su número muy reducido.

**TRANSMISION - HERENCIA:** Generalmente la K.P.P.H., es una enfermedad predominantemente hereditaria, a pesar de que existen artículos publicados de herencia accesible. Sira de ejemplo el mal de Meleda, que bien puede ser una forma recesiva de esta enfermedad. De hecho algunos autores considerados mundialmente autoridades en la genética de la K.P.P.H., opinan que existe una forma recesiva hereditaria de la K.P.P.H. Estas formas

tardías descritas por Fischer, Schnyder, Hudedo y Rabut, presentan anormalidades de las uñas, pelo y dentadura además de otras anormalidades asociadas.

Tampoco hay apenas referencias sobre la cadena y límite sexual. Una dermatosis de cadena sexual descrita por Siemens en 1925 como Keratosis Follicularis espinolosa con Ofiasis, probablemente no fue una K.P.P.H., como conocemos la enfermedad tardía actualmente, a pesar de que se manifestase un ligero engrosamiento difuso de las palmas y plantas.

Otro caso de supuesto ejemplo de cadena sexual de la K.P.P.H. fue descrita por Torres en tres generaciones de una familia brasileña, se cree que la Keratosis Follicularis Espinolosa con Ofiasis la padecen los hombres, los pacientes de Torres, en este caso, eran todo mujeres. Otra familia similar fue estudiada por Predrev. Balantyne refirió otro caso en 1896 puntualizando otra imagen peculiar de la condición palmar y plantar denominándola exfoliación de las palmas y plantas cada primavera y otoño.

Otra forma intermedia de cadena sexual de la K.P.P.H., fue descrita por Franceschetti.

Según Dupre, Morny, Valerio, Boeghold, Fred y un equipo describieron casos en que no se confirmó la herencia, incluso suponiendo que así fuese a otros miembros de la familia también se hallaban afectados, con todo y que la extensión involucrada en dichos casos era variable. Por supuesto que cada paciente al que se le ha hecho el diagnóstico conviene someterlo a una profunda anamnesis.

K.P.P.H., es un modelo de dominante hereditario con una posibilidad de no afectación de 1-2 individuos.

Yoshida, después de estudiar más de 100 casos recopilados de la literatura japonesa, llegó a la conclusión de que la condición se transmite como un «Polímero dominante», con un intensificador recesivo.

A pesar de que la enfermedad, (según un estudio realizado, se ha transmitido durante 150 años sin solución de continuidad, parece que hay generaciones que se han librado de

esta condición. Puede ser de todas formas que la enfermedad no aparezca en el primer nacimiento, pero sí en los siguientes. De cualquier forma M. P. Anderson, refiere un caso en que nueve hijos que tuvieron todos la padecían.

Cockaine nos habla de un hombre de condición sana en el que los hijos de un primer matrimonio no tenían afección alguna en los pies y plantas, mientras que en su segundo matrimonio hubo tres niños afectados a pesar de que, ni su 2.<sup>a</sup> esposa, ni ningún otro miembro de la familia presentaba la enfermedad.

Se han descrito casos de gemelos de ambos sexos afectados de K.P.P.H., con todo y que los padres estaban sanos respecto de ella.

Macarly ha seguido la enfermedad en una familia durante 7 generaciones, Macaulay, Turpin y Chung en 6, otros autores en menos número de generaciones.

De todas formas sí se está en condiciones obvias de demostrar los aspectos familiares y hereditarios de esta enfermedad. Por lo que así podemos considerarla.

### INCIDENCIA DE SEXO

Afecta a ambos sexos sin distinción. Unos estudios han intentado demostrar que hay una preponderancia de afectación en los hombres, mientras otros opinan una mayor incidencia en las mujeres.

### APARICION

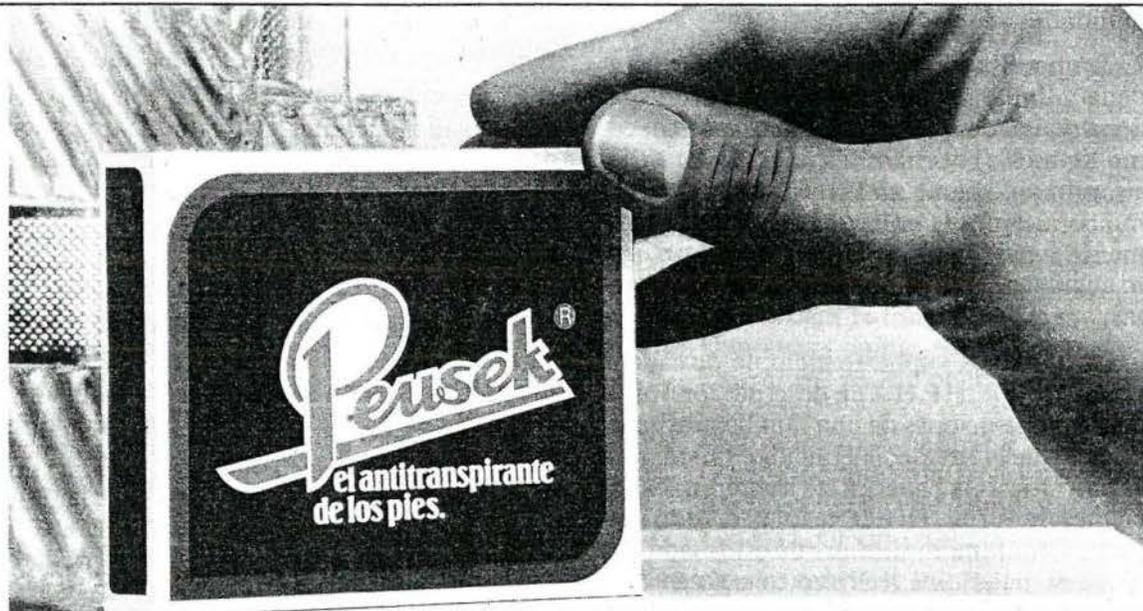
Hay unanimidad en que esta anormalidad aparece completamente formada durante la infancia o poco después de ésta. Existe un número sustancial de casos, en que así ha sido.

Fokin y Fiser, comentaron de un paciente cuya enfermedad apareció a los 40 años, en aquellos pacientes en los cuales la enfermedad aparece tardíamente, parece que existe una concomitancia con otras enfermedades congénitas. El caso clásico de la K.P.P.H., empieza con cambios tempranos en pies y manos, siendo éstos un aumento de la suavidad, tersura, rojez de la piel de sus palmas y plantas. Este tipo de cambios se interpretan así mismo con una aparición brusca.

Fue Johnlane quien describió el Eritema Si-

# PEUSEK®

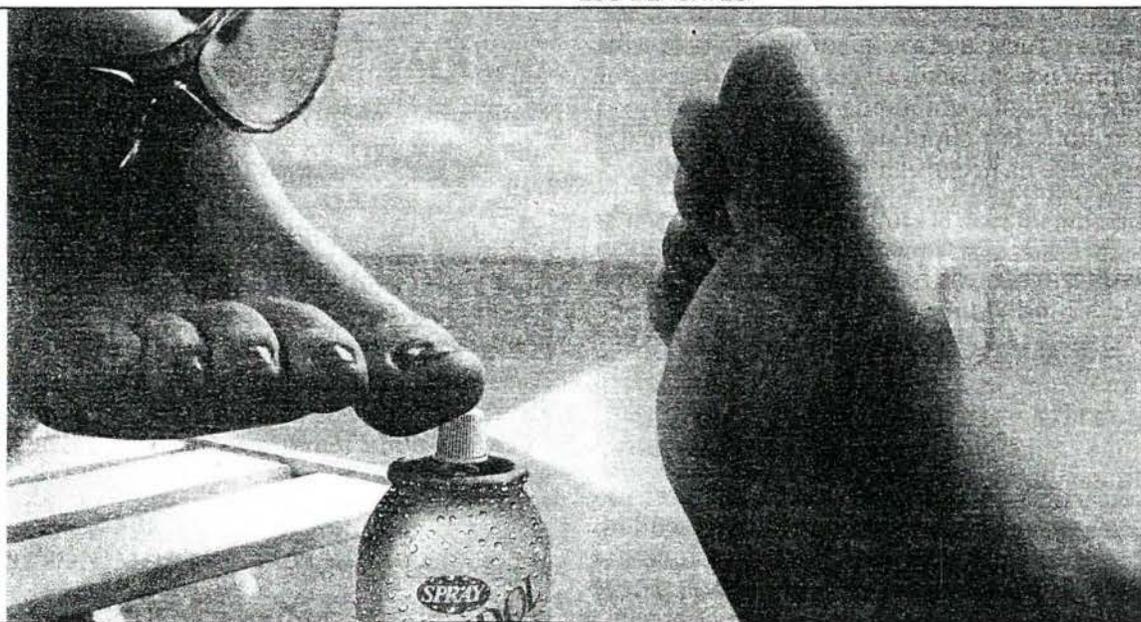
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

métrico decía que no existía relación alguna entre ella y la K.P.P.H., el Eritema inicial de palmas y plantas puede extenderse a las áreas contiguas. Debe tenerse en cuenta al diagnosticar una K.P.P.H., de que exista en los tejidos contiguos, un eritema inicial, porque esta apariencia clínica es común en el mal de Meleda. Existe unidad de criterio en que las plantas son con mayor frecuencia afectadas por las Queratosis y antes que las palmas; de cualquier forma en ambas áreas aparecen pronto las Hiperqueratosis. El lapsus entre una y otra pueden ser de tres años, a partir de entonces se ven afectadas las periferias de ambos.

Según otros autores puede estar desarrollada totalmente a los seis meses de edad, pero creemos como más frecuente la formación o aparición al iniciar de deambulación.

### LUGARES DE ASENTAMIENTO

Normalmente asienta en la planta del pie y talón, no es infrecuente su localización a nivel de la apófisis estiloides del V M.T.T., y dedos, en los laterales del pie es frecuente su localización, así como el dorso de los dedos y retro-calcáneo. Ello es debido al roce o presión que determina el uso del calzado. La epidermis se engrosa formando un color amarillento adquiriendo en ocasiones un aspecto verrugoso pudiendo llegar a complicarse si no se procede a su deslaminación periódica.

Sus bordes son delimitados pasando súbitamente de un tejido patológico a otro potencialmente sano con unos bordes precisos, exactos y circunscritos.

Puede ser asociada a onicauxis. Se observa así mismo espasticidad que favorece la retracción de los dedos ocasionando dedos en garras, causando helomas periungueales, distales, interdigitales, etc.

La enfermedad ordinariamente es bilateral y simétrica, sin embargo existen casos unilaterales. Puede darse el caso de que sólo afecte a las extremidades superiores o inferiores indistintamente. Las lesiones pueden aparecer también sobre el tendón de Aquiles y en las muñecas.

Las Hiperqueratosis que presentan los pies son generalmente uniformes y rugosas los primeros meses, luego varía al presentarse una delimitación de la piel caracterizada por un borde eritematoso. En adolescentes y adultos estas Hiperqueratosis acostumbran a ser prominentes debido al roce y la presión que ocasiona el calzado y el peso del cuerpo.

### COMPLICACIONES

El tipo de pie que presentan estos pacientes acostumbran a ser longilíneos y sus piernas en huso.

Pueden coexistir con ellas la Podohidrosis y la Podobromhidrosis, considerando algunos autores a ellas como causante de la enfermedad, así como fisuras en espacios interdigitales y comisura plantar de los dedos.

No es infrecuente la complicación con micosis, que pueden localizarse en cualquier punto, aunque lo es más en las zonas de presión o hiperpresión y que posiblemente nos lo determina la falta de respuesta de defensa de esa zona al estar constantemente traumatizada, circunstancia que favorece la alteración del pH, así como la Podohidrosis. Otros autores aseguran que es imposible el desarrollo micótico de esta enfermedad.

La humedad, el calor, etc., aparte de los tratamientos medicamentosos con pomadas, lociones, cremas, etc., que en muchas ocasiones se aplican, también son posibles causas determinantes de un campo propicio para la transformación de las especies saprófitas en patógenas.

Es probable que a pesar de obtener unas muestras para realizar el cultivo, cuando se presume una micosis, éste salga negativo, sobre todo, una vez se han realizado ya tratamientos anteriores, sin haberlo. Obtenido previamente a él, para determinar si existían hongos en esa zona. De todas maneras la sintomatología que presentan, cuando los hay, es característica de esa infección. Picores, escorzor, tumefacción, exudación, etc. Acentuándose los picores cuando se lleva calzado tapado, en lugares cálidos, con calefacción y con el calor de la cama.

### INFLUENCIA DE LA GEOGRAFIA Y RAZA

Según Costello y colaboradores, su impresión es que esta enfermedad aparece con más frecuencia en personas de origen mediterráneo, a pesar de que es universal su localización. Floderus y Bergstroem, decían que hay un foco endémico de esta enfermedad en el condado de Norboten en el nordeste de Suecia. La padecen todas las razas.

### INFLUENCIA EN EL CLIMA

Como la mayor parte de las enfermedades seróticas la K.P.P.H. empeora en invierno, de cualquier forma las posibilidades de infecciones sobre añadidas, aumentan en verano.

### CONCLUSIONES

**Transmisión:** Genética autosómica dominante. Se manifiesta en todas las razas y sexos.

**Histología:** Aumento del estrato córneo, típico de las queratosis no traumáticas.

**Curso:** Persiste durante toda la vida. Se acentúa con los microtraumatismos. Mejora ostensiblemente con tratamiento ortopodológico adecuado.

**Tratamientos:** Evitar profesiones que comporten ortostatismo o traumatizantes de las zonas de localización.

**Ortopodológico:** Plantillas a base de Roval-Foam. Para su confección emplearemos de diferentes densidades y gruesos de acuerdo con la tolerancia y necesidad del caso. Estas plantillas deberemos confeccionarlas nosotros mismos, pues cada paciente requerirá una especial atención, no sólo durante su confección, sino al realizar las comprobaciones y pruebas correspondientes.

En los casos en que se agudice la afección, la frecuencia con que se deberán renovar, variará con la necesidad que manifieste el paciente y que nosotros mismos observemos en su evolución.

**Farmacológico:** Acido retinoico por vía oral, 1 mg. por kg. de peso y día en forma de

cápsulas. Existen también específicos en forma de gotas que contienen gran concentración de vitamina A. Localmente se aplican también pomadas a base de ácido retinóico 0,3 %, ácido salicílico, urea, utilizando como excipiente Vaselina Filante; Según Heiss y Gross con grandes resultados. Nuestra experiencia aconseja aplicar el ácido retinóico tópicamente en emulsión o crema O/W y lanolina.

**Quirúrgico:** Existen autores que para casos graves recomiendan el tratamiento quirúrgico ya sea por extirpación o injerto. No obstante son muy frecuentes las recidivas, según ellos mismos reconocen.

**Calzado:** Deberá recurrirse a un calzado dúctil, de suela flexible y blanda y corte de iguales características.

Los anchos y largos serán suficientes como para evitar cualquier roce, tanto dorsal como lateral.

Al mismo tiempo que el tratamiento con plantillas (en los casos reactivados o empeorados por el uso de plantillas y/o calzado inadecuado), podemos confeccionar un tipo de calzado a base de piel natural o sintética y suela de iguales características a la que podremos haber aplicado previamente otra de Roval Foam duro.

Ello permitirá obtener un calzado a medida y al mismo tiempo muy ligero. Nos valdremos para ello de un molde negativo obtenido en carga, en dos fases, y positivo a base de resina de poliuretano.

**Pronóstico:** Una de las complicaciones que pueden presentar el Síndrome de Thost Unna, es el cáncer de esófago (según autores en estos casos la queratodermia aparece en edades comprendidas entre los 5 y 15 años. Por lo que respecta a las lesiones, persisten toda la vida, si bien, pueden disminuir de grosor y tamaño, por lo que respecta a los pies, con el tratamiento ortopodológico adecuado.

Llegando incluso casi a desaparecer, controlando su evolución, si se mantiene el tratamiento ortopodológico constantemente. Así como con el ácido retinóico si se ha obtenido respuesta positiva a él.

## OPINION

El pasado mes de octubre, se celebró en Pamplona el IV Curso de Patología del Pie, organizado por el servicio de Traumatología del Hospital de Navarra. Al mismo fuimos invitados por el Dr. M. Martínez Vergara (Director del Curso) los Podólogos de Navarra y en esta ocasión, algunos compañeros de las provincias limítrofes.

En dicho curso, se desarrollaron básicamente y como viene siendo habitual, las diferentes patologías del pie y su tratamiento, especialmente quirúrgico-traumatológico. Al mismo fue invitado de manera preferencial el Profesor A. Viladot Pericé. Como digo, el curso se desarrolló de manera habitual hasta el momento en que hubo de intervenir el profesor Viladot. Grande fue nuestra sorpresa al constatar que toda su conferencia versó a cerca de los soportes plantares, es decir plantillas, en tono casi sorprendente, pues parecía como si en un instante la Traumatología hubiese descubierto las plantillas. En su alocución hizo algo de referencia a la necesidad de modernos materiales, la confección de moldes de yeso, etc., cosas más que habituales para nosotros los Podólogos. Pero la sorpresa absoluta se desarrolló en la última ponencia (Dr. S. Max Moliné), cuando ante mis ojos aparecieron 3 diapositivas de ortosis digitales. Las mismas se expresaban como tímidas opciones a la cirugía habitual traumatológica de las problemáticas del antepié. Gracias a Dios, hizo levisima mención a los Podólogos, relacionando estas soluciones (las ortosis) como la «frontera», interrelación... entre ambas profesiones.

Antes había existido una desafortunada intervención en una de las ponencias, en la que se hacía referencia al cuidado conservador de los juanetes por parte de los «pedicuros».

Ante el transcurso de dichas jornadas, se me ocurren algunas reflexiones.

Primeramente un agradecimiento por la invitación y seguidamente otras cuestiones. ¿La traumatología es todavía esa profesión médica que desconoce por completo los tratamientos conservadores referidos al pie? ¿La figura del Podólogo es tan desconocida para ellos? De ser así; ¿de quién es la culpa? Quizas tengan poco interés; pero... ¿nos hemos dado suficientemente a conocer?

La relación profesional debería de ser otra; partiendo de la base del perfecto conocimiento por su parte de nuestras atribuciones y nuestros conocimientos, pienso que de un alto nivel, el cual no podemos perder, muy al contrario, aumentar. Además, darlo a conocer en una sociedad en la cual seguimos siendo unos desconocidos. Será ésta una manera más de afianzar nuestras atribuciones y todas las facetas del diagnóstico y tratamiento del pie.

Por último, y volviendo al curso, se dio un hecho insólito y por el cual debo expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Viladot Pericé, dada su diplomacia y sabiduría. Al terminar la última ponencia, sobre la patología del antepié, en la que el ponente afirmó, la poca importancia y dedicación que le dispensaba hasta ahora la traumatología (el mismo ponente de las ostosis), se procedió a la última mesa redonda. Se levantó un Sr. al parecer un compañero médico (se llama Rodríguez Soto según nos dijo después) y le formuló la siguiente pregunta al profesor Vidalot Pericé: **Profesor, ¿qué opina usted de que los profesionales podólogos realicen la cirugía del antepié aludida por el ponente?**

Respondió el profesor Dr. Vidalot Pericé: **No creo que sea el momento ni el lugar para analizar dicha circunstancia, siendo además los colegios profesionales y las asociaciones quienes, en todos caso, deberán opinar al respecto; pero le voy a decir una cosa:** (continuó el profesor) **Yo prefiero una intervención bien practicada por un Podólogo, que una mal hecha por un Médico.**

Bravo Profesor Viladot

Angel. F. Cabezón  
Pamplona

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

*Mendivil*

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

*Orto-Mendivil s.l.*

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

## HOY ENTREVISTAMOS A:

### HOMENAJE NACIONAL A UN COMPAÑERO

*En este número más que una entrevista, es la descripción de un acontecimiento importante en el seno de la familia Podológica.*

#### ISAIAS DEL MORAL CEJALVO

En el pasado XX Congreso Nacional de Podología, celebrado en Valencia, y como broche final a la Cena de Clausura, se le tributó por acuerdo de la Asamblea General de Representantes de la Federación Española de Podólogos, un merecido homenaje al compañero de Valencia ISAIAS DEL MORAL CEJALVO.

El acto, de gran sabor sentimental, nos dio oportunidad de ver como los principales representantes podológicos de todas y cada una de las Asociaciones autonómicas de nuestra geografía, rendían tributo, obsequiándole con un regalo identificativo de su región, a una persona que se entregó y se entrega todavía, en cuerpo y alma a su querida **PODOLOGIA**, con mayúsculas.

Tras recibir con gran entereza y emoción los obsequios, nos brindó un cariñoso discurso de agradecimiento y de ánimo a las futuras generaciones para que prosigan la labor de todos los pioneros de la podología, entre los cuales, y aunque no lo mencionó, nosotros los situamos en lugar preeminente.

Al final no dudó al poner en su boca, los nombres de aquellos compañeros que nos han dejado, con mención especial a sus amigos más cualificados: ESCACHS, BAEZ y VI-LATO.

Durante la sesión inaugural del Congreso, de manos del Ilmo. Sr. D. Máximo González Jurado, Presidente del Consejo General de Enfermería, recibió la máxima condecoración que un profesional puede recibir en su vida: **LA MEDALLA AL MERITO PROFESIONAL**.



Adjuntamos «currículum vitae» de nuestro querido compañero, para que sirva como justificación y ejemplo de sus continuos desvelos por la Podología.

La Asociación Valenciana de Podólogos está muy satisfecha y agradecida a todo el resto de España por esa muestra de cariño a un compañero nuestro tan cualificado.

#### CURRICULUM VITAE

Nace en Reillo (Cuenca), el día 3 de mayo de 1911.

Termina sus estudios de practicante de Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de Valencia en junio de 1934.

Se da de alta en el Colegio de Practicantes de Valencia con fecha del 26 de noviembre de 1934.

Durante la contienda civil ejerce de practicante en varios hospitales de campaña, adquiriendo gran práctica en Medicina Quirúrgica y Anestesiología, así como en las labores propias de practicante.

Desde el año 1939 hasta el 1977 ejerce de practicante- A.T.S. en el Sanatorio Psiquiátrico de «San Onofre», sito en Quart de Poblet (Valencia).

En el año 1943 decide instalar clínica propia de cirujano-callista, alcanzando a través de los años una merecida fama profesional en Valencia y su provincia.

En el Curso 1957-58 cursa en la Escuela de Podología de Barcelona, dependiente de la Facultad de Medicina, sus estudios de actualización de conocimientos a la nueva denominación de podólogo, a pesar de gravar su economía por ello.

VOCAL NACIONAL y lógicamente PROVINCIAL de la Mutualidad de Actividades Diversas, en defensa del practicante, durante seis años.

VOCAL 1.º ELECTO durante dos años, durante la Presidencia de don Vicente Sanchiz, del Colegio de Practicantes de Valencia, Cargo del que presentaría la dimisión.

SOCIO FUNDADOR Y VICEPRESIDENTE ELECTO de la entonces llamada Agrupación de Podólogos de España, desde su fundación en 1958 hasta el año 1980, en el cual y en el Congreso de Alicante, presenta la dimisión para, según sus propias palabras, dar paso a las generaciones jóvenes.

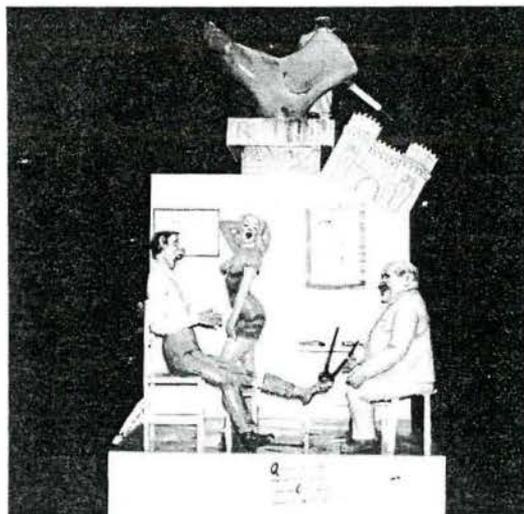
DELEGADO DE LA ZONA DE LEVANTE de la Agrupación de Podólogos de España durante los mismos años, impulsa la Podología valenciana y la sitúa en el tercer lugar nacional.

Maestro de todos los compañeros valencianos que lo desearon, no duda en abrirles la puerta de su clínica privada, cuando no era lo común, para enseñarles lo que sabía. Extremo que pueden constatar varios compañeros de la región.

Colabora activamente en la redacción y posterior consecución del Decreto 727 del 29 de

mayo de 1962, que regula los estudios futuros de Podología.

Colabora económicamente (de su pecunio particular), como también hicieron algunos poco más, para la construcción y realización de la Escuela de Podólogos, dependiente de la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona, en 1963.



Podólogo conferenciante en el I Congreso Nacional de Especialidades Paramédicas.

AUTOR de diversos trabajos científicos para la Revista Española de Podología, así como de conferencias en diferentes congresos nacionales. Representa al Podología española en distintos congresos internacionales.

SECRETARIO GENERAL DEL VII CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA, celebrado en Valencia en 1974, y colaborador en la organización de los Congresos Nacionales de Alicante y Castellón.

SOCIO FUNDADOR Y ACTIVO hasta la fecha de la Asociación Valenciana de Podólogos, integrada en la Federación Española.

Tramita su BAJA en el Colegio de Practicantes-A.T.S.-D.E. de Valencia el 15 de octubre de 1986, a los 75 años de edad y tras 53 años continuados de ejercicio profesional.

Actualmente es COLEGIADO HONORIFICO del citado Colegio.

# FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

## SEGREGACION

Manuel González San Juan  
Madrid

- Soy libre porque sé morir.
- Soy libre porque actúo con referencia a la ética
- Soy responsable porque actúo éticamente

Los dictámenes de la Ley no son sincrónicos con el progreso y esto es así porque la inercia que caracteriza al aparato legislativo es muy elevada frente a la gran capacidad de adaptación que refleja la demanda social.

El negro languidece en la sombra del egregio templo de la medicina oficializada.

Debemos enfrentarnos a las dificultades que pueden presentar los poderes fácticos.

Dejemos hablar a la libertad de quienes movidos por los resultados terapéuticos acuden a la consulta de uno de nosotros, practicantes de M.I.S.

## COMO MATAR UNA ORGANIZACION EN CATORCE SENCILLOS PASOS

Cortesía de Mark Valinsky D.P.M.

1. No vayas a las reuniones. Si lo haces, llega tarde.
2. Asegúrate de irte antes de acabar la reunión.
3. No digas nada en las reuniones; espera a la salida para hacerlo.
4. Vota por todo, entonces, vete a casa y no hagas nada.
5. Saca a los representantes y a los demás compañeros todos los defectos que puedas.
6. No tomes parte en los asuntos de la organización.
7. Toma todo lo que la organización te dé, pero no le ofrezcas nada a cambio.
8. Habla de cooperación, pero nunca cooperes.
9. Nunca, repito, nunca le pidas a nadie que se afilie a la organización.
10. Si se te pide colaboración, di simplemente que no tienes tiempo.
11. Nunca aceptes un cargo. Recuerda que es más cómodo criticar.
12. Tienta a quien tenga el mando todo lo que puedas y si ello te ayuda; indica a los demás lo mucho que están tolerando.
13. Nunca leas nada relativo a la organización, no sea que te enteres de demasiadas cosas.
14. Nunca hagas más de aquello a lo que estás obligado a hacer. Cuando otros desenfrenados en sus impulsos y deseos, utilizan sus habilidades para ayudar a la causa, pon el grito en el cielo puesto que la organización estará en manos de una «pandilla».

## SE HABLO DE...

Repaso a las primeras revistas de Podología

Hoy de la 5 a la 8 (sep.-oct. 1968/marzo-abril 1969).

Director: Leonardo Escachs Clariana

Subdirector: Pablo Vilató Ruiz

Redactor Jefe: Francisco Mané Domingo

Estas fueron las aportaciones científicas:

- 1º Lisozima y verrugas plantares (No pod.)
- 2º Indicadores Radiopacos para determinar el movimiento esquelético intrategumental en el pie. (No pod.)
- 3º Anomalías congénitas. J. Antonio Calvo
- 4º La plantilla Ortopédica 3-3. P. García Ferriz
- 5º Transtornos óseos del pie durante el crecimiento. (2). Pablo Vilató
- 6º El dedo de Morton o neuritis plantar. Zacarías García
- 7º Evolución del pie. Nelson C Peyre (No pod)
- 8º Profilaxis de las enfermedades de los pies. F. Mañé
- 9º Micosis. Jose Antonio Calvo García
- 10º Profilaxis de las enfermedades de los pies. F. Mañé
- 11º La Epidermis, sus funciones, su constitución. Marcel Vatarad (No pod.)

---

---

## LA F.E.P INFORMA

### COMITE ORGANIZADOR CONGRESO NACIONAL DE SAN SEBASTIAN

Comisión Económica: J. Antonio Angulo, Javier Benegas y Gaspar Granados

Comisión Científica: J. Karlos Etxebeste, Alberto Zuloaga y Iñaki Ribero

Comisión Actos Sociales: Andrés Viedma, Sebas Tenés y Javier Benegas

Comisión Hoteles: Lourdes Aguirre, J. Antonio Angulo y Rafa Martínez

Comisión Medios de Comunicación: Susana Emparanza y J. Karlos Etxebeste

Comisión Expositores: Fermín Zunzunegui, Jacinto Viedma y Elena Vidarte

Comisión Imprenta: María Pilar Gómez Eizaguirre y Ernest Mascaró

Comisión Placas y obsequios: Andrés Viedma, Sebas Ténes y Javier Benegas

Comisión Relaciones podólogos: J. Luis Inchaurredo y J. J. Araolaza

Comisión pioneros: J. J. Araolaza.

Secretaría General: Juan José Araolaza

---

---

*La Asociación Madrileña de Podólogos, a informado a esta F.E.P. la próxima celebración de «El Día del Podólogo» que tendrá lugar en el aula magna de la facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid el próximo día 11 de febrero de 1989; donde se desarrollará un curso sobre EL PIE EN LA TERCERA EDAD.*

---

---

## EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA

# § SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

- Instrumental médico.
- Piezas de mano.
- Micromotores.
- Fresas.
- Esterilizadores.
- Materias primas, etc.

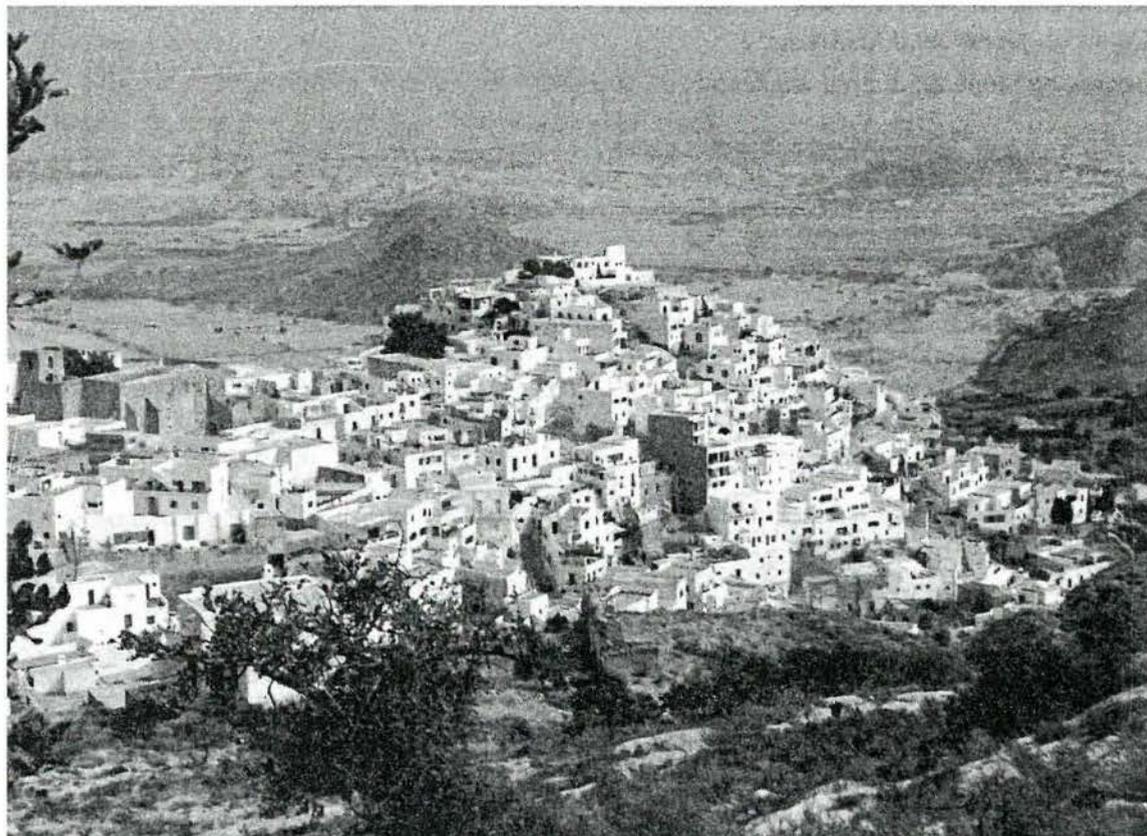
*Le comunica la apertura de su nuevo local comercial el próximo 15 de noviembre y que permanecerá abierto de martes a sábado de 10 a 13 horas y de 16 a 19 horas, domingos por la mañana. Lunes, cerrado por fiesta semanal.*

*Ante cualquier material que necesite, CONSULTENOS y nos sentiremos orgullosos de poderle asesorar.*

### **SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS**

C/. Princep Benlloch, 16. Andorra la Vella  
Teléf. 60516. Fax: 60790. PRINCIPAT D'ANDORRA

## PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:  
Carlos T. G.

Objetivo:  
DDR T 2.8

Exposición:  
1/125

Datos técnicos:  
Cámara Praktica TL 1000

Película:  
Agfa 21/100

**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFIERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

### NOTA DE LA REDACCION:

Desearíamos los trabajos a publicar fuesen acompañados de su bibliografía correspondiente.

Necesitamos colaboración para crear un Comité Científico para las aportaciones científicas.

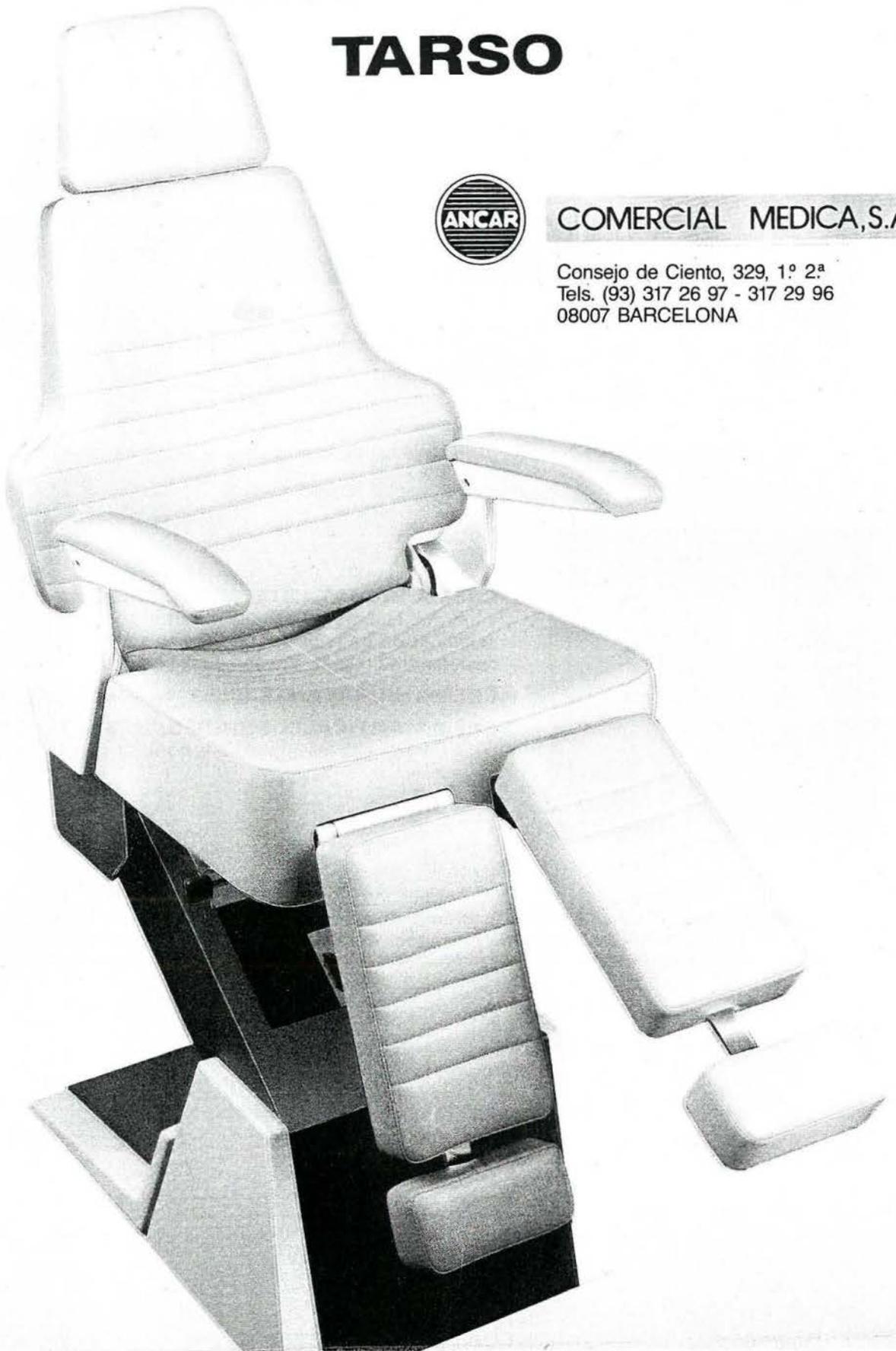
Participa en las secciones de opinión, pensamientos, entrevistas, etc.

# TARSO



COMERCIAL MEDICA, S.A.

Consejo de Ciento, 329, 1º 2ª  
Tels. (93) 317 26 97 - 317 29 96  
08007 BARCELONA



# AKILEINE®

La línea de productos para los pies Akileine, se utiliza con éxito en todo el mundo. Sus productos, basados en la acción de los lipoaminoácidos, ayudan a resolver todos los problemas creados en el mundo del pie.

Sus productos se diferencian claramente en tres líneas de acción:



## LÍNEA AZUL:

Productos hidratantes.

## LÍNEA ROJA:

Productos antifatiga.

## LÍNEA VERDE:

Productos antitranspirantes.

**CREMA ANTITRANSPIRANTE. (0860).** Regulariza la transpiración, desodoriza y refresca la piel. Envase de 60 ml.

**CREMA ANTITRANSPIRANTE. (0863).** Envase Profesional 150 ml.

**POLVOS ABSORBENTES. (0861).** Absorben la humedad excesiva de los pies, evitan la irritación y previenen la proliferación bacteriana. Envase de 75 grs.



Productos hidratantes

**CREMA RELAJANTE. (0870).** Calma, descansa y da reposo al pie. Para pies fatigados hinchados y doloridos. Su acción tónica produce un gran efecto antifatiga. Envase 60 ml.

**CREMA RELAJANTE. (0873).** Envase profesional 150 ml.

**SALES DE BAÑO. (0872).** Descansan y tonifican los pies, eliminando las toxinas de la epidermis. Envase con 120 grs. (6 dosis).

**SPRAY ULTRA FRESCO. (0871).** Calma automáticamente el recalentamiento y evita la proliferación bacteriana. Desodorante y refrescante. Envase 150 ml.



Productos antitranspirantes

**CREMA HIDRATANTE. (0850).** Nutre, suaviza, revitaliza e hidrata. Elimina las células muertas por acción mecánica y acidificación de la piel. Para talones secos, grietas y piel excesivamente reseca. Envase de 60 ml.

**CREMA HIDRATANTE. (0852).** Envase profesional 150 ml.

**CREMA ANTICALLOSIDADES. (0851).** Elimina las rugosidades y células muertas y pone la piel tensa y suave. Envase 60 ml.



Productos antifatiga

# LUGA

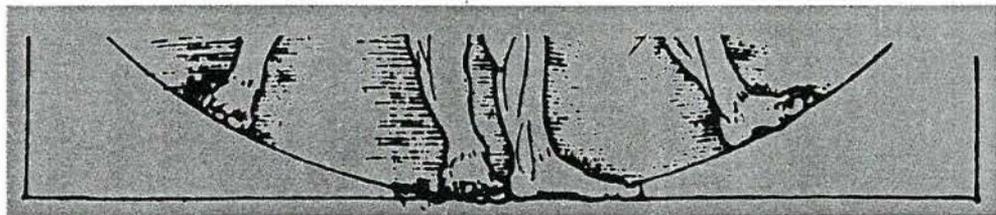
LUGA



Carretera Canillas, 95  
28043 Madrid - Esp

NOVIEMBRE - DICIEMBRE N° 120 - AÑO 1988

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

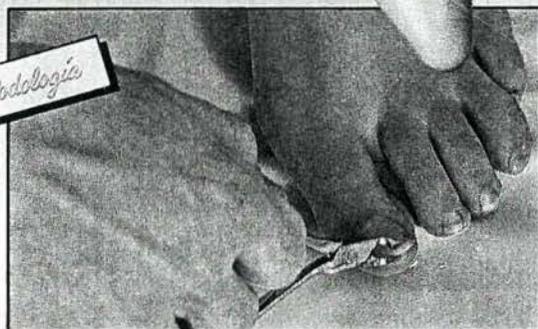
# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico local  
"a frigore"  
uso tópico

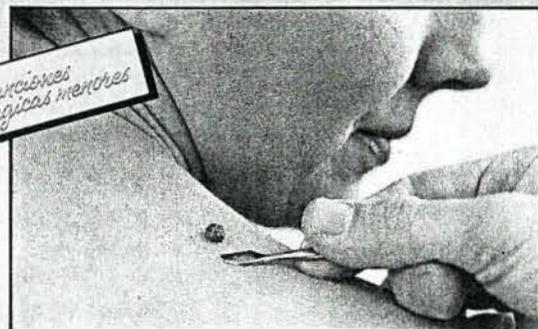
Tramatismos



Podología



Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésicar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable, CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación masiva accidental se puede producir parosismo e inconsciencia, ante lo cual se insta la respiración artificial y la asistencia sintomática.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá mantenerse en sus envases y alejado del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco spray de 100 gramos. P.V.P. IVA 423. — Frs.

LABORATORIOS **ERN**

S.A.

Pedro IV, 499 - 08020 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniesta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

<b>ANDALUZA</b>	Presidente: Manuel Albalá Valle.
<b>ARAGONESA</b>	Presidente: José Valero Salas.
<b>ASTURIANA</b>	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
<b>BALEAR</b>	Presidente: José Claverol Serra.
<b>CANARIAS</b>	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
<b>CANTABRIA</b>	Presidente: José Andreu Medina.
<b>CASTELLANO-LEONESA</b>	Presidente: José María Altonoga Eguren.
<b>CASTELLANO-MANCHEGA</b>	Presidente: Luis Juan Navarro.
<b>CATALANA</b>	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
<b>EXTREMEÑA</b>	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
<b>GALLEGA</b>	Presidente: Armando Díaz Pena.
<b>MADRILEÑA</b>	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
<b>MURCIANA</b>	Presidente: José Iniesta Gallego.
<b>RIOJANA</b>	Presidente: Félix Martínez Martínez.
<b>VALENCIANA</b>	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
<b>VASCO NAVARRA</b>	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL ..... 2

### APORTACIONES CIENTIFICAS

Tratamiento de la hiperhidrosis palmar y plantar por terapias alternativas. Acupuntura y Fitoterapia ..... 5  
Biomecánica, perspectiva profesional ..... 12  
Micología podológica ..... 13

### SECCIONES

Opinión ..... 23  
Hoy entrevistamos a ..... 24  
Frases, pensamientos y otros ..... 29  
Se habló de ..... 30  
La F.E.P. informa ..... 30  
Publicamos tu foto ..... 32

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
Angel F. Cabezón

**Empresa de  
Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

# EDITORIAL

*Escribo estas líneas con la perspectiva de las fiestas navideñas y de final de año en el calendario.*

*¡Ya ha pasado otro más... y qué deprisa para cuando miras atrás!*

*Tradicionalmente estas son fechas de balance, se revisa el ejercicio que se va y presupuesta al que viene. Yo no puedo ser tan frío ni exponer aquí una relación de gestiones así como objetivos. Forzosamente este año ha girado en torno al Real Decreto y las Directrices Generales de los Planes de Estudio. Inevitablemente cuando tu mente se detiene en este momento ya histórico no puedes evitar que los recuerdos pasen ante ti y pienses en las gestiones, desplazamientos, horas compartidas de ansiedad, esperanza o temor. Es imposible evitar pensar en los compañeros que codo con codo han estado ahí, en ese sitio en que la profesión les necesitaba, y en sus sacrificios personales hechos con desinterés y altruismo y en la confianza que todos vosotros nos habéis depositado.*

*Con toda seguridad, este año, cuando alce mi copa de cava mi "brindis" será por eso y sería bonito que en ese "brindis simbólico" se encontraran todas nuestras copas. Todos y cada uno de nosotros nos lo merecemos, desde el podólogo recién llegado a nuestra Federación hasta el más veterano y el viejo luchador.*

*Pero si bien es verdad que el año 88 tiene ya para nuestra historia un significado tan especial como el 62, a partir de ahora entramos de lleno en lo que podríamos denominar el proceso de normalización profesional.*

*Normalización en todos los sentidos con todos los derechos. Tenemos derecho, y en ello estamos, a tener nuestro propio sistema corporativo de representación profesional, es decir, los colegios. Tenemos derecho a ejercer con plena naturalidad nuestra actividad, y ello supone ir "amarrando" las funciones apoyadas por los elementos necesarios como es por ejemplo el "vademecum podológico", por citar uno. Tenemos derecho a estar presentes en el mapa sanitario en el lugar que nos corresponde. Tenemos derecho a... ¡tantas y tantas*

*cosas hasta culminar el proceso de normalización! Pero si bien es cierto que todos estos derechos los vemos muy claros tanto a nivel personal como de clase, no es menos cierto que no va a ser ni fácil ni gratuitos conseguirlos. Hace falta que como profesión sigamos ahí, codo con codo, haciendo bloque como un solo hombre para demostrar a nuestros interlocutores que no pedimos nada que no sea normal, que no es excepcional ni peligroso que un colectivo quiera tener su propia identidad, y de que al fin y al cabo normalizando no hacemos más que garantizar a la sociedad la madurez de una profesión.*

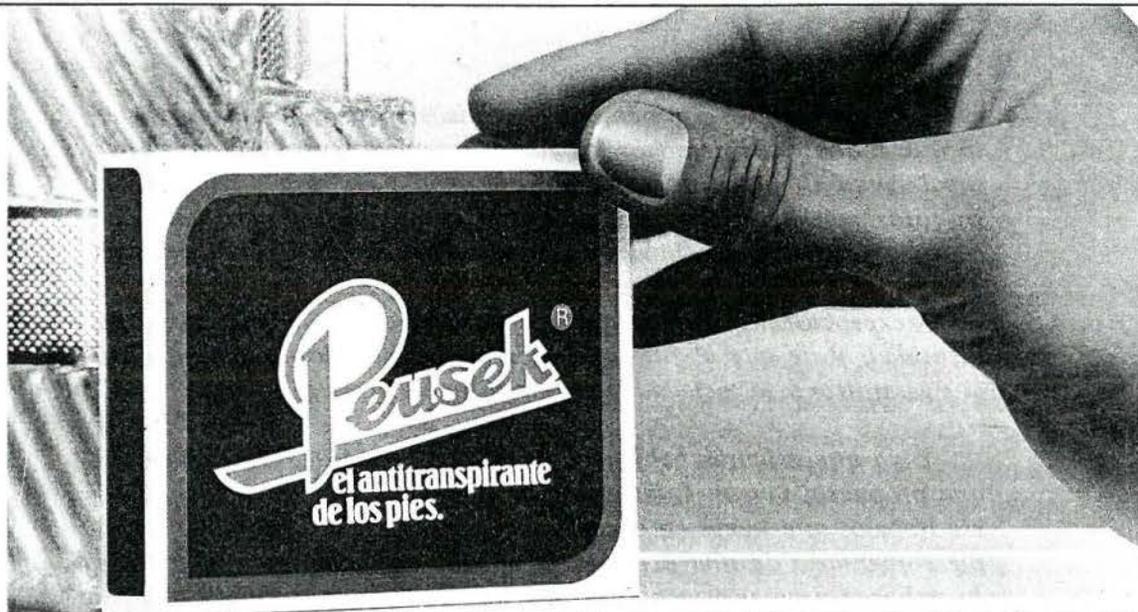
*Y ya que estamos hablando de buenos propósitos quiero hacerte una propuesta personal destinada al medio que tienes en tus manos; ese trabajo que tienes en el cajón, aquel caso tan interesante, o el simple comentario de una experiencia puede ser compartida por todos si lo publicas. Una revista no se hace sola y siempre, permanentemente necesita de nuestra atención. Préstala tú también la tuya.*

*¡Feliz año!*

**Andrés Rueda**

# PEUSEK®

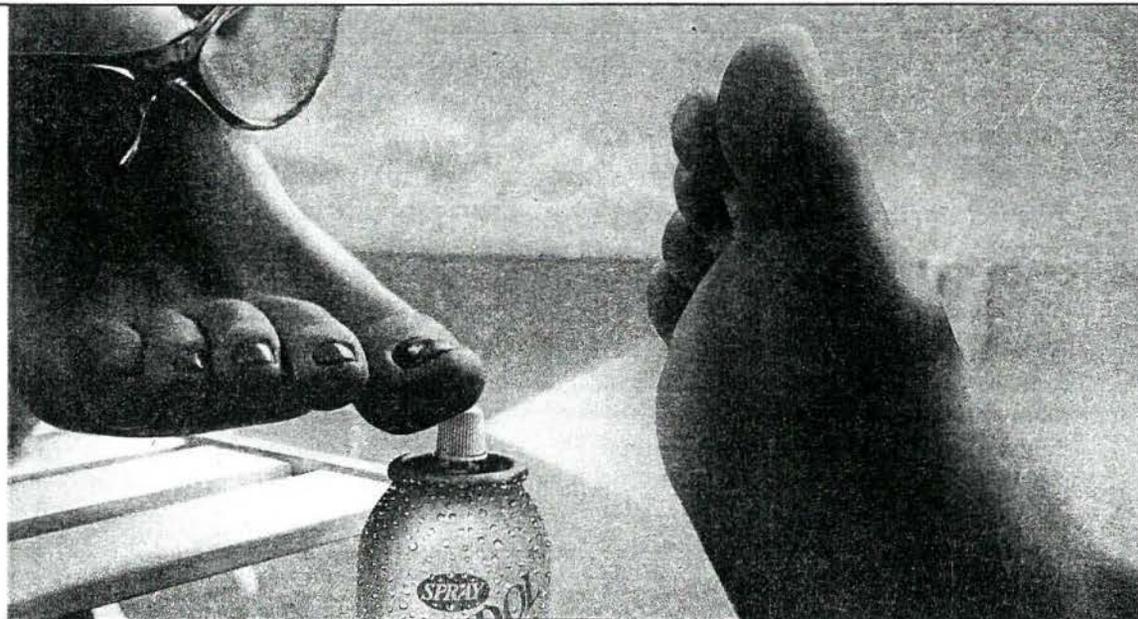
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

# TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PALMAR Y PLANTAR POR TERAPIAS ALTERNATIVAS. ACUPUNTURA Y FITOTERAPIA

José Luis Fernández Lago  
MALAGA  
(Congreso de Valencia)

## INDICE

INTRODUCCION  
CASUISTICA  
ANAMNESIS  
RAZONAMIENTO ENERGETICO  
PUNTOS UTILIZADOS  
FITOTERAPIA UTILIZADA  
CONCLUSION  
BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

En el trabajo que aquí se presenta han intervenido diferentes factores que, de un manera u otra, justifican la necesidad de dar a conocer técnicas milenarias con una base filológica.

Las técnicas concretas, a las que se hace referencia, son la acupuntura y la fitoterapia, aplicadas al tratamiento de la hiperhidrosis palmar y plantar.

El objetivo que se persigue con este trabajo es demostrar la efectividad de las terapias energéticas en la patología reseñada anteriormente, y ello por una serie de razones:

1. Con la medicina convencional no se obtienen resultados duraderos en el tratamiento de este problema, siendo necesaria la aplicación de productos farmacológicos con riesgo para el paciente.

2. La oscuridad legal que existe en la prescripción, por parte del podólogo, de productos farmacológicos, le conducen en ocasiones a situaciones sin salida cuando afronta el problema desde la medicina tradicional. Sin embargo, aplicando técnicas como las que aquí se proponen el problema queda soslayado, puesto que el tratamiento se basa en la acu-

puntura y en la fitoterapia, y ambas carecen en su aplicación de impedimentos legales, al menos por el momento.

3. Es importante y con el tiempo aún lo será más, afrontar las patologías desde diferentes puntos de vista sin despreciar las propias de la medicina convencional, y con ello tener un mayor abanico de posibilidades. En mi caso, he afrontado el tema de la hiperhidrosis desde la medicina tradicional; ante la escasez de soluciones adecuadas y éxitos, opté por el planteamiento energético que voy a exponer con el que obtuve resultados mucho más positivos.

Una vez expuestas las razones que me movieron a realizar este trabajo, y antes de entrar en el cuerpo del mismo me gustaría hacer una serie de matizaciones, a mi juicio importantes.

En primer lugar he de decir que en energética la relatividad prosigue cualquier análisis; por ello, esta misma patología se puede afrontar desde diferentes puntos de vista, y obtener resultados positivos sin salirnos de la dialéctica INN-YANG.

En segundo lugar las técnicas que aquí se exponen son la acupuntura y la fitoterapia que son sólo una parte de la medicina tradicional china.

En tercer lugar, lo que aquí se presenta no es nada nuevo pues cualquier profesional que se dedique a las terapias energéticas conoce sobradamente este tipo de patología.

## CASUISITICA

Número de casos: 10. Hombres, 4. Mujeres, 6.

**Edad:** 18 a 45 años.

**Antigüedad del proceso patológico:** 1 a 4 años.

**Tratamientos anteriores** por diferentes profesionales son prescritos según información procedente de los enfermos: Antifúngicos, Astringentes, Relajantes, Ansiolíticos, sin obtener ningún resultado a corto-largo plazo.

**Pruebas complementarias:** se hace cultivo para descartar hongos siendo negativo.

## Duración del tratamiento por Acupuntura y Fitoterapia

**Días:** 15 por término medio.

**Número de sesiones:** 5 por término medio.

En 6 casos: Finalizada la primera sesión, se quitó la sudoración, apareciendo con menor intensidad pasada unas horas.

En 4 sesiones remitió totalmente la patología.

En 2 casos: Finalizada la primera sesión, remitió notablemente la patología.

Fueron necesarias 5 sesiones para finalizar el tratamiento.

En 1 caso: Necesitó 6 sesiones.

En 1 caso: Fueron necesarias 7 sesiones.

Por el momento no ha habido recidivas en ninguno de los casos.

## ANAMNESIS

La mayor parte de los pacientes acude a la consulta por lesiones podológicas diferentes a la hiperhidrosis; en el transcurso de la misma, se observa la patología y se ofrece una solución alternativa que suele ser bien aceptada en general por los enfermos, aunque existe algo de escepticismo. La mayor parte de los pacientes estaban resignados y aceptaban el proceso como algo normal.

En el afán por mi parte de relacionar la hiperhidrosis con otra patología de carácter general, detectó en algunos pacientes procesos gripales repetitivos, decaimientos generales y también ansiedad y nerviosismo; este último síntoma, es común en los pacientes que tienen profesiones en contacto directo con el público.

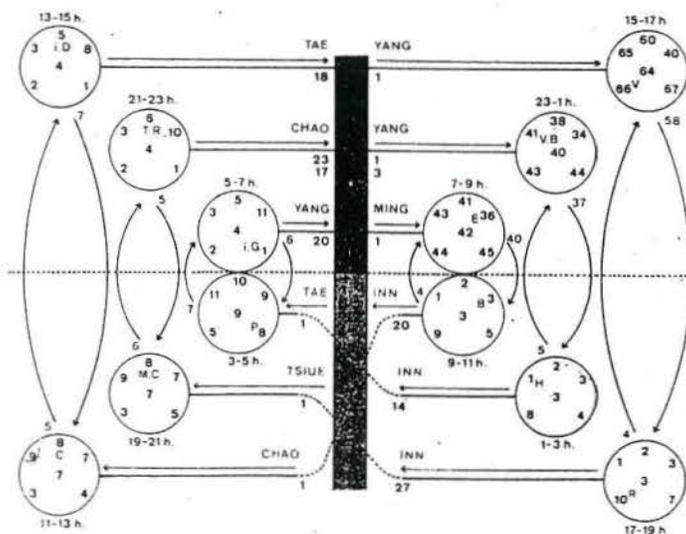
2 de los casos acuden directamente a consultar su problema.

4 de los casos se encuentran acomplejados por su patología dado que su trabajo requiere un contacto directo con el público (fotógrafos, dependientes, camareros...).

En ningún caso existe Bromhidrosis.

Todos los enfermos mantienen una escrupulosa higiene.

## RAZONAMIENTO ENERGETICO



Cuando hablamos de energética la relatividad prosigue cualquier análisis como antes he señalado. Algo muy importante es ver al enfermo y valorar todos los síntomas que presenta.

En la patología aquí analizada, mi razonamiento energético parte del desequilibrio entre el YANG-MING y el TAEINN que corresponden a sequedad y humedad respectivamente.

Esto no quiere decir que en otros casos y por otros profesionales se planteen dialécticas distintas que también conduzcan a buenos resultados. La enfermedad es una abstracción del profesional que aplica el tratamiento; no existen enfermedades sino enfermos

### PUNTOS UTILIZADOS

7P / 11P / 4IG / 11IG / 42E / 4BP / 7R / 6MC / 17VC / 36E.

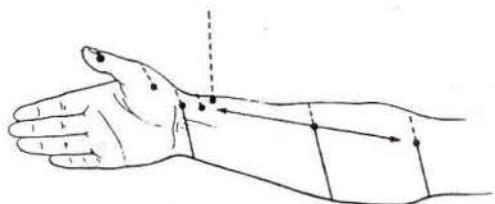
#### 7 Pulmón (7p).

Nombre chino: Lieque (Desfiladero).

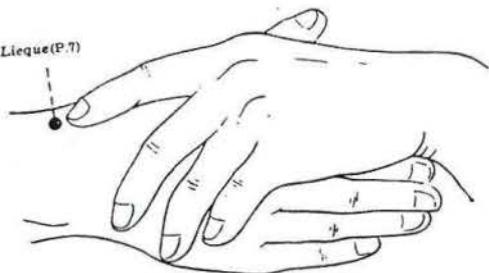
Funciones: Punto pasaje (LO) con IG (intestino grueso). Punto maestro de vaso maravilloso JENN MO (Vaso concepción).

Localización: 1,5 distancias por encima del pliegue de la muñeca, po fuera de la arteria radial.

Lieque(P.7)



Lieque(P.7)

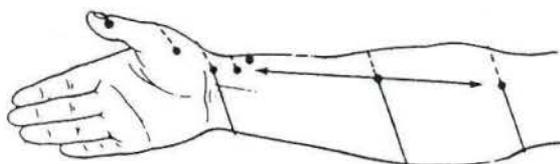


#### 11 Pulmón

SHAOSHANG (Mercader menor).

Funciones: Punto Ting (pozo) del meridiano.

Localización: En la extremidad del pulgar a dos milímetros detrás y fuera del ángulo ungual externo (hay autores que lo localizan en el interno).



#### 4 Intestino Grueso (4IG)

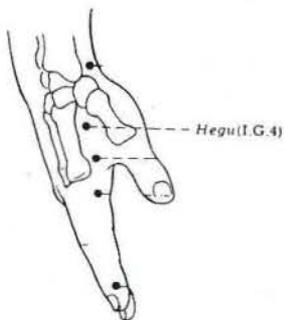
ROU KOU (Fondo del valle).

Funciones: Punto Yuan (fuente).

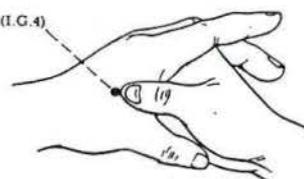
Localización: En el ángulo formado por los extremos proximales del primer y segundo metacarpiano en un hueco.

Contraindicaciones: Punto contraindicado en el embarazo por producir aborto.

Hegu(I.G.4)



Hegu(I.G.4)

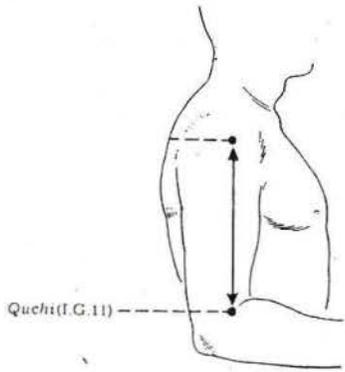


**11 Intestino Grueso (11IG)**

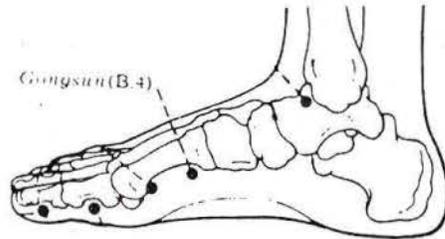
QUCHI (Fondo del valle).

Funciones: Punto Ho de tonificación del meridiano de IG.

Localización: Con flexionado al máximo y en la extremidad externa del pliegue.



Localización: Borde interno del pie delante de la articulación del primer metatarsiano con el primer cuneiforme, delante y debajo de la extremidad proximal del metatarsiano.

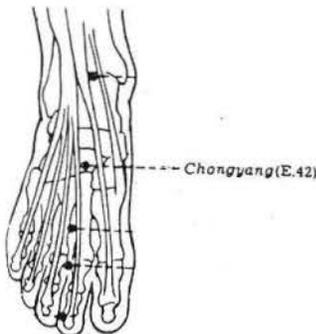


**42 Estómago (42E)**

CHONGYANG (Asalto del Yang).

Funciones: Punto YUAN (fuente) del meridiano del estómago.

Localización: Extremidad proximal del segundo metatarsiano a tres distancias del segundo y tercer dedo del pie.



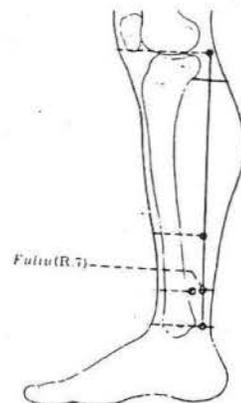
**7 Riñón (7R)**

FULIU (Corriente posterior).

Funciones: Punto King (tonificación) del meridiano de riñón.

Punto específico para esta patología; este punto por sí solo puede resolver problemas de pies fríos aunque lo mejor, es asociarlo con otros puntos, lo cual no es tema de este trabajo.

Localización: Cara interna de la pierna a dos distancias por encima del brode anterior del tendón de Aquiles.



**4 Bazo Páncreas (4BP)**

GONGSUN (Nieta del príncipe).

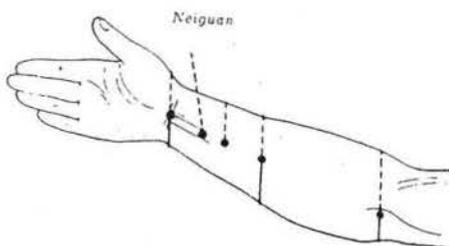
Funciones: Punto Lo (Pasaje) con el meridiano de estómago, punto maestro del vaso maravilloso TCHRONG MO.

**6 Maestro Corazón (6MC)**

NEIGUAN (Barrera interna).

Funciones: Punto Lo (Pasaje) con el meridiano de triple recalentador, punto maestro del vaso maravilloso INN OE.

Localización: Dos distancias por encima del pliegue de flexión de la muñeca; entre los tendones del palmar mayor y palmar menor.



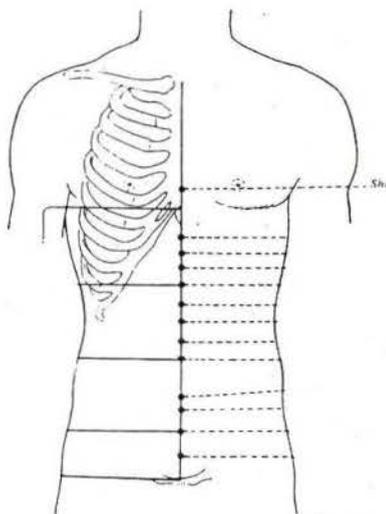
**17 Vaso Concepción (17VC)**

SHANZHONG (Mitad del pecho).

Funciones: Punto alarma respiratorio del meridiano del triple recalentador, junto con el 5 vaso concepción; es uno de los 8 puntos de influencia que domina el QI (Energía).

Este punto tiene relación con otros meridianos por medio de vasos secundarios: corazón, intestino delgado, riñón, maestro de corazón, triple recalentador, hígado, pulmón, intestino grueso, bazo páncreas, y con vasos maravillosos Yang Keo, Tchrong Mo, Inn Oe.

Localización: En la línea media del esternón, entre los dos pezones, a nivel del cuarto espacio intercostal.

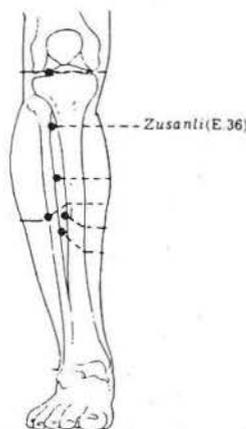


**36 Estómago (36E)**

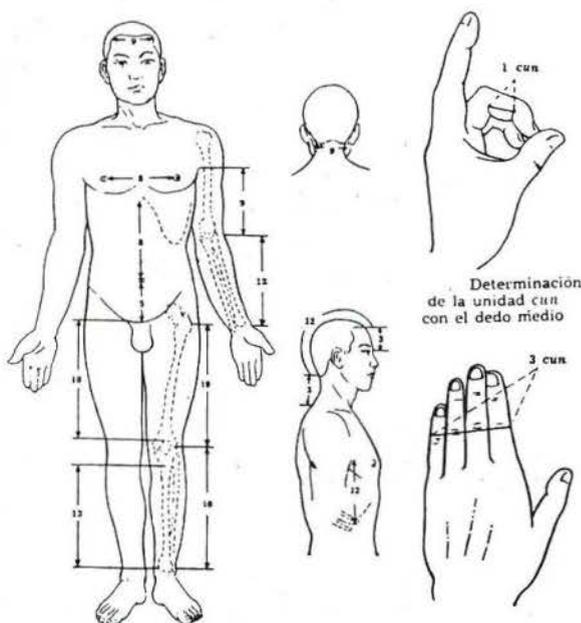
ZUSANLI (3 distancias).

Funciones: Punto Ho (Mar) del meridiano de estómago. Este punto tiene múltiples aplicaciones; su punción transmite energía a todos los puntos Ho de las vísceras.

Localización: 3 distancias por debajo de la punta de la rótula entre el tibial anterior y el extensor común de los dedos.



Nota aclaratoria sobre medición de distancias: Cun = distancia.



## FITOTERAPIA UTILIZADA

Nombre común	Nombre latino	Porcentaje
ENCINA CORTEZA	QUERCUS ILEX	20 %
HOJAS DE NOGAL	JUNGLANG REGIA	15 %
CIPRES	CUPRESSUS SEMPERVIRENS	15 %
SALVIA	SALVIA OFFICINALIS	40 %
COLA DE CABALLO	EQUISETUM ARVENSE	10 %

**ENCINA DE CORTEZA:** Las propiedades medicinales de esta planta son astringentes y se las confiere el ácido cuercitánico. También se emplea con buenos resultados en sabañones, fisuras, úlceras tórpicas, etc.

**HOJA DE NOGAL:** Pertenece a la familia de las junglandáceas; es un árbol oriundo del próximo oriente desde el Norte de Grecia hasta el Himalaya. Existe en abundancia en España.

Son excelentes astringentes; le confieren estas propiedades las materias tánicas con los ácidos elágico y gálico.

**CIPRES:** Pertenece a la familia de las cupresáceas; tiene un gran poder astringente por su gran contenido en tanino.

**SALVIA:** Tiene en su composición materias tánicas y sustancias amargas, resina, fécula, albuminoides, ácido fosfórico, oxálico y nítrico.

Tiene innumerables virtudes; está especialmente indicada para combatir los sudores; ya desde la antigüedad se le atribuían estas propiedades.

Esta planta tiene gran tradición en nuestro país hasta el punto de decir: «¿De qué podría morir el hombre que tiene salvia en el huerto?»

**COLA DE CABALLO:** Pertenece a la familia de las equisetáceas. Contiene ácido salicílico, málico. Tiene aplicaciones como diurético y hemostático.

## CONCLUSION

Los resultados obtenidos en el tratamiento de la hiperhidrosis con terapias energéticas superan con creces a los conseguidos con la medicina tradicional.

Una vez más queda demostrado que las terapias alternativas juegan un papel importante en patologías podológicas, y no solamente en la que aquí se expone, sino también en otras que quedan fuera del contexto de este trabajo.

No me gustaría causar la impresión de adivino, mago o hechicero sino todo lo contrario. En cualquier alteración patológica se sigue un razonamiento; en acupuntura también, con la salvedad de que es menos conocido en el mundo occidental altamente tecnificado para el que resulta de difícil asimilación. Esta técnica avalada por más de cinco mil años de práctica continuada sin modificar los postulados de origen.

Espero que la aplicación de las terapias aquí reseñadas permita a los presentes obtener resultados tan satisfactorios como los expuestos.

## BIBLIOGRAFIA

- «Teoría y práctica de Acupuntura» David J. Sussmann.
- «Fundamentos de acupuntura y moxibustión de China».
- «Fisiopatología y tratamiento en medicina tradicional china» J. L. Padilla.
- «Hoang TI. Nei King. Ling Shu».
- «Medicina tradicional china» J. L. Padilla.
- Revista «Nei King» J. L. Padilla.
- «Semiología y tratamiento acupuntural» Nguyen Van Nghi.
- «Los 5 elementos de la acupuntura» D. J. Lawson-Wood.
- «Guía práctica ilustrada de las plantas medicinales» William A. R., Thomson D. M.
- «Discórides renovado» Pío Font Quer.
- «Enciclopedia de las yerbas y plantas medicinales» Tina Cechini.
- Revista «Integral».
- «Cura natural de las afecciones de la piel».
- Revista «Medicina Natural».
- «Cuide sus pies» Jordi Sintes Pros.

**NOTA DE LA REDACCION:** Hemos sido informados por el autor que este trabajo ha sido publicado en la revista Podoscopio. Es necesario recordar, que todos los trabajos presentados en un Congreso Nacional, pertenecen para su publicación a la Revista Española prioritariamente. Este acuerdo fue aprobado por la Asamblea de Representantes.

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA



## BIOMECANICA, PERSPECTIVA PROFESIONAL

MANUEL GONZALEZ SAN JUAN  
MADRID

La biomecánica, dentro de las ciencias médicas, es una ciencia dedicada al estudio bajo criterios físicos de el movimiento, tanto desde el concreto aspecto cinemático como en cuanto a la realización de un trabajo.

El trabajo es posible al potenciarse en virtud del movimiento la capacidad energética que el ser humano aplica como fuerza; estando condicionada esta fuerza, tanto por el punto de aplicación como por la dirección y el sentido, en relación a las estructuras osteo-cartilago-ligamentosas, anatómicamente denominadas, articulaciones, y más aún por el aspecto morfológico del conjunto de piezas óseas contiguas o relacionadas entre sí por los orígenes e inserciones musculares.

Los estudiosos de la anatomía van más allá del aprendizaje y memorización de la nomenclatura anatómica; para llegar al conocimiento de la topografía del cuerpo humano es preciso recurrir a medios tales como atlas, proyecciones, las habituales dotes artísticas del profesorado, capaz de abstracción y síntesis de elevado valor didáctico, y en el mejor de los casos de la disección del cadáver.

Al igual que después de conocer los orígenes embriológicos de los diferentes órganos y aparatos y su anatomía topográfica se procede al estudio de sus funciones, materia ésta que en su conjunto constituyen la fisiología, existe otro enfoque del estudio anatómico, la llamada anatomía funcional. Es precisamente la función lo que da nombre al conjunto de huesos, músculos y ligamentos al constituir el aparato locomotor.

No debe pensarse que la locomoción es la única función de aquellas estructuras, ni siquiera que suponga un nivel superior en la jerarquización de las funciones del aparato locomotor (depósito de iones, homeostasis, proyección y sostén).

La definición de Biomecánica, según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, dice: Aplicación de las leyes mecánicas a las estructuras vitales, especialmente al aparato locomotor. Centrados en los miembros inferiores su funcionamiento principal es la deambulación, en sus formas de marcha, carrera o salto, de modo que amplía el grado de posibilidades locomotoras del resto del organismo, al permitir cambios de situación especial de los miembros superiores y del resto del cuerpo.

La actividad que desarrolla el aparato locomotor no puede ser analizada únicamente mediante la observación de los miembros inferiores ya que en todo momento ha de existir participación coordinada del resto del cuerpo: sirva de ejemplo cómo la antepulsión del tronco y el balanceo de los brazos origina el desplazamiento del centro de gravedad permitiendo y dando armonía a la marcha.

Tampoco es posible un análisis de la marcha sin el conocimiento de los mecanismos de control, de mando y de modulación o modificación.

Otra variable a tener en cuenta es la fuerza exterior en razón al conocido principio de que a toda fuerza de acción se opone una fuerza de reacción.

Esbozada la razón de la esencia por la que la Biomecánica aparece en el concurso del estudio, señalaremos el campo en que desarrolla la investigación. Por un lado los centros de enseñanza, y dentro de estos los departamentos de anatomía, fisiología, medicina aeroespacial y medicina deportiva es de donde en mayor número proceden los trabajos de investigación, apoyados por el auge de la cibernética. Por el otro la industria, que motivada por la competencia de mercado tanto como por razones fiscales, al ser un modo de exención y de inversión de beneficios, coexisten en la investigación, su

objetivo final es el diseño de la instrumentación adecuada.

El estudio dinámico de la capacidad de movimiento del ser humano ve su progreso más significativo a raíz del descubrimiento de la fotografía, muchas ideas se han desarrollado con este propósito, a cual más compleja y de elevado coste, dos razones causantes de que esta técnica exploratoria halla sido de práctica excepcional, no entrando hasta la actualidad en las consultas de los especialistas en relación con el aparato locomotor.

En las últimas décadas el avance tecnológico en la grabación de imágenes en soporte magnético (vídeo) y el cálculo automático (informática) han sido la aplicación a nuestro propósito, el estudio de la marcha.

Lejos de considerar desde la ortopedia el interés por la biomecánica, debe ser ante el hallazgo de patología de origen biomecánica cuando nos planteemos los tratamientos posibles, rehabilitador, ortopédico o quirúrgico.

Hoy día dedicando por el podólogo el tiempo necesario al estudio de la biomecánica se adquiere el soporte teórico en que fundamentar el tratamiento ortopédico y será considerado este profesional como el único dedicado exclusivamente a la marcha, haciéndose necesaria por esta razón preocuparse por la instrumentación existente, por cuanto que brinda la posibilidad de reportar datos cuantitativos en los informes podológicos emitidos bajo la solicitud de otros especialistas médicos.

---

---

# MICOLOGIA PODOLOGICA

Equipo docente de la Escuela de  
Podología de Barcelona  
(Congreso Nacional Valencia)

## DEFINICION Y CLASIFICACION

**Micología:** Es la ciencia que estudia los caracteres morfológicos, bioquímicos, genéticos, ecológicos y taxonómicos de las especies pertenecientes al reino de los Micetos o «Regnum Fungorum».

**Micosis:** Las afecciones producidas por hongos, se denominan micosis, que se dividen en: Micosis superficiales o Dermatofitosis y Micosis profundas o Sistemáticas.

**Hongos:** Son microorganismos no fotosintéticos que carecen de clorofila, se alimentan de material orgánico y poseen núcleo, citoplasma, membrana celular y a menudo cápsula.

— Hay cuatro grupos principales de hongos que se distinguen por el modo de reproducción sexual o asexual.

- Cigomicetos.
- Ascomicetos: Asexual. Ej.: Trochophyto, Microsporium, Epidermophytos.

- Basidiomicetos: (Sin interés médico).
- Denteromicetos: (hongos imperfectos, no ciclo sexual). Ej.: Cándida.

Desde el punto de vista clínico, nos interesa diferenciarlos en:

- Levaduras.
- Hongos Dimórficos: a 35° crecen como Levaduras.  
a 22° crecen como Micelial.
- Micosis subcutáneas.
- Micosis cutáneas: Producidas por Dermatofitos.
- Micosis superficiales: Ej. Pityrosporum (Tiña versicolor).
- Hongos saprófitos: Ej.: Aspergillus, Penicillium.
- Contaminantes: Ej.: Aspergillus, Penicillium, Alternarius, etc.

## Clasificación de los Dermatofitos

La primera clasificación que se conoció fue

la de Sabouraud, dándose posteriormente las de Langeron, Enmons y Milochevich, siendo la más moderna la de Vanhauseghen, a partir del aislamiento de los hongos queratinofílicos.

Pero lo que nos puede ser más clarificante para nosotros es la de Georg, que los clasifica ecológicamente en:

- Geofílicos: Tiene acción estricta de saprofitos en el suelo (no patógenos), pudiendo parasitar en algún caso animales y hombres (patógenos).
- Zoofílicos: Su habitat son los animales, aunque en algunas ocasiones puede hallarse en el suelo.
- Antropofílicos: Viven parasitando al hombre.

Los geofílicos probablemente representan la forma ancestral con reproducción sexual, produciéndose una evolución mediante mutaciones hasta los antropofílicos, más evolucionados y de reproducción totalmente asexual.

### Anatomopatología

El estudio anatomopatológico permite observar las secuencias evolutivas de la invasión cutánea y de las reacciones tisulares, siendo esta variable en dependencia del hongo parásito y del huésped, coexistiendo así mismo un cierto grado de uniformidad entre ellos.

La invasión de la piel se produce por penetración intracelular de los filamentos en las células de la capa profunda del extracto córneo. Las hifas quedan separadas del espacio intracelular por las partes ectoplásmicas de las células córneas. **La progresión del micelio se realiza por lisis enzimática de la queratina;** siendo la segregación de queratinasa más importante en el ápice que en los bordes de las hifas.

La presencia de factores séricos inespecíficos y una eventual inhibición específica de las queratinasas del hongo, impedirá a éste invadir las capas «vivientes» de la epidermis, no obstante éstas son alcanzadas en ciertos casos y con toda seguridad en las dermatomycosis profundas.

Cuando un micelio invade un folículo piloso las hifas penetran en el tallo del pelo de arriba a abajo, hasta el límite de la zona queratinizada.

En caso que afecte la lámina ungueal se produce la invasión primero en la queratina del lecho ungueal, progresando desde la lámina hacia la parte posterior y lámina intermedia, respetando la lámina externa. Las hifas adoptan una disposición horizontal paralela a la lámina ungueal.

En el tejido parasitado las estructuras de la queratina presentan imágenes de queratolisis y alteraciones de la queratinogénesis.

La dermis se halla atrófica o hiperplástica. En caso de onicomycosis se observan focos de exocitosis a nivel de epidermis y lecho subungueal con microaccesos conteniendo linfocitos.

### Interpretación patológica de la histopatología de las dermatomycosis

El desarrollo del micelio en la profundidad del extracto córneo de la epidermis o en la capa de la queratina blanda de la uña o en las partes queratinizadas de un folículo piloso, provocan una estimulación mecánica (desplazamientos, trastornos estructurales, etc.) y química (actividad queratinolítica y proteinolítica, etc.)

Parece que los linfocitos «memoria» inmuno competentes se acumulan en las zonas cutáneas que ya han pasado una primoinfección y ya están curadas. Cuando se produce una nueva estimulación antigénica, se activan las células memoria produciéndose así una afluencia de otras células inmunocompetentes (basófilos) que intervienen en la reacción local.

Según «Poulain», los productos metabólicos del dermatofito dan origen a una sensibilización más importante de las células linfocitarias que los componentes somáticos.

La reacción inmunopatológica conduce a la destrucción de las células epidérmicas, subyacentes al desarrollo parasitario.

Macroscópicamente, esto se traduce por la formación de una costra espesa con cuya caída, se eliminará únicamente el tapizado micelial formado a lo largo de varias semanas.

### CLINICA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS DERMATOFITOSIS DEL PIE

#### Cuadro Clínico

La dermatofitosis de los pies, popularizada actualmente con el nombre de «pie de atleta», es la más común de las enfermedades causadas por los hongos.

Las especies infectantes más habituales son:

- *Trichophyton rubrum*.
- *Trichophyton metagrophytes* variedad *interdigitalis*.
- *Trichophyton metagrophytes* variedad *granulare*.
- *Epidermophyton floccosum*
- *Microsporum canis*
- *Microsporum gypsum*

Las tiñas del pie, presentan tres principales formas clínicas:

1. Tiña pedis intertriginosa (la más frecuente).

Se caracteriza por:

- Maceración y descamación.

Afectando más frecuentemente el 3.º y 4.º espacio interdigital.

Desprendiendo un olor especial a «queso curado».

No presenta molestia hasta la aparición de maceración y fisuras, momento en que aparece el prurito y sensación de quemazón intenso. La afectación del surco interdigital, nos ayuda mucho para poder diferenciarla de otras patologías las cuales casi nunca lo llegan a afectar.

Estas lesiones tienen tendencia a sobreinfectarse con facilidad.

2. Tiña pedis vesicular sub-aguda o aguda.

Se caracteriza por:

— Presencia de vesículas o pequeñas burbujas en el empeine, talón o base de 1.º dedo.

Las vesículas son inicialmente claras, haciéndose más tarde purulentas dejando al secarse un collarete de escamas.

Tanto en la forma subaguda como en la aguda, tienen tendencia a acompañarse de: linfagitis, celulitis y cuadro infeccioso. Las lesiones suelen ir acompañada de prurito y sensación de escozor.

Asimismo suelen acompañarse de hiperhidrosis, la cual varía el Ph elevándolo, siendo un buen medio para la reproducción de los hongos.

3. Tiña pedis hiperqueratósica escamosa.

Es una forma crónica. Suele ir acompañada de:

— Lesión hiperqueratósica o descamativa crónica.

Además del pliegue interdigital puede afectar a la planta, talones y ambos lados de los pies, raramente afecta al dorso. La invasión acostumbra a ser bilateral y simétrica. Cuando esta afectación ocupa toda la planta, el talón y las zonas interdigitales de ambos pies, se produce la característica apariencia de «mocasín».

Este tipo de tiña o dermatofitosis es la que produce menos sintomatología subjetiva.

Los tres tipos de tiña pueden acompañarse de afectación ungueal.

En la mayoría de los casos es difícil diagnosticar el tipo de micosis únicamente por la clínica, en caso de duda el examen micológico de frotis cutáneo, es de gran importancia para el diagnóstico, particularmente para el tipo de tratamiento y duración.

Conviene descartar:

- Maceración simple de la piel.
- Callos blandos.
- Eritrasma.
- Eczema.
- Dermatitis plantar juvenil.
- Dermatitis vesiculosa o postulosa.
- Psoriasis.

- Pústulas bacterianas y acrodermitis continua.
- Dishidrosis.
- Queratolisis sulcata de la planta del pie.
- Queratodermias.
- Sífilis.
- Infecciones micóticas por levaduras, siendo de éstas las más frecuentes las producidas por: *Cándida albicans*, las cuales suelen afectar con preferencia los pliegues cutáneos húmedos empezando por el 3.<sup>er</sup> espacio y siendo la lesión muy parecida a la de la Tiña pedis.

### CLINICA Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAS DE LAS ONICOMICOSIS

#### Cuadro clínico

La invasión de las uñas generalmente se inicia en el borde libre y va avanzando hacia la base, produciéndose al mismo tiempo transtroncos tróficos. Generalmente no hay paroniquia inflamatoria.

Factores que influyen en el desarrollo de la infección:

- Pobre circulación periférica.
- Repetidos traumatismos.
- La edad.

En conjunto condicionan el lento crecimiento de la lámina ungueal.

En la alteración ungueal se observa un cambio de coloración, blanquecino amarillento en el borde afectado (el comienzo es lento e insidioso) y que va oscureciendo su tonalidad a medida que la micosis se va desarrollando. La uña va engrosando por acúmulo de queratina y finalmente se produce la destrucción total de la lámina ungueal.

De forma inexplicada, la infección micótica puede afectar sólo alguna de las uñas y dejar las demás completamente libres.

No sólo casi todos los tipos de dermatofitos pueden afectar la lámina ungueal, sino que también tienen la capacidad de alterar la uña, levaduras del género *Cándida*, Mohos (*Scapulariosis*, *Aspergillus*) y otros gérmenes que también son capaces de anidar en las uñas que sufren transtroncos vasculares o distróficos isquémicos.

Las especies infectantes más frecuentes son:

- *Trichophyton rubrum*.
- *Trichophyton mentagrophytes*.

#### Diagnóstico diferencial.

El elevado número de enfermedades que puede afectar a las uñas hace difícil el diagnóstico de las onicomiasis. Es importante la demostración de la existencia del hongo por el laboratorio.

Conviene destacar:

- Psoriasis.
- Eczema.
- Liquen plano.
- Onicolisis.
- Distrofia y engrosamiento de las uñas en los pies del anciano.
- Microtraumatismos.
- Trastornos vasculares.
- Otras infecciones: *Cándidas*, *Pseudomonas*.

Las infecciones producidas por *Cándidas*, casi siempre suelen estar acompañadas de paroniquia definida. La alteración empieza bajo el plieque lateral de la uña. La porción vecina de la uña se oscurece, forma arrugas y se separa del lecho, más tarde suele hallarse afectada toda la placa ungueal.

Las infecciones producidas por *Pseudomonas* son muy características por la coloración verdosa de la lámina ungueal o del área donde se encuentra la infección.

#### Luz de Wood

La luz ultravioleta filtrada y transmitida a una longitud de onda de 365 nanómetros, produce una fluorescencia en algún tipo de hongo y en dicho caso lo identificaremos dependiendo de la coloración que adquiera.

#### LABORATORIO DE MICOLOGIA

Al iniciar el desarrollo y puesta en marcha del Laboratorio de Micología de la Escuela de

Patología, nos planteamos la necesidad de elaborar unas fichas piloto para llevar el control de datos.

Dichas fichas las dividimos en:

### Historia micológica para laboratorio

En la cual se recogen una serie de datos útiles para el posterior análisis de la micología podológica, dividiéndose dicha historia en:

- Identificación: Nombre, apellidos, sexo, domicilio, edad, etc.
- Aspecto sociológico: Donde analizamos los antecedentes personales y familiares de micosis, profesión, higiene, tipo de calzado y calcetín, etc.
- Aspectos clínicos: Localización de la micosis, tipo de micosis, características de la micosis.

Con el posterior análisis de estos datos se intenta ver la posible relación o incidencia en las patologías micóticas, con las costumbres, formas de calzado y niveles socio-culturales, con el fin de poder identificar los grupos de riesgo.

### Petición de laboratorio

En la cual se hacen constar aparte de la identificación del paciente, el tipo de localización de la micosis, hipótesis diagnóstica, posibles tratamientos anteriores, así como datos que creamos de interés para laboratorio en el momento de proceder al cultivo de la muestra.

Dicha hoja será posteriormente remitida a la historia del paciente con el resultado y las observaciones oportunas por parte del laboratorio.

### OBTENCION DE LA MUESTRA

Para la obtención de la muestra debemos tener en cuenta:

- Material:
- Tipo de micosis:
  - Dermatomicosis.
  - Onicomicosis.

### Material

El material necesario sera:

- Desinfectante.
- Pinzas estériles.
- Bisturí.
- Hojas de bisturí estériles.
- Placas de Petri estériles.
- Escobillones estériles.

### Dermatomicosis

En lesión seca:

- Desinfección de la zona exhaustivamente con alcohol a presión, dejando secar espontáneamente.
- Con hoja de bisturí estéril recogemos muestra de la parte más externa del brote profundizando lo máximo posible.
- Depositaremos la muestra en una placa de Petri estéril.
- Si hay lesiones en otras zonas, se recogerán muestras de varios puntos diferentes.
- Si se presentan lesiones muy diferenciadas, se tomarán las muestras en placas de Petri diferenciadas.
- Posteriormente se tapa la placa etiquetándola debidamente para su envío a laboratorio.

En lesión húmeda:

Con escobillón estéril, previamente humedecido en su medio, procedemos a recoger muestra presionando la turunda contra la lesión y frotándola contra ella.

Seguidamente depositamos el escobillón en su medio de transporte, identificaremos y remitiremos a laboratorio.

En caso de afectación de zona pilosa: Con pinzas estériles extraeremos varios pelos con la raíz, depositándolos en la placa de Petri.

### Onicomicosis

- Rebajaremos la uña para obtener la muestra de las capas profundas de la lámina ungueal que contacta con el lecho.

- Desinfección con antiséptico tipo alcohol y dejándolo secar.
- Con hoja de bisturí estéril recoger parte de la uña afecta, preferentemente la zona más proximal.
- Colocar la muestra en la placa de Petri, identificándola y remitiéndola a laboratorio.
- En caso de onicomicosis supurativa: Realizaremos toma con escobillón como se ha descrito anteriormente.

### DIAGNOSTICO MICOLOGICO

Después de efectuar una toma correcta de las lesiones, el diagnóstico etiológico preciso, requiere:

A) La búsqueda microscópica de los elementos fúngicos mediante el examen directo.

Que se realiza con soluciones aclarantes y colorantes del tipo:

- Lactofenol de Amman.
- Lactofenol azul algodón.
- Hidróxido potásico (KOH). La más utilizada.
- Hidróxido potásico DMSO.

B) El aislamiento por cultivo y posterior identificación del hongo.

Los medios de cultivo son muchos y han ido variando según se ha avanzado en la investigación de los mismos.

Entre ellos podemos destacar por ser los más utilizados actualmente:

- Glucosado de Agar patata.
- Granos de arroz.
- Agar harina de maíz.
- Medio de cultivo para consevación.
- Agar glucosado de Sabouraud.
- Agar Sabouraud cloranfenicol-gentamicina.
- Agar Sabouraud cloranfenicol actidiona.
- Agar glucosado favorece esporulación.
- Dermatophyte test Medium.
- Sermatophyte test Agar.

### — AGAR SABOURAUD-CLORANFENICOL-GENTAMICINA:

	Peptosa	10 gr.
Ph 5,6 0,1	Agua destilada	1.000 cc.
	Cloranfenicol	500 mgr.
	Gentamicina	500 mgr.

### — AGAR SABOURAUD-cloranfenicol-ACTIDIONA:

	Peptosa	10 gr.
Ph 5,6 0,1	Agua destilada	1.000 cc.
	Clorafenicol	500 mgr.
	Actidiona	500 mgr.

El bajo Ph (5,6) junto con su cultivo a temperatura relativamente baja (25°-30°) favorece el crecimiento de hongos y dificulta el de bacterias, restringiéndose aún más dicho crecimiento al añadirse inhibidores como son el: Cloranfenicol y la Actidiona.

Los medios que utilizan el rojo fenol para el cambio de color en presencia de Dermatitis, pueden ser una buena alternativa para la utilización de éstos en las consultas privadas por su fácil: Manipulación e Identificación. Aunque habría de estudiar a fondo la posibilidad de falsos positivos.

### FORMA DE CULTIVO

Una vez remita la muestra al laboratorio, se procede a su cultivo:

- Inscripción de la muestra en el libro de registro del laboratorio.
- Identificación de los medios de cultivo con: Nuestro Laboratorio, tipo de muestra y fecha cultivo.
- Mediante una asa trasladamos la muestra de la placa de Petri de transporte al medio de cultivo, esterilizando mediante incandescencia cada vez el asa.
- Una vez introducida la muestra en los medios de cultivo se coloca en estufa a 25°-30°.
- Dichos cultivos se observan cada 5 días durante aproximadamente 1 mes, el crecimiento se produce aproximadamente entre los 3-10 días.
- En el momento de producirse la proli-

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

feración de las colonias, se identifican por sus características y microscópicamente por su morfología.

- En caso de identificación de una *Cándida* se procede a la realización del Antifungigrama.

### ANTIFUNGIGRAMA

Consiste en la determinación de la sensibilidad de la *Cándida* a los antifúngicos.

Se procede:

- Recogemos una colonia de *Cándida* y la disolvemos en suero fisiológico, colocándola en medio Agar, durante 5 minutos, retirando posteriormente la solución del medio.
- Colocación de dicha placa de los discos antifúngicos oportunos.
- Observación a las 48 h. de los diámetros críticos de las zonas de inhibición. Según el tamaño del halo, la *Cándida* será respecto al antifúngico:
  - Sensible.
  - Sensibilidad intermedia.
  - Resistente.

Los antifúngicos que hacemos servir son:

- Nystatina.
- Econazole.
- Clotrimazole.
- Miconazole.
- Ketaconazole.

### TRATAMIENTO DE LA MICOSIS

La finalidad del tratamiento es interrumpir las alteraciones entre los microorganismos y las funciones del sistema inmunológico.

Los principales mecanismos de defensa del organismo incluyen:

1. Queratinización normal: Los patógenos se eliminan en el transcurso normal de descamación de la piel.
2. El contenido de humedad de las capas superiores del stratum corneum. La piel seca

tiene mayor capacidad de defenderse contra los microorganismos del aire.

3. La acidez de la superficie de la piel: la intensificación de la acidez de la superficie de la piel aumenta su función protectora.

4. Los ácidos grasos en la superficie de la piel: Se cree que inhiben el crecimiento de diversos microorganismos.

5. La flora normal de la piel: Los microorganismos que normalmente viven en la piel combaten la adhesión y crecimiento de otros, principalmente patógenos.

Los fármacos que utilizamos para el tratamiento de la micosis son los que llamamos antifúngicos, que pueden ser Fungistáticos o Fungicidas, inhiban o destruyan al hongo respectivamente.

### TRATAMIENTO TOPICO DE LOS DERMATOFITOS

#### Dermatofitosis aguda

El tratamiento en el caso de una dermatofitosis aguda se realizará mediante:

A) Reducir la sintomatología: Se realizará siempre en el período de espera del resultado del cultivo con el fin de eliminar efectos indeseables:

- En caso de hiperhidrosis aplicación fármacos adecuados conocidos por todos.
- Si coexiste inflamación, dolor prurito, es aconsejable uso pomadas corticoides.
- Utilización de jabones ph ácido.

B) Tratamiento antimicótico: Una vez recibido resultado se recomendará el uso de Derivados del Imidazol.

Es aconsejable usar: Polvos, gel o crema. Las pomadas aumenta el proceso de maceración.

#### Dermatofitosis seca

En dicho caso al no acompañar sintomatología aguda coadyuvante, pasamos directamente al tratamiento antimicótico.

Cuando se acompaña de Xerosis, Hiperqueratosis o Grietas, se añadirá al antimicótico las sustancias farmacológicas adecuadas a cada proceso.

### TRATAMIENTO TOPICO DE LA ONICOMICOSIS

#### Sin alteración de la lámina ungueal

- Fresado de la zona afecta de la lámina.
- Aplicación del antifungico adecuado en cura oclusiva.

#### Con alteración de la lámina ungueal

Antes de iniciar el tratamiento con antifúngicos, actuaremos sobre la alteración de la lámina.

La patología más frecuente es la Onicogri-fosis que se tratará según el caso por medio de:

- Acción mecánica.
- Acción química.
- Acción quirúrgica.

Posteriormente aplicación del antifungico adecuado en cura oclusiva.

### TRATAMIENTO DE LA CANDIDA

El tratamiento antimicótico vendrá indicado según el resultado del antifungigrama.

### TRATAMIENTO SISTEMICO

No es recomendable en principio cualquier tratamiento sistémico de la micosis del pie porque:

- a) La acción del fármaco sobre la zona lesionada es mínima respecto a la dosis administrada.
- b) Dichos antimicóticos tienen efectos secundarios que pueden producir alteraciones Hepáticas y Hemáticas, **debido a sus efectos: Teratogénicos, Fototóxicos (Griseofulvina) y Hepatotóxicos (Ketoconazol).**

### PROFILAXIS

La contracción de una micosis depende de tres factores:

- Contacto con un hongo.
- Entrada de un hongo en el organismo.
- Un ambiente que favorezca la diseminación del hongo por los tejidos.

En general podemos distinguir cinco factores estudiados que han demostrado ser útiles en la prevención de dichas infecciones:

1.º Alimentación adecuada de proteínas: Se ha observado una mayor incidencia de micosis entre los grupos con la alimentación deficiente de proteínas.

2.º La higiene de la piel: La limpieza actúa removiendo las esporas y las secreciones que pueden sustentar a los hongos. También se elimina el sudor que favorece su crecimiento y reblandece al mismo tiempo la piel, favoreciendo la penetración de los hongos, al macerar la queratina y agrietar la capa córnea.

3.º Eliminar el contacto con las fuentes posibles o reales de la infección.

4.º Eliminar la hiperhidrosis si existe. En épocas de máximo calor, haremos un tratamiento profiláctico para combatir la hiperhidrosis.

5.º Utilizar fármacos antidermatofíticos locales, una vez instaurada y diagnosticada la infección.

### CONSEJOS PRACTICOS PARA EL CUIDADO DE LOS PIES

Por último creemos conveniente y así lo haremos en el Dispensario de la Escuela, dar unos consejos sobre el cuidado de los pies a los pacientes afectos o con sospecha de infección micótica.

1. Lavado de los pies 1 ó 2 veces al día con un jabón antiséptico de pH ácido.
2. Secado de los pies con una toalla, no frotando, sino absorbiendo y poniendo especial atención entre los dedos.

3. No utilizar la misma toalla para los pies que para el cuerpo, ni intercambiarla con otros familiares.

4. Cambiar como mínimo diariamente los calcetines o medias, siendo éstos siempre de fibras naturales.

5. Utilizar siempre zapatos ligeros, preferentemente de piel con suela de cuero.

6. Alternar lo máximo posible el calzado.

7. Evitar andar descalzo por lugares públicos (piscinas, duchas, etc.), utilizando en dicho caso zapatillas o calcetines de goma.

8. Procurar evitar la excesiva sudoración. Se ha de intentar que los pies estén siempre secos.

9. Después de realizar cualquier ejercicio físico, volver a lavar y secar meticulosamente los pies.

10. Es aconsejable airear al máximo posible los pies y hacer baños de sol.

11. No se debe interrumpir el tratamiento aunque ya no haya lesión, se ha de acudir de nuevo al lugar donde fue diagnosticado y recomendado el tratamiento.

Se ha de advertir al paciente que es una enfermedad leve pero muy contagiosa y rebelde al tratamiento.

### BIBLIOGRAFIA

- Bayer, John D.: «Análisis Clínicos Métodos e Interpretación». Editorial REVERTE, S. A., 1986.
- Bernard Henry, John M. D. Saunders: «Clinical Diagnosis and Management», by Laboratory Methods, vol. II, Editorial SIXTENTH.
- Davindsohn-Wells, Todd. Sawfort: «Diagnóstico Clínico por el Laboratorio». Editorial MARIN, 1966.

- Davis, B. D.; Dulbeco, R.; Eisen, H. N.; Ginsberg, H. S.; Wood W. B.: Tratado de Microbiología». Editorial SALVAT, 1970.
- Domonkos, Anthony N.: «Tratado de Dermatología». Editorial SALVAT.
- Estrede Camúñez, José: «Las Micosis o Fungosis en Medicina y Veterinaria», Editoria JIMS.
- Farreras, Rozman: «Medicina Interna», Editorial MARIN.
- Glaván, Y; S y Drouher, E.: «Técnicas de Parasitología y Micología», Editorial JIMS, 1977.
- Lelièvre, J.; Lelièvre, J. F.: «Patología del pie», Editorial TORAY-MASSON, 1970-1982.
- Nolting, K. Fegeler: «Micología Médica», Editorial SPRINGER-VERLANG.
- Pons A., Pedro: «Patología y Clínica Médicas». Tomo IV, Editorial SALVAT.
- Peyri Rey, Jordi; Ferrándiz Foraster, Carlos: «Diagnóstico de las Micosis en la práctica diaria». Laboratorios S. Hubber, S. A.
- Torres Rodríguez, Josep M.<sup>a</sup>: «Dermatofitos y Dermotofitosis». Laboratorios Dr. Esteve, S. A., 1982.
- Ulloa, M.; Hanlin, R.: «Atlas de Micología básica». Editorial CONCEPTO, S. A., 1978.
- Viladot, A.: «Patología del antepie». Editorial TORAY, S. A., 1981.
- Warin, R. P., MD. FRCP. and R. D. G. Peachey MD. FRCP.: «El Diagnóstico diferencial de las infecciones Micóticas». ICI-FARMA.
- Weinstein, Frank: «Podología», Editorial SALVAT, 1970.
- Yale, Irving: «Podología», Editorial JIMS, 1978.
- Zaun, H.: «Patología Ungueal», Editorial DOYMA, 1983.

## OPINION

En torno al reciente Decreto 649/88, que alumbra al fin la larga gestación del nuevo Diplomado en Podología, es mi intención hacer algunas matizaciones, que sin ánimo de polémica ni espíritu catastrofista, ponga en su justo lugar el valor y la importancia real de dicha esperada disposición.

No quiero hacer el papel de siniestro pesimista, ni atacar sin fundamentos, excesivos optimismos infundados. Sólo pretendo dejar las cosas en su justo lugar, siempre naturalmente desde mi particular punto de vista, que pretendo sea moderado y prudente.

El compañero Araolaza publica en esta misma Sección del número 118 de esta Revista, un canto de júbilo entusiasmo e incontenible alegría, a mi juicio de fantástica ilusión, que francamente confieso con dolor no compartir. Dice en el paroxismo de su alborozo, que el texto de la disposición comentada es tan favorable que al leerla «no se lo acababa de creer», que «la suerte está con nosotros» y que el texto «recoge todas nuestras aspiraciones». Lamento de veras no estar de acuerdo con el estimado compañero en su optimista interpretación y trataré de hacerme comprender en mi posición.

Cierto es que el Decreto 727/1962 de 29 de marzo, que nos dio el nombre de Podólogos que hoy tenemos, había de ser reemplazado por disposiciones a tono con los momentos actuales, que dándonos superiores enseñanzas nos confiere mayores atribuciones y facultades profesionales, cosa que por ningún lado vemos en el reciente Decreto.

Lo mejor del Real Decreto que estamos comentando, es lo que rescata del Decreto anterior. Es decir el párrafo segundo del artículo 5.º, que nos concede autorización para recibir directamente a los enfermos. Esto constituye la parte fundamental y básica de nuestro patrimonio y no se lo debemos al Decreto reciente, sino al antiguo. Pero al mismo tiempo, tanto en la Disposición Transitoria segunda y en la Derogatoria, del nuevo Decreto, en sus párrafos tercero y único respectivamente, se dice y reitera que **serán de aplicación a los nuevos Diplomados en Podología los efectos previstos en el párrafo 2.º del artículo primero**, del Decreto 727/1962, que dice clara y taxativamente: «EL CAMPO PROFESIONAL DEL PODOLOGO abarca el tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, TRADICIONALMENTE EJERCIDO POR LOS CIRUJANOS CALLISTAS y

comprende las materias definidas en el art.º segundo, **limitándose en su actuación terapéutica EXCLUSIVAMENTE A LAS MANIPULACIONES QUE PERTENECEN A LA CIRUGIA MENOR**». Está claro por tanto, que nuestras funciones nitidamente definidas en las disposiciones mencionadas, no han sufrido variación alguna. Si lo han hecho en cambio las Escuelas, que pasan de las que teníamos en Barcelona y Madrid, adscritas a las Facultades de Medicina de ambas Universidades, a la Escuela de ENFERMERIA de la Complutense. Y al mencionar nuestras viejas Escuelas no puedo evitar un recuerdo emocionado al insigne Leonardo Escach, artífice y propulsor de la primera Escuela, donde se formaron muchas generaciones de excelentes profesionales. El hecho para mí desacertado, de que sea precisamente, la Escuela de ENFERMERIA la que organice y tutele nuestras enseñanzas, no puede menos que causarnos cierta desazón y disgusto. Todos sabemos cómo estas Escuelas están en estos momentos en el ojo del huracán de una tempestad, que les resta consideración y prestigio. Nada veo en común entre un Podólogo y un enfermero.

Seamos razonables y serios, ateniéndonos a la más estricta realidad, sin incurrir en fantasías ni sueños calenturientos, que a la hora de la verdad se desmoronan como el terrón de azúcar en el agua. No olvidemos que las disposiciones complementarias no invalidan las normas de un Decreto y luchemos por conseguir una Ley de Funciones que nos proporcione mayores atribuciones. Y entre tanto, logremos la aprobación de un Vademécum podológico, que nos autorice a prescribir firmando, los productos que usamos en nuestra práctica diaria y que hoy nos agenciamos sin atrevernos a firmar. Ello nos daría consideración y prestigio ante nuestros enfermos.

No seamos tan optimistas como aquél a quien habiéndole dejado los Reyes Magos unas boñigas de equino en sus zapatos, exclamaba alegre y jubiloso al contemplarlas: ¡Me han dejado un caballo! ¡Cierto que se ha escapado, pero me han dejado un caballo!!!

Luchemos con todas nuestras fuerzas y toda nuestra voluntad y no nos dejemos llevar de ilusas fantasías, ni prestemos oídos a falsos cantos de sirenas.

**Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz**  
**Santa Cruz de La Palma (Canarias)**

### NOTA DE LA R.E.P.

*Esta R.E.P. no se hace responsable ni partícipe necesariamente, de las opiniones vertidas a las secciones de opinión y frases-pensamientos y otros.*

## HOY ENTREVISTAMOS A:

*En la Asamblea Gral. Extraordinaria de Representantes, celebrada el pasado día 24 de septiembre de 1988, se decidió solicitar a la Asociación Madrileña el Curriculum-vitae del compañero Juan Pérez Lázaro.*

*Sea pues la exposición del mismo, en la Revista de la Familia Podológica Nacional el primer homenaje a tan ilustre y entrañable compañero.*

### Curriculum-Vitae, abreviado de Juan Pérez Lázaro

Juan Pérez Lázaro nació en Montánchez (Cáceres).

Desde muy pequeño mostró gran inclinación a las bellas artes, y su niñez y primera juventud la dedicó a esta actividad, lo que le proporcionó un gran espíritu de lucha, a hacer bien uso de la paciencia y a saber conseguir objetivos.

Durante unas vacaciones en su pueblo natal decidió cambiar los pinceles por otra profesión que fuese también independiente y que le permitiera a su vez pintar sin someterse a nadie.

Así es que aquel mismo verano, empezó a estudiar la carrera de Practicante o Cirujano Callista, porque veía que podría ganar dinero, a más corto plazo que con la pintura.

Una vez terminada, estuvo practicando dos años por las mañanas, en una sala de cirugía general, en el Hospital Provincial de Madrid, en la calle Infanta Isabel, cuyo director era uno de los más destacados cirujanos de aquella época, D. Tomás Rodríguez Mata.

Hechas estas prácticas, estableció su consulta en la calle de Hortaleza, donde empezó a trabajar, con bastante éxito de público.

Al darse de alta en Hacienda, también lo hizo a la vez, en el gremio de Cirujanos Callistas, donde todos los años, había que nombrar una Comisión para regir el gremio.

En el año 1932, a pesar de ser el más joven, le nombraron Presidente de dicha Comisión, para representarla en las casas de Hacienda, y hacer la distribución de las cuotas que debían de pagar, según las diferentes categorías.

Se conoce que no lo haría muy mal, cuando



a partir de entonces, por votación, le siguieron nombrando todos los años.

En el año 1949 empezaron a tomar contactos, la mayoría de los cirujanos callistas de varias provincias de España, viniendo todos a Madrid.

En estas reuniones, se tomaron varios acuerdos; el primero fue, el de elevar La Clase, confeccionando un proyecto de Decreto en el que se reconociera la Especialidad, se reglamentara, y se crearan Escuelas de Podología en las Facultades de Medicina, donde después de estudiar A.T.S. tendrían que estudiar dos años más de especialidad, con lo cual, todos saldrían mejor preparados..

Lo primero que tendrían que hacer era, unirse todos, para nombrar una Directiva Nacional, para que antes de nada, nos concedieran un Congreso Nacional, para poder empezar a tomar acuerdos.

En dicho Congreso Nacional, se nombró la primera Directiva Nacional, nombrando por votación, Presidente a Leonardo Escachs Clariana de Barcelona.

Vicepresidente a Juan Pérez Lázaro, de Madrid.

Secretario y Tesorero también de Madrid, y un Vocal por cada Provincia.

Todos creíamos, que la elevación de la Carrera sería una cosa fácil y rápida, pero enseguida empezaron los muchos inconvenientes para llevarla a efecto, y aquí, es donde empieza la verdadera lucha de Pérez Lázaro.

El Presidente vivía en Barcelona, y por ello en Madrid no conocía a nadie importante del Ministerio y no se nos abrían puertas para nada.

El primer despacho que tenían que visitar era, el del Director General de Enseñanza Universitaria, llamado D. Torcuato Fernández Miranda, y según le dijeron a Pérez Lázaro, el Director General era más difícil de ver, que el mismo Ministro.

Por aquella época, Pérez Lázaro, hacía visitas a domicilio, por las mañanas, y entre estos clientes, tenía a grandes personalidades, y acordándose que entre ellos tenía a la madre del Subsecretario del Ministerio de Educación, la llamó por teléfono para si quería decirle a su hijo si podría darle una carta de presentación, para el Director General, y efectivamente, al poco rato llamó a Pérez Lázaro para decirle, que le había dicho a su hijo, que fuese a verlo al Ministerio, y que él le acompañaría personalmente para presentarlo, y efectivamente, lo presentó, y el director lo recibió con gran amabilidad y mirándole le dijo, yo le conozco a usted, y no recuerdo de qué, Pérez Lázaro se acordó inmediatamente de que su señora era cliente suya y por eso le habría visto en su casa.

A partir de entonces, siempre que tuvo necesidad, lo recibió inmediatamente, llamándole siempre el primero, aunque tuviera personas esperándole.

Como dijimos antes, el Presidente Sr. Escachs, residía en Barcelona, y así que Pérez Lázaro era el que tenía que ir resolviendo todo.

Uno de los que tenían que emitir informes para el Proyecto de Decreto era, el Director General de Sanidad Dr. García Orcoyen, a pesar de que llevaban una carta de presentación (siempre de Pérez Lázaro) y al explicarle lo que querían, ya les recibía muy friamente y diciéndole que tenía mucha prisa y se tenía que marchar enseguida, así se llevaron un gran disgusto.

Pérez Lázaro siempre queriendo ir adelante, se acordó que entre sus clientes, tenía al Teniente General Rivas Capapé, y a continuación se marchó a su casa para hablarle; al verlo el General, todo extrañado le dijo, ¡Pero si yo no le he llamado!, ya lo sé, pero es que hoy no he venido como Podólogo, sino como amigo, hombre, eso me gusta, porque usted sabe, que como tal le tengo.

Le contó lo que pasaba, y le preguntó, si conocía a alguna alta personalidad del Ministerio de la Gobernación (que era de donde dependía la Dirección General de Sanidad).

Yo soy íntimo amigo del General Alonso Vega desde que éramos cadetes. Y después nos destinaron juntos y seguimos siempre siendo amigos. Pero para lo que usted quiere, le va a servir el Subsecretario, porque es el que suele despachar con todos los Directores Generales, y en aquel mismo momento, le llamó por teléfono, y le contestó que fuese al día siguiente, para que le explicara el caso.

Cuando se presentó, y le explicó lo que quería le dijo, que se fuese tranquilo, por que seguramente cuando hablara con el Director General de Sanidad cambiaría de opinión.

Y efectivamente, aquel mismo día, el Dr. García Orcoyen, le llamó por teléfono a Pérez Lázaro, para decirle, que sintió mucho no haberle recibido como se merecía, pero es que tenía mucha prisa y no pudo entretenerse, pero que fuese al día siguiente, y trataría de solucionarle su problema, como así lo hizo.

Otro informe que necesitaban era, el del Consejo Nacional de Educación, pero en este caso a Pérez Lázaro le fue bastante fácil resolverlo,

porque tenía bastante amistad con el Presidente de dicho Consejo Nacional.

Pero seguían teniendo contratiempos, con el Consejo Nacional de Médicos, que no daba su informe favorable diciendo, que la Especialidad de Podología, aún no la tenían los médicos, pero que muy bien, podrían tenerla dentro de poco, diciéndole también, que no podrían llamarse Podólogos, sino Ayudantes de Podólogos, porque ese nombre podrían tenerlo reservado para cuando los médicos lo solicitaran.

Pérez Lázaro, seguía visitando con frecuencia a D. Torcuato Fernández Miranda, y una de esas veces le preguntó, ¿a usted le extrañará mucho, que yo me haya volcado tanto con usted?

Pérez Lázaro le contestó con mucha naturalidad, diciéndole, pues no señor, no me ha extrañado nada, porque yo sé, que es usted, una persona muy sensata y honrada en todos sus actos, y como yo no le pido nada que no sea sensato y honrado... es por eso, por lo que no me ha extrañado nada.

Tiene usted razón, le contestó D. Torcuato, porque yo sé, por varios conductos que usted trabaja mucho, y está situado en la cima de su carrera, y por tanto, no le hace falta nada de esto que trata de conseguir, sino que por el contrario, esto sólo le cuesta tiempo, disgustos y dinero, que deja de ganar al ocuparse de todo, y lo que estaba haciendo era sacrificarse, haciendo una labor, no para usted, sino para todos los profesionales que vinieran después.

Pasado algún tiempo, llamó el Director General a Pérez Lázaro para decirle, que ya estaba cansado de tantos informes, muchos de ellos negativos, sin razón de ser, y por ello, como quien tenía que decir la última palabra era él, y que por eso había hecho un informe, y no quería darle curso sin que usted lo viera, así es que léalo y dígame ¿qué le parece?

Porque es tan formidable, que le agradecería que me diera una copia.

Enseguida mandó al Secretario que la hiciera, se la entregó y se fue tan contento.

A los pocos días, veía con gran alegría en el Boletín Oficial, que en el Consejo de Ministros,

se había aprobado, el Proyecto de Decreto, y tal y como lo habíamos solicitado.

Con este motivo, el Consejo Nacional, de A.T.S. le concedió a Pérez Lázaro, la primer Insignia de la Especialidad de oro y brillantes, juntamente con un Pergamino, y se la impusieron en un homenaje cena que se celebró en el Hotel Nacional de Madrid.

Pasado unos días, recibió Pérez Lázaro por medio de un empleado del Ministerio de Educación y Ciencia, un oficio que le enviaba el Jefe de la Secretaría del Ministerio diciéndole, que habiéndose enterado el Sr. Ministro de la gran labor y lucha, que había tenido para conseguir la elevación de la Especialidad de Podología, le había concedido, la Encomienda de Alfonso X el Sabio.

Pasado algunos días, llamó por teléfono a Pérez Lázaro D. Torcuato Fernández Miranda, para decirle que había visto en el Boletín Oficial, la concesión que le había hecho el Gobierno de la Encomienda de Alfonso X el Sabio, y le llamaba no sólo para felicitarle sino para decirle, que nadie mejor que él, sabía el mucho trabajo y sacrificios que le había costado para conseguirla, y por tanto él se ofrecía con mucho gusto para imponérsela.

Pasado algunos días, celebraron una reunión en Madrid, un grupo de Podólogos de Barcelona, con Pérez Lázaro, entre los que se encontraba el Presidente Sr. Escachs para tratar de la fundación de la Primera Escuela de Podología en España.

Ellos creían que a Pérez Lázaro se le podría convencer con facilidad para que la primera Escuela de Podología fuese en Barcelona.

Ellos empezaron hablándole muy suavemente, y en vista de que no le convencían, se exaltaron más de lo debido, y Pérez Lázaro dio por terminada la reunión, diciéndoles que trabajarían cada uno por su lado, para ver quién lo conseguía, porque lo lógico era que la primera Escuela, se fundara en la Facultad de Medicina de Madrid, por ser la Capital de la Nación.

Pasó algún tiempo y un día Pérez Lázaro recibió una carta del Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, llamándole para cambiar con él unas impresiones.



Protector epidérmico  
podológico

Limpieza integral  
del pie.  
Bactericida.

Antimicótico.  
Antiesudoral.

Normaliza  
la fisiología del pie.

**CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL**  
Sagitario, 12 ALICANTE (España)

### RESTAURADOR MANTO ACIDO

**Composición:** Esteres de ácidos grasos saturados, 6%; sustancias humectantes, derivados de lanolina, 2%; triglicéridos, 1%; aminoácidos y sales orgánicas, 2%; emulsionantes no tóxicos, 25%; ácido láctico c.s.p. ph = 5,5.

**Indicaciones:** Higienización y suavizado de la piel. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.  
**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.  
**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts.

### GEL C.P.I.

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%; anfolitos, 13%; ácido láctico c.s.p. ph = 5,5.  
**Indicaciones:** Higienización de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.  
**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.  
**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts.

### CREMA PODOLOGICA CPI

**Composición:** Urea, 5,0%; propilenglicol, 3,0%; oleum germen Triticum aestivum, 4,0%; extracto de Citrus limonum, 4,0%; lactato sódico, 3,0%.  
**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis.  
**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje.  
**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.  
**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr., P.V.P. IVA, 750 pts.

### MICOESPEC POLVOS

**Composición:** Por gramo: Nitrate de Econazol, 10 mg.  
**Indicaciones:** Micosis provocadas por hongos levaduras y bacterias sensibles al econazol especialmente las micosis húmedas y rezumantes.  
**Posología:** 1-2 aplicaciones al día.  
**Contraindicaciones e incompatibilidades:** No se conocen. El uso de anovulacionos orales, puede disminuir la eficacia del tratamiento.  
**Efectos secundarios:** Puede darse algún caso de flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda suspender el tratamiento.  
**Intoxicación:** No existe riesgo.  
**Presentación:** Frasco de polvos de 30 gr., P.V.P. IVA, 334 pts.

Cuando estaba ante él, el Decano, a quien no conocía, le dijo, que se iba a fundar en España, la primera Escuela de Podología en la Facultad de Medicina de Madrid.

El Decano le dijo, que él, como Decano de la Facultad dicha, se había informado por varios conductos, de quién sería la persona idónea para la Subdirección de la Escuela, y todos habían coincidido en Pérez Lázaro, y por ello le había llamado para ofrecerle el cargo.

Pérez Lázaro, le contestó, que se lo agradecía mucho, pero que él no quería nada por el dedo.

El Decano, se quedó impresionado por esta negativa, y le dijo, que este rasgo le confirmaba más, los informes que tenía de él, porque sería muy difícil haber encontrado, otra persona que le hubiera contestado así, ya que casi todo el mundo suele estar sediento de cargos.

Pérez Lázaro le contestó que no ambicionaba nada, sino que él, lo que quería era que la Escuela tuviera éxito, y entonces el Decano le preguntó ¿qué se podría hacer?.

Pérez Lázaro le contestó, que el creía que tal vez sería una gran cosa al convocar un concurso Nacional, donde se podrían concurrir a concursar personas de todos los sitios de España.

Estaba acompañando al Decano el Dr. Martín Lagos, Catedrático de la Facultad y Director del Hospital Clínico, el Dr. Martín Lagos entonces le pidió permiso para opinar, y el Decano le contestó que con mucho gusto.

El Dr. Martín Lago, que ya tenía muchas horas de vuelo y gran experiencia de la vida, dijo, que él no estaba conforme, porque al convocar el concurso Nacional, iba a recibir tantas cartas de recomendación y tan fuertes algunas, que no tendría más remedio que hacerlas caso, aunque no fuese el mejor.

Se convocó el concurso, y pasó lo que opinaba el Dr. Martín Lagos.

El Decano para evadir compromisos, en una reunión de Catedráticos, nombró un jurado de varios catedráticos de dicha Facultad.

Pérez Lázaro también presentó la documentación para dicho concurso, nombrándole dicho

jurado por unanimidad Subdirector de la Escuela y Profesor de las clases Teórico-Podológicas.

Pasado algún tiempo, nombraron a D. Torcuato Ministro Secretario General del Movimiento, y Pérez Lázaro en vez de mandarle una carta de felicitación, lo hizo personalmente para agradecerle las muchas molestias que se había tomado para ayudarle a resolver los muchos problemas que se habían resuelto, también recordará usted que yo le ofrecí imponerle esta condecoración... pues ahora le digo, que no sólo se la impondré con mucho gusto, si no que le exijo ser yo quien se la imponga.

Pérez Lázaro, le contestó, que no sabía cuanto se le agradecía, porque él había pensado otra cosa muy distinta, no porque no tuviera el mismo interés, sino, porque sus obligaciones como Ministro se lo impedirían.

Entonces, él se volvió a decir, que no sólo se la impondría con mucho gusto, sino, que la impondría en el sitio, el día y hora que usted quisiera.

Pérez Lázaro con gran emoción, le preguntó: ¿Entonces a usted no le importa que no sea en su despacho? No señor, yo voy donde usted me diga, el día y la hora que usted quiera. Pérez Lázaro le dijo, que le gustaría que fuese en su Colegio, porque esto le daría más categoría al mismo Colegio.

Unos días después, recibió un oficio del Decanato de la Facultad de Medicina de Madrid, que decía:

En vista de que por concurso Nacional de Podología, y por unanimidad del jurado, le han nombrado a usted, Subdirector y Profesor encargado de las clases Teórica-Podológicas de la primera Escuela de España, en la Facultad de Medicina de Madrid, esta Facultad, ha pedido para usted, la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad, cuya petición ha sido concedida.

Al ir a dar gracias al Decano, éste le dijo, que como Decano, tendría mucho gusto en imponérsela.

Pérez Lázaro le dijo, que también le habían concedido la Encomienda de Alfonso X el Sabio y que D. Torcuato Fernández Miranda le había prometido imponérsela en el salón de actos de su Colegio.

Entonces le prometió, que también él se la impondría en el mismo sitio, porque D. Torcuato Fernández Miranda era muy amigo suyo y así le daría un abrazo.

Con motivo de estas impresiones, el Presidente Nacional de los A.T.S. y el Presidente Provincial, juntamente con todos los compañeros de España, y por medio de una comisión, nombrada al efecto, organizaron un homenaje Nacional, en salón de actos de dicho Colegio de Madrid, situado en la calle del Conde de Romanones n.º 10.

Al final del acto, y en las palabras que pronunció Pérez Lázaro de agradecimiento, para todos

los creadores, y sobre todo para el Ministro y el Decano de la Facultad de Medicina, que tanto ardor y entusiasmo pusieron en sus elogiosas palabras diciendo, que gracias a la tesonería, saber pedir las cosas, con habilidad y unidad y por ello a Pérez Lázaro, se le debía, la creación de la primera Escuela de Podología fundada en España, y de lo cual, ellos eran sus principales testigos.

Posteriormente y por procedimientos un tanto oscuros, le privaron de la Subdirección de la Escuela y de la Antigua Agrupación de Podólogos, también recibió el pago de verse totalmente marginado.

---

---

## FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

Quien quiere acierto sin error,  
orden sin desorden,  
no comprende los principios  
por los que se rige el cielo y la tierra.  
No entiende cómo  
todo está conectado.

**Chuang Tzu**

---

Toda vida real es encuentro. El encuentro no se da en el tiempo y en el espacio, sino que el espacio y el tiempo se dan en el encuentro.

**Martin Buber**

---

Pero ¿qué son los conceptos sino creaciones y formulaciones salidas del pensamiento, que en vez de situarnos ante los objetos como realmente son, nos ponen delante más bien formas del mismo pensamiento? Por consiguiente, todos los esquemas creados por la ciencia para clasificar, organizar y resumir los fenómenos del mundo real no son sino esquemas arbitrarios, volátiles productos de la mente, que expresan no tanto la naturaleza de las cosas, cuanto la naturaleza de la mente.

**Ernst Cassirer**

Sacado del libro: TIEMPO, ESPACIO y MEDICINA por Agueda P.

## SE HABLO DE...

Repaso a las primeras revistas de Podología  
Hoy de la 9 a la 12 (mayo-junio/noviembre-diciembre 1969)  
Director: Leonardo Escachs Clariana  
Subdirector: Pablo Vilató Ruiz  
Redactor Jefe: Francisco Mañé Domingo  
Estas fueron las aportaciones científicas:

1. La cubierta cutánea del pie. Histología y Patología.  
F. Alonso Royano.
2. Cuidado de los pies en los diabéticos.  
Raymond K. Locke.
3. Los moldes del pie.  
E. Rodríguez.
4. Terapéutica ultrasónica en Podología.  
M. Hernández De L. Muñoz.
5. Más sobre la Lisozima de Fleming.  
L. M. Salazar.
6. Consideraciones acerca del calzado.  
M. J. Mato (Argentina).
7. Metatarsalgias.  
F. Alonso Royano.
8. Deontología Podológica.  
F. Alonso Royano.
9. Profilaxis del pie en la infancia.  
J. Sala Pich.
10. Viaje a Liverpool.  
L. Aycart (semi-cient.).

---

---

## LA F.E.P INFORMA

### I PREMIO C.P.I. DE INVESTIGACION PODOLOGICA

Convoca: FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS  
Patrocina: CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL  
Tema: «CUIDADOS EN LA PIEL DEL PIE EN LA TERCERA EDAD»

#### BASES

- I. Podrán optar la mismo todos los podólogos en ejercicio y que estén encuadrados en las distintas asociaciones automáticas que conforman la actual Federación de

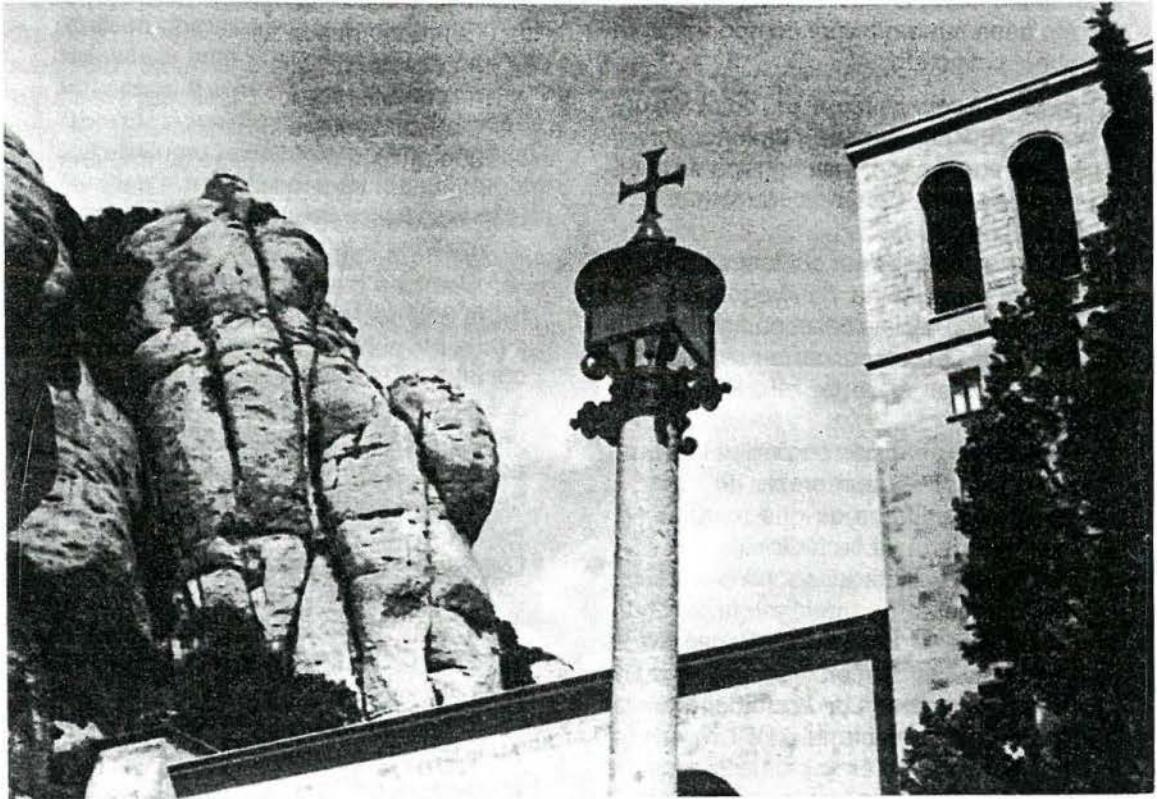
Podólogos, así como los que estén cursando estudios de Diplomado Universitario en Podología.

- II. Los trabajos serán presentados por el sistema de lema y plica, escritos a máquina, a doble espacio y adjuntando una copia por cada miembro que componga el tribunal calificador.
- III. El premio consistirá en una dotación única de 250.000 pesetas y diploma acreditativo, efectuándose su entrega en la cena de clausura del Congreso Nacional de Podología, 1989.
- IV. Los trabajos deberán ser enviados a: Federación Española de Podólogos, San Bernardo, 74 - bajo derecha, código postal 28015 Madrid, por correo certificado e indicando en el sobre ref.: Premio CPI 1989.
- V. El plazo de admisión de originales finalizará el día 15 de septiembre de 1989. No se admitirán trabajos que lleguen con posterioridad a la fecha indicada.
- VI. El Tribunal calificador estará constituido por los miembros que designe la Junta General de la Federación Española de Podólogos, más un profesor por cada Escuela Universitaria de la citada Especialidad y un representante de C.P.I. con voz, pero sin voto. Serán excluidos del citado comité los que opten al premio. La reunión para seleccionar el trabajo ganador se celebrará la misma mañana del día de la entrega del galardón.
- VII. El sobre que contenga el lema correspondiente al trabajo premiado será abierto públicamente en el acto previo a su entrega, destruyéndose a continuación, el resto de los sobres con los lemas de los trabajos no premiados.
- VIII. El premio puede ser declarado desierto en el caso de que el tribunal calificador no considerase los trabajos presentados con suficiente nivel profesional. En este supuesto, su importe se acumularía a la siguiente convocatoria.
- IX. El fallo de la comisión calificadora se considerará inapelable.
- X. El trabajo premiado quedará en poder de la Federación Española de Podólogos, la cual lo publicará en su órgano de difusión oficial. La Empresa patrocinadora queda autorizada, si lo considera pertinente, a su divulgación y hacer uso del mismo, de acuerdo a la normativa vigente dictaminada por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- XI. Los trabajos no premiados se devolverán a sus autores, previa petición por escrito a la Federación Española de Podólogos y dentro de los treinta días siguientes al fallo del mismo.
- XII. El hecho de participar en este concurso significa la plena y total aceptación de estas bases.
- XIII. El precio CPI de investigación podológica queda establecido con carácter de continuidad anual. El tema base de la investigación, variará cada año de acuerdo a la actualidad profesional del momento.

---

*El Secretari de la Associació Catalana de Podòlegs saluda a D. A. Cabezón, Secretario de la FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS y le notifica que la A.C.P. celebrará las Jornadas Catalanas de Podología los días 19, 20 y 21 de mayo de 1989 en la localidad de Lloret de Mar (Girona), el tema del Congreso es «PODOLOGIA GERIATRICA».*

## PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:

F. J. Luna

Objetivo:

Zeiss Tessar 1/2,8

Exposición:

1/125

Tema:

Montserrat

Datos técnicos:

Cámara Regula R M

Película:

Agfa 21/100

Diafragma:

8

**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS



# ¡Sí... Es un calzado ortopédico!

**P**arece increíble. Nadie notará que es un calzado ortopédico. P-F ha conseguido que sean como unos deportivos. No tienen por qué diferenciarse exteriormente del calzado de moda. Su aspecto debe ser tan atractivo para el joven paciente, que evite el rechazo que se produce con frecuencia en la mayoría de los niños que necesitan tratamiento con plantillas y calzado ortopédico tradicional.

Más de 20 años de probada experiencia clínica

fabricando calzado ortopédico de prescripción médica, colocan a P-F en primera línea en el tratamiento de las principales afecciones de los pies de la infancia y adolescencia.

P-F dispone de más de 10 hormas básicas para calzado ortopédico corrector y para uso con plantillas ortopédicas.

Para más amplia información consulte nuestro catálogo.

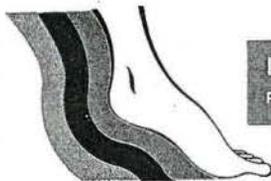


PRESCRIPTION FOOTWEAR S.A.  
Pl. Malvas, 4 - Villena (Alicante) Spain  
Tel. (96) 580 01 91 - Telex 63973 PFFVI E

# AKILEINE®

La línea de productos para los pies Akileine, se utiliza con éxito en todo el mundo. Sus productos, basados en la acción de los lipoaminoácidos, ayudan a resolver todos los problemas creados en el mundo del pie.

Sus productos se diferencian claramente en tres líneas de acción:



## LÍNEA AZUL:

Productos hidratantes.

## LÍNEA ROJA:

Productos antifatiga.

## LÍNEA VERDE:

Productos antitranspirantes.

**CREMA ANTITRANSPIRANTE. (0860).** Regulariza la transpiración, desodoriza y refresca la piel. Envase de 60 ml.

**CREMA ANTITRANSPIRANTE. (0863).** Envase Profesional 150 ml.

**POLVOS ABSORBENTES. (0861).** Absorben la humedad excesiva de los pies, evitan la irritación y previenen la proliferación bacteriana. Envase de 75 grs.



Productos hidratantes

**CREMA RELAJANTE. (0870).** Calma, descansa y da reposo al pie. Para pies fatigados hinchados y doloridos. Su acción tonificante produce un gran efecto antifatiga. Envase 60 ml.

**CREMA RELAJANTE. (0873).** Envase profesional 150 ml.

**SALES DE BAÑO. (0872).** Descansan y tonifican los pies, eliminando las toxinas de la epidermis. Envase con 120 grs. (6 dosis).

**SPRAY ULTRA FRESCO. (0871).** Calma automáticamente el recalentamiento y evita la proliferación bacteriana. Desodorante y refrescante. Envase 150 ml.



Productos antitranspirantes

**CREMA HIDRATANTE. (0850).** Nutre, suaviza, revitaliza e hidrata. Elimina las células muertas por acción mecánica y acidificación de la piel. Para talones secos, grietas y piel excesivamente reseca. Envase de 60 ml.

**CREMA HIDRATANTE. (0852).** Envase profesional 150 ml.

**CREMA ANTICALLOSIDADES. (0851).** Elimina las rugosidades y células muertas y pone la piel tensa y suave. Envase 60 ml.



Productos antifatiga

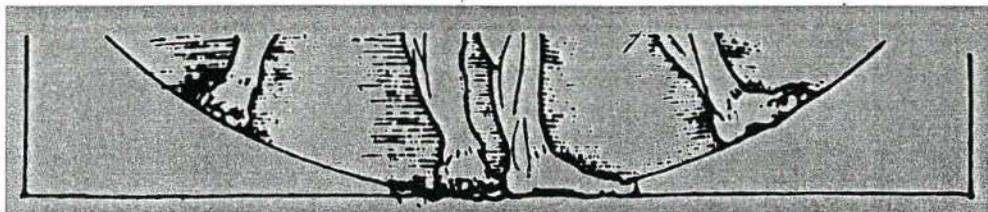
# LUGA

## LUGA



Carretera Canillas, 99  
28043 Madrid - España  
Tel. 91 200 21 60 x 75

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

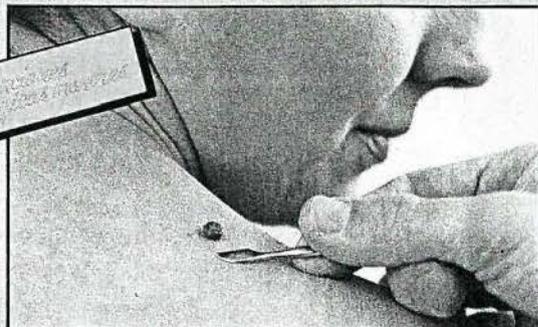
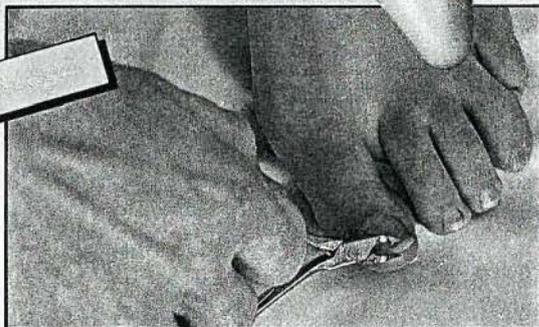
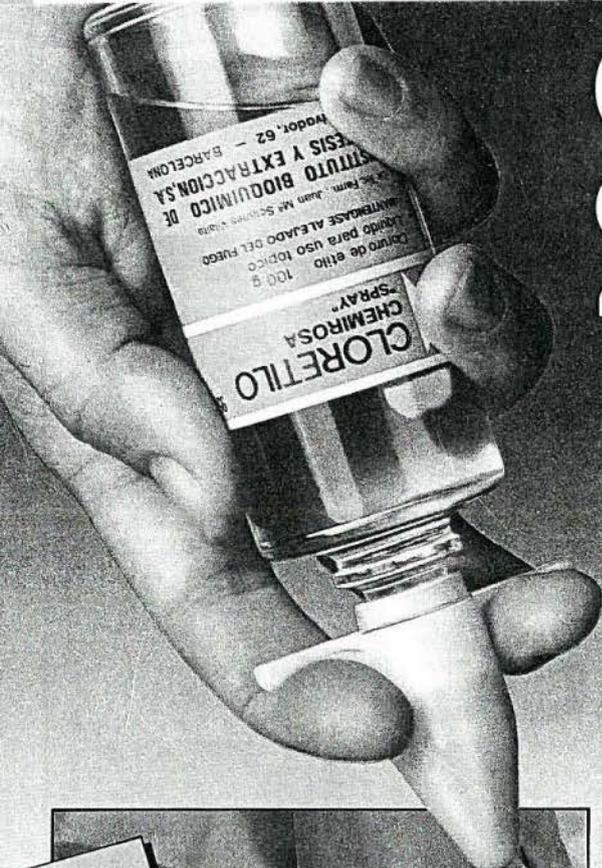


ENERO - FEBRERO Nº 121 - AÑO 1989

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico local  
"a frigore"  
uso tópico



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores; en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésicar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una llama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación masiva accidental, se puede producir narcosis e inconsciencia, ante lo cual se instaurará respiración artificial y tratamiento sintomático.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá mantenerse en lugar fresco y alejado del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** Frasco (spray) de 100 gramos. P.V.P. IVA 423,- Ptas.

LABORATORIOS **ERN** S.A.

Pedro IV, 499 - 08020 BARCELONA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Isaias del Moral Roberto.  
**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** José Iniesta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

<b>ANDALUZA</b>	Presidente: Manuel Albalá Valle.
<b>ARAGONESA</b>	Presidente: José Valero Salas.
<b>ASTURIANA</b>	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
<b>BALEAR</b>	Presidente: José Claverol Serra.
<b>CANARIAS</b>	Presidente: Francisco J. Morán Ventura.
<b>CANTABRIA</b>	Presidente: José Andreu Medina.
<b>CASTELLANO-LEONESA</b>	Presidente: José María Altonoga Eguren.
<b>CASTELLANO-MANCHEGA</b>	Presidente: Luis Juan Navarro.
<b>CATALANA</b>	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
<b>EXTREMEÑA</b>	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
<b>GALLEGA</b>	Presidente: Armando Díaz Pena.
<b>MADRILEÑA</b>	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
<b>MURCIANA</b>	Presidente: José Iniesta Gallego.
<b>RIOJANA</b>	Presidente: Félix Martínez Martínez.
<b>VALENCIANA</b>	Presidente: Isaias del Moral Roberto.
<b>VASCO NAVARRA</b>	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL ..... 2

### APORTACIONES CIENTIFICAS

Enfermedades y tumores dérmicos con compromiso ungueal . 4  
Interrelación osteo-dérmica en las dermatopatías por fricción, síntesis del trabajo ..... 12  
Visita a Langer ..... 14  
Quistes epidérmicos en el pie . 16

### SECCIONES

Opinión ..... 25  
Hoy entrevistamos a: ..... 26  
Frases, pensamientos y otros . 27  
Se habló de ..... 28  
La F.E.P. informa ..... 29  
Publicamos tu foto ..... 32

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
Angel F. Cabezón

**Empresa de  
Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

## SUPERMAN NO EXISTE

*Como vosotros conocéis bien, Superman, el héroe de «comics» es un personaje popular y conocido mundialmente, y más desde que saltó del papel al celuloide.*

*Supermán refleja al superhombre, a quien lo puede todo, es casi, casi un Dios, espíritu del bien, del servicio, bondadoso, dado a los demás por excelencia, embajador universal de los EE. UU., ... hasta que puede que sea de la CIA.*

*Pues, bien, tengo que decir que Supermán no existe.*

*Hay tanta gente que pide cosas a esta Federación sin aportar los medios para intentar conseguirlos, que no me temía que quizá por el hecho de estar en la Junta como Presidente tenía que ser Supermán. Hasta un día me subí a una silla e intenté volar. Nada, fracaso total. Casi me caigo. Así que descubrí que el hecho de ser Presidente no tiene nada que ver con ser Supermán.*

*Pero la gente seguía pidiendo cosas,... eliminar el intrusismo, nuestra intervención, nuestra presencia,... eran casi exigencias del cargo.*

*Pensé entonces en que quizá alguno de los miembros de la Junta pudiera ser Supermán. Un día se subieron en las sillas e intentaron volar. Nada, otro fracaso. Ni el Vicepresidente, ni el Vocal, ni el Secretario, nadie era Supermán... nadie voló.*

*Pero,... la gente seguía pidiendo cosas. Pensamos entonces que quizá Supermán fuera espiritual, entroncado en la propia esencia de la FEP. Nada,... otro fracaso. A pesar de desearlo, ni volaba la secretaria, ni se escribían cartas solas, ni las gestiones se resolvían por arte de magia ni pagaba el alquiler o al abogado.*

*Fue así como definitivamente descubrimos todos que Supermán no existía más que en la imaginación. Pero por si acaso alguien se cree que sí existe, me veo en la triste obligación de desmentir el rumor. No está, no existe, sólo es un personaje de ficción.*

*Resulta que si hay que hacer cartas las hacemos nosotros, si hay que cerrar la consulta para hacer lo que sea, pues también la cerramos nosotros a pesar del enfado de los pacientes por la frecuencia en que se produce. Que sí, que la compañía de la luz también nos pasa el recibo correspondiente, que el abogado tiene que cobrar porque también le cobran el pan aunque sea el asesor de la FEP, que a nosotros también nos cobran en Iberia o la RENFE y no volamos, que todo es tan real como la vida misma.*

*Dejando aparte la broma, todo esto viene a cuento y tengo que decir ahora que en estos momentos tenemos encima de la mesa temas tremendamente importantes y trascendentes: la homologación de títulos, la creación de las Ares de conocimiento, el Colegio Profesional, el proceso de normalización con el Ministerio de Sanidad, acuerdos internacionales, el tema del Acta Unica Europea con el consiguiente intercambio de profesionales en el 92, la espada de Damocles de la Ley de Funciones, etc., etc., etc... Que todos estos temas son de inexcusable solución y no nos los resuelve Supermán.*

*Y resulta que todos estos temas tienen una relación directísima con la situación de la Tesorería Nacional. A más dinero, más posibilidad de movimiento y gestión, a menos dinero, más vendidos estamos por falta de posibilidades.*

*Resulta que en estos momentos el dinero existente es «0». Si, no es un error de imprenta. Son «0» ptas. a efectos prácticos porque resulta que debe haber más, porque hay cuotas que no se pagan a las Asociaciones Autonómicas y hay asociaciones que no pasan los porcentajes correspondientes a la Federación. Estamos ahora pendientes de un «pacto de caballeros», juiciosamente propuesto y juiciosamente aceptado por todos para ir solucionando el problema y que expiró el 31 de diciembre.*

*Pero resulta que si el pacto no se cumple, no sólo no está Superman entre nosotros, sino que tampoco hay caballeros.*

*También resultará en consecuencia que desde ahora ya anunciamos que entramos en una peligrosa situación de parálisis de gestión por falta de liquidez. Pero..., si a mí como podólogo de «a pie» me interesa que se resuelvan estos temas, supongo que a ti también, ¿no? Entonces, ¿qué pasa? Si la voluntad común es la suma de voluntades particulares y las particulares son claras, ¿qué se interpone entre la voluntad y su puesta en práctica?*

*Son preguntas que dejo en el aire y que cada cual dé la respuesta que su conciencia le dicte.*

*Sé que el tema de las cuotas es delicado y sangrante en sus planteamientos, que tocar el bolsillo no es popular. Por este motivo entiendo que los planteamientos de las diferentes tesorerías (nacional y autonómicas) deberían ser coordinados. Que la FEP no se ha planteado una remodelación de cuotas porque de nada sirve que paguen más los que ya pagan primero, hay que estar «al día» y después, ya veremos entre todos.*

*Yo invito desde aquí a las diferentes juntas a que planteen soluciones desde una perspectiva global de forma que se estudien unos calendarios, con presupuestos realistas para que la economía de las diferentes asociaciones no se vea mermada por la FEP ni viceversa. Tengo un especial interés en solucionar este viejo tema de forma que a las sucesivas juntas de uno u otro sitio no se le planteen los desagradables y vergonzosos problemas actuales por unas miserables pesetas y con unas necesidades encima de la mesa.*

*De entrada, se impone cumplir lo pactado. Quien no lo haga no nos engaña ni nos hace la «jugadita» a la Junta. Nosotros somos simples gestores de una confianza depositada. A quien se le hace la jugadita es al podólogo en general y a la profesión en particular. Nuestra obligación es recordar el compromiso y recordarlo de una manera general. Que nadie se moleste en que se le recuerde su palabra.*

*Pero también es nuestra obligación decirle a ese podólogo que cada vez tenemos más necesidades como profesión, que se las tenemos que pedir, que las gestiones a quien corresponda, autonómicas o nacional, y que posiblemente con nuestra cuota actual, autonómica o nacional, no es suficiente.*

*Perdonadme la historieta inicial de esta editorial, pero, es como ha salido y como lo siento.*

*Saludos*

*Andrés Rueda*

## ENFERMEDADES Y TUMORES DERMICOS CON COMPROMISO UNGUEAL



Por: D. Juan José Castellano Fornes  
Congreso Nacional Valencia  
Alicante

Muchos desórdenes dermatológicos que característicamente afectan a la piel pueden también comprometer a las uñas, algunas de estas enfermedades producen en las uñas cambios y lesiones que pueden servir para el diagnóstico pero que solas y por sí mismas sin la participación de la piel no son características y pueden prestarse a confusión en su diagnóstico.

Las afecciones más frecuentes dignas de mención por su mayor incidencia son:

### PSORIASIS

Es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por una hiperplasia epidérmica y gran aceleración del índice de recambio de la epidermis (32,5 h. en vez de las 152 horas en la piel normal).

Frecuentemente se descubren antecedentes familiares y algún factor que induce a la aparición de las lesiones.

La primera aparición se produce como lesiones aisladas y pequeñas a menudo en codos y rodillas y asociadas a algún factor local inductor de las lesiones, en los casos de Psoriasis con grandes zonas afectadas las causas o factores inductores pueden ser múltiples: Dermatitis Alérgicas, Exantema Alérgico, Varicela, Quemaduras Solares, etc.

Las lesiones se elevan sobre la superficie de la piel circundante indicando una hipertrofia



de las papilas dérmicas. La epidermis se recubre de unas escamas gruesas, micaceas y poco adherentes resultantes de una queratinización incompleta y con aspecto eritematoso debido a la acentuada vascularización de la zona.

Estas lesiones cuando se localizan en las palmas y las plantas pueden presentarse como placas Hiperqueratósicas.

EN LA UÑA. Se producen una Onicolisis que suele comenzar con el borde lateral o el extremo distal con una decoloración amarillenta que brilla através de la placa ungueal, puede progresar e invadir toda la placa quedando ésta separada de su borde con hiperqueratosis ungueal y gran engrosamiento y desfiguración. Hoyos y depresiones en la placa son los productos terminales visibles de pequeñas lesiones psoriáticas puntiformes localizadas en aquella parte de la matriz.



### ENFERMEDAD DE DARRIER-WHITE (Queratosis folicular)

Se trata de un desorden genético de la Queratinización que afecta al folículo piloso, palmas, plantas, uñas y mucosa bucal.

Las lesiones pueden aparecer primeramente como papulas del color de la piel que pronto se recubren de una costra escamosa, aspera, de color amarillento bronceado, cuando se levantan estas placas puede verse una abertura semejante a un poro, estas lesiones pueden unirse formando grandes placas.

Cuando estas lesiones se asientan en dorso de pies y manos adquieren un aspecto como de papulas blancas semejantes a verrugas y en palmas y plantas tienen forma de queratosis punteadas levantadas o con una depresión en el centro.



LAS UÑAS delgadas y frágiles tienden a romperse distalmente mostrando características muescas en forma de «V» con un engrosamiento subungueal, rebordes longitudinales y líneas rojas y blancas;

### LIQUEN PLANO

Es una entidad cutánea única consistente en una erupción de color y configuración definidos y con unas características respecto a su forma y localización.

Las lesiones consisten en papulas diminutas, pruriginosas con una distribución simétrica y bilateral, su color al inicio puede ser rojo pero pronto toma su característico tono morado o violáceo con una superficie plana poligonal y reluciente recubierta de una delgada membrana semitransparente a través de la cual y sobre todo después de limpiar la superficie con aceite o alcohol se aprecia sobre la papula una red de finas estrías blancas y reticuladas denominadas Estrías de Whickham.



LAS UÑAS. Unas semanas después del inicio de la enfermedad empiezan a engrosarse con una superficie pulverizada que empieza por debajo de la cutícula. Aparecen surcos longitudinales, rebordes, divisiones, coloración pardusca y a veces atrofia progresiva que termina con la desaparición de la lámina ungueal.

### ALOPECIA AREATA

Sin síntomas previos el paciente nota repentinamente placas con pérdida de pelo generalmente en el cuero cabelludo aunque puede afectar a cualquier otra parte del cuerpo.

A medida que la enfermedad se desarrolla los discos pueden aumentar de tamaño o aparecer nuevas placas adyacentes.

En la primera fase de la enfermedad las zonas afectadas presentan algunas veces Eritema o Hipersensibilidad y posteriormente el área de calvicie se deprime a veces de forma palpable dando la sensación de Atrofia.



**EN LAS UÑAS.** La anormalidad más característica es un punteado o picado fino con hoyos más pequeños y regulares que los de la Psoriasis.

Los rebordes, distorsión y aspereza de las uñas pueden ser muy marcados.

### TUMORES BENIGNOS

Las áreas paroniquiales que rodean al lecho y la matriz ungueales son los asientos más comunes de lesiones tumorales.

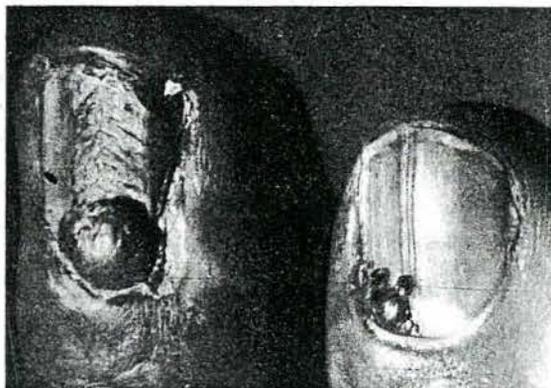
### FIBROMAS

Los más frecuentes son los Angiofibromas.

Son lesiones más Fibromatosas que Angioides que aparecen como papulas pequeñas de color rojizo, pardo o color carne, comunmente solitarias en las que la dermis papilar está visiblemente ausente.

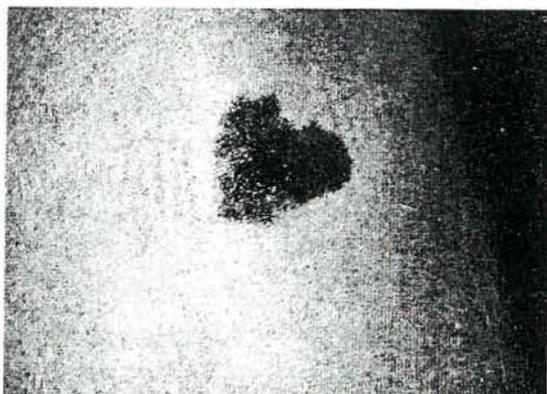
La presentación en zonas digitales se acompaña de hiperqueratosis en forma de una papula alargada y solitaria.

**EN LAS UÑAS.** Aparecen casi siempre después de la pubertad, la localización es generalmente periungueal aunque también puede ser subungueales o de la matriz, en este caso pueden producir adelgazamiento e incluso destrucción de la lámina ungueal.



### ENCONDROMAS

Aunque no son lesiones de la piel son tumores cartilagosos aislados y benignos que aparecen comunmente en las falanges, cuando están cerca del pliegue proximal de la uña o debajo de ella pueden imitar a una paroniquia y producir deformación de la lámina ungueal.

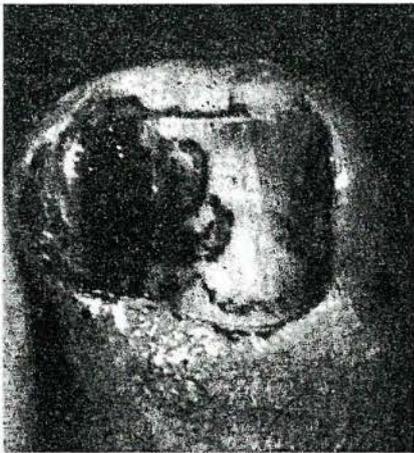


### QUISTES MUCOIDES O MIXOIDES

Son tumefacciones localizadas, resultantes de la superproducción de mucina del tejido conectivo.

En los dedos se presentan como nódulos translúcidos elevados que raramente sobrepasan los dos centímetros de diámetro, con un contenido viscoso y claro, no encapsulados y que comprimen la dermis adyacente.

**EN LAS UÑAS.** Son frecuentes en la zona periungueal o subungueal, pudiendo permanecer intactos, o drenando periódicamente su contenido claro y viscoso.



Por ser lesiones que ocupan espacio en el pliegue proximal de la uña pueden interferir la formación de la lámina ungueal y producir surcos longitudinales adelgazados.

### GLOMUS (Tumores glomícos)

Son neoplasias benignas derivadas de una hiperplasia de los elementos constitutivos de los Shunts arteriovenosos especializados que existen en muchas partes del cuerpo pero especialmente en las extremidades.

Generalmente son únicos, pequeños, de color azul o rojo, engastados en la piel circuncritos y encapsulados, con un signo característico que es el dolor lacinante y paroxístico espontáneo unas veces y otras provocado por

cambios de temperatura y siempre a la presión, pueden presentar fenómenos vasomotores incluyendo aumento de la temperatura del miembro afectado y sudoración localizada sobre el tumor, tienden a agrandarse lentamente aunque nunca sobrepasan el centímetro de diámetro.

**EN LAS UÑAS.** Tienen especial predilección por el lecho ungueal con las mismas características que en la piel, su coloración se transluce a través de la lámina con un dolor exacerbado por el efecto mecánico que ejerce sobre él la uña.

### QUERATOCANTOMAS

Son Neoplasias benignas bastante comunes y más frecuentes en zonas descubiertas que en las zonas cubiertas por vestidos, crecen muy rápidamente en el primer período de aparición pero después su crecimiento es más lento.

Son tumores redondeados en forma de cúpula, compuestos por epitelio escamoso con la piel rojiza, brillante y translúcida, se aprecian poros agrandados de folículos pilosebáceos, vasos sanguíneos finos y una gran tendencia a formar masas queratinosas.

Sobre esta lesión puede aparecer como consecuencia de algún trauma o infección una ulceración verdadera creando el aspecto muy semejante al de una úlcera maligna.

**EN LAS UÑAS.** Aparece en la zona subungueal como una lesión de crecimiento rápido de color rojo, que levanta la placa ungueal y necrosa por presión la falange subyacente.

### GRANULOMA PIOGENO

Es una lesión polipiode, localizada, superficial y a menudo ulcerosa compuesta por capilares recién formados en una matriz edematosa, su nombre indica una causa infecciosa y su aparición es frecuente en zonas de agresión encontrándose con frecuencia en las extremidades.

Se presentan como tumores vasculares de color rojo brillante o marrón rojizo con ten-

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

dencia a sufrir necrosis y a sangrar con facilidad tras sufrir una agresión.

Suelen tener un período de gran crecimiento tras el cual llegan a su tamaño máximo.

Hay que diferenciarlos claramente de ciertas lesiones polipoides que pueden aparecer en el Sarcoma Kaposi, de tumores polipoides metastásicos del carcinoma renal, y del melanoma amelanico, (histológicamente).

Algunas lesiones involucionan espontáneamente después de su infarto, otros persisten como hemangiomas por reducción de espacios vasculares.



**EN LA UÑA.** La lesión no varía sustancialmente manteniendo íntegras todas las características anteriores, la placa ungueal no sufre grandes modificaciones. La causa suele ser una Onicocriptosis o una Paroniquia y el tratamiento es la Electrocuterización o la escisión Quirúrgica.

### MELANOMAS BENIGNOS

Con este nombre se designan todas aquellas lesiones bien congénitas o bien adquiridas en el transcurso de la vida, constituidas esencialmente por Melanocitos o sea por células formadoras de pigmento y cuya evolución ulterior en alguno de ellos puede complicarse con degeneración maligna.

Pueden ser circunscritos, pequeños y planos o ligeramente abombados como en el Lentigo.

Sobreelevados como en las verrugas blandas.

De color negro intenso, amarronadas, de color de la piel normal y ocupar grandes superficies como las Manchas Hepáticas.

O pueden complicarse con la aparición en su superficie de verrugosidades hiperqueratóticas como en el Nevus Pigmentario Hiperqueratósico, etc.

Característicamente los Melanomas presentan colores ordenados y formas regulares. Si su color es pardo pueden exhibir puntos de pigmento pero siempre espaciados con regularidad y simetría.

En los pies generalmente sólo observamos:

**NEVUS AZULES.** Constituidos por nódulos elevados de color variable de gris azulado a azul intenso, bien circunscritos de pequeño tamaño, ligeramente elevados y en los que los surcos de la piel se observan con facilidad.

**LENTIGO SIMPLE.** Se trata de manchas pigmentarias más o menos oscuras, bien circunscritas, con una coloración uniforme, planas o a lo sumo ligeramente elevadas que pueden aparecer en cualquier topografía.

Se caracterizan por su color uniforme más o menos intenso y por tener tamaños más o menos específicos, no mostrando predisposición a cambios neoplásicos.

**MELANOSIS CIRCUNSCRITA PRECANCEROSA.** Es una mancha pigmentada de color negro intenso no uniforme, perfectamente circunscrita, de contorno irregular que lentamente gana en extensión por crecimiento periférico. Pueden detener su marcha permanecer estacionarias o incluso retrógrada y desaparecer, o recubrirse de hipequeratosis, infiltrarse y transformarse en un Melanoma Maligno.

**EN LA UÑA.** Pueden localizarse alrededor y por debajo de la uña dando una lámina ungueal muy pigmentada, también pueden aparecer células nevocíticas en la Matriz ungueal y en este caso dan bandas pigmentadas en la lámina ungueal.

Ante cualquier Melanoma Benigno los sig-

nos de alarma que indican su posible malignización:

- Su rápido crecimiento.
- Aumento de la pigmentación.
- Aparición de un halo eritematoso periférico.
- Dolor espontáneo o a la presión.
- Desviación o hinchazón en las bandas negras originales en las uñas.

### TUMORES MALIGNOS

Los tumores malignos con compromiso ungueal son raros y entre ellos pueden verse:

#### CARCINOMA ESPINOCELULAR

Es un tumor de la epidermis que en su forma intraepidérmica es un carcinoma incompleto pero en su forma invasora tiene las características de los tumores malignos los más importantes son: Anaplasia debido a su rápido crecimiento, invasión de tejidos locales y capacidad de dar metastasis en ganglios linfáticos regionales o en lugares distantes.

Aparecen como placas sobreelevadas, infiltrantes, firmes y a menudo con ulceración o cuerno central.



**EN LAS UÑAS.** Aparecen en el lecho ungueal como una tumoración de crecimiento lento con dolor, destrucción local e infecciones bacterianas concomitantes, pudiendo afectar a la falange subyacente.

### MELANOMA MALIGNO

Proviene de la cancerización de los Melanocitos y se trata del tumor primitivo cutáneo de mayor malignidad y el más metastatizante.

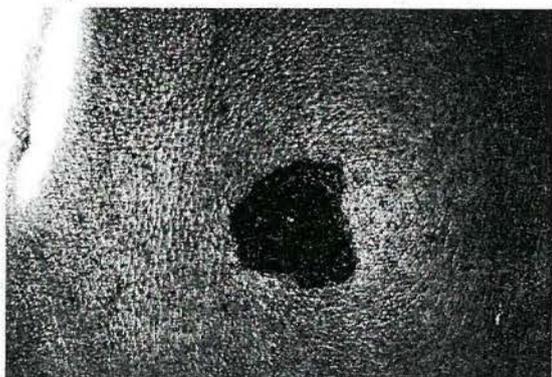
**FORMAS: LENTIGO MELANOMA MALIGNO.** Se produce generalmente en superficies expuestas del cuerpo y se presenta como una mancha plana, relativamente grande de coloración variable y con nódulos negros irregularmente diseminados en su superficie. Los colores de las áreas planas incluyen tostado, marrón, negro, gris azulado, blanco y las áreas marrones o pardas muestran unos puntos o un reticulado negro.



**MELANOMA EXTENSIVO SUPERFICIAL.** Suelen ser lesiones de pequeño diámetro 2,5 centímetros o menos con una forma irregular y arciforme y una coloración marrón, negra, rosada, gris, pero con predominio de los tonos rosados.



**MELANOMA NODULOIDE.** Esta elevado en toda su extensión con un crecimiento relativamente rápido y aparece como una placa elevada con un color oscuro muy uniforme.



En los pies y especialmente en los talones se puede dar un tipo de Melanoma total o parcialmente acrómico con tendencia a la ulceración y que sangra fácilmente.

**MELANOMA SUBUNGUEAL PALMO-PLANTAR-MUCOSO.** Este melanoma que tiene predilección por estas zonas tiene un aspecto clínico parecido al del Lentigo, lesiones planas con una coloración marrón tostado pero son mucho más agresivas.

Las lesiones tienen un crecimiento lateral macular de bordes irregulares y coloración abigarrada o veteada acompañada con frecuencia de papulas y nódulos.

**EN LAS UÑAS.** Es característica la aparición de un panadizo melánico debido a la filtración de pigmento en el área paronquial.

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.** El Melanoma Maligno se distingue de otras lesiones por su apariencia desordenada, muchos colores están dispersos irregularmente por la lesión, rosado, tostado, azul, negro y marrón. Los surcos de la piel faltan en gran parte de la lesión y los brodes presentan irregularidades.

Pero existen ciertas lesiones pigmentadas que a veces son difíciles de distinguir del Melanoma son: **QUERATOSIS SEBORREICA.** Una queratosis seborreica, negra, firme y en forma de cúpula tiene rasgos diferenciados con el Melanoma. Las lesiones aparecen a menudo como gotas de cera y dan esa impresión de tocarlos, parecen pegados a la piel y cuando son extensa da la impresión de poder despegarlos. Los nódulos del melanoma en cambio aparecen firmemente implantados en la piel.

**NEVUS BENIGNOS.** Tiene una forma y un color más regular que los melanomas y conservan intactos los surcos de la piel.

**GRANULOMA PIOGENO.** Se diferencian por su forma de aparición, éstos se desarrollan en semanas, no hay pigmentación irregular en su base como en muchos Melanomas, y además los granulomas sangran con mayor facilidad.

**CARCINOMA BASOCELULAR.** Puede ser de todas las lesiones malignas la más difícil de diferenciar. Los Carcinomas tienen un color negro azulado iridiscente por presencia de pigmento en la profundidad de la dermis, en cambio el Melanoma tiene una coloración irregular negro pardusca con tonos rosados, blancos y negro azulados. Los carcinomas presentan un anillo de nódulos que a menudo rodean a una úlcera central con teleangiectasias prominentes.

Aunque la observación de los rasgos clínicos de una lesión puede contribuir a facilitar su diagnóstico, el único procedimiento aceptable ante una lesión presuntamente maligna es la biopsia del área en cuestión.

## INTERRELACION OSTEO-DERMICA EN LAS DERMOPATIAS POR FRICCION SINTESIS DEL TRABAJO

S. Hervás Tamarit  
Madrid  
Congreso Nacional Valencia

Este trabajo trata de demostrar que «TODAS» las dermatopatías por «roce» tienen su origen en los picos u exóstosis subyacentes a la lesión/es dérmica/s con el calzado y otros artilugios.

Posteriormente se explica la reacción dérmica al «roce» y todo el proceso desde la piel sana hasta la formación del heloma (dermatopatía).

Para poder constatar y/o demostrar este hecho, se exponen 10 casos clínicos de dermatopatías por yatrogenias de Cirugía Mayor resueltas definitivamente con técnicas podológicas, al eliminar las distintas causas que predisponen a las lesiones dermopáticas.

### 1.º CASO

A. A. F. de 49 años operado con Cirugía Mayor de Pie Cavo con las siguientes lesiones yatrogenicas:

- 5.º dedo flexus con apoyo plantar de la cara dorsal de dicho dedo.
- 1.º dedo en garra, apoyo plantar del pulpejo y consecuentemente onicalgias por disarmonía del apoyo, heloma dorsal en interfalángica por garra.

**Resultado:** Desaparición del heloma dorsal y de su onicalgia al recuperar el apoyo plantar de dicho dedo.

### 2.º CASO

R. F. C. de 68 años operada con Cirugía Ma-

yor de H. V. pie dcho. con hiperqueratosis muy dolorosa en cabeza de 1.º meta como consecuencia de la luxación del 1.º dedo con el espacio intermetatarsal yatrogénico a la intervención.

**Resultado:** Curación de la hiperqueratosis después de eliminar la fricción;

### 3.º CASO

F. L. Y. de 48 años que presenta un hallux Varus yatrogénico a una intervención con Cirugía Mayor de un Hallux Valgus. Sintomatología:

- Intenso dolor en cara interna del 1.º dedo como consecuencia de su deformidad y del excesivo roce de la cara interna de la falange distal con el zapato.

**Resultado:** Alineamiento del 1.º radio al eliminar el roce articular.

### 4.º CASO

A. F. G. de 67 años protocolizada y preparada para amputación de 5.º dedo. Presenta un heloma de fondo de saco de 4.º espacio, tratado con anterioridad como micosis interdigital, papiloma de fondo de saco sin resultado alguno.

**Resultado:** Desaparición del heloma al eliminar la causa osteo-dérmica que provoca el cuadro.

### 5.º CASO

**C. R. O.** de 67 años con amputación de pierna izda. por accidente de tráfico. En el pie dcho. presenta 2.º dedo martillo al que se le trata quirúrgicamente con falangectomía media.

Posteriormente desarrolla un heloma interdigital de 1.º espacio como consecuencia del desarrollo de una exóstosis ósea postquirúrgica.

**Resultado:** Se elimina la exóstosis al prescindir de la relación osteo-dérmica de la lesión.

### 6.º CASO

**P. R. F.** de 54 años operado de H.V. con Cigruja Mayor apreciándose en RX osteoclasia del 1.º meta y eliminación de la exóstosis de la cabeza del 1.º radio. Posteriormente desarrolla un heloma muy doloroso en la cabeza del 1.º radio. Posteriormente desarrolla un heloma muy doloroso en la cabeza del 1.º meta en su cara lateral. La causa de la lesión era una muy pequeña esquirola ósea que había quedado perpendicular a la piel.

**Resultado:** Solución muy satisfactoria al poner la esquirola de 1 1/2 mm. paralela a la piel, eliminando su perpendicularidad. (Relación osteo-dérmica).

### 7.º CASO

**R. G. R.** de 64 años operada de un H. V. con técnica de Köeller Brandés que como consecuencia del excesivo acortamiento del 1.º de-

do aparece una garra distal en el 2.º dedo por causa osteo-dérmica de longitud.

**Resultado:** Solución satisfactoria al eliminar dicha relación.

### 8.º CASO

**B. S. J.** de 58 años operado de H. V. con Cigruja Mayor.

— Luxación total dorsal del 1.º dedo con heloma dorsolateral medial por deformidad y pico óseo.

**Resultado:** Muy satisfactorio después del realineamiento óseo.

## NOTAS ACLARATORIAS

Este trabajo comprende 50 diapositivas a doble proyección con duración aproximada de 20' en cuanto a su exposición.

En los casos clínicos expuestos se trata **EXCLUSIVAMENTE** de explicar las causas de las dermatopatías por roce, yatrogénicas o no de las distintas deformidades.

Aunque se presentan todos los casos resueltos satisfactoriamente **no se aborda en ninguno de los casos** los distintos procedimientos empleados para su resolución definitiva.

## VISITA A LANGER

JAVIER AYCART TESTA  
MADRID

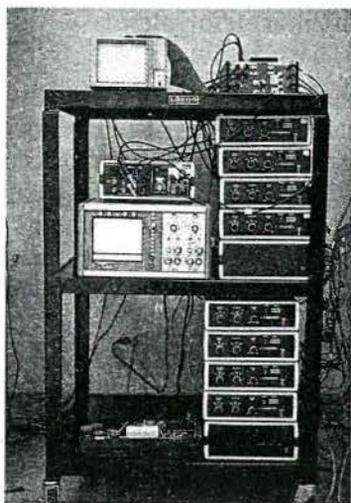


Varios años dura nuestra experiencia en el Análisis Computerizado de la Marcha y Carrera. En este tiempo hemos tenido la oportunidad de contactar con la empresa que fabrica nuestra unidad e incluso hemos realizado cursos de perfeccionamiento en Inglaterra y Estados Unidos.

Fruto de esta relación y del común interés por estrechar lazos ha sido nuestra reciente visita a la casa matriz, el Cuartel General de Langer sito en el Estado de New York (U.S.A.).

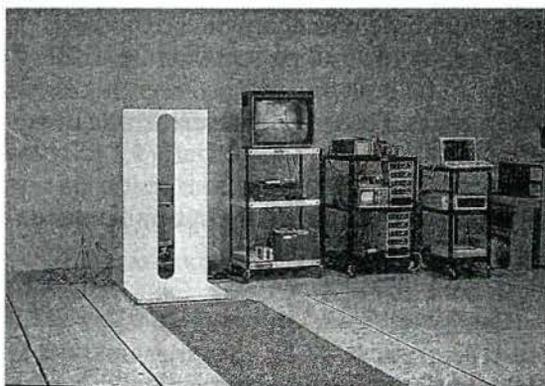
Langer se encuentra a una hora de N.Y.C., hacia el norte, en una zona industrial de alta tecnología.

Es por todos reconocido el que la diferencia existente entre Langer y otros fabricantes de ortopedia en Estados Unidos radica en la dedicación a la investigación en su laboratorio de Biomecánica.



Es en este laboratorio donde se ha desarrollado el gran avance tecnológico llevado a tér-

mino en los últimos años respecto a la exploración dinámica de la marcha y de la carrera. Por lo demás el área de fabricación de ortosis terminadas es impresionante. En una de las plantas se reciben, de podólogos ajenos a la Empresa, los estudios y moldes de escayola obtenidos bajo las condiciones y determinantes promulgadas por el Profesor Root, diseñador de las pincladas básicas para una aproximación a la —verdad— en Biomecánica; en esta planta se estudia las prescripciones y los moldes y se perfeccionan las plantillas para posteriormente adaptarlas al calzado previsto.



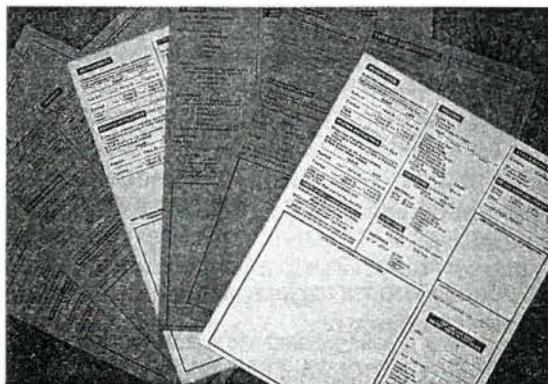
En el edificio trabajan doscientas cincuenta personas. La guía que me condujo entre tan ordenado como polvoriento lugar hacía hincapié repetidamente sobre los varios controles de calidad que se realizaban para garantizar el buen resultado de la plantilla que, como usted lector supondrá, ha de satisfacer a un paciente ignorante de los miles de kilómetros que el molde tomado en sus pies ha de recorrer para, dos semanas después, recibir en su domicilio una plantilla terminada.

Varios cientos de metros de cinta transportadora con cajas llenas de moldes y trabajos semiterminados, surcan en alturas diversas y direcciones solapadas, el techo de la gran nave. Recuerdo como imponente la oficina de última

verificación e identificación de todos los productos; el lector supondrá que si no son muy ordenados, allí pueden perderse y trastocarse órdenes de tratamiento y ortosis fabricadas.

Fuera ya de la factoría, una nube de secretarías con rapidez y eficacia serpentean por innumerables oficinas y despachos. La empresa hace gala de su orden interno y buena prueba es el reducido porcentaje de errores en los tratamientos cursados.

Al otro lado de la calle se encuentra la segunda nave, aunque no sé si debería decir que es la primera, todo ello depende de la importancia que a cada función le dé el lector. En esta nave se encuentra la clínica ortopédica de los Drs. Langer y Wernick. Presidente y Vicepresidente, respectivamente de la Empresa. Múltiples salas de espera y de exploración, para los podólogos que en este edificio están encargados de la clínica, se prodigan tras entrar en esta nave.



El Dr. Langer me recibió con cordialidad y buena disposición de ánimo para entrar en discusión sobre casos difíciles, quejas y objeciones referentes a nuestra unidad de EDG y que me acompañaban en la cartera. Como era de esperar, y es costumbre en la empresa, todos mis problemas se resolvieron y mis dudas fueron despejadas.

Recibí información sobre los CRS, cuyos ancestros están en la férula de Dennis-Brown. Seguidamente pase a conocer el área de investigación donde se realizan los estudios de la marcha. Una gran habitación con la pista de marcha que es barrida por dos cámaras de vídeo,

de modo tal que graban de frente y de perfil la progresión del paciente.

Las cámaras tienen un dispositivo especial por el que realizan al mismo auto-enfoque y auto-zoom, haciendo posible un perfecto encuadre y el mantener la proporción del paciente durante su progresión, así la calidad de la imagen «congelada» permite visualizar cada secuencia sin errores debidos a distintos puntos de observación.

El Electrodinagrama (EDG) en su cuarta versión presenta como innovación la posibilidad de interrelación de la actividad muscular con el apoyo plantar; hasta ahora es posible recoger la magnitud de la presión porcentual del peso corporal, gracias a los siete sensores conectados al microprocesador portátil para la recogida de datos y que el paciente ha de llevar en su cintura. Esta versión no está comercializada todavía, es utilizada exclusivamente por el Departamento de Investigación de Langer.

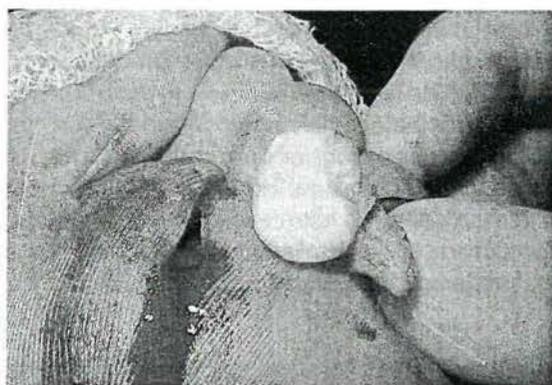


Este laboratorio tiene un concierto con la Escuela de Podología de N. Y. por el cual sus instalaciones están abiertas para las prácticas de los estudiantes de cursos superiores de esta Escuela. Haciendo posible para los alumnos la toma de contacto con el elitismo de la Investigación, con la práctica profesional y la realidad en el mundo laboral; y para la Escuela contar no sólo con medios materiales de elevado coste sino también con pacientes y profesionales especializados.

Mayo, 1988.

# QUISTES EPIDERMICOS EN EL PIE

por J. Alonso Guillamón  
Podólogo



*Quiste Epidermico Plantar*

Dentro del capítulo de lesiones quísticas o tumorales de origen dérmico, el tipo de neoplasia que más frecuentemente encontramos en el pie son los quistes epidérmicos o de inclusión, si exceptuamos los higromas y los papilomas víricos.

Así lo confirman unos estudios realizados por el AMERICAN COLLEGE OF FOOT SURGEONS, que analizó la frecuencia sobre 2.720 lesiones neoforativas en el pie, durante un período de 5 años.

Ampliando la valoración a todo el contexto del pie y no sólo de las lesiones dérmicas, el mismo trabajo nos refleja que los neuromas ocupan el primer lugar, seguido de los gangliones, lipomas o quistes epidérmicos.

El quiste epidérmico es una masa benigna encapsulada, firme y de fácil movilidad sobre sus tejidos subyacentes. Destacando la diferencia estructural entre sus dos elementos principales: El contenido y la pared.

El contenido que es de color blanco amarillento y de aspecto caseoso, no es producto

de la multiplicación de tejidos vivos, si no a la retención o acumulación de desechos epiteliales, condicionados por la destrucción o implantación del tejido epidérmico, dentro o debajo de los extractos dérmicos.

El crecimiento del quiste epidérmico es lento. Su tamaño puede variar desde los pocos milímetros hasta los 5 cms. de diámetro. Aparece tanto en el hombre como en la mujer, en una edad orientada entre los 20 y los 40 años.

En el pie, la aparición suele ser en solitario y como respuesta a un proceso reactivo resultante de roces y microtraumatismos, de aquí que las áreas de localización más asiduas son: Cara plantar a nivel de las articulaciones metatarso falángicas, dedos, y parte posterior del calcáneo.

¿Cuáles son las variaciones clínicas que nos podemos encontrar?

a) PRESENCIA DE UNA QUERATOSIS. Esta corresponde a la cobertura del orificio de la invaginación de la piel.

b) QUE NO EXISTA ALTERACION EPIDERMICA EXTERIOR. La piel está adherida al quiste con ligeras modificaciones de color y textura, debidas a las presiones a que está sometida.

c) REACCION INFLAMATORIA O ABCESAL. Como consecuencia de la inflamación de la pared, o más bien a su perforación, el contenido es transmitido al tejido subcutáneo, produciendo un proceso flogósico de rechazo como si de un cuerpo extraño se tratara, reemplazando total o parcialmente la pared del quiste por un tejido de granulación.

d) **PERFORACIONES A DISTANCIA DE LA MASA QUISTICA.** Que corresponden a comunicaciones fistulosas que van a parar a la lesión quística y como resultado de procesos inflamatorios sufridos con anterioridad.

### CAUSAS MAS FRECUENTES DE LA LESION

- a) Desplazamiento embriológico del tejido epidérmico.
- b) Introducción de cuerpos extraños en la piel, como por ejemplo pelos.
- c) Traumas quirúrgicos causados por:
  1. Implantación de la piel en capas profundas.
  2. Complicación posquirúrgica de cirugía de la uña preferentemente en el lado medial al encontrarse más expuesto a irritaciones del calzado y estar esta superficie desprovista de tejido adiposo.
  3. Como complicación de las osteotripsias.
- d) Obstrucción u oclusión de folículos.
- e) Alteraciones de la distribución de carga, o bien roces que condicionan reacciones inflamatorias, con implantación traumática de la epidermis sobre la dermis como respuesta a la reparación cicatricial.
- f) La aplicación múltiple de esteroides —por infiltración.

### SINTOMATOLOGIA DEL QUISTE EPIDERMICO

El paciente experimenta molestias, en sus fases iniciales, como si llevara un cuerpo extraño y que además, según su localización, dificulta el uso de algún tipo de calzado y la deambulacion prolongada.

En los casos en que va acompañado con una reacción inflamatoria encontraremos todos los signos propios característicos más la impotencia funcional. Por todo ello, no es raro, que el Podólogo sea el primero en ver y orientar la trascendencia de la lesión.

### CRITERIOS BASICOS DE LA DIAGNOSIS DEL QUISTE EPIDERMICO

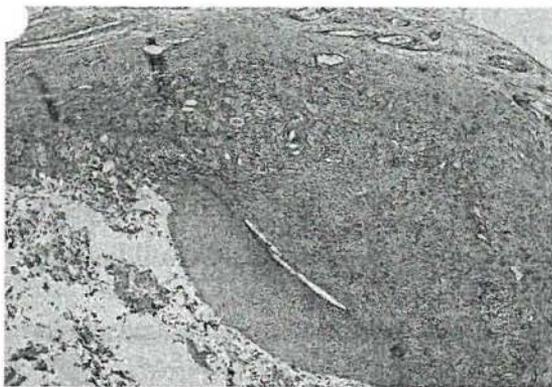
Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, vamos a puntualizar los criterios que concurren en la diagnosis:

- 1.º MASA SUBDERMICA, FIRME, REDONDEADA, BIEN DELIMITADA Y FACILMENTE DESPLAZABLE.
- 2.º ADHERIDA A LA PIEL.
- 3.º FRECUENTEMENTE EXISTE LA PRESENCIA DE UN PUNTO CENTRAL O ABERTURA QUISTICA EN LA PIEL.
- 4.º SE LOCALIZAN EN ZONAS DE ROCE O PRESION (PLANTA DEL PIE, DEDOS Y PARTE POSTERIOR TALON).
- 5.º EL PACIENTE EXPERIMENTA MOLESTIAS O DOLOR EN DETERMINADAS ZONAS POR LA IRRITACION DEL CALZADO.
- 6.º FACILMENTE SE PRODUCEN REACCIONES INFLAMATORIAS Y ABERTURAS DISTANTES QUE COMUNICAN CON EL QUISTE.

### HISTOPATOLOGIA

El quiste epidérmico tiene la pared característica de los estratos epidérmicos normales: un epitelio estratificado y una capa continua de células, que contienen gránulos de queratohialina.

El contenido está formado por un material



*Histopatología del Quiste Epidérmico*

cremoso de color blanco amarillento, dispuesto en capas laminares concéntricas y que es producto de la retención de sustancias secretadas.

La rotura de la pared del quiste y la consiguiente salida de su contenido a los tejidos vecinales, da una reacción inflamatoria, reemplazando la pérdida de continuidad de la bolsa por un tejido de granulación de células gigantes. Siendo una clave indirecta para el examen histopatológico de estos quistes.

El quiste epidermoide esencialmente es un quiste queratinoso y como hemos dicho anteriormente el más frecuente de las lesiones de la piel.

Dentro del encuadre de los quistes queratinosos, nos encontraremos con alguna variación, como es el caso del quiste piloso o Triquimena; localizado preferentemente en el cuero cabelludo, e histológicamente diferente al carecer de estrato granular. Otra variante son los quistes dermoideos; que suelen ser de origen congénito y de ubicación en las líneas de cierre embrionario y motivados por el secuestro de la piel (es fácil encontrar en su contenido pelos y glándulas sebáceas).

Algunos autores han eliminado el término de quiste sebáceo, englobándolo dentro de los quistes epidérmicos. Este tipo de quiste, no aparecerá en la planta del pie, pues su producción es debida al quedar obstruida la glándula sebácea del pedículo piloso.

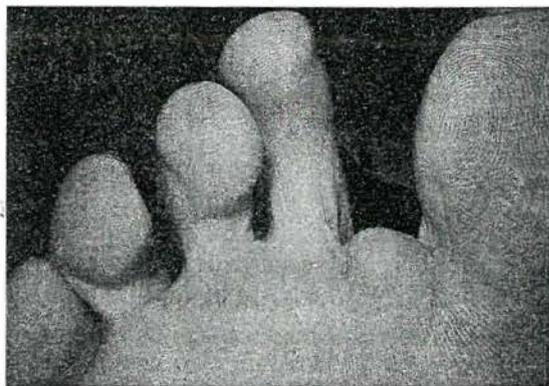
### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Al presentarse en el pie —por regla general— en superficies de carga o de roce, no es raro que en sus fases iniciales, se caiga en diagnósticos erróneos, al valorarlo como lesiones queratósicas de origen microtraumático. Por ello aconsejamos la palpación de la excrecencia epidérmica así como la consistencia de adhesión a la piel y la sensibilidad a la presión.

Aunque son bastantes las alteraciones quísticas o tumorales de la piel en el pie, que pueden confundirse con los diferentes cuadros clínicos, digamos que por sus características más

similares, o por su grado de frecuencia, debemos diferenciarlas de tres principalmente: LOS GANGLIONES, LOS FIBROMAS, Y LOS LIPOSOMAS. Y añadiremos el EPITELIOMA CUNICULATUM MALIGNO.

EL GANGLION O QUISTE SINOVIAL, parece ser que no es una neoformación autónoma, si no más bien el resultado de una perforación de la cápsula articular, constituyendo una hernia y cuyas paredes fibrosas con-



*Ganglión Metatarso Falangico 1º Segmento*

tienen un líquido denso, claro y gelatinoso. Aunque su causa no es bien conocida, podemos matizar que **siempre se encuentra una comunicación del conducto del ganglión con una articulación.**

Frecuentemente se localizan en el borde externo de la articulación de Chopart y de Lisfranch, y en los dedos. Aunque se puede encontrar alrededor de cualquier articulación del pie.

La edad de aparición es de los 20 a los 50 años.

Los pacientes experimentan molestias a la compresión o con el roce. Variando según su tamaño y localización.

A la palpación, la masa no se desplaza tan fácilmente y su consistencia es más firme y tensa.

Es una lesión subdérmica, y por tanto no adherida a la piel.

Si se punciona, veremos un líquido viscoso-gelatinoso.

No suele infectarse.

No es muy dolorosa, si no irrita terminaciones nerviosas.

Puede aparecer en la zona subungueal.

LOS FIBROMAS se distinguen como una masa única nodular, firme, redondeada, circunscrita en forma de bolsa pediculada y fácilmente desplazable. Están formados por te-



*Fibroma Plantar*

jido conjuntivo fibroso y pueden alcanzar de tamaño varios centímetros de diámetro.

Es fácil localizarlos en la planta del pie, en los dedos y en zonas periungueales y subungueales.

**Su consistencia suele ser bastante dura**, en ocasiones es parecida a la del cartílago.

Se proyecta al exterior.

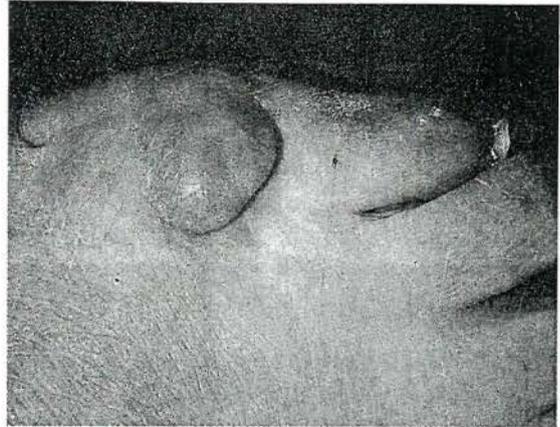
No suele infectarse.

Es una neoplasia verdadera, formada por fibras colágenas e hiperplasia de la epidermis.

Es poco molesto, aunque dependerá de la localización y tamaño.

Puede aparecer en la zona subungueal y confundirse con una exóstosis.

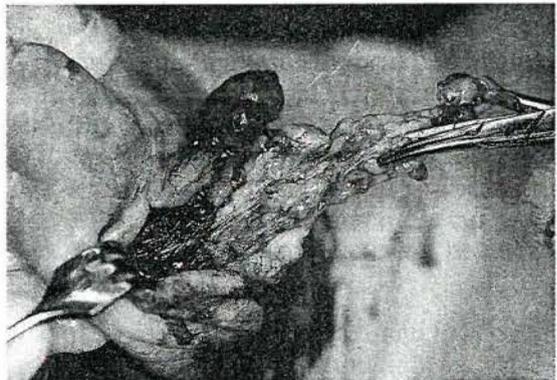
LOS LIPOMAS son masas subcutáneas de células adiposas, unidas por fibras de tejido conjuntivo. De forma redondeada, bien delimitada y desplazable sobre planos profundos y sobre la piel.



*Lipoma Dorso 5<sup>o</sup> Segmento*

Suelen aparecer en pacientes mayores de 40 años.

Las zonas de aparición más frecuentes son la submaleolar o perimaleolar y en el dorso del pie.



*Exeresis Lipoma*

Su consistencia es más blanda.

No aparecen en sitios de irritación.

La piel no está cubierta de queratosis.

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

No se acompaña de procesos inflamatorios.  
No es doloroso.

Su tamaño puede adquirir dimensiones voluminosas.



*Sutura de la Piel*



*Histopatología del Lipoma*

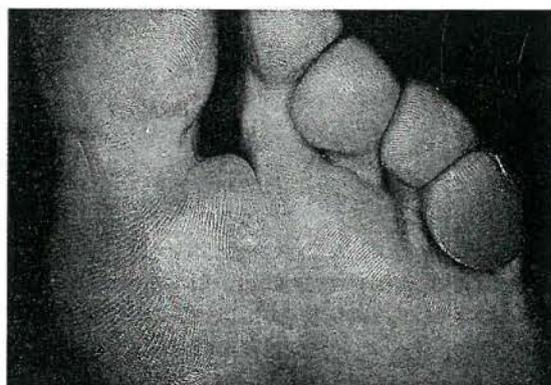
### TRATAMIENTO DE LOS QUISTES EPIDERMICOS

Casi siempre deben orientarse al tratamiento quirúrgico, ya que suele ser el más eficaz y definitivo. Si bien hemos de tener en cuenta que si la lesión no es completamente extirpada, hay posibilidades de que ésta reincida.

Si el quiste está localizado en áreas de presión, deberemos matizar detenidamente dónde realizamos las incisiones quirúrgicas, a

efecto de practicarlas en los espacios de menos carga, para precaver las cicatrices dolorosas a posteriori. Además hemos experimentado mejores resultados, evitando el apoyo de la zona, durante un período de dos semanas; tiempo en el que podemos apreciar un restablecimiento total, en la cicatrización de la piel.

En las fases iniciales de la formación del quiste, hemos podido comprobar algún caso que con alivio de la carga, mediante la aplicación de un soporte plantar, ha llegado a su total desaparición.



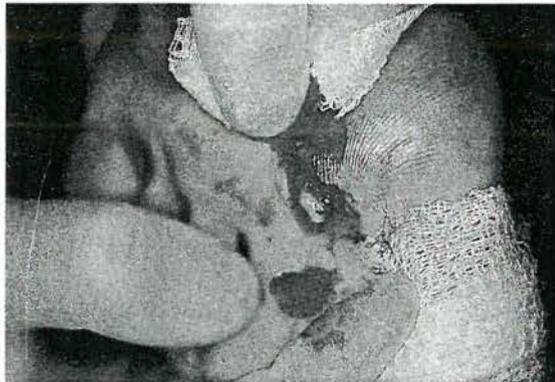
*Quiste Epidermico Plantar*

### TECNICA QUIRURGICA

Después de la anestesia local por infiltración regional y sin previa hemostasia preventiva, se realiza una incisión quirúrgica sobre la lesión. El quiste aparece encapsulado, blanco y brillante, debajo de la piel. Se liberan las posibles adherencias con una tijera curva pegada a la masa quística, para evitar hemorragias indeseadas.

Una vez extraído, se aproximan los bordes de la piel mediante una sutura de seda. En los casos voluminosos y cuando la oquedad quirúrgica es muy grande, antes se efectúa una sutura del plano subdérmico con material reabsorbible fino, para evitar espacios libres que faciliten la formación en la piel para que facilite el drenaje. A continuación se aplica un tapón de gasas deshechas que comprima la he-

rida y evite la hemorragia. Encima un vendaje elástico y adhesible que se mantendrá durante cuatro o cinco días. Pudiendo el paciente deambular en el momento de terminar la intervención, siempre y cuando utilice un calzado que impida la compresión directa en el lugar de la herida.



*Exeresis del Quiste*

La cicatrización se efectúa por primera intención entre los 7 y 10 días después de la operación, siempre que no hayan habido complicaciones de hemorragias o infecciones subsidiarias. Transcurrido este tiempo, se sacan los puntos.

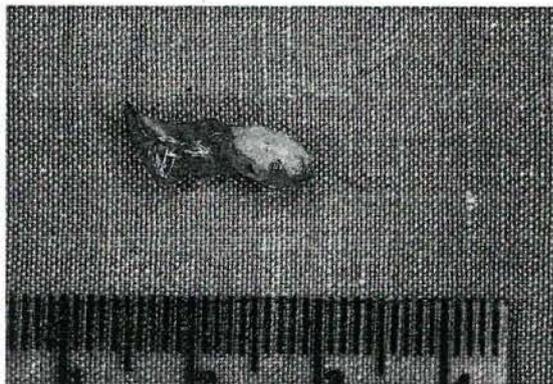


*Sutura de la Herida*

En los quistes epidérmicos nodulares e implantados en el estrato dérmico, sin proyec-

ción subcutánea; preferimos realizar la exéresis quirúrgica en bloque, con una incisión circular y profunda hasta el tejido subcutáneo. En estos procesos no habrá sutura de los bordes de la herida y su cicatrización se realizará por segunda intención.

Los casos que se presentan con reacción inflamatoria o abcesados, es frecuente que al efectuar un simple drenaje a través de una incisión —previa anestesia local con cloruro de etilo— aparezca el quiste o bien la cápsula con su contenido vacío. En términos generales ofrece un resultado de curación satisfactoria, una vez hayan regresado los tejidos inflamados. Aunque, en ocasiones, éste se vuelve a reproducir a partir de fragmentos residuales de la cápsula.



*Pieza. Extraida*

Cuando existan trayectos fistulosos, aparte de realizar la exéresis del quiste, se tendrá que efectuar un legrado, con una cucharilla de Volkmann, de todos sus conductos, aunque bien es verdad que una vez eliminada la masa, estos trayectos suelen cerrarse espontáneamente.

Cuando se sospeche algún problema de tipo arquitectónico del pie, tras la cicatrización de la herida, se efectuará un estudio biomecánico, para aplicar un soporte equilibrador adecuado.

Dada la frecuencia de lesiones quísticas y tumorales que aparecen en el pie, consideramos que el Podólogo, debe familiarizarse con

ellas a fin de conocer la trascendencia que pueden tener para el paciente, ya que solemos ser, por regla general, los primeros profesionales en orientar los pasos a seguir para su total restablecimiento.

Pensamos que las lesiones benignas de la piel deben ser tratadas por el Podólogo, que con actitud cauta y con hábitos quirúrgicos procederá a la extirpación quirúrgica, ayudándose de los exámenes histopatológicos para el diagnóstico correcto.

Si no disponemos del conocimiento preciso de la neoplasia, deberemos no incurrir en la destrucción de la pieza, mediante la electrocoagulación, crioterapia, cáusticos, químicos u otros, ya que ello no nos permitirá valorar la naturaleza de la misma.

Aquellas lesiones que sospechemos la existencia de malignidad, por un crecimiento rápido de una masa dura, firme y adherente a planos profundos, o bien con secreción o ulceración, es aconsejable remitir al paciente a centros hospitalarios adecuados. La urgencia en instaurar un tratamiento correcto, evitará las complicaciones en el proceso de su curación.

Entre las lesiones **degenerativas malignas de la piel**, que pueden llegar a confundirse con



*Epitelioma Cuniculatum*

la clínica de los quistes epidérmicos, está el **epitelioma cuniculatum**, como una variedad del carcinoma escamoso. Se caracteriza por una masa bulbosa en la planta del pie, con numerosos conductos fistulosos de la piel, separados entre sí.

### CONCLUSION

El quiste epidérmico siendo una de las lesiones sintomáticas más frecuentes en el pie, entre las lesiones quísticas y tumorales, es especialmente ignorado, cayendo en el error de confundirlo a veces, con el heloma, o bien con otras lesiones neoforativas como el ganglión, fibroma y lipoma.

La presencia de lesiones degenerativas neoplásicas son raras en el pie, pero resulta difícil diferenciar los quistes epidérmicos con diferentes aberturas del epitelioma cuniculatum.

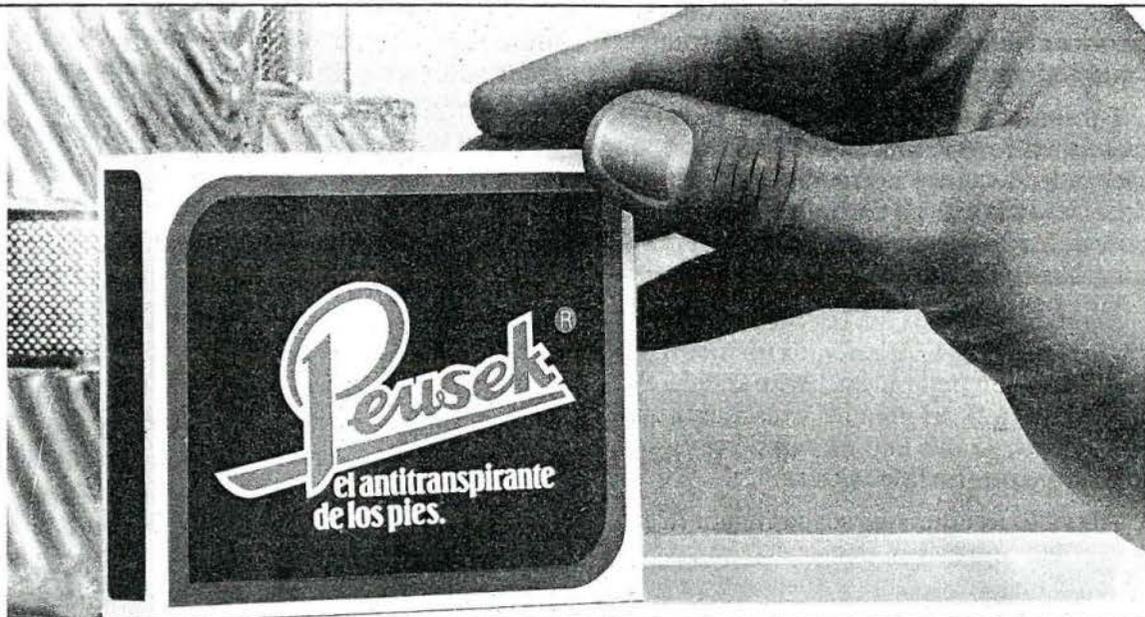
La biopsia y el examen histológico de la masa quística extraída, deben ser un medio de excepción para delimitar el tipo de lesión y su potencial maligno.

### BIBLIOGRAFIA

1. Richard O. Jones: Epidermal inclusion Cyst of de hallux. *Jurnal of the American Podiatry Association*. 1982, n.º 2.
2. Steven J. Berlin: A review of 2720 lesions of de foot. *Jurnal of the American Podiatry Association*. 1980, n.º 7.
3. M. I. Febrer Bosch: Quistes dérmicos. *Revista Piel*. 1987, n.º 5.
4. Frederick J. Bartolomei: Epidermal Cyst of the Plantar Surface. *Journal of the American Podiatric Medical Association*. 1985, n.º 4.

# PEUSEK®

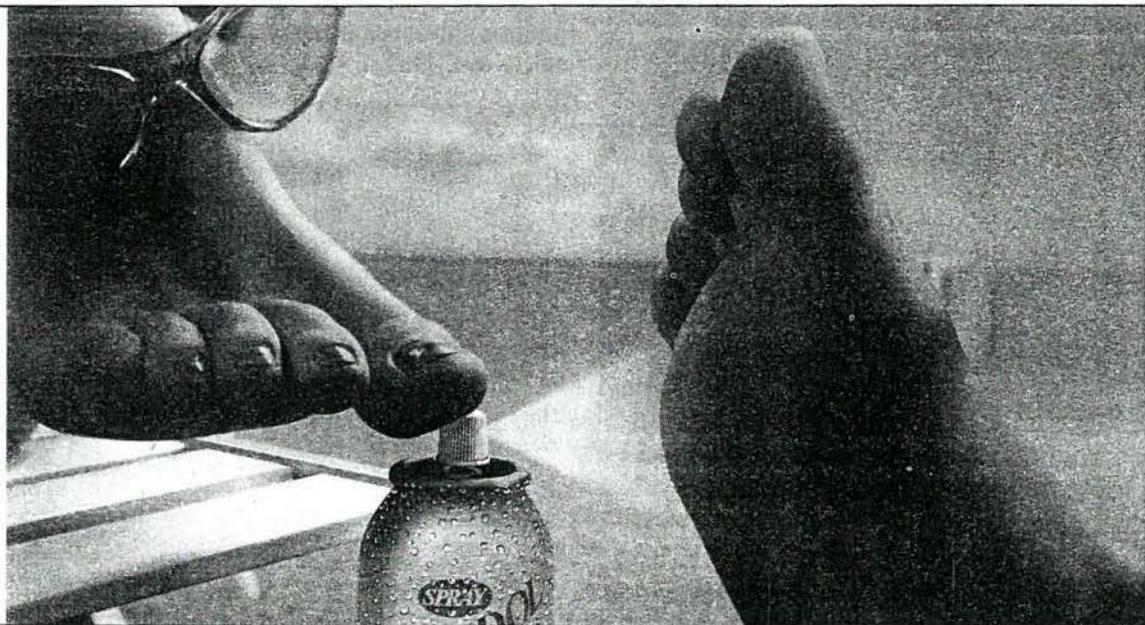
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

## OPINION

Desde estas páginas que nos brinda la Revista Nacional de Podología, quiero manifestar lo siguiente:

La situación actual de Podología qué duda cabe que está condicionada por la actuación de nuestros representados y de nuestras instituciones. Depende de ellas nuestra proyección social como colectivo profesional. No podemos ignorar lo dicho tantas veces: «tenemos lo que nos merecemos». Por supuesto un colectivo como el nuestro que a nivel individual, nuestra profesión nos da muchas satisfacciones, pero no se hace extensivo a nivel de grupo. Pero la culpa nada más que es nuestra. Va siendo hora de que los problemas legales que se van desarrollando no nos coja indefensos ante las múltiples acciones de otros grupos profesionales ante nuestro campo de acción.

Cómo se puede resolver esto, me pregunto. Creo que con un colectivo económicamente fuerte; con la puesta en marcha con una organización colegial que tenga a su espalda a unos compañeros que se encuentran identificados con los contactos, resoluciones administrativas y el enfoque global que este grupo de dirigentes está haciendo a nivel social. Pero para esto hace falta una buena información, que nos enteremos de cómo van las cosas. Pero amigos,

hace falta una buena revista, hace falta un buen equipo jurídico, hace falta que los compañeros que nos representan no vean mermados sus ingresos. Por lo tanto no podemos resolver tantos problemas con las miserables cuotas que pagamos. Creo que si hay muchos compañeros que no están asociados, es debido por cada una de las ideas que he expresado. Sin ánimo de ofender a nadie ni de herir sensibilidades debemos de aunar esfuerzo para que este grupo profesional de Podólogos sea una realidad social que cuenten con nosotros en todas las situaciones que existan y no vivir cada uno en su «ego» y luego quejarnos de los recortes o dificultades que tiene nuestra profesión para evolucionar.

Esta visión —mía—, nos obliga a que reflexionemos sobre la conveniencia de aumentar las tarifas, y será cuando nos podrán oír en más foros y nos harán menos daños, como por ejemplo las grandes empresas ortopédicas y sus conciertos con la S.S. o por otro lado los MASTER de la facultad de Medicina de Madrid, en la que pueden hacerlo desde un médico a un profesor de educación física y con la salvedad que un compañero nuestro figura como profesor.

**Lorenzo Sánchez Quiros  
Jerez**

### NOTA DE LA R.E.P.

*Esta R. E. P. no se hace responsable ni participe necesariamente, de las opiniones vertidas a las secciones de opinión y frases-pensamientos y otros.*

## HOY ENTREVISTAMOS A:

Una penosa situación:

Me vais a perdonar que utilice por una vez esta sección para mostrar un estado de ánimo o más bien de desánimo. Tengo en preparación alguna entrevista interesante dentro de la familia podológica que quizá vea la luz en próximos números.

Pero resulta difícil entrevistar a alguien de una familia cuando ésta, no sabe uno si existe.

Estoy seguro de que siempre habrán habido problemas, empresas importantes, protagonistas, envidias, en el ya largo caminar de las diferentes asociaciones de Podólogos. Yo he conocido ya algunos de ellos y también, porqué no, participe de otros, aunque llevo siete años de asociado y casi dos como vuestro secretario, en este breve tiempo han ocurrido muchas cosas.

No obstante, siempre he vivido en todos vosotros un orgullo de Podólogos; cuando lo nombráis se siente a algo más que una simple ocupación. Será quizás, que todos hemos tenido ocasión de ser copartícipes, gestantes continuados de la profesión.

Todo este sentir, también tiene sus inconvenientes. Ese recelo a abrir las puertas hacia afuera en nuestras habilidades y conocimientos, con sentimiento de únicos a veces, reconozco de que acorralados en otras.

Pero todos estos sentires que pueden sonar literarios, deben hacerse prácticos. Sacar adelante competencias, que se nos sean reconocidas y mil cosas ya sabidas, necesitan una organización fuerte.

Si dentro de ella no nos «amamos intensamente», a que a estos o aquellos representantes aquí por una temporada no sean nuestros «amores fraternos», no nos eximen de su necesidad y mantenimiento.

Una infraestructura que a todos costó crear tenéis el derecho y obligación de mantener. Yo pertenezco a una Asociación Autónoma de las grandes, pero reconozco que a nivel nacional



hay que ganar muchas batallas, algunas de ellas las más importantes.

Resulta muy triste, haber llegado a un extremo en el que no hay ni para esta modesta revista. Por mucho que gritemos al viento, una de las pocas cosas a mostrar y demostrar de nosotros, es esta revista con más de veinte años de historia.

Aunque con menos importancia que otras cosas, este número quizá lo pague una colecta popular.

**Angel F. Cabezón**  
**Secretario de la F.E.P.**  
**Redactor G. de la R.E.P.**

## FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

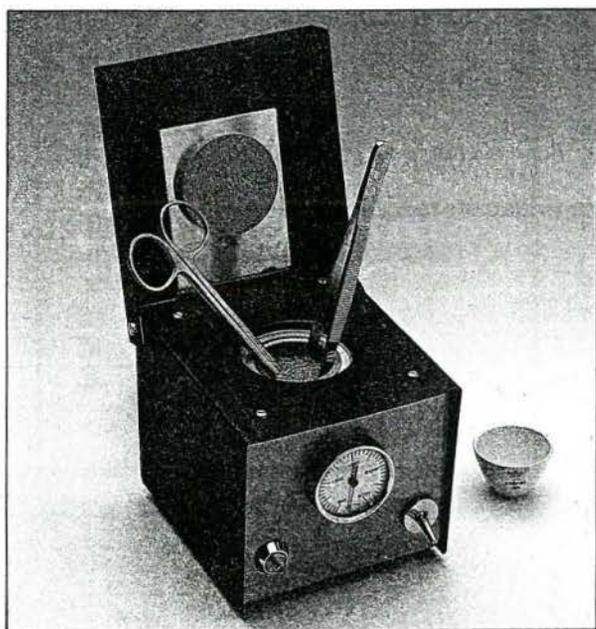
Notable acierto el de los organizadores del XII Congreso Internacional de Podología en Roma al invitar a un relevante e influyente traumatólogo español para dictar lección sobre «el pie doloroso».

Reconocemos su preeminencia y debemos agradecerle los podólogos el haber alcanzado de su mano el elevado círculo en que se desenvuelve, cerrado a heterodoxos, puesto que desde ahora nos abrirá la puerta de acceso a las reuniones de Traumatología en justa reciprocidad a nuestro acertado proceder.

Septiembre, 1988

J. Aycart  
M. González San Juan  
Madrid

# ESTERILIZADOR VOE



**Esterilizador ultrarrápido de  
pequeño instrumental  
en contacto con bolitas de vidrio  
a 250 °C.  
Fiabilidad total.  
Homologado por Laboratorio Oficial.**

**Precio Venta Público: 29.500 Ptas.  
+ 6% IVA.  
Hasta 30-6-89 precio  
especial lanzamiento de 25.000 Ptas.  
+ 6% IVA.**



C. Aragón 268.  
08007 Barcelona  
Teléfono (93) 215 68 06  
Fax (93) 310 13 27

## SE HABLO DE

Repaso a las primeras revistas de Podología.

Hoy de las 13 a las 16 (enero-agosto).

Director: Leonardo Escachs Clariana

Subdirector: Pablo Vilató Ruiz.

Redactor Jefe: Francisco Mañé Domingo.

Estas fueron sus aportaciones científicas:

1. Reglas profilácticas en los males de los pies.  
Francisco Santomé Rodríguez.
2. Trastorno funcional del arco metatarsiano o transverso.  
Zacarías García Andrés.
3. Comienzo del desarrollo y progreso actual de la Podología en España. Síntesis.  
Leonardo Escachs.
4. Fundamentos deontológicos del Podólogo.  
Félix Alonso Royano.
5. II Congreso Internacional de la Academia de Podiatría Norteamericana.  
Luis Aycart.
6. Termorregulación e hiperhidrosis pedia.  
Agustín Llinás (alumno).
7. Importancia del pie plano en el niño y de la irrigación sanguínea del pie.  
Joaquín Vilallonga Fenada (alumno).
8. Mal perforante plantar.  
E. Muñoz Campos.
9. La pequeña prótesis del pie a partir de las siliconas.  
Luis Aycart.
10. Gota y Artritis Gotosa.  
Félix Alonso Royano.
11. Arteriosclerosis de los pies.  
José Kosmas (P. Argentino).
12. El valor de los pies.  
José Alfredo Ramos.

# LA F.E.P. INFORMA

BALANCE: al 31 de OCTUBRE DE 1988 de la F.E.P.

FOLIO	Cuentas del Mayor TITULO	SUMAS DEL		SALDOS	
		DEBE	HABER	DEUDORES	ACREEDORES
1	CAJA	166.641	149.337	17.304	
2,3	BANESTO	4.642.085	4.284.030	358.055	
4	EMISION RECIBOS-ALTA		66.375		66.375
5	MOBILIARIO	576.369		576.369	
7	REVISTA Y ANUARIO	1.181.765	1.202.133		20.368
9	FONDO SOCIAL		4.639.186		4.639.186
10	EMISION RECIBOS	70.875	4.655.175		4.584.300
11	GASTOS DIVERSOS	51.720	5.040	48.680	
12	MANTENIMIENTO MAQUINAS	3.360		3.360	
13	As. VASCO-NAVARRA (CONGRESO)	5.040		5.040	
14	GASTOS FINANCIEROS	6.090	180	5.910	
15	ALQUILER LUZ Y TELEFONO	522.888		522.888	
16	JUNTA GENERAL	404.490		404.490	
17	PERSONAL Y S. SOCIAL	550.431		550.431	
18	F.I.P.	152.959		152.959	
20	JUNTA PERMANENTE	15.000		15.000	
21	GASTOS REPRESENTACION	657.968		657.968	
22	ASOCIACION VALENCIANA	160.000	160.000		
23	JUNTA DIRECTIVA	125.595		125.595	
24	INTERESES C/c		314		314
26	I.V.A	386.883	161.799	225.084	
27	XVIII CONGRESO-ZARAGOZA	350.000	350.000		
29	CURSOS Y CONGRESOS		26.241		26.241
30	ASESORIA JURIDICA	622.153		622.153	
31	RESULTADOS EJERCICIO-87	19.355		19.355	
32	PAPELERIA Y CORREO	224.260	20	224.240	
33	CUOTAS SOCIOS	7.510.037	2.724.547	4.785.490	
34	I.R.T.P.	50.000	50.000		
35	MANTENIMIENTO SEDE SOCIAL	18.413		18.413	
		18.474.377	18.474.377	9.336.784	9.336.784

MADRID, VALENCIA a 22 de DICIEMBRE DE 1988

# Pennsylvania College of Podiatric Medicine

Philadelphia            Pennsylvania

PCPM Board of Trustees Resolution T:289/88

### COOPERATIVE AGREEMENT WITH SPANISH FEDERATION OF PODOLOGOS

WHEREAS President James E. Bates recently attended the XII International Congress of Podology held in Rome, October 20-23, 1988; and

WHEREAS this occasion provided an opportunity for Dr. Bates to meet with Mr. Andres Rueda Sanchez, President of the Federacion Espanola de Podologos, for the purpose of discussing the future of the podiatric profession; and

WHEREAS the following memorandum was discussed, agreed to and signed by both Dr. Bates and Mr. Sanchez as representatives of their respective institutions:

#### AGREEMENT OF PROFESSIONAL COOPERATION between THE PENNSYLVANIA COLLEGE OF PODIATRIC MEDICINE and THE FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

On the occasion of the XII International Congress of Podology held in Rome in October 1988, the President of the Pennsylvania College of Podiatric Medicine, Dr. James E. Bates, and the President of the Federacion Espanola de Podologos, Mr. Andres Rueda Sanchez, representing their respective institutions, had a meeting and after a careful study and analysis of the present and future profession of a Podologist and of Podology as a science, came to the following conclusions and agreements:

- 1) To firmly support all Professional Associations of those countries, especially EEC and Spanish American ones, that work towards a definite recognition of Podology as a discipline at a university level for a minimum formation period of three (3) years.
- 2) To facilitate exchanges and professional contacts oriented towards a continuous formation in those areas that are considered necessary by the two in order to arrive at a homogeneous situation in the professional field.
- 3) To organize courses, workshops, conferences, and other activities, oriented towards the development of a continuous formation.
- 4) When one of the two countries of this agreement organizes activities open to outside institutions, the members of the other organization are favored in the registration fees as well as, if possible, in the economic benefits in their role.
- 5) The present agreement must be considered as a cooperation treaty so that it can be ratified by the respective assembly or equivalent, and should be approved within six months from today's date.

Dr. James E. Bates, D.P.M., President  
Pennsylvania College of Podiatric Medicine  
Rome, October 20, 1988

Mr. Andres Rueda Sanchez, Presidente  
Federacion Espanola de Podologos

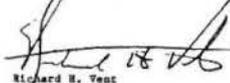
BE IT THEREFORE RESOLVED, that the College will cooperate with the Spanish Group; and

BE IT FURTHER RESOLVED, that President Bates is hereby authorized to share a copy of this resolution with the Federacion Espanola de Podologos.

#### CERTIFICATION

The foregoing is a true and correct copy of PCPM Resolution T:289/88 adopted by the members of the Board of Trustees at a meeting called therefor on December 14, 1988 in the PCPM's Board Room, Race at Eighth Street, a quorum being present.

IN WITNESS WHEREOF, I have hereunto set my hand as Secretary and the corporate seal of the Pennsylvania College of Podiatric Medicine this 14th day of December, Nineteen Hundred and Eighty-eight.

  
Richard H. Vent  
Secretary

### CONVENIO DE COOPERACION CON LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Considerando:

Que el Presidente J. E. Bates habiendo asistido al XII Congreso Internacional de Podología que tuvo lugar en Roma del 20 al 23 de octubre de 1988: Y

Considerando que esta ocasión dio la oportunidad al Dr. Bates de encontrar al Sr. Andrés Rueda Sánchez, Presidente de la Federación Española de Podólogos con el objeto de hablar del futuro de la profesión Podológica: Y

Considerando que el siguiente memorandum fue discutido, aceptado y firmado por ambos, Sr. Bates y Sr. Rueda en calidad de representantes de su institución respectiva:

### CONVENIO DE COOPERACION PROFESIONAL ENTRE EL COLEGIO DE MEDICINA PODIATRICA DEL PENNSYLVANIA Y LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Con ocasión del XII Congreso Internacional de Podología que tuvo lugar en Roma en octubre de 1988, el Presidente del Colegio de Medicina Podiátrica de Pennsylvania, el Dr. James E. Bates: Y el presidente de la Federación Española de Podólogos Sr. A. Rueda Sánchez, representando sus instituciones respectivas se reunieron y después de haber estudiado y analizado cuidadosamente el presente y el futuro de la profesión Podóloga y de la Podología como ciencia llegaron a las conclusiones y a los acuerdos siguientes.

1. Apoyar firmemente todas las Asociaciones Profesionales de estos países, especialmente de la CEE y las españolas y Americanas que trabajan en vista a un reconocimiento definido de la Podología como disciplina a nivel universitario de una formación mínima de 3 años.

2. Facilitar los intercambios y contactos profesionales con objetivo a la formación continua en estas áreas que las dos partes juzguen necesarias para llegar a una situación homogénea en el campo profesional.

3. Organizar cursillos, trabajos de taller, conferencias y otras actividades orientadas hacia el desarrollo de una formación continuada.

4. Cuando uno de los dos países de este convenio organice actividades abiertas a instituciones exteriores, los miembros de la otra organización serán privilegiados en las tarifas de participación así como si es posible en los beneficios económicos que les corresponda.

5. El presente convenio tiene que ser considerado como un tratado de cooperación, pudiendo ser ratificado por las asambleas respectivas o equivalente, y tendrá que ser aprobado en un plazo de 6 meses a partir de la fecha de hoy.

Mr. Andrés Rueda Sánchez

Dr. James E. Bates D.P.M.

President

Roma/20/octubre/1988

Queda acordado, que el colegio cooperará con el grupo Español.

Por otra parte queda acordado que el Presidente es por la presente autorizado para tener una copia de dicha resolución así como la Federación Española de Podólogos.

### CERTIFICADO/CIÓN

Lo que precede es una copia original y concreta del acuerdo del P.C.P.M.T. 289/88.

adoptado por los miembros del Consejo en reunión convocada el 14 de diciembre, 1988 en la sala de juntas del P.C.P.M. Race at Eight street.

Como testigo de ello he plasmado mi firma y el sello del P.C. 14 de diciembre 1988.

Secretario R. H. Vent

# EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA

## § SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

J. A. Tejero

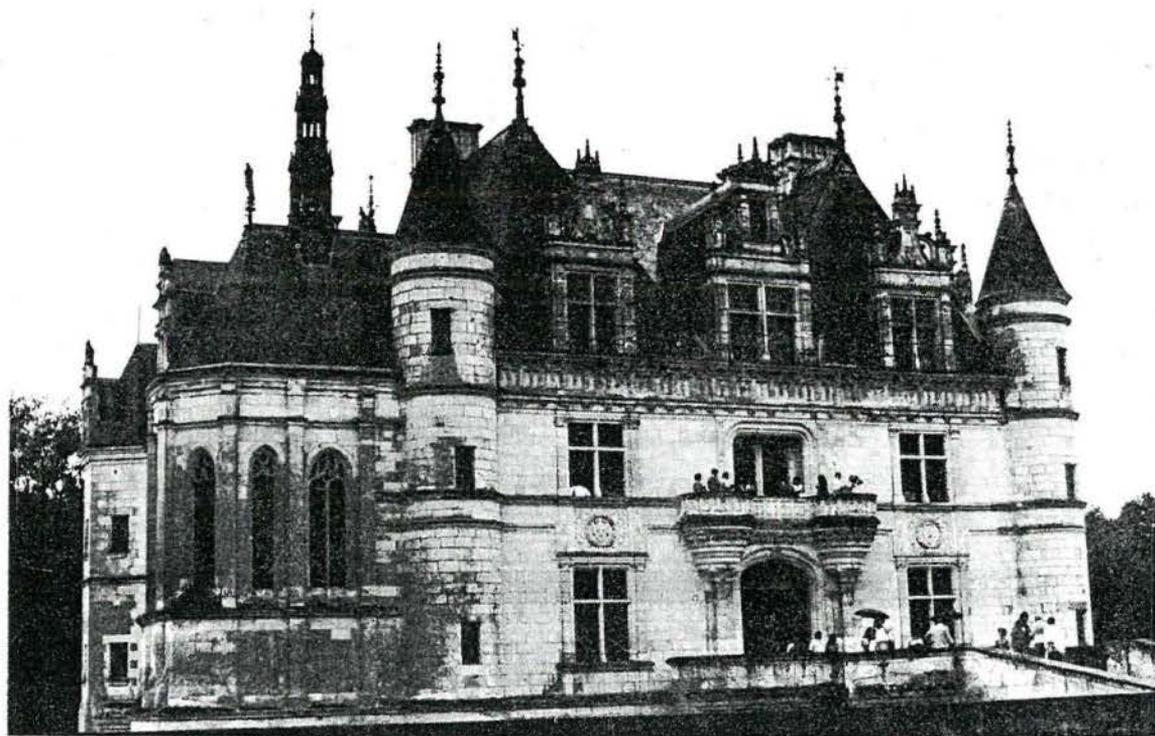
- Instrumental
- Piezas de mano
- Jeringas
- Micromotores
- Esterilizadores
- Fresas, etc.

ANTE CUALQUIER MATERIAL QUE NECESITE **CONSULTENOS** Y NOS SENTIREMOS ORGULLOSOS DE PODERLE ASESORAR.  
ESTAMOS A SU DISPOSICION DE LUNES A SABADO DE 10 A 13 HORAS Y DE 16 A 20 HORAS.

### SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

C/. Princep Benlloch, 16. Andorra la Vella  
Teléf. 60516. Fax: 60199. PRINCIPAT D'ANDORRA

## PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:  
Miguel A. J. C.

Objetivo:  
Auto f = 1.8 - 50 mm.

Exposición:  
1/125

Datos técnicos:  
Cámara Cosina 4000S

Película:  
Negra-Color II NC 21/100

Tema:  
Castillo de Chenonceau  
(Loira)

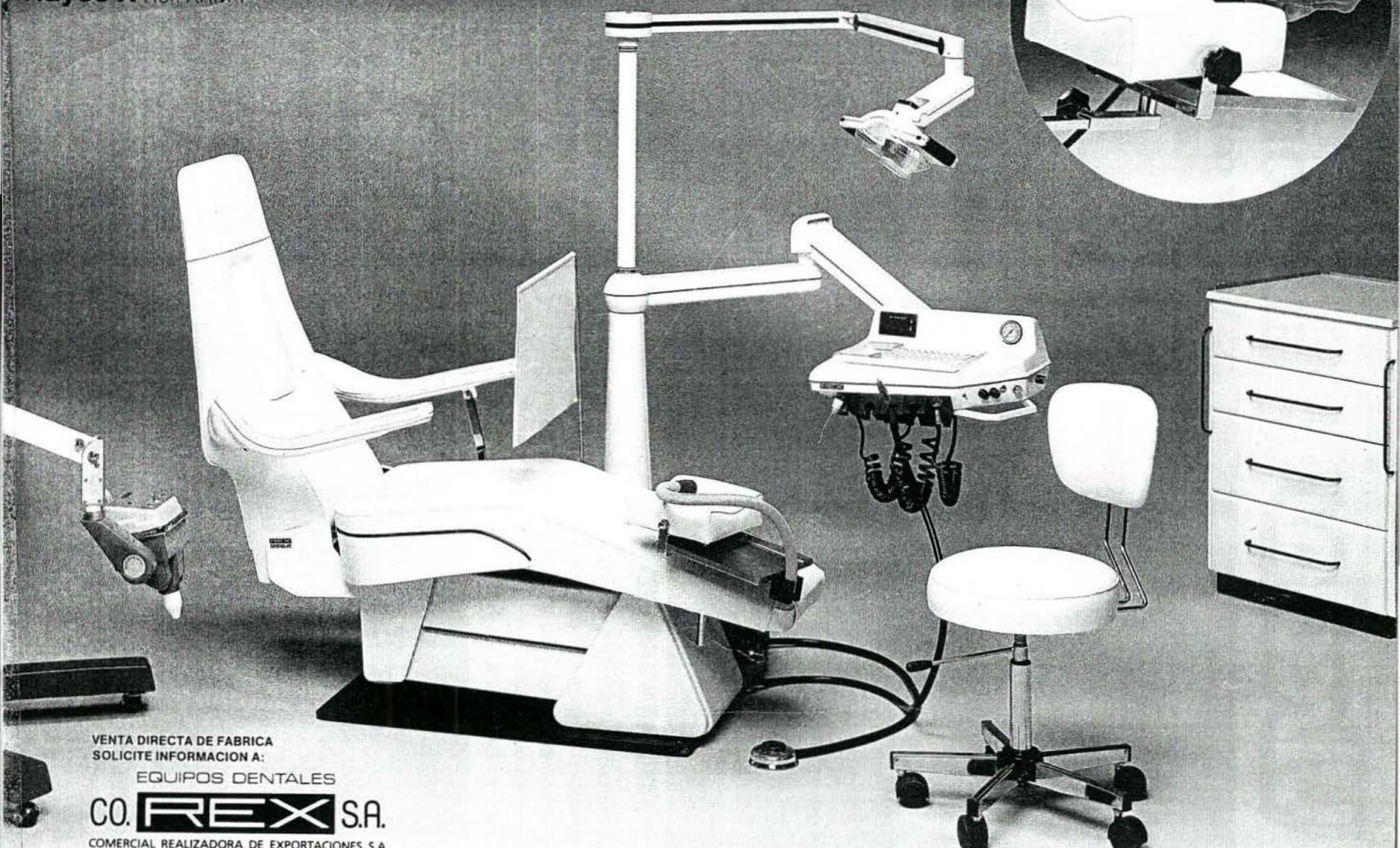
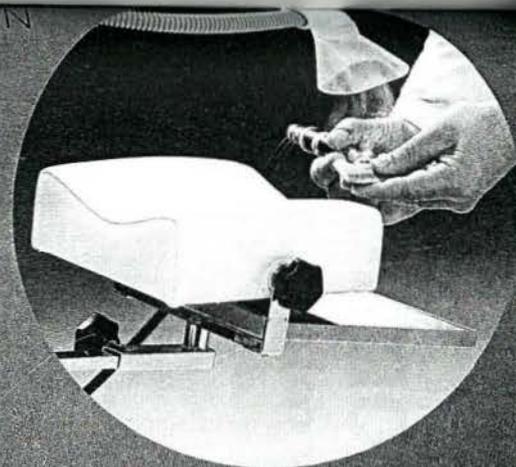
**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS

Equipo para Podología

Equipo *Elite-P* Ref. RE-P  
Sillón *GACELA-P* Ref. RG-P  
Rayos X Ref. XRM-P

POTENTE ASPIRACION



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.

Avda. Pablo Iglesias, 56

Tels. (96) 150 11 00 - 150 11 04 - Télex 61.865 REXD-E

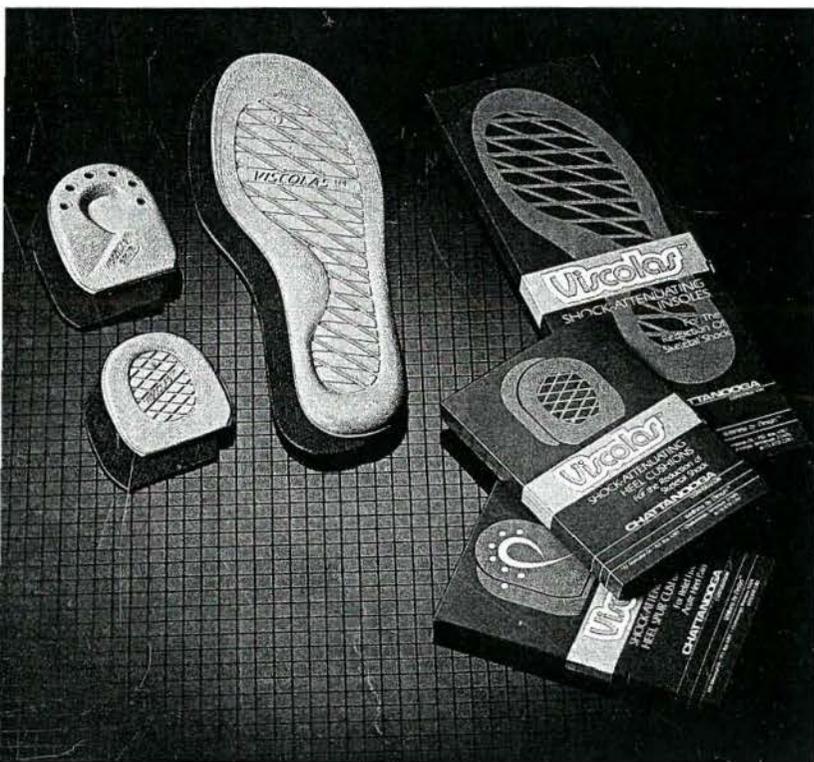
46970 ALAQUAS (VALENCIA) Spain

La *Elite* de la Ergonomía - Tiempo - Calidad

# Viscolas®

## EL AMORTIGUADO

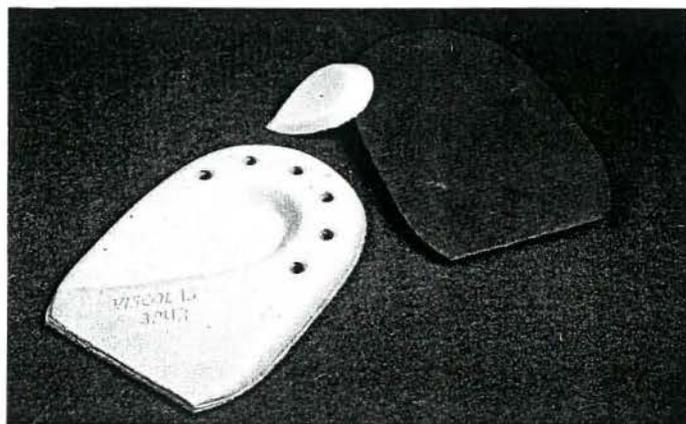
Viscolas® significa  
confort y diseño



### PLANTILLAS Y TALONERAS

Diseñadas siguiendo estrictos criterios ortopédicos, reducen el impacto del pie al caminar, evitando molestias en los pies y dolores en espalda y articulaciones.

Son resistentes a los hongos y bacterias.



### SISTEMA ORTESICO MODULAR

Piezas moldeadas de polímero visco-elástico autoadhesivas, especialmente diseñadas para pegarse a la plantilla, incrementando su eficacia de uso.

### TALONERAS PARA ESPOLON DEL CALCAÑEO

Las taloneras para espolón dan una máxima protección contra el choque, y reducen la presión a los pacientes que sufren de espolón del calcáneo. Van provistas de una pieza central extraíble que deja una cavidad en el área de mayor dolor.



PRIM, S.A.

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



MARZO - ABRIL Nº 122 - AÑO 1989

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

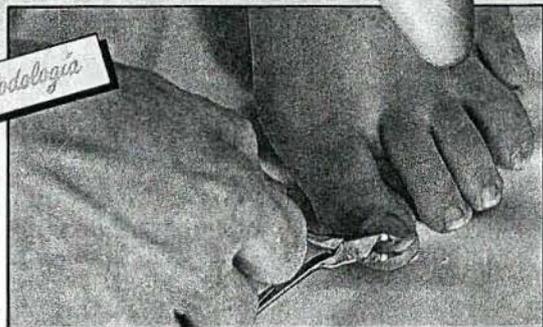
# cloretilo chemirosa "spray"

anestésico local  
"a frigore"  
uso tópico

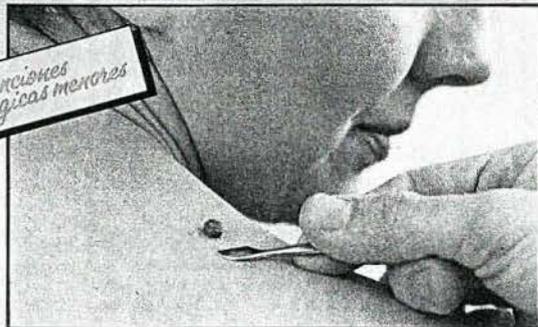
Traumatismos



Podología



Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, pudiéndose alcanzar una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia en los tejidos de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, la cual se manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal con los dedos índice y corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésiar, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una flama. Aplicado sobre mucosas puede producir una ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** No se han descrito efectos secundarios en su utilización como anestésico local.

**INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** En caso de inhalación masiva accidental se puede producir narcosis e incoordinación. Ante lo cual se instaurará respiración artificial y tratamiento sintomático.

**CONDICIONES DE CONSERVACIÓN:** Debido al carácter volátil e inflamable del cloruro de etilo, deberá mantenerse en lugar fresco y alejado del fuego.

**PRESENTACIÓN Y PRECIO:** frasco (spray) de 100 gramos. P.V.P. IVA 423.- Ptas.

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA:

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.

**Vicepresidente:** Isaías del Moral Roberto.

**Secretario:** Angel Fco. Cabezón Legarda.

**Tesorero:** José Vilar Fuster.

**Vocales:** José Iniesta Gallego.

Manuel Albala Valle.

Isidro Félix López González.

## SUMARIO

EDITORIAL ..... 2

### APORTACIONES CIENTIFICAS

Las onicomicosis ..... 4  
La propolis una vieja alternativa en la actualidad podológica ..... 12  
Solución M.I.S. para el neuroma de Morton ..... 17  
Cirugía de mínima incisión .. 20

### SECCIONES

Opinión ..... 24  
Hoy entrevistamos a ..... 27  
Frases, pensamientos y otros ..... 29  
Se habló de ..... 29  
La F.E.P. informa ..... 30  
Publicamos tu foto ..... 36

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Alvaro Ruiz Marabot.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Jesús Acordagoitia Vivero.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonoga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: José Iniesta Gallego.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

**Director:**  
Andrés Rueda Sánchez

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Redactor Jefe:**  
Angel F. Cabezón

**Empresa de  
Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

# EDITORIAL

*Informe de gestiones*

*Distinguidos compañeros:*

*Un abrazo  
Andrés Rueda*

*COMENTARIO:*

*Desde hace demasiado tiempo que vengo denunciando el riesgo de parálisis de gestión si las cuotas que pagan los asociados no llegan a su destino final y se normaliza la situación deudora general.*

*Esta parálisis ya se ha apoderado del sistema corporativo convirtiéndolo en un precioso automóvil sin gasolina.*

*Todos aquellos que me conocéis o habéis leído las editoriales, sabéis perfectamente el espíritu abierto que ha animado a esta Junta y a mi persona para zanjar este absurdo juego de despropósitos. Pero la solución final lamentablemente no está en nuestras manos. Siento verdadera pena.*

*Un saludo  
Andrés Rueda*

## LAS ONICOMICOSIS



José Cuesta Escudero  
Congreso Nacional Valencia

### ONICOMICOSIS

Ante la prolífica morbilidad que las onicomicosis supone en las clínicas de patología del aparato locomotor, y la polémica y aún no resuelta satisfactoriamente que se aplica en estos casos, procedo al siguiente estudio, no a demostrar una casuística personal, sino para razonar los fundamentos patogénicos que ha guiado mi conducta terapéutica en las onicomicosis del pie.

Todos los autores consultados y todas las pruebas analíticas realizadas coinciden en que las onicomicosis está producida comunmente por el *Trichoglyton mentagrophytes*, el *trichophyton rubrum* y la *cándida albicans*. Lelievre afirma que son responsables de las onicomicosis los agentes habituales de las dermoepidermomicosis.

El ataque de la uña por los hongos, tan frecuente en la mano como en el pie puede ser aislado o asociado a otras localizaciones. Se distinguen cuatro tipos:

1.º La uña en «medula de junco» la lesión comienza por el borde libre y se extiende hacia la matriz. Una materia amarillenta y frágil reemplaza la sustancia ungueal. La capa externa puede ser infectada o destruida.

2.º Leuconiquia. Una mancha blancolechosa aparece en cualquier parte de la uña y se va extendiendo progresivamente.

3.º La uña adelgazada y deformada se despega del lecho ungueal lo que es el asiento de una descamación abundante y más o menos adherente.

4.º En el curso del proceso puede aparecer una mancha amarilla produciendo un pliegue a nivel del cual la uña se espesa y se esponja.

Todos los dermoatofitos pueden provocar uno de los tipos descritos. «Las características clínicas varían desde una pequeña descamación en los pliegues laterales de la uña hasta el engrosamiento y opacidad de la placa ungueal con un aspecto quebradizo de las porciones distales» (Irving Yale).

Franc Weinstein afirma que desde el punto de vista clínico «la onicomicosis es prácticamente idéntica a la eccema, la dermatitis atópica, la psoriasis, liquen plano y algunas lesiones traumáticas».

Howell insiste en las dificultades del diagnóstico diferencial.

Pardo-Castelló (1960) comprobó que alrededor del 18 % de los problemas ungueales son consecutivos a las onicomicosis.

White y Laipply (1958) establecen la conclusión en el estudio de 708 casos que la presencia de esporas o hifas, especialmente en la queratina subungueal o la placa ungueal, es indicativo de onicomicosis.

Fletcher (1959) reveló que la identificación era posible mediante las observaciones clínicas: el *trichophyton grypseum*, por placas blancas circulares con descamación; *trichophyton rubrum* por sequedad, falta de brillo, descamación, estriación y detritus epiteliales bajo la placa ungueal que se presenta con una decoloración amarillo-amarronada, con aspecto de haber sido comida por gusanos propagándose hasta la matriz, *cándida albicans*, único miembro de su género que infecta la uña; la placa ungueal es blanda y de ligero color blanco y amarillo. El tejido subungueal es húmedo y purulento, la estirpación de la uña con frecuencia revela un lecho ungueal ulcerado.

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

# Fungusol®

Polvos desodorantes  
con acción

## PREVENTIVA Y CURATIVA

ante infecciones micóticas y/o bacterianas.

FUNGUSOL® Polvo

**Composición:**

P-cloro-m-cresol, 1%; ácido bórico, 10%; óxido de zinc, 10%; aerosil, 3%; excipiente c.s.

**Indicaciones:**

- Tratamiento tópico de micosis cutáneas.
- Prevención de recidivas o reinfecciones de las micosis cutáneas.
- Prevención y tratamiento del intertrigo.
- Evita el desagradable olor corporal producido por la descomposición del sudor.

**Dosificación y administración:**

Siempre a criterio del médico. En general se recomienda espolvorear dos veces al día, con FUNGUSOL®, la zona afectada, así como en el interior de las prendas de calzado y/o vestido próximo a la misma.

**Incompatibilidades:**

No se conocen.

**Contraindicaciones:**

Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

**Efectos secundarios:**

Al aplicarse sobre mucosas o zonas muy sensibles de la piel, en especial si está húmeda, puede notarse una ligera sensación de picor que cede con rapidez.

**Intoxicación y su tratamiento:**

Dada la vía de administración es prácticamente imposible.

**Presentación y P.V.P. IVA:**

Frasco de 60 g., 227,— ptas.

SIN RECETA MEDICA



**PREVIENE** el desarrollo de la infección.

**CURA** cuando la micosis ya se está desarrollando.

**DESODORIZA** ya que no permite la descomposición microbiana del sudor.

**LABORATORIOS ANDREU**

Moragas, 15.- 08022 BARCELONA



Frost pone de relieve el hecho de que la onicomiosis es una causa frecuente de curvaturas ungueales: la enfermedad continúa diciéndose se inicia generalmente en forma de exfoliación del borde frontal de la placa ungueal de un solo dedo. El proceso progresa hasta dar lugar a la hipertrofia de los tejidos y hacer irregular y opaca la superficie ungueal. Los tejidos bajo las uñas y la uña misma, adquiere un aspecto polvoroso. Este proceso puede llegar hasta la destrucción completa de toda la uña y sus componentes. Es posible que afecten eventualmente a todas las uñas.

El paciente aqueja dolor raramente, y aún en estos casos el dolor es debido a una oniquia concomitante y no al hongo.

En 1943, Pearce afirmaba que las infecciones secas por hongos de las uñas, significaban que el paciente presentaba lesiones pulmonares por hongos. No se ha publicado nada desde entonces, yo no tengo conocimiento de ello, para sostener la teoría de Pearce, que puso en duda la autenticidad de la relación entre el cáncer de pulmón y el tabaco, y afirmaba que «las víctimas de cáncer de pulmón presentaban infecciones por hongos en las uñas».

Antes de iniciar la terapéutica es importante determinar si existe o no un hongo responsable del estado patológico y si existe esta causa, identificar el organismo. Sinko afirma que el diagnóstico diferencial de las enfermedades de las uñas sólo puede hacerse después de haber utilizado el microscopio para estudiar la eventual infección por hongos.

La semejanza de aspecto entre varios procesos patológicos de la uña, no indica semejanza en la causa. Un cultivo de la uña y un examen microscópico son absolutamente necesarios.

Cohen indicaba las siguientes técnicas para practicar tinciones superficiales destinadas al examen microscópico de los hongos. «Méclese 10 cc. de tinta azul-negra Parker 51 superchrome con 20 cc. de hidróxido potásico al 20%. Se colocan en un portaobjetos limpio las porciones de uña, se añaden unas gotas de

la mezcla, y se coloca sobre los fragmentos ungueales un cubre objetos. Extraerse el exceso de tinta con un papel secante. Déjese reposar la preparación durante una hora para examinarla, en primer lugar bajo un objetivo de bajo aumento, y después con un objetivo de mayor aumento, pero siempre en seco. Los micelios se observan en forma de trazos teñidos de color más oscuro que el fondo».

White y Laipply con la bencofucsina (reacción de Schiff) descubre la presencia de hongos con velocidad doble que cualquier otro método.

Iynatoff y Bleiberg realizaron sus diagnósticos por cultivo, Ortega considera que puede bastar el examen clínico para establecer un diagnóstico de onicomiosis.

Händler (1954) describe los hongos que con mayor frecuencia infectan el tejido ungueal. El *T. gypseum* y el *T. mentagrofites* muestran una lesión inicial en forma de parche superficial blanco sobre el pliegue ungueal posterior. Esta lesión progresa hacia la inflamación y destrucción de los tejidos circundantes a la placa y da lugar a una uña amarilla, sin brillo, opaca y con frecuencia friable. Se presentan hiperqueratosis subungueales y alteraciones distróficas, pero rara vez se complica con una paroniquia.

En el *T. purpureum* (*T. rubrum*), la lesión se desarrolla lentamente, de forma insidiosa y a nivel del borde lateral de la uña. Hay una coalescencia de estrías blancas y/o amarillas y existe una hiperqueratosis subungueal. Las placas ungueales se adelgazan y se vuelven quebradizas. No existe paroniquia.

En el *C. albicans*, la oniquia y la paroniquia son frecuentes. El dolor puede variar de ligero a severo con signos evidentes de infección. El pliegue posterior es rojo y esponjoso al tacto. Al incidir puede observarse una secreción seropurulenta. La placa ungueal puede estar elevada y suelta y, sin embargo firme.

Locke (1955) estudia la base etiológica de la onicomiosis y establece los siguientes datos:

«Son factores predisponentes causantes de las onicomiosis, el trauma directo, los traumas mínimos múltiples y la contaminación instrumental.

Los zapatos cortos y estrechos pueden dar lugar al contacto con cuero y forro infectado del calzado».

Jaskoski y colaboradores (1962) que de 70 especies de hongos cultivados sólo 3 de las 3 especies identificadas, eran patogénicas, las otras 27 eran contaminantes del terreno.

La uña del dedo gordo es la más comúnmente afectada, sin embargo las uñas del cuarto y del quinto dedo con frecuencia resultan afectadas por traumas.

La hemorragia subungueal a menudo actúa de medio de cultivo para los hongos y hay que procurar evitarlas. La oniquia y la paroniquia pueden constituir infecciones secundarias en aquellos casos en que la tenia pedis es el factor excitante.

«El tratamiento de la onicomiosis se ha modificado durante los últimos años. En 1956 Pillsbury y colaboradores, mantenían que la onicomiosis de las uñas de los dedos del pie eran incurables». F. Weinstein.

Irvine Yale también afirma que el tratamiento de las onicomiosis presenta grandes dificultades. Se requiere una gran perseverancia, tanto por parte del clínico como del paciente.

Hasta la llegada de la griseofulvina, el tratamiento de las uñas micóticas era realmente desalentador.

Fueron Riehl, Blanck y Roth los primeros en describir el valor de la griseofulvina por vía oral, y erradicar así los hongos de las uñas.

Frost describe la avulsión quirúrgica de la uña como una medida coadyuvante a la terapéutica con griseofulvina, 250 mg. cuatro veces al día durante períodos de 18 meses.

Farrar y F. Weinstein administran dos veces al día 500 mg. de Fulvicin Ultra Fine durante 12 meses.

Rosemberg considera que sólo la griseofulvina puede resolver las infecciones por *Trichophyton* utilizando 2 gramos diarios durante un año, y aconseja que los pacientes tomen la medicación después de las comidas, ya que ha observado que la absorción llega a ser doble cuando existen grasas en el estómago.

Todos ellos al igual que Goodman indican que es muy raro observar intolerancia a la griseofulvina.

Beare parte del punto de vista de que la griseofulvina en partículas finas es tan eficaz que permite reducir la dosis a la mitad necesaria que si se utiliza la griseofulvina normal. Recomendamos asociar a la terapéutica con griseofulvina un buen lavado de las uñas afectadas con agua y jabón, seguido de la aplicación de un unguento benzoico o de tinte de magenta.

Carpenter insiste en que para lograr un buen resultado terapéutico es necesario desbridar periódicamente las uñas y utilizar la medicación tópica junto con la griseofulvina. Advierde también que la buena higiene de los pies, incluyendo un estricto control de la humedad, son normas obligadas.

Krusch extraía todas las uñas infectadas y prescribía a continuación la terapéutica con griseofulvina, junto con la esterilización de los zapatos, medias y calcetines mediante comprimidos de formaldehído encerrándoles en una bolsa de plástico herméticamente cerrada.

Golblott trató a un paciente que desarrolló un intenso edema angioneurítico y una urticaria generalizada provocados por la griseofulvina. Yontef se vio obligado a suprimir la terapéutica con griseofulvina en tres pacientes de una serie de 15, por haber aparecido efectos colaterales.

Si el organismo casual es el *C. albicans*, según F. Weinstein, se usará nistatina en forma de unguento de Mycolog. Puede ser necesario prescribir nistatina por vía oral durante una o dos semanas en casos muy crónicos, en los que el pariente alberga *C. albicans* en su intestino distal.

Frost trata las micosis ungueales por medio de avulsión traumática de las uñas y aplicación de un complejo borotánico derivado del ácido bórico y del tanino, con ácido salicílico y disuelto en alcohol etílico, esto dos veces al día durante un período de 4 semanas. Obtuvo una proporción de curaciones en un 51 % en una serie de 36 casos.

Fletcher informa sobre excelentes resultados en 18 casos de una serie de 32, en los que usó este preparado después de reducir la inflamación ungueal por aplicación de un unguento de Salisacón sobre la uña. Levy informó sobre mejorías en 23 pacientes de un grupo de 32, que habían utilizado esta medicación durante 7 meses pero ninguno logró curar.

Son muchos los medicamentos que se han utilizado en aplicación tópica; tales como el sulfato de cobre, ácido salicílico el 60 %, ácido undecilínico, violeta de genciana, solución y dada al 5 % del tipo del Iodex, alforane acetato-fluorado de hidrocortisona al 0,1 %.

Todos los clínicos que utilizaron estos fármacos refieren excelentes resultados, pero no indican una proporción exacta de curaciones. No obstante, ningún medicamento sigue diciendo F. Weinstein logra tan siquiera acercarse en su eficacia a la griseofulvina.

Irving Yale en su tratado de Podología médica hace una diferencia entre el tratamiento que puede ser radical o paliativo. El tratamiento paliativo se efectúa mediante el desbridamiento mecánico, tal como el rechinamiento, corte y curetaje del tejido ungueal enfermo de color grisáceo amarillo marrón. Destrucción de la uña enferma mediante un esplasto de ácido salicílico al 40 %.

Se aplican diariamente al lecho ungueal unguentos y soluciones fungicidas. Utilizando como soluciones tópicas, el complejo borotánico, el ácido salicílico, el ácido undecilínico, el propionato sódico y el nitrato de plata amoniacal, la luz ultravioleta y la radioterapia. Los cuidados en casa pueden consistir en la limpieza cada noche de las uñas con hexaclorofeno y la aplicación de un fungicida. La

terapia antimocótica para la prevención de la piel debe formar parte del tratamiento así como la reducción periódica de la uña.

Las técnicas más radicales y siguiendo siempre a Irving Yale consiste en la ablación completa de la uña, la destrucción de la matriz con fenol concentrado, seguida de la aplicación de fungicidas penetrantes sobre el lecho de la uña.

Otra técnica, seguida por este autor, es la reducción en lo posible de la uña enferma seguida de desbridamiento. La uña que queda se reduce aún más por la aplicación de un emplasto de ácido salicílico del 40 al 60 %. Primero se aísla la uña infectada con un adhesivo, y después se aplica el ácido en la apertura del adhesivo superpuesto a la uña. Cuando se ha reducido toda la placa ungueal y el lecho ungueal se presenta de color rosado, se aplica una terapéutica fungicida en forma de ácido undecilínico, compuestos de ácido propiónico o de ácido borotánico. Recomienda el cambio frecuente de la solución utilizada.

La extirpación química completa de la placa ungueal y la aplicación de soluciones fungicidas constituyen un tratamiento efectivo.

Según Hendler las infecciones por *T. gypsum* son difíciles de tratar satisfactoriamente. Pueden servir de ayuda sigue diciendo, la reducción periódica de la uña con trépano de alta velocidad, seguido de un curetaje constante. La aplicación de fungicidas diariamente a la uña enferma impide y a menudo cura la efeción.

Rosenfeld, señala que según su experiencia, el tratamiento de *T. purpureum* proporciona pobres resultados con recidivas frecuentes. La *C. albicans* con frecuencia responde bien al tratamiento.

Mogull desarrolló una técnica de desbridamiento de uña infectada y rescisión de los bordes ungueales infectados, seguida de la construcción de una placa ungueal acrílica. Mogull hace una observación interesante y es que la nueva uña que se forma debajo del material acrílico aparece con un aspecto más sano.

Jaskoski (1969) comprobó que el 76 % no presentaron mejoría alguna o la afección persistía. Descubrió que los resultados más efectivos están basados en períodos más largos de tratamiento con complejos borotánicos y la utilización oral de la griseofulvina. Dix y Sloan (1966) establecen también la conclusión que la aplicación exclusiva del complejo borotánico resultó más efectiva cuando era combinada con la griseofulvina por vía oral.

Frost (1970) señala resultados esperanzadores en una serie de 36 casos tratados mediante ablación atraumática de la placa ungueal, seguida del uso diario de un compuesto borotánico.

### CONCLUSIONES

Las onicomycosis son unas de las afecciones que se pueden considerar endémicas en esta región del país, ya que las condiciones climáticas, humedad y calor, son los elementos básicos para el desarrollo de estas epidermomicosis.

Tres son los organismos desencadenantes de la afección: El *Trichophyton mentagrophytes*, el *Trychophytum Rubrum* y la *Cándida Albicans*.

La clínica que presenta los dos primeros agentes el *T. Mentagrophyts* y el *T. rubrum* es muy similar y por consiguiente muy difícil de hacer un diagnóstico diferencial, en ambos la placa ungueal se presenta con una coloración amarillo-amarronada, engrosada, sin brillo y desplegada de la matriz, la *Cándida Albicans* ablanda la placa ungueal y le da un color blanco amarillento, el tejido subungueal está húmedo y purulento y de un olor fétido.

Rara vez se presenta una onicomycosis aislada, generalmente viene asociada a otras afecciones micóticas de la piel de los pies e incluso del resto del cuerpo.

El tratamiento que venimos aplicando y con unos resultados ciertamente positivos, consiste en lo siguiente:

Fresado de la uña, seguido de extirpación de toda la parte de la capa ungueal que esté enferma y separada de la matriz ungueal.

Limpieza de la zona durante una semana con el siguiente preparado:

Acido salicílico: 4 %.

Acido benzoico: 4 %.

Yodo metaloide: 1 %.

Alcohol de 70° c.s. para 100 gramos.

Al paciente previamente a la aplicación del preparado anterior se le prescribirá un tratamiento antihiperidróxico y los lavados de los pies se hará con un detergente de pH bajo.

El tratamiento con antimicóticos tópicos ha de ser de larga duración, se recomienda al paciente y al Podólogo mucha constancia. Y que se ha de ir cambiando periódicamente el fármaco a la vez que realizamos una limpieza general de la uña o uñas afectas, con el fresado y extirpación de la uña afecta.

También he comprobado y me ha dado buenos resultados, cuando al cabo de tres o cuatro meses de tratamiento y no he visto mejoría; el cubrir la uña afecta con una uña artificial (Polimero más monómero).

Es de elección el tratamiento oral de griseofulvina 500 mg. diarios (Greosin) durante tres meses.

Las uñas afectas de la *Cándida Albicans* es preceptivo ordenar mistatina por vía oral junto con el tratamiento tópico.

La desinfección de medias, calcetines y calzado en general es preceptivo con antifúngicos, pastillas de formaldehído, etc.



**RESTAURADOR MANTO ACIDO**

**Composición:** Esteres de ácidos grasos saturados, 6%, sustancias humectantes, 2%, derivados de lanolina, 2%, triglicéridos vegetales, 1%, aminoácidos y sales orgánicas, 2%, emulsionantes no iónicos, 25%, ácido láctico c.s.p. ph = 5.

**Indicaciones y modo de empleo:** Emulsión dérmica para pieles con hidratación disminuida o alterada, tanto sobre pieles alipicas como grasas. Aplicación después del baño o ducha con suave masaje.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 75 pts.

**GEL CPI**

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%, anilofitos, 13%, ácido láctico c.s.p. ph = 5'5.

**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts.

**CREMA PODOLOGICA CPI**

**Composición:** Urea, 5,0%, propilenglicol, 3,0%, oleum germen Triticum aestivum, 4,0%, extracto de Citrus limonium, 4,0%, lactato sódico, 3,0%.

**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis.

**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta.

**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr. P.V.P. IVA, 750 pts.

**MICOESPEC POLVOS**

**Composición:** Por gramo: Nitrato de Econazol, 10 mg.

**Indicaciones:** Micosis provocadas por hongos, levaduras y bacterias sensibles al econazol especialmente las micosis húmedas y rezumantes.

**Posología:** 1-2 aplicaciones al día.

**Contraindicaciones e Incompatibilidades:** No se conocen. El uso de anovulacionos orales, puede disminuir la eficacia del tratamiento.

**Efectos secundarios:** Puede darse algún caso de flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda suspender el tratamiento.

**Intoxicación:** No existe riesgo.

**Presentación:** Frasco de polvos de 30 gr. P.V.P. IVA, 334 pts.

**CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL**  
Sagitario, 12, ALICANTE (España)

## LA PROPOLIS UNA VIEJA ALTERNATIVA EN LA ACTUALIDAD PODOLOGICA



Juan Ignacio Beltrán  
Barcelona

### LA PROPOLIS

Hace algún tiempo cayó en mis manos un artículo sobre este producto, elaborado por las abejas y que parecía estar dotado de una actividad terapéutica muy buena, a partir de aquí me fui interesando por el tema, que en otros círculos de medicinas alternativas era muy conocido y utilizado, y poco a poco comprendí que era también una alternativa muy válida para el campo de la terapéutica podológica, como realmente después la experiencia me confirmó.

Para entrar en materia, les diré que la propolis es un conjunto de sustancias balsámicas y resinosas, que las abejas recolectan de la corteza y yemas, fundamentalmente, de algunos árboles como abetos, encinas, álamos, abedul, pinos, encinas, sauces, etc... Está compuesta por bioenzimas, sustancias resinosas, ceras y aceites esenciales y que está dotada fundamentalmente de una acción antiinflamatoria, cicatrizante, antibacteriana, antiviral y también antifúngica.

Ahora que les he simplificado lo que es, y para qué sirve, si me lo permiten, me extenderé en su historia, propiedades e indicaciones.

La historia, la podríamos empezar hace 45 millones de años, cuando parece ser que iniciaron su andadura las abejas, pero sin ir tan lejos, diremos que la antigua civilización egipcia, la consideraban de origen divino, dado por el Dios Ra.

La utilizaban para perfumar sus habitaciones, como bálsamo para curar y para embalsamar a sus muertos.

En la Biblia, también aparecen citas sobre el mismo como bálsamo, y los griegos, a los que debemos el nombre del producto, pro (delante) polis (ciudad), como queriendo significar que las abejas lo colocaban a la entrada de la colmena para evitar la entrada de otros insectos, y sobre todo la contaminación del panal.

Los griegos lo emplearon junto con la miel en la curación de heridas, picaduras como bálsamo y antídoto y también para embalsamar.

Aristóteles, también lo cita como útil en heridas y dermatosis, también en el primer siglo de la era cristiana, el no menos famoso Plinio nos hablaba de sus propiedades y procedencia, así también Dioscórides el célebre médico y botánico griego.

También parece ser que en el Corán se habla de ella, en historia más reciente, también nos queda constancia de su uso, por medio del legado de famosos autores, pero no fue hasta el año (1899-1902) en la guerra de los Boers, donde se reveló y saltó al conocimiento terapéutico como un excelente remedio, pues en aquel triste relato histórico salvó muchas vidas y dio alivio a muchos heridos.

Ya en nuestro siglo, prestigiosos científicos y otros investigadores han podido constatar las propiedades e incluso abrir nuevos horizontes terapéuticos con la utilización del pro-

ducto. Se han presentado diferentes tesis doctorales demostrando su poder bacteriostático.

En realidad, si estudiamos la Apicultura vemos que la abeja, utiliza la própolis como una especie de cemento para unir su colmena y proteger la de los agentes físicos externos, a la vez que barniza todo su interior con el mismo producto e incluso ellas mismas, evitando así lesiones y enfermedades en su cuerpo, a la vez que mantienen el medio interno de la colmena, con una asepsia que sería envidiable por muchos hospitales, según han podido comprobar más de un estudioso. Si entra algún insecto intruso o algún roedor, lo aguijonean mortalmente y lo embalsaman, habiéndose comprobado que puede permanecer así más de cinco años sin que se produzca ningún proceso de putrefacción ni contaminación. Esto ya de por sí nos puede dar suficientes pistas e inquietudes para la utilización del producto.

Otros estudios han demostrado la capacidad de este producto ante virus y bacterias y de aquí que la abeja lo coloque a la entrada y sea como una especie de tapiz por el que obligatoriamente han de pasar; evitando así todo tipo de infecciones en comunidades de miles de individuos, acinadas en un pequeñísimo espacio en el que se llegan a alcanzar 34° C y alto porcentaje de humedad.

### CARACTERISTICAS

Es un producto de olor agradable y de color marrón claro u oscuro aunque a veces puede ser castaño verdoso.

Su sabor es más o menos acre y algo amargo.

Es un producto sólido en frío, que se vuelve viscoso a partir de los 30° y funde entre 60° y 70°

Es insoluble en agua, pero con tratamiento es soluble en alcohol y otros disolventes.

Sus propiedades no son alteradas por la ebullición.

### COMPOSICION DEL PROPOLEO

La composición es algo variable, dependiendo de la procedencia de la resina recolec-

tada, pero sin que ello varíe significativamente las propiedades. Lo que parece poder afirmarse es que se trata de una composición compleja y en la que la sinergia de sus componentes, es la que dota al producto de la conocida actividad terapéutica.

### Composición Centesimal

RESINAS .....	50-55 %
CERA .....	25-30 %
ACEITES VOLATILES ESENCIALES .....	10 %
POLEN .....	5 %
Materias orgánicas diversas minerales y aminoácidos .....	5 %

Los compuestos de la própolis identificados hasta ahora son numerosos:

- Compuestos aromáticos derivados del Acido Benzoico.
- Compuestos derivados del ácido Gálico.
- Compuestos derivados del ácido Cinámico, Caféico, ferúlico.
- Aldehidos: Vanillina, isovanillina.
- Esculetol y Escopoletos (Cumarinas).
- Flavonoides: numerosos flavonoides que actúan de forma sinérgica Flavonas.
- Vitaminas del tipo B, C, E, Biotina y Niacina A.
- Acidos grasos.
- Varios compuestos aromáticos.
- Oligoelementos: Fe, Cu, MN, Ca, Al, Zn y otros.
- Sustancias aún no determinadas que coadyugan en su efecto cicatrizante y antibiótico.

Estudiando esta composición, vamos a hacer hincapié en los compuestos más interesantes desde el punto de vista terapéutico.

### FLAVONOIDEOS

Parece ser, por los estudios realizados hasta el momento, que gran parte de las propiedades terapéuticas del producto, le vienen dadas por los bioflavonoides, compuestos fenó-

licos de origen vegetal, que tienen una acción a nivel del sistema capilar y venoso, interviniendo en la cicatrización.

Y de nuevo parece ser que la sinergia de los variados flavonoides, que componen el producto son los que como señalan más de 500 ilustrativos trabajos, le dotan de sus propiedades a nivel del sistema venoso, en problemas víricos, que quedan frenados por el propóleo, que anula la actividad vírica e incluso interviene en la producción de interferón, sustancia que se está demostrando útil en los problemas víricos, estos apartados citados si medítamos también son de plena utilidad en el campo podológico.

Otro efecto estudiado, es el bloqueo que se produce con su uso de las prostaglandinas en los procesos inflamatorios, comportándose como un ácido acetil salicílico natural y sin los efectos secundarios del mismo, por lo tanto está dotado de un efecto antiálgico, antitérmico y antiinflamatorio.

En los procesos alérgicos y reactivos en general, bloquea, los ácidos causantes de la ruptura celular y de la salida de serotonina e histamina.

En síntesis volveríamos a repetir que los bioflavonoides presentes en la própolis, dotarían a la misma de sus propiedades estimulantes de los linfocitos, de su actividad antiinflamatoria y parece ser que también de la actividad antibiótica y otras en estudio (por ejemplo en oncología).

### PROPIEDADES ANTIINFECCIOSAS

De entrada tendríamos que decir que las bacterias y virus, se han mostrado en general incapaces de crear resistencia a su capacidad antibiótica, punto como todos sabemos muy importante en toda antibioterapia.

Su capacidad antibacteriana, antifúngica y antiviral, parece el resultado de la combinación de sus ácidos aromáticos (principalmente caféico y ferúlico) y de los bioflavonoides.

Los ensayos microbiológicos lo demuestran activo en un amplio espectro microbiano: Sal-

monella, Sighella, Escherichia, Enterococos, Proteus y otros, gram positivos y gram negativos.

Igualmente y esto para mí fue un dato importante, inhiben el crecimiento de la mayoría de los hongos cutáneos, Trichophyton, epidermophyton, Microsporum e incluso de Cándidas.

También frente a Trichomonas y Toxoplasmas se demuestra activo.

Es interesante hacer notar que el pH alcalino, hace disminuir la actividad antibacteriana del producto (la máxima eficacia está entre 7-6).

No podría por menos de dejar de citar, que autores e incluso el que les presenta éste trabajo, hemos complementado con otras terapias clásicas, ya sean antiinflamatorias, cicatrizantes o antibióticas, que han sido con esta sinergia enormemente potenciadas.

Con respecto a sus propiedades antifúngicas, son los flavonoides, Pinosabina, Pinosol, los ácidos P-Coumariniqué y Cafeico y los compuestos aromáticos Xantoreol y Sakuranetol, los que inhiben y paralizan el desarrollo.

Hay estudios de eminentes profesores sobre todo en Centroeuropa y URSS que así lo demuestran, con datos estadísticos del resultado clínico espectacular que con el propóleo han conseguido.

Todas estas peculiaridades creo que les pueden abrir nuevos horizontes terapéuticos en el campo de la podología, sobre todo a los que investigan nuevas terapias antifúngicas y antibacterianas.

En cuanto a las propiedades antiinflamatorias y anestésicas, también creo que les puede ser muy útil, pues son igualmente aplicables dentro del campo podológico, pues se muestra como un rápido antiinflamatorio dérmico y hay trabajos que lo confirman como un potenciador de la anestesia local (de hecho en países del Este, se está utilizando sobre todo por odontólogos como anestésico junto a la procaina, a la que además integra sus otras virtudes, espero poderles ofrecer en otra ocasión

mi propia casuística al respecto en intervenciones de diversas patologías ungueales...

El último aspecto que les quería argumentar antes de pasar a las indicaciones concretas en el campo general y podológico, son los estudios realizados con el producto y los injertos óseos en los que está consiguiendo espectaculares resultados, y precisamente ahora que el podólogo va perfeccionando su quehacer dentro del campo de la cirugía de mínima incisión, puede también incorporarlo al arsenal de productos útiles en este campo.

### INDICACIONES DE LA PROPOLIS

En las indicaciones generales en medicina, que sólo citaremos de pasada, por salir de nuestro campo profesional, hablaremos de su gran utilidad en el campo de la Otorrinolaringología y Apto. respiratorio en general de Oftalmología y Estomatológica, Procesos alérgicos y dermatológicos.

Infecciones (virásicas y bacterianas).

Afecciones del Apto digestivo. (Úlcus gástrico, gastritis, etc.).

Problemas circulatorios y genitourinarios.

Problemas óseos y una larga lista de usos en medicina interna.

### INDICACIONES DE LA PROPOLIS

Diría sin miedo a equivocarme que les podría presentar a la própolis como un producto que en podología, salvo en los problemas subsidiarios de tratamiento protésico, nos puede ayudar en todos los otros.

Concretando, diré que se puede utilizar en todos los problemas que cursan con una deficiente cicatrización o hay alteraciones en la misma; Úlceras de todo tipo, queloides, fístulas, fisuras.

Particularmente les diré que me ha dado excelentes resultados, en los tratamientos de úlceras y heridas tórpidas (incluyo en este apartado la lesión quirúrgica condicionada por la extirpación de papilomas, sobre todo si ésta

es llevada a cabo con electrobisturí o criocirugía, aunque también se puede emplear en el caso de que realizemos la intervención convencional con bisturí o bien nos reste una úlcera después de un tratamiento químico. En estos casos, mezcla la própolis con miel y consigo un sinergismo por la adición de los efectos cicatrizantes de ambos productos, consiguiendo una mayor capacidad antiséptica, una mayor granulación debida a las bioenzimas presentes en ambas.

Evitan procesos inflamatorios gracias a su acción sobre los capilares y la piel, y las propiedades antiexudativas e higroscópicas demostradas en la miel.

Además, conseguimos un efecto analgésico y profiláctico ya sea de virus o bacterias considerable.

Igualmente podemos aplicar este tratamiento en problemas a nivel ungueal ya sean postquirúrgicos, o bien granulomas, rodetes hipertróficos infectados, problemas exostósicos con supuración, exostosis intervenidas y que evolucionan tórpidamente.

Otra indicación muy clara en podología y en la que se muestra muy activo es en escoriaciones y quemaduras (en la mezcla anteriormente citada).

En cuanto a los diversos problemas dermatológicos como eccemas y psoriasis podal se muestran muy efectivos, en mi consulta he conseguido con la aplicación del producto miel-própolis, erradicar en pocas sesiones el dolor, prurito y fisuraciones en eccemas y psoriasis sobre todo plantares.

En el campo micológico, diría que de entrada con el producto se consiguen notables resultados, pero especificaré sus diferentes combinaciones para mayor efectividad.

La mezcla de cera pura de abeja más propóleo, es especialmente adecuada para el mantenimiento y recuperación de las condiciones fisiológicas de la piel, este producto que en los países nórdicos está comercializado como Ungüento de abeja, cumple perfectamente este cometido, su composición a base de ceras, vi-

tamina A natural, bioenzimas y micronutrientes, así como propoleo, trata y previene los problemas de micosis podal.

Si el proceso está declarado y en su fase inflamatoria aguda, la ayuda con un extracto glicólico de própolis nos potenciará el efecto resolutivo de la inflamación, prurito y lesiones cutáneas.

Una vez superada la fase aguda podemos tratar durante largo tiempo con la cera, própolis y miel evitando así la fase crónica desamativa y las posibles recidivas.

La confianza que yo he puesto en estos productos para el tratamiento de estos problemas dermatológicos, ha sido reforzada por los trabajos que he podido leer provenientes de hospitales en China, Centroeuropa y URSS, que también lo han utilizado en problemas psoriásicos y de otras dermatitis.

En las queratodermias e hiperqueratosis, se muestra efectivo, pues mejora la nutrición de la piel, actúa como sustancia balsámica y antiinflamatoria evitando problemas como fisuraciones, infecciones, etc. En estos casos es aconsejable utilizar la triada própolis, miel y cera de abeja.

No por menos he de dejar de mencionarles las propiedades desodorantes de la própolis, debido a su poder bacteriostático y balsámico aromático.

En tratamientos de problemas circulatorios e inflamatorios locales como eritema pernio, contusiones y hematomas, problemas de teninitis, brusitis, etc.

Hay otra gran variedad de usos, pero yo he querido mostrarles los más estudiados y en los que tengo más experiencia, aunque espero que si tienen alguna duda, os pueda aclarar o especificar más, determinados aspectos o indicaciones.

### PRESENTACION Y USOS

En forma de extractos líquidos de própolis.

En forma de ungüento y cremas con mezclas de miel y ceras.

En comprimidos, polvos y trozos puros del producto, también jarabes enriquecidos con miel polen, jalea real, vitamina C natural, etc.

Para el uso podológico, son muy útiles: el extracto glicólico de própolis, la miel con própolis dosificada y los lápices de ungüento de abejas, la aplicación es directamente sobre la piel bien con una turunda o bien dejando una especie de semioclusivo con un apósito, dos o tres veces al día según síntomas.

En el tratamiento de úlceras, ocluir dos veces al día, llenando con el producto la cavidad, limpiando cuidadosamente con un poco de suero fisiológico la misma de una vez para otra.

### TOXICIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS

Carece de ambas incluso a dosis muy altas y prolongadas, pero siempre se han de tener en cuenta, la posibilidad de fenómenos alérgicos, en cuyo caso se ha de suspender el tratamiento.

### INTERACCIONES E INCOMPATIBILIDADES

No se han descrito.

Espero para concluir, que con este modesto trabajo pueda contribuir a aumentar el arsenal terapéutico del podólogo actual que sé positivamente tiene unos amplios criterios, para incluir en su quehacer diario todo lo que pueda ayudar a cimentar y ampliar nuestra profesión. Y yo personalmente quedo a vuestra disposición para cualquier duda o consulta, esperando haberos transmitido mi entusiasmo por el tema.



## **SOLUCION M.I.S. PARA EL NEUROMA DE MORTON**

**Javier Aycart**  
**Manuel González San Juan**  
**Madrid**

Dedicado a L. Aycart quien ha tenido el acierto de ver en la cirugía de mínima incisión (MIS) un nuevo contenido para su profesión, quien con generosidad de la que nunca hizo gala ha dejado sus ilusiones y esfuerzo como transmisor de su contenidos científico y de su filosofía, recibiendo la más de las veces motivos de sinsabor y de amargura, en las menos comprensión y agradecimiento.

Seamos portadores de la ilusión, el objetivo está claro, el camino será difícil y a cada paso se abrirán nuevos horizontes que nos darán la falsa impresión de lo breve que fue el camino recorrido.

El cuadro álgido de antepié conocido por Metatarsalgia o Neuroma de Morton responde a un proceso irritativo sobre las ramas digitales del nervio plantar interno, consecuencia de esta irritación es el cúmulo de sustancia colágena en la vaina de Schwann, el hallazgo de esta fibrosis nodular es más frecuente en el cuarto espacio metatarsal, zona en la que se une a la rama descrita una rama digital del nervio plantar externo.

El abordaje dorsal para la extirpación del filete nervioso envuelto por la fibrosis fue descrito por primera vez por los norteamericanos McElvenny y MacKeever.

Las más recientes técnicas quirúrgicas indican la necesidad de una incisión de 3 a 6 cms., separar por planos, abrir el ligamento transversal metatarsal para acceder a la vaina nerviosa, fácilmente identificable por su grosor, diseccionar el nervio digital común y proceder a su exéresis o según las técnicas que personalmente consideramos más acertadas realizar la neurectomía, previa ligadura proximal y distal, inmediateamente

antes de dar sus ramas terminales, para proceder a su resección.

Años atrás en los albores de nuestra experiencia recién finalizados los estudios (sic), deseábamos no llegar a realizar tal diagnóstico diferencial, suspirábamos pensando que tras la segunda o tercera infiltración del cóctel habitual de Mepivacaina más corticoide, la sintomatología iba a desaparecer, aquello dejaría de doler y, quizás con una plantilla, el paciente saldría satisfecho de la consulta.

El estudio de la bibliografía, la oportunidad de realizar disección anatómica y nuestra experiencia en M.I.S., nos permitió desarrollar una opción de tratamiento quirúrgico frente a la técnica convencional de cirugía a —cielo abierto—, que consideramos compleja y lenta de ejecución.

Hace tres años que estamos realizando la intervención del Neuroma de Morton siguiendo nuestra hipótesis de trabajo y los resultados obtenidos son tan sorprendentes como simple la técnica empleada.

Desafortunadamente la casuística recogida en nuestra consulta es poco significativa, por el momento, en cuanto al número total de casos.

Como siempre en Medicina antes de hablar de tratamiento debe evaluarse si el diagnóstico es cierto, en el caso que nos ocupa se hace obligado el diagnóstico diferencial entre neuroma y metatarsalgia por sobrecarga o lesión ósea.

No es el momento de extendernos en el perfil etiopatogénico del neuroma en las técnicas que convenimos en denominar «tradicionales», ni tampoco en la valoración que, de los resultados de las mismas, hacen los distintos autores citados en las referencias bibliográficas.

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

## DESCRIPCION DE LA TECNICA

Identificado el espacio metatarsal y las interlíneas de las articulaciones metatarsofalángicas contiguas procedemos a efectuar una incisión puntual con una hoja de bisturí del # 15, introducimos la hoja en sentido longitudinal, el tamaño de la incisión será prácticamente el ancho de la hoja, preferimos hacer el abordaje de la piel con una hoja distinta a la que utilizaremos seguidamente, no hay inconveniente en utilizar hoja Beaver # 67.

A través de la punción se introduce una hoja Beaver # 63 o # 69 (de elección la primera), ambas de doble corte y en punta de lanza, se profundiza hasta el plano de apoyo en las cabezas metatarsales, de modo que podamos sentir a través de la piel el vértice de la hoja en la aponeurosis plantar.

Desde esta posición hacemos girar la hoja 90° para, situados en un plano transversal, cortar el paquete nervioso. Manteniendo la situación en profundidad de esta hoja, cuya característica respecto a la longitud de los cortes es de 6 mm. y dada la estructura prismática de las diáfisis metatarsales quedan preservadas las estructuras neurovasculares que discurren dorsalmente y de forma bilateral respecto al abordaje.

Durante el corte tendremos una sensación semejante a la de cortar una cuerda de nylon a tensión.

Realizada esta exéresis repetimos la misma operación a uno o dos centímetros en sentido proximal. En este segundo punto la longitud de la hoja de corte, estando correctamente montada en el mango, suele ser insuficiente para alcanzar el nervio, ello se logrará abriendo unos milímetros más la piel para poder introducir parte del mango.

En este segundo corte percibimos la misma sensación porque las estructuras adyacentes mantienen en posición el paquete nervioso.

La situación relativa de las líneas de escisión término-terminal no experimentaban una separación entre sí de más de cuatro milímetros según hemos podido constatar por necropsia previa al rigor post-mortis.

Reiteramos que el resultado obtenido hasta la fecha en las intervenciones practicadas es tan esperanzador, que ha logrado desplazar de nuestra consulta la práctica de la técnica tradicional.

Siendo la técnica presentada de postoperatorio ambulatorio, efectuada a través de incisiones puntuales y bajo anestesia local estimamos que se encuentra entroncada en la más pura técnica de M.I.S.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Durlacher, L.: A Treatise on corns, bunions, the diseases of the nails and the general management of the feet. Simpkin Marshall. London.
- Mann, R. A.: Surgery of the foot. Ed. The C.V. Mosby Company. St. Louis.
- McElvenny, R. F.: The etiology and surgical treatment of intractable pain about the fourth metatarso-phalangeal joint (Morton's toe). Ed. J. Bone Joint Surgery.
- Mercado, O. A.: An atlas of the foot surgery. Ed. Carolando Press. Oak Park. Ill.
- Schwartz, A. H.: Principles on surgery. Ed. McGraw-Hill. Buenos Aires, Argentina.
- Weinstein, F.: Principles and practice of Podiatry. Ed. Lea & Febiger, Philadelphia, Penn.
- Yale, I.: Podiatric Medicine. Ed. Williams & Wilkins Co. Baltimore.

Madrid, 1 de diciembre de 1988.

## CIRUGIA DE MINIMA INCISION

**Hallux valgus simple, Hallux valgus agudo, conceptos actuales**



**Luis Aycary Vijuesca**  
Congreso Nacional Valencia

### DEDICATORIA

Antes de comenzar este trabajo, permitidme que dedique unas palabras al compañero amigo y veterano de la Podología española Don Isaías del Moral Cejalbo.

Padre del actual secretario de este XX Congreso Nacional de Podología.

La sola convocatoria a este homenaje a un veterano está suficientemente justificada, pero no sería fiel a mis principios podológicos si no explicara en 2 palabras la brillante trayectoria de este hombre Don Isaías del Moral Cejalbo al que voy a apodar «El Magnífico» y que junto a otros 10 más formamos entonces la Junta de Gobierno de la Agrupación (precursora de nuestra actual federación) hoy solamente quedamos 8; Leonardo y Báez Basauri nos dejaron ya.

Permitidme un «poquitín» de historia:

Como en aquella época el Consejo General A.T.S. no dejaba de obstruir nuestro normal desarrollo podológico, L. Escach, con el beneplácito de la Junta de Gobierno de la Agrupación se presentó a elecciones para presidencia del Colegio A.T.S. de Barcelona. Siendo presidente podía vigilar las decisiones siempre obstruccionistas del dedocrático Consejo Nacional A.T.S. en Madrid.

El entonces Consejo A.T.S. alegando irregularidades en la votación, destituyó de la presidencia del Colegio a nuestro presidente L. Escach. El decidió recurrir al Tribunal Contencioso-Administrativo, pero nuestros medios económicos era escasos (me refiero a la Agrupación), y como era respetuoso con los agrupados, no podía utilizar los fondos de la Sociedad para esto.

Como la congoja de Escachs era grande, yo recurrí a contactar por carta con los miembros de J. G. Agrupación, recabando ayuda económica personal.

Todos aportaron la cantidad propuesta y aquí entra lo de magnífico, pero don Isaias lo mandó por giro telegráfico urgente, sin duda temía llegar tarde a la entrega.

Pues bien a este profesional «magnífico va dedicado mi trabajo.

Al iniciar este trabajo para el XX Congreso Nacional de Podología en Valencia, no puedo por menos que insistir en la importancia que tiene para nuestra profesión los métodos tradicionales, Quiropodia, ortopodología, ortosis de silicona, etc., toda vez que el porcentaje mayor de pacientes, siempre estarán del lado de los tratamientos paliativos. Y la Cirugía; sea mínima o se mayor, quedará para ese grupo de pacientes que desean curaciones radicales, rápidas y correctoras siempre de manera ambulatoria.

Otra faceta de nuestra profesión, que quizá está pasando desapercibida para muchos de

querida Podología, tales son: Quiropodia, Cirugía (Ungueal o de Mínima incisión) Ortopodología infantil o de adultos, Ortesiología paliativa o correctora, Laserterapia, etc., etc.

Tampoco podemos perder de vista, que cada día se hace más imperiosa, la necesidad de una educación continuada, un reciclaje de nuestros actuales conocimientos, para adecuarlos a las cada vez más avanzadas técnicas, (y no me refiero a diferentes y nuevos materiales para plantillas o nuevas siliconas sin catalizador) me estoy refiriendo a las técnicas de infiltración de corticoides en el Neuroma o Morton, a tenotomias múltiples para el trato de calambres nocturnos, isquemia discreta e incrementar la circulación, etc.

Para desarrollar este trabajo, voy a proceder a formar dos grandes grupos, el H.V. simple cuyo ángulo inter-metatarsal no sobrepasa los  $14^\circ$  y H.V. agudo cuyo ángulo excede de  $14^\circ$ .

**HALLUX VALGUS SIMPLE.** — Como en toda intervención MIS por simple que sea, valorados el Índice Yao-Pourcelot, Análisis de sangre completo, más Tiempos de Coagulación, Hemorragia, Protombina, Glucosa y Acido Urico. Exploración Doppler del miembro propuesto para intervención, comparando los valores con el miembro contiguo. En fin historia completa, de enfermedades padecidas, alergias, cardiopatías, antecedentes diabéticos, etc..

D. Plantar



vosotros, es la Evolución necesaria y especialización en alguno de los caminos de nuestra



Método Akin de Cirugía Mayor similar al de Keller, pero sin extraer el tercio proximal de la falange y enclavado con Kirschner.

Efectuaremos los siguientes pasos:

1.º RX y/o palpación y localización de la exóstosis causal.



Técnica Keller de cirugía mayor extrayendo el tercio proximal de la falange proximal. Quitando exóstosis y poniendo clavo Kirschner.

2.º Fotografía del H.V. con etiqueta apli-

cada al pie, donde conste nombre, abreviado del paciente, deformidad, fecha intervención y la indicación de preop. postop. o alta según al caso.

3.º Autorización firmada por el paciente, detallando la intervención, contingencias de la misma, fecha y lugar de la intervención.

Preparado el campo operatorio estéril procederemos a:

Resumen C. Mayor



Anestesia. — Del primer segmento (Bloqueo de Mayo). Anestesia local de la exóstosis y anestesia de la articulación met-falángica.

Incisión. — Con bisturí mango Martín n.º 15 o con el Beaver n.º 67 se efectúa una incisión de 1 cm., logitudinal al eje del tercio proximal, falange proximal, cara medial. Seguidamente procedemos al **despegamiento** por disección roma del tejido blando en toda la proximidad de la exóstosis metatarsiana, tras una segunda incisión capsular dilatación de la misma.

Raspado. — Por procedimiento manual o mecánico (preferentemente el primero por ser más fácil de dominar y «recorrer» el perfil del hueso que estamos «remodelando».

D. Plantar



Cirugía Mínima incisión, para más angulación de 15°, método Akin —modificado— igual corte quirúrgico que Keller-Akin, por incisión de un centímetro, limado de la exostosis lateral metatarsal y vendaje corrector.

**HALLUX VALGUS AGUDO.** — Si la inclinación en valgo del 1.º segmento y su grado de abducción es superior a 14° grados. Para corregir esta desviación, procederemos a efectuar la fractura quirúrgica en el tercio proximal de la falange proximal, siguiendo el siguiente orden. Primeramente efectuamos un agujero piloto en el plano medio, dirección medial-lateral. Seguidamente «reorientaremos» la fresa de corte Shannon n.º 44 de nuevo en el agujero piloto para efectuar un corte en ángulo de 25° en dirección proximal-dorsal, con lo que quedará cortada la mitad superior o dorsal. «Reorientada» por segunda vez la fresa en el a. piloto procedemos al corte en dirección plantar en ángulo de 90°. De esta forma producimos una fractura quirúrgica angulada en forma de V con su vértice en dirección proximal. Esto permitirá un corrección del eje del dedo y un desplazamiento en di-

rección medial, mientras que el desplazamiento dorsal se dificulta, debido a la angulación descrita. Se mantendrá vendado durante 45 días, aplicando una cuña separadora de poliuretano, entre 1.º y 2.º dedo.

Así pues, por eso de que una imagen vale más que 100 ó 1.000 palabras, vamos a pasar estos dos trabajos Juanete Simple y Juanete con Akin, efectuado aquí en esa brillante y luminosa tierra Levantina, concretamente en la Clínica de D. José Aguilar Beltrán, de Castellón. Sin su maravillosa hospitalidad, su intervención como ayudante durante las dos operaciones, la aportación de su dos pacientes privados, y la colaboración de su hijo fotógrafo profesional con gran porvenir, toman-

D. Plantar



Cirugía mínima incisión para angulación (menor de 14°) limado simple de la exostosis, a través de incisión en articulación lateral meta-falángica de 1 cm. de manera manual o mecánica.

do estas secuencias, no nos habría sido posible mostrarlas ahora.

Si con este trabajo, he conseguido enseñaros algo a unos, alentarlos a otros sobre el campo de la Cirugía M.I.S. nos damos por satisfechos..

Gracias a todos.

## OPINION

### CIRUGIA AMBULATORIA PODOLOGICA

J. Aycart Testa  
M. González Sanjuán

Recientemente la Escuela de Podología de Barcelona, ante la aparición del Decreto 649/88 regulador de las enseñanzas de Podología dentro del primer ciclo universitario, y con anterioridad a la revisión de sus Planes de Estudio, convocó la «1.ª Jornada de Reflexión en Podología».

Cada universidad tiene libertad de desarrollar las directrices generales dictadas en el Decreto, dando contenido y profundidad a las distintas materias en razón a los progresos científicos, la demanda socioeconómica y a la propia estructura docente.

Todos los profesionales debiéramos entender que la formación del futuro Podólogo es una tarea de gran interés y de repercusión tanto en la calidad del profesional cuanto en el devenir de la especialidad y el prestigio social.

En la tarea educativa están implicados la universidad, organismos de la administración pública, organizaciones profesionales así como los profesionales. Posiblemente este criterio fue el que movió a los organizadores de la 1.ª Jornada de Reflexión a tomar referencias de los representantes de las universidades, corporaciones, asociaciones y células del tejido profesional con especial proyección en el amplio campo de la cirugía podológica.

Los objetivos concretos definidos para la jornada de trabajo fueron:

- Perfil de actuación quirúrgica con mayores posibilidades dentro del marco podológico.
- Fórmula óptima de aprendizaje y adiestramiento en cirugía podológica.

La reunión comenzó mostrando el entronque de las materias quirúrgicas en las directrices generales del Decreto para seguidamente pasar a un análisis particular sobre el contenido y profundidad en materia de cirugía, tratando de de-

finir el campo o territorio anatómico y características de la actuación quirúrgica del Podólogo.

Para sensibilizar al lector nos permitiremos evocar algo de la Historia de la Medicina de la que los ancestros de los Podólogos forman parte.

A lo largo de siglos es posible contemplar cómo lo que conocemos por «acto quirúrgico» no fue históricamente objeto de estudio del «médico» sino el simple resultado de los desconocimiento y/o el desacierto de la práctica de la medicina del momento.

En el pasado era habitual que el acto resolutivo, ósea, el «acto quirúrgico», fuese realizado por otra persona distinta del médico; mientras, éste se mantenía distante o actuaba como testigo presencial.

Con el paso del tiempo, algunos «médicos» y personas ajenas a la medicina, actuando en ocasiones sin amparo de la Ley, movidos por el loable afán de conocimiento, se dedicaron al estudio del cuerpo humano. La disección y experimentación hizo posible el avance en el conocimiento de la anatomía y fisiología. Los progresos en farmacopea facilitaron la génesis de la anestesia y terapias de apoyo que a su vez permitirían ejecutar técnicas quirúrgicas, más allá de las restauraciones o amputaciones, exigiendo del cirujano que conjugase la habilidad manual o arte con el conocimiento o ciencia.

No obstante hoy en día no puede ponerse como ejemplo de cirugía científica el dilatar un absceso, extraer un cuerpo extraño, estabilizar un foco de fractura o asistir un parto normal, —entre otras técnicas—; si bien existe una correlación entre la localización anatómica y las estructuras adyacentes, entre maniobra operatoria y complicación sistémica, relaciones que sí aproximan el objeto del debate a la Ciencia.

En la actualidad es obvio que la práctica quirúrgica precisa del dominio de unas habilidades técnicas así como de unos conocimientos teóricos, sin la pretensión de alcanzar un saber enciclopédico, —al cual hoy en día muy pocas personas tendrían acceso—; esta situación queda resuelta por el carácter multidisciplinario en que se realiza hoy la medicina más avanzada.

Ante todo lo expuesto establecemos unas consideraciones previas: el Podólogo para acceder al ejercicio de técnicas quirúrgicas inherentes a su profesión precisa de conocimientos teóricos sobre las ciencias médicas básicas, el dominio de técnicas exploratorias complementarias, mecanismos de comunicación con otros especialistas y el conocimiento y la práctica quirúrgica necesaria para el dominio de los procedimientos.

Es a la universidad como principal responsable de la enseñanza superior quien tiene la obligación de adecuar sus Planes de Estudio al actual desarrollo de la profesión, que al igual que ocurre en tantas otras y en distintos órdenes de la actividad humana se ven inmersos en las corrientes de los descubrimientos científicos y avances tecnológicos. La Escuela de Barcelona ha dado un primer paso singularizando en materia de cirugía y reuniendo a representantes de Escuela de Complutense, corporaciones versus F.E.P. y profesionales con manifiesta proyección en cirugía; todo lo cual hace concebir

la esperanza de un marco de formación adecuado a la que fue una de las conclusiones finales: —«El Podólogo es el profesional que trata con plena autonomía las afecciones y deformidades de los pies y la Cirugía Ambulatoria Podológica es praxis incluida dentro del marco legal del campo de su actuación profesional»—.

Aún sin la afinidad de una vocación docente debe parecer incuestionable la necesidad de un Plan de Formación de Post-grado para el adiestramiento en Especialidades de Podología y que permita el reciclaje de los profesionales en ejercicio. La profesión requiere una formación homologada y que vea su culminación cuando ésta se realice frente a pacientes y en un ambiente multidisciplinario. Así como el médico cirujano se ha formado al lado de un cirujano acreditado hasta que hace poco tiempo se ha instaurado los MIR, la ACAP muestra su inquietud en dar una respuesta a la necesidad transitoria de preparación con su Plan de Formación Directa, bajo los principios de difusión sin distorsión de las técnicas quirúrgicas publicadas, la unificación de criterios y procedimientos, todo lo cual es posible en coordinadas reuniones de trabajo.

Por último queremos manifestar que la Cirugía Podológica y ninguna otra especialidad debe suponer una barrera para la comunicación entre los Podólogos ni han de magnificarse ante la sociedad.

Madrid, 10 de marzo, 1989

**NOTA DE LA R.E.P.**

*Esta R. E. P. no se hace responsable ni partícipe necesariamente, de las opiniones vertidas a las secciones de opinión y frases-pensamientos y otros.*



# Canestén® polvo

## Los hongos desaparecen 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.

### EFFECTOS 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	409.-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	430.-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	448.-



# Bayer

# Antimicóticos

## HOY ENTREVISTAMOS A:

Como prometí en el anterior número de nuestra revista aquí comenzamos con esas interesantes entrevistas de nuestros buenos compañeros.

Hoy hablamos con José Villafaina De La Cruz, más que conocido y querido por todos.

**—Primeramente quisiera no contases en que ha consistido la reciente condecoración que has recibido.**

—El pasado año fui propuesto al Ministro de Sanidad y Consumo, por el Consejo General de la Organización Colegial de Enfermería de España, para optar a esa máxima condecoración que es **La Encomienda de la Orden Civil de Sanidad**. El Consejo de Ministros me la concedió este año.

**—Qué te ha supuesto personalmente esta condecoración.**

—Al principio sorpresa porque no la esperaba, sobre todo cuando en nuestra corporación hay 150.000 profesionales. Después, la lógica satisfacción que supone el reconocimiento a la labor profesional de muchos años de mi vida.

**—Recuerdas alguna otra circunstancia o galardón en tu vida profesional de más emoción.**

—Recuerdo muchas. Algunas de ellas han sido los méritos concedidos a mis trabajos de investigación. Mostrados a través de películas en los Congresos de Zaragoza, Huelva, Valladolid, Granada... También el galardón por mi organización del VI Congreso Nacional de Podología de Badajoz, considerando un éxito por los numerosos congresistas asistentes. Pero, sobre todo, el sorprendente homenaje en el Congreso de Valladolid, donde recibí la gran cruz de oro y plata de la agrupación de Podólogos de España. Muy emotivo para mí fue el reconocimiento de mis colegas extremeños de enfermería cuando me concedieron hace dos años, la gran cruz de oro colegial.



**—Tengo que preguntarte que ha supuesto en tu vida la Podología y quisiera nos relatares los momentos más importantes de la historia de nuestra profesión.**

—No sé si la podología en mi ha sido algo vocacional. Sólo sé, sencillamente, que en esta profesión he dado todo cuanto sabía dar y con amor y generosidad. Ello me ha proporcionado recíprocamente la amistad y generosidad de muchos clientes y colegas. Mi dedicación ha sido completa, por lo que ha supuesto en mi vida una dependencia del oficio que me gusta y una libertad personal al mismo tiempo.

Momento importante de nuestra profesión fue la reunión en Madrid, en 1958, de unos pocos colegas de diferentes regiones, para organizar La Agrupación de Podólogos de España. Después fueron los Congresos Nacionales; el de

Madrid que fue el primero, después la semana nacional de Santiago, etc, eventos todo donde se empieza a consolidar nuestra profesión, a través de los debates y el intercambio de metodologías y conceptos en el trabajo de investigación podológica, estrechando al mismo tiempo esos vínculos de amistad y compañerismo con quienes venían realizando una labor continua, pero aislada, de dignificar nuestra profesión. Desde entonces he tenido el inmenso placer y suerte de asistir a todos los Congresos.

—**Dinos tu opinión sincera de los recientes cambios de la carrera.**

—Al principio se pensó la carrera como especialidad exclusiva del practicante/A.T.S./titulado en enfermería. Recuerdo que así se creó el 29 de marzo de 1962 y, sinceramente, mi opción se hubiera decantado por el podólogo de esta doble preparación. El planteamiento de los estudios de hoy día es más sencillo, aunque hay que reconocer la estimable conquista de la carrera

universitaria. De todas maneras lo importante es que las materias que se impartan sean completas y la escuela cuente con expertos y competentes profesores capaces siempre de evolucionar la podología.

—**Como ves el horizonte próximo de la Podología, en cuanto al contenido profesional y respecto a la organización, colegios, etc.**

—Supongo que las nuevas generaciones tendrán más facilidades al encontrarse labrado el camino. La labor de las asociaciones ha sido importante estos años atrás, pero creo que es necesario la creación de los colegios, que han de tener más fuerza legal para erradicar el intrusismo que aún padece la profesión.

—**Por último y como siempre, que dirías a todos los compañeros de España.**

—A todos les deseo que como uno duren felizmente los 80 años en pleno ejercicio de la profesión.

# § SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

J. A. Tejero

EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA

- Instrumental
- Piezas de mano
- Jeringas
- Micromotores
- Esterilizadores
- Fresas, etc.

ANTE CUALQUIER MATERIAL QUE NECESITE **CONSULTENOS** Y NOS SENTIREMOS ORGULLOSOS DE PODERLE ASESORAR.  
ESTAMOS A SU DISPOSICION DE LUNES A SABADO DE 10 A 13 HORAS Y DE 16 A 20 HORAS.

## SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

C/. Princep Benlloch, 16. Andorra la Vella  
Teléf. 60516. Fax: 60199. PRINCIPAT D'ANDORRA

# FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

## CRITERIOS DE RESPONSABILIDAD

- I. Obtener la titulación académica que habilite para el ejercicio profesional, así como acreditaciones que constaten la formación de postgrado.
- II. Llevar a cabo las experiencias precisas que culminen en el dominio de las técnicas y capacidad de prever riesgos.
- III. Evitar cometer error inexcusable en el diagnóstico.
- IV. Precaver negligencia durante el tratamiento.
- V. Contar con el consentimiento del paciente correctamente informado.
- VI. Eludir el cometer imprudencia temeraria.
- VII. No incurrir en negligencia en la vigilancia de la evolución.
- VIII. No caer en la omisión del deber de solicitar auxilio.
- IX. Evitar defectos de instalación o medios.

**M. González San Juan  
J. Aycart Testa  
Madrid**

---

---

## SE HABLO DE

Repaso a las primeras revistas de Podología.

Hoy de la 17 a la 20 (Septiembre 1970-abril 1971)

Director: Leonardo Escachs Clariana.

Subdirector: Pablo Vilató Ruiz.

Redactor Jefe: Francisco Mañé Domingo.

Estas fueron sus aportaciones científicas:

1. La plantilla de contacto.  
Luis Aycart.
2. Biomecánica General del pie.  
Félix Alonso Royano.
3. Los antisépticos (Revista Panamericana).  
Luis Tejo.

4. Enfermedades de nuestro organismo y sus efectos sobre el pie.  
José A. Ramos.
5. Propedéutica Podológica.  
Félix Alonso Royano.
6. Prácticas Biométricas.  
Joaquín Solé Cuch.
7. Deformidades de los pies.  
Juan A. García Hidalgo.
8. El Podasín en Podología Geriátrica.  
Fco. Farreras Morcillo.
9. Onicología (Extracto de la Revista MD en español).
10. Galvanoterapia en el pie.  
Pablo Vilató.
11. Teorías quirúrgicas en la cirugía de la uña.  
Félix Alonso Royano.
12. Pie Cavus esencial.  
Pablo Vilató.

## LA F.E.P. INFORMA

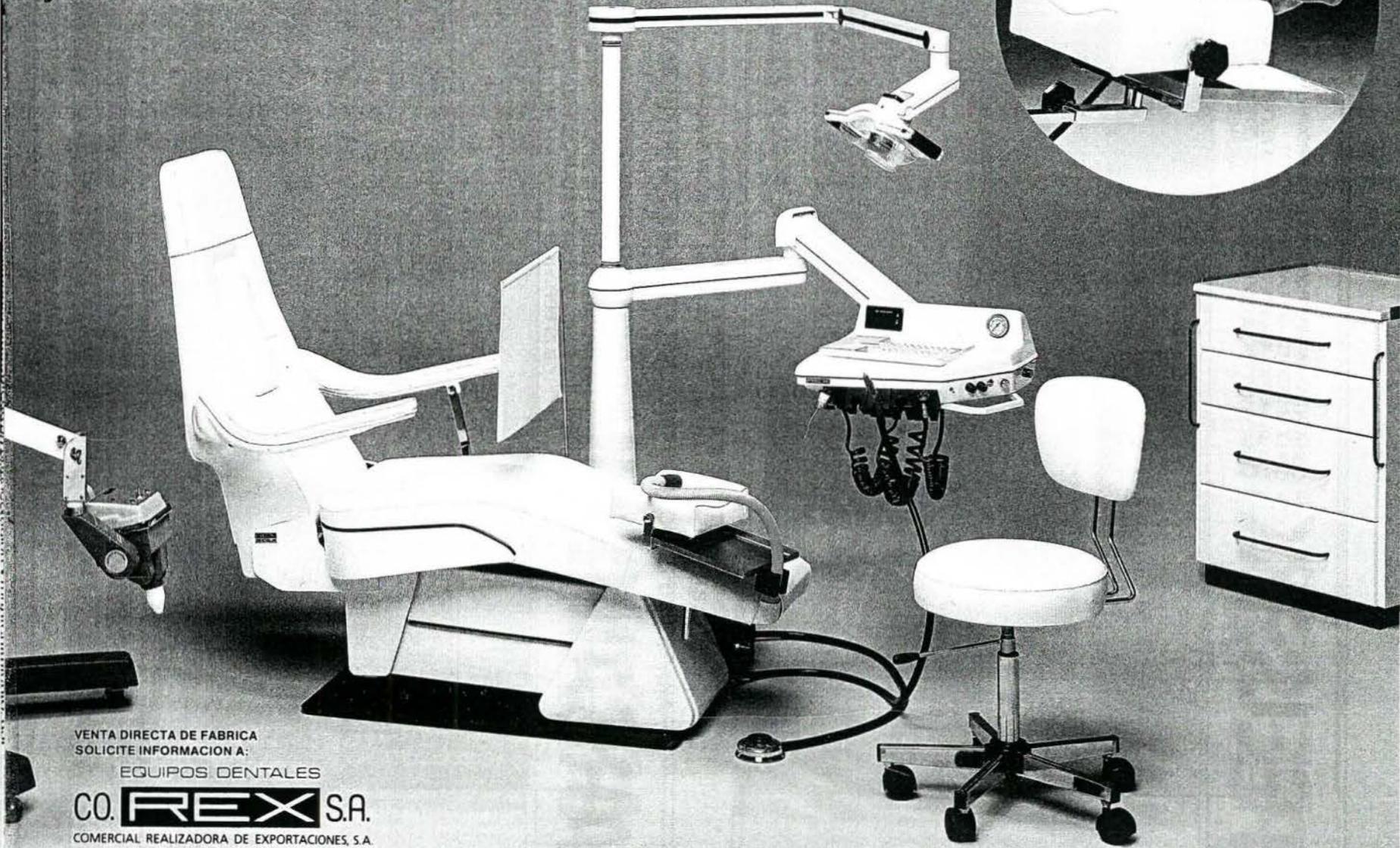
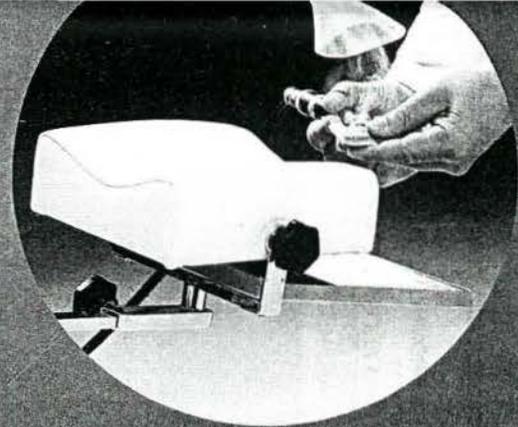
**BALANCE: al 31 de ENERO DE 1989 de la F.E.P.**

FOLIO	CUENTAS DEL MAYOR TITULOS	DEBE	HABER	SALDO D.	SALDO A.
1	CAJA	213.317	200.181	13.136	
2	BANESTO	5.919.554	5.607.372	312.182	
4	EMISION RECIBOS-ALTA		81.375		81.375
5	MOBILIARIO	576.369		576.369	
7	REVISTA Y ANUARIO	1.844.640	1.473.333	371.307	
9	FONDO SOCIAL		4.639.186		4.639.186
10	EMISION DE RECIBOS	98.175	5.997.600		5.899.425
11	GASTOS DIVERSOS	64.830	5.040	59.790	
13	A. VASCO-NAV. (CONGRESO)	13.680		13.680	
14	GASTOS FINANCIEROS	7.416	180	7.236	
15/37	ALQUILER LUZ Y TELEFONO	721.575		721.575	

*(continúa pág. 33)*

Equipo para Podología

Equipo *Elite-P* Ref. RE-P  
Sillón **GACELA-P** Ref. RG-P  
Rayos X Ref. XRM-P



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.

Avda. Pablo Iglesias, 56

Tels. (96) 150 11 00 - 150 11 04 - Télex 61.865 REXD-E

46970 ALAQUAS (VALENCIA) Spain

La *Elite* de la Ergonomía - Tiempo - Calidad

# PEUSEK®

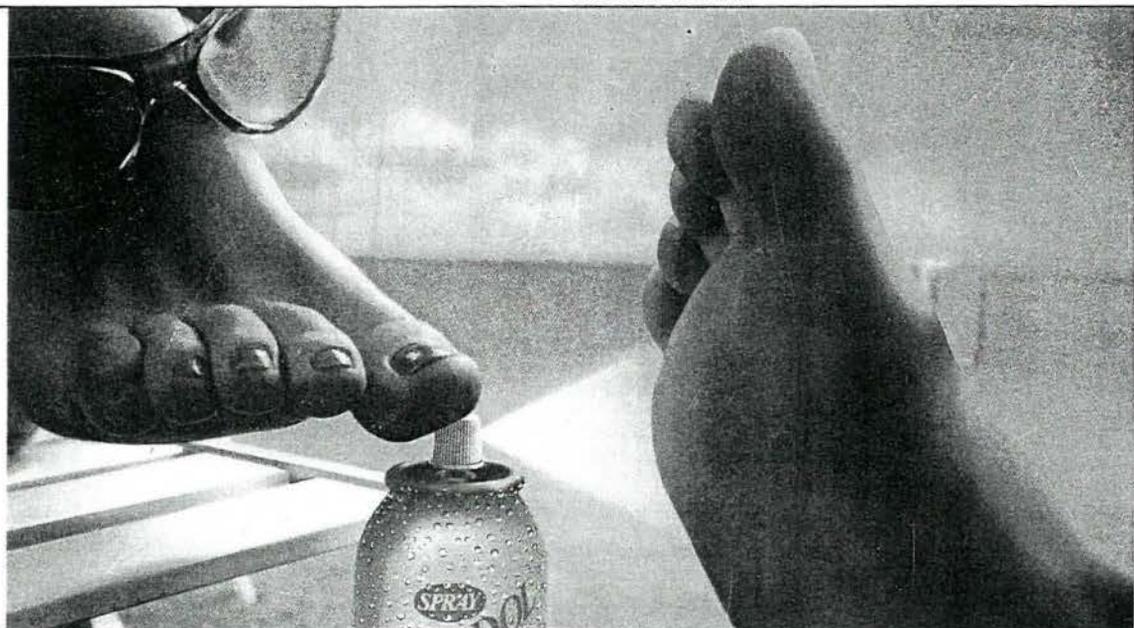
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

# SECCIONES

(continuación pág. 30)

16/38	JUNTA GENERAL	978.821		978.821	
17	PERSONAL Y S. SOCIAL	760.475		760.475	
18	F.I.P.	152.959		152.959	
20	JUNTA PERMANENTE	15.000		15.000	
21	GASTOS REPRESENTACION	795.173		795.173	
22	ASOCIACION VALENCIANA	160.000	160.000		
23	JUNTA DIRECTIVA	275.972		275.972	
24	INTERESES CAPITAL		649		649
26	I.V.A.	485.977	194.343	291.634	
27	XVIII CONGRESO-ZARAGOZA	350.000	350.000		
29	CURSOS Y CONGRESOS		26.241		26.241
30	ASESORIA JURIDICA	637.153		637.153	
31	RESULTADOS EJERCICIO'87	19.355		19.355	
32	CORREO Y PAPELERIA	439.498	196	439.302	
36	CUOTAS SOCIOS	8.867.462	4.697.118	4.170.344	
34	I.R.P.F.	82.000	65.000	17.000	
35	MANTENIMIENTO S. SOCIAL	18.413		18.413	
12	MANTENIMIENTO MAQUINAS	3.360	3.360		
	<b>TOTAL</b>	<b>23.501.174</b>	<b>23.501.174</b>	<b>10.646.876</b>	<b>10.646.876</b>

VALENCIA a 15 de FEBRERO de 1989

## A LAS DISTINTAS ASOCIACIONES DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

### NUMERO DE ASOCIADOS AL 2.º TRIMESTRE DE 1989

Asociación CASTELLANO-LEONESA	55
Asociación EXTREMEÑA	25
Asociación ARAGONESA	56
Asociación VALENCIANA	143
Asociación ANDALUZA	103
Asociación GALLEGA	59
Asociación CATALANA	458
Asociación Catalana ESTUDIANTES	2
Asociación MURCIANA	24
Asociación CANARIA	29
Asociación MADRILEÑA	287
Asociación Madrileña ESTUDIANTES	36
Asociación VASCO-NAVARRA	113
Asociación CASTILLA-LA MANCHA	23
Asociación RIOJANA	12
Asociación BALEAR	13
Asociación ASTURIANA	9
Asociación CANTABRA	8
<b>TOTAL ESTUDIANTES</b>	<b>38</b>
<b>TOTALES PODOLOGOS</b>	<b>1.417</b>

Valencia, 05-04-89

## A LAS DISTINTAS ASOCIACIONES DE PODOLOGOS DE ESPAÑA

## RELACION DE SALDOS Y CUOTAS PENDIENTES DE COBRO:

	SALDO AL 31-1-89	SALDO AL 05-4-89
Asociación CASTELLANO LEONESA .....	220.950	278.400
Asociación EXTREMEÑA .....	58.200	85.200
Asociación ARAGONESA .....	389.550	268.360
Asociación VALENCIANA .....	219.069	0
Asociación ANDALUZA .....	104.700	108.150
Asociación GALLEGA .....	207.040	153.250
Asociación CATALANA .....	1.651.112	1.659.062
Asociación MURCIANA .....	6.386	9.114
Asociación CANARIA .....	- 60.320	- 29.870
Asociación MADRILEÑA .....	1.135.200	1.457.250
Asociación VASCO-NAVARRA .....	- 5.021	223.875
Asociación CASTILLA LA MANCHA .....	75.600	16.800
Asociación RIOJANA .....	- 1.042	0
Asociación BALEAR .....	92.100	106.500
Asociación ASTURIANA .....	- 2.710	- 20.240
Asociación CANTABRA .....	25.200	33.600
<b>TOTALES .....</b>	<b>4.116.014</b>	<b>4.349.451</b>

NOTA: Las Asociaciones con signo negativo (—), quiere decir, que la F.E.P. le adeuda esta cantidad.

Quiero también hacer constar, que esta deuda se ve incrementada por la cantidad pendiente de JOSE LUIS SALCINI MACIAS, antiguo Delegado en CADIZ por 158.900 ptas. cuyo importe se le ha reclamado en fechas 8-XI-87; 13-I-88; 13-V-88; 26-XII-88, también por conducto del Presidente de la ASOCIACION ANDALUZA.

Valencia, 6-04-89

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS  
XXI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA  
SAN SEBASTIAN, 12-13-14 DE OCTUBRE DE 1989

6-3-89

Estimados compañeros: Deseamos recordarte las fechas de celebración del próximo Congreso Nacional, para que hagas tu previsión y puedas acudir al mismo sin la premura y dificultades de una decisión de última hora.

El programa y el tema del Congreso merecen tu asistencia. Te lo aseguramos. Estamos aquilatando los gastos e ingresos y buscando al máximo las posibilidades que hagan que la cuota de inscripción sea realmente discreta.

Hemos contactado ya con algunos magníficos compañeros, que están trabajando para traernos sus técnicas y experiencias en el campo apasionante de la CIRUGIA EN PODOLOGIA.

Queremos adelantar que tenemos una dificultad insuperable. Disponemos como máximo de una capacidad de 250 inscripciones y lamentándolo mucho, no podremos recibir a nadie una vez cubierta dicha cantidad.

La sede del Congreso va a ser el Palacio del Miramar, antigua residencia de la Reina María Cristiana, y está siendo transformado en estos momentos como Palacio de Congresos. El marco es inmejorable, frente por frente a la Bahía de la Concha.

**AVISO PARA LOS POSIBLES PONENTES:** Volvemos a recordar que la aportación gráfica, bien en diapositiva, bien en vídeo o película, es fundamental en el tema de la Cirugía.

Como norma general, rogamos se adapten en lo posible a un esquema de trabajo que pudiera ser:

- Presentación de la lesión: Formas y etiología.
- Tratamiento quirúrgico planteado: Sus ventajas ante otras posibles técnicas.
- Protocolo quirúrgico.
- Postoperatorio y complicaciones posibles.
- Resultados estadísticos.

Se prevé la celebración de tres meses redondas clasificadas de la siguiente forma:

Mesa 1.ª: Cirugía dermatológica: verrugas, tumores glómicos,... Cirugía de la uña: onicocriptosis,...

Mesa 2.ª: Cirugía capsular y tendinosa: retracciones,... Cirugía digital: exóstosis, h. interdigitales, dorsales, d. en martillo, garra. Posibles desviaciones y alteraciones patológicas.

Mesa 3.ª: Cirugía del antepié: Morton, H.V., hiperqueratosis plantar,...

Cirugía del medio y retropié: ganglión, exóstosis diversas, espolón,...

Las ponencias deberán tener como máximo una duración de 20 minutos, buscando lo conciso y fundamental.

Fecha límite de recibo de ponencias: 15 DE JUNIO.

La presentación y aceptación por el Comité científico, exige al autor del pago de la inscripción al Congreso.

Quienes tengan intención de presentar algún tema, les rogamos nos lo comuniquen lo antes posible.

**Secretaria General XXI Congreso Nacional  
Bidebarrieta, 4.  
20.600-EIBAR (Guipúzcoa).**

---

---

# MERCADO DE OCASION

### Se vende:

Esterilizador eléctrico Aesculap «Iso 100». De aire caliente totalmente automático, temperatura regulable desde 120 hasta 200 C. Voltaje 220. En perfecto estado.

Precio: 20.000 ptas.

Equipo podológico Precisast. Mod. 560 (Dentalite).

Compuesto de Motor SUDA regulable, electrónico de 6.000 a 8.000 r.p.m. con pieza de mano y aspiración. Lámpara de luz fría y lente de aumento. Algodonera opalina.

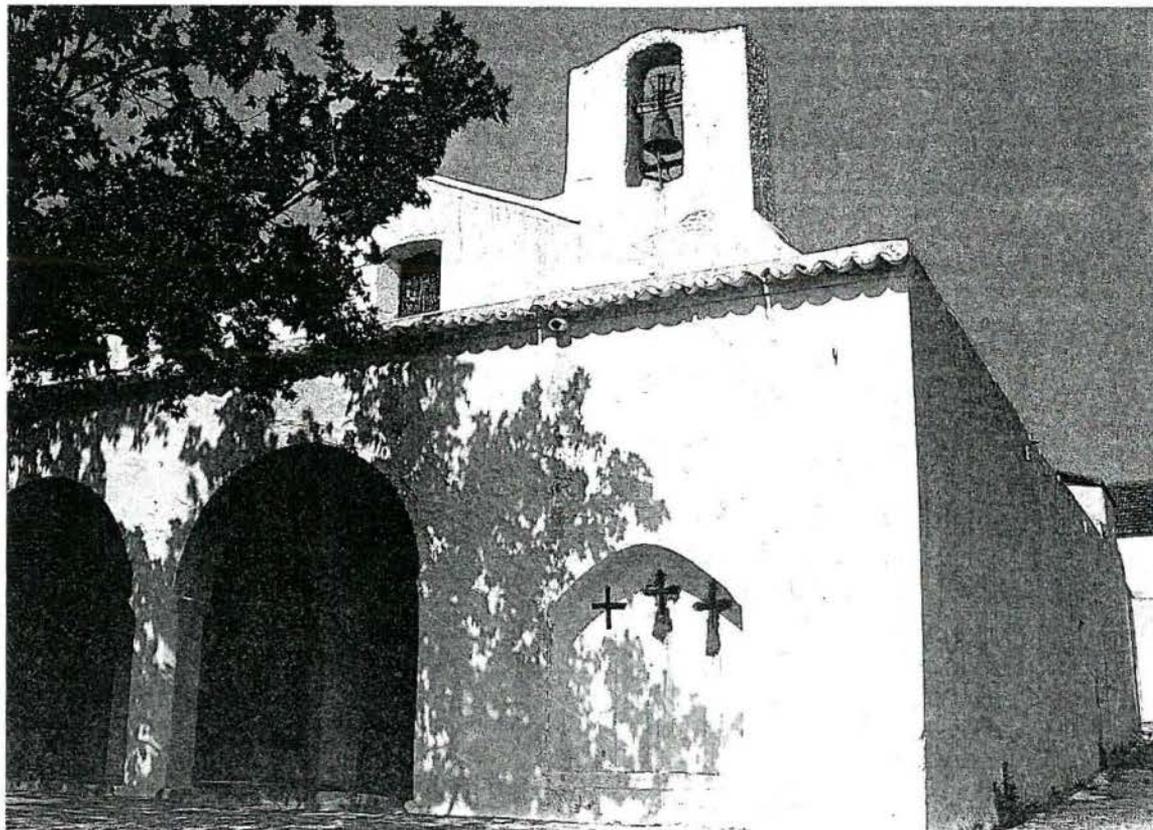
Portafresas. Departamento de rayos germicidas. Aparato Minioto compuesto de cauterio y endoscopia. Seis cajones y dos puertas. Rodable, pintado en blanco al ducco. Corriente: 220. En perfecto estado.

Precio: 150.000 ptas.

Si se desea sin motor, 130.000.

Información interesados: (943) 11 84 10.

## PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:  
Angel F. Cabezón

Tema:  
Iglesia Típica Ibicenca

Película:  
Perutz chrome ISO/100

Cámara:  
Canon T-70

Objetivo:  
30-70/3:0

Exposición:  
1/500

**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS

Recientemente ha fallecido nuestro entrañable compañero de Jaén

**LUIS TORRES ARCEDIANO**

Descanse en Paz



## ¡Sí... Es un calzado ortopédico!

**P**arece increíble. Nadie notará que es un calzado ortopédico. P-F ha conseguido que sean como unos deportivos. No tienen por qué diferenciarse exteriormente del calzado de moda. Su aspecto debe ser tan atractivo para el joven paciente, que evite el rechazo que se produce con frecuencia en la mayoría de los niños que necesitan tratamiento con plantillas y calzado ortopédico tradicional.

Más de 20 años de probada experiencia clínica

fabricando calzado ortopédico de prescripción médica, colocan a P-F en primera línea en el tratamiento de las principales afecciones de los pies de la infancia y adolescencia.

P-F dispone de más de 10 hormas básicas para calzado ortopédico corrector y para uso con plantillas ortopédicas.

Para más amplia información consulte nuestro catálogo.

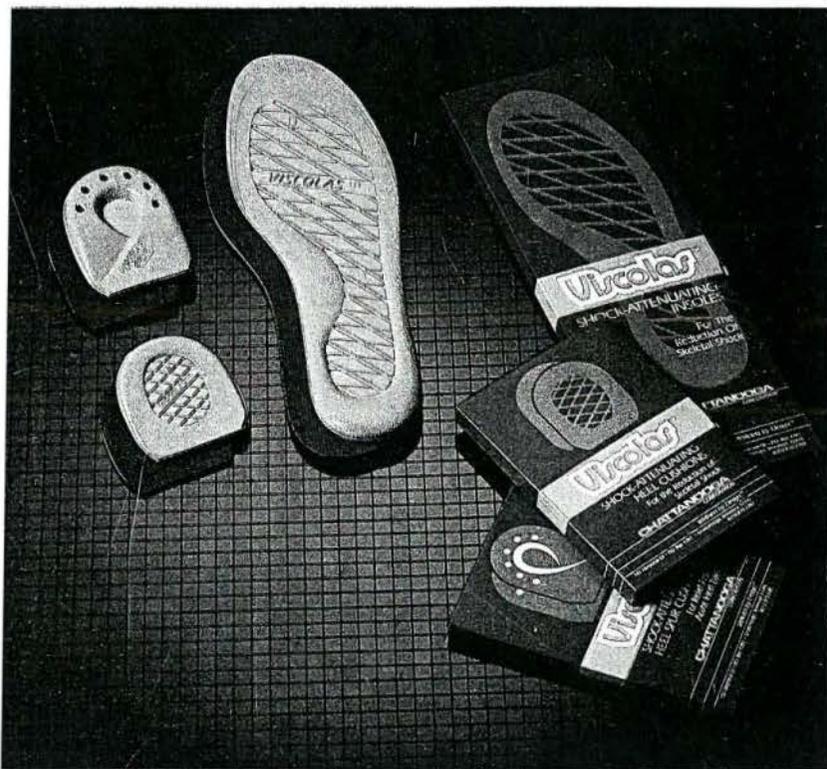


PRESCRIPTION FOOTWEAR S.A.  
Pl. Malvas, 4 - Villena (Alicante) Spain  
Tel. (96) 580 01 91 - Telex 63973 PFVI E

# Viscolas®

## EL AMORTIGUADO

Viscolas® significa confort y diseño



### PLANTILLAS Y TALONERAS

Diseñadas siguiendo estrictos criterios ortopédicos, reducen el impacto del pie al caminar, evitando molestias en los pies y dolores en espalda y articulaciones.

Son resistentes a los hongos y bacterias.



### SISTEMA ORTESICO MODULAR

Piezas moldeadas de polímero visco-elástico autoadhesivas, especialmente diseñadas para pegarse a la plantilla, incrementando su eficacia de uso.

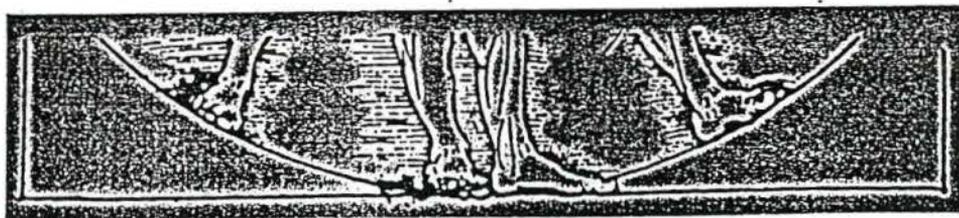
### TALONERAS PARA ESPOLON DEL CALCANEO

Las taloneras para espolón dan una máxima protección contra el choque, y reducen la presión a los pacientes que sufren de espolón del calcáneo. Van provistas de una pieza central extraíble que deja una cavidad en el área de mayor dolor.



PRIM, S.A.

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS



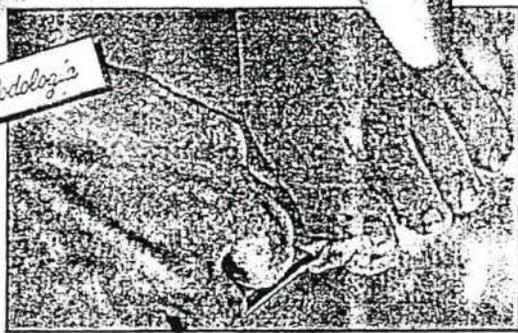
# cloreto chemirosa "spray"

anestésico  
local  
uso

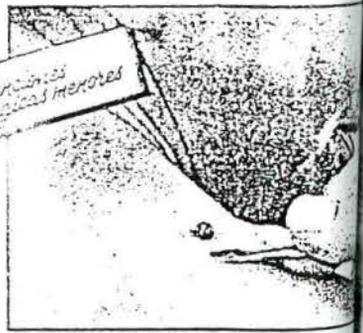
Traumatismos



Podología



Intervenciones  
quirúrgicas menores



**COMPOSICIÓN CUANTITATIVA:** Cloruro de etilo purísimo y bidestilado 100 gramos.

**PROPIEDADES:** CLORETILO CHEMIROSA es un anestésico local «a frigore», cuyo efecto se consigue por enfriamiento de la zona irrigada, alcanzando una temperatura hasta  $-20^{\circ}$ . Este enfriamiento es provocado por la rápida evaporación del cloruro de etilo, que produce isquemia de la superficie de la piel con la consiguiente insensibilización de las terminaciones nerviosas. En 15 a 20 segundos se consigue la anestesia, manifiesta por el aspecto blanco y endurecido de la piel.

**INDICACIONES:** Anestésico local en el tratamiento previo a intervenciones quirúrgicas menores, en medicina deportiva y podología.

**POSOLOGÍA:** Según superficie y criterio médico.

**NORMAS PARA SU CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** Se coge el frasco con la mano de forma que se sujeten las aletas del cabezal al corazón. Con el frasco boca abajo se presionan las aletas y se dirige el chorro de CLORETILO CHEMIROSA hacia la zona que se desea anestésica, manteniendo el frasco a unos 30 cm de distancia.

**CONTRAINDICACIONES:** Personas alérgicas al cloruro de etilo.

**PRECAUCIONES:** Por su carácter inflamable CLORETILO CHEMIROSA no debe utilizarse cerca de una flama. Aplicado sobre mucosas produce ligera irritación.

**INCOMPATIBILIDADES:** No se han descrito.

**INTERACCIONES:** No se han descrito.

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA:

Presidente: Andrés Rueda Sánchez.  
Vicepresidente: Isaías del Moral Roberto.  
Secretario: Angel Fco. Cabezón Legarda.  
Tesorero: José Vilar Fuster.  
Vocales: José Iniesta Gallego.  
Manuel Albala Valle.  
Isidro Félix López González.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Alvaro Ruiz Marabol.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulto Iglesias Llaneza.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Jesús Acordagoitia Vivero.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonoga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: José Iniesta Gallego.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL..... 2

### APORTACIONES CIENTIFICAS

Propuesta de incorporación del Podólogo al marco de actuación del Servicio Vasco de Salud «OSAKIDETZA» ..... 5  
Podología incruenta ..... 13  
Reflexoterapia y Podología .. 17  
Corrección por mínima incisión surgery (M.I.S.) de la cresta osteocondral en el cuello del astragalo ..... 21

### SECCIONES

Opinión ..... 23  
Hoy entrevistamos a: ..... 24  
Frases, pensamientos y otros 27  
Se habló de ..... 28  
La F.E.P. Informa ..... 30  
Publicamos tu foto ..... 32

Director:  
Andrés Rueda Sánchez

Impresión:  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73

Redacción:  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

Redactor Jefe:  
Angel F. Cabezón

Empresa de  
Publicidad:  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

# EDITORIAL

## REFLEXIONES PARA UNA JORNADA DE REFLEXION

*Vaya en primer lugar mi saludo y el agradecimiento en nombre de toda la Junta Directiva por tu asistencia a esta jornada de reflexión sobre algunos aspectos del funcionamiento de nuestras instituciones. Esperemos que sepamos rentabilizarla.*

*Como ya sabes, tenemos programada la comida de trabajo aquí. «in situ», por lo que os agradecería tratáramos de fijarnos a los horarios previstos, además de ser «ecologistas» con nuestro medio ambiente, que como ya sabéis es cedido por la Asociación Madrileña.*

*Hay algunos momentos en la vida de las personas en las que hacemos un «stop». Pensamos, reflexionamos sobre los hechos pasados y proyectamos lo que serán nuestras actuaciones o al menos las líneas generales de ellas en nuestro futuro más o menos inmediato.*

*Este ejercicio de reflexión no sólo debe ser practicado por las personas físicas sino que como entidad o institución también es conveniente la reflexión serena, el qué hacemos, de donde venimos y a donde vamos.*

*Han pasado ya dos años desde que esta Junta se hizo cargo de la responsabilidad de la FEP, lo hicimos bajo un contexto determinado y con un nuevo sistema estatutario que intentaba ordenar la realidad existente a nivel asociativo en todo el territorio nacional.*

*En conclusión y a modo de resumen se trataba de abrir un proceso de autorresponsabilidad. Me explico: desde los estatutos FEP hay un obligado respeto a la vida asociativa autónoma así como se recogen unos mecanismos de la participación de ésta en la FEP para crear un ente «diferenciado».*

*Pero este ente «diferenciado» no es ni debe ser totalmente «diferente». Los representantes de cada asociación son la FEP y tienen una doble responsabilidad: que funcione ésta y que funcione su asociación; y todos somos corresponsables solidarios para que esto sea así.*

*Esta fue mi reflexión de partida hace dos años y pienso que es el momento de hacerse algunos planteamientos, porque...*

*—¿Qué análisis se puede hacer desde la Junta?*

*—¿Qué análisis pueden hacer los representantes que a su vez son Junta de su asociación?*

*¿Qué análisis pueden hacer los representantes que no son junta de su asociación?*

*¿Qué análisis puede hacer el compañero que es mudo espectador-sustentador de todo este invento?*

*Tenemos problemas importantes que no hemos resuelto, problemas de régimen interno y que si algo consiguen es mermar operatividad y pérdida de imagen y credibilidad en una sociedad donde esto son dos pilares fundamentales.*

*Veamos por ejemplo algunas cosas:*

*Los representantes en la FEP son —o deben ser— de procedencia asamblearia de las distintas asociaciones, unas veces coincidentes con juntas y otras no. Evidentemente el grado de responsabilidad depende de su propia responsabilidad corporativa y de ahí depende parte importante de la eficacia de la propia FEP. Me explico: ante determinado acuerdo que implique ser consecuente hasta el final, el representante con la dualidad de junta autónoma tiene los medios que emanan de su cargo para mantener el compromiso con mayor grado de fiabilidad que aquel que no es responsable en su propia asociación.*

*Con esto quiero referirme a que los presidentes de asociaciones son quienes están en dis-*

# PEUSEK

- CONTRA LA HIPO-
- CON EFECTOS DE
- GARANTIA AVALAD
- MERECEDOR DE L

PEUSEK

EXISTENCIA  
EN TODOS LOS PUEBLOS Y CIUDADES, EN LA PRESENCIA DE PODOLOGOS.



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION:  
PEUSEK, S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

# ARCANDOL®

- DE ACCION REFRESCANTE Y DEFATIGANTE EN LOS PIES
- APLICADO ANTES Y DESPUES DEL USO DIARIO DE PLANTILLAS O DISPOSITIVOS ORTOPEDICOS, MINIMIZA LAS MOLESTIAS DE ADAPTACION
- RECOMENDABLE A PERSONAS QUE FATIGAN SUS PIES EN EL TRABAJO HABITUAL, Y EN LA PRACTICA DE LOS DEPORTES.



Otro aspecto importante es la denominada Asamblea informativa de socios. A mí se me hace difícil de aceptar que lo que debiera ser el máximo órgano de la vida corporativa este marginado estatutariamente a ser un mero espectador e instrumento pasivo en el que sólo tienen la oportunidad de oír pero no de hablar.

Indudablemente hay cosas que arreglar, debemos recuperar el verdadero rango de la Asamblea General, racionalizar el tema de los representantes, vehicular el tema de los presidentes autonómicos, o bien, desaparece la Asamblea informativa y se monta un verdadero sistema de representación donde se recupere el verdadero sentir de los representados por los representantes con el riesgo que supone una vía paralela y diferente a los sistemas establecidos por las distintas asociaciones o sus estatutos...

Otra cuestión capital es el aspecto económico y de financiación en general. —Y no me refiero a la situación deudora en particular—. El sistema federativo como está actualmente es caro de mantener, o mejor dicho, no es el más barato. Los gastos corrientes no son «minucias» (estar hoy aquí nos sale por cifra de seis ceros), atendiendo exclusivamente a los gastos propios del sistema derivado de los estatutos.

La FEP se nutre de las cuotas de los asociados y que las distintas asociaciones trasvasan o deberían trasvasar a la Tesorería nacional. Se hace imprescindible una coordinación de las 17 tesorerías para que de forma armónica se sufragen los gastos corrientes de todo el mundo. Me explico: las cuotas de la FEP no se revisan desde hace cuatro años. Atendiendo sólo al índice de inflación estamos recaudando (cuando recaudamos) entre un 20% y un 25% menos que en el año 1985. Si a tal efecto se decide una normalización de las cuotas aumentando el porcentaje nacional de las cuotas individuales, de forma automática se perjudica la tesorería de las asociaciones autonómicas. En esta situación se haga lo que se haga no hay posibilidad de acertar: o se perjudica una institución o la otra. Esta situación es previsible y sería bueno el anticiparnos a ella. Recuerdo aquí los números del tesorero nacional de hace dos años; para sólo «cubrir» los gastos y sin generar más, necesitábamos 1.057 pts./asociado/mes/mestre y recaudábamos (o debíamos recaudar) 1.050... Se debatió el tema en la asamblea de representantes y se decidió «repestar» deudas además de un recibo extra de 3.000 pts. a efectos de establecer un fondo que se consideraba necesario. Resultado: aún no se han repescado las deudas, no se pasó el recibo para que no pagaran más los que ya pagaban y somos mucho más pobres e inoperantes que antes. No nos olvidemos nunca que la capacidad de hacer está en relación directa con tu estado patrimonial. Ante esto me pregunto ¿quiere el asociado-espectador-sustentador unos órganos de representación que por falta de planteamientos, entendimientos u otras causas no funcionen? Pienso que no. ¿Quieren las asociaciones limitar su operatividad porque está limitada la FEP? Quiero pensar que no, pues la FEP no es más que la prolongación a nivel de todo el país de poder cumplir los más elementales objetivos y fines de cualquier asociación por modesta que sea en beneficio de todos.

Podría extenderme mucho más en estas reflexiones o podríamos sacar a coalición otras, pero entonces en vez de una jornada de reflexión necesitaríamos un retiro monástico cisterciense.

Básicamente entiendo que son la operatividad estatutaria y el sistema de financiación los dos eslabones que tenemos que tener más fuertemente atados y son condicionantes de todo lo demás. No caminemos en círculo sin rumbo fijo. Seamos capaces de ordenar esto porque es básico para el futuro ordenamiento colegial.

Y hablando de colegios, no caigamos en el error de pensar que está a la vuelta de la esquina. La situación está cruda aunque tengamos la obligación de ser optimistas. Hace dos años ya se propuso una modificación parcial estatutaria para corregir algunas cosas y se desestimó porque pensábamos que el Colegio estaba ahí. Han pasado dos años y aún no hay una definición política al respecto por parte del Gobierno, (aunque ya se ha manifestado el Tribunal Constitucional).

Un saludo  
Andrés Rueda

# APORTACIONES CIENTIFICAS

---

## PROPUESTA DE INCORPORACION DEL PODOLOGO AL MARCO DE ACTUACION DEL SERVICIO VASCO DE SALUD «OSAKIDETZA»

### CONSIDERACIONES GENERALES

El presente documento pretende ser un primer apunte en el planteamiento de una hipotética incorporación del podólogo dentro de la red pública de la Sanidad en el País Vasco.

Como antecedentes a este documento, se pueden considerar la constante reivindicación del sector profesional en cuantas ocasiones ha creído oportuno relacionarse con los poderes públicos, en los que ha manifestado su vocación de integrarse como un profesional más en la Sanidad Pública, su incorporación de hecho para la asistencia de grupos con una mayor demanda (Insero), y la invitación del Dr. Maiz de la propia Consejería de Sanidad para que realizáramos un primer esbozo de lo que pudiera representar dicha incorporación.

Indudablemente entendemos que este trabajo no incide en aspectos importantes para la toma de decisión, que podrían ser estudiados de forma conjunta y con asesoría profesionalizada en temas que se salen de nuestros conocimientos, como por ejemplo, situación laboral, determinación y cuantificación económica, integración jerarquizada, etc. etc.

### OBJETIVOS

1. Enumerar los servicios que puede ofrecer la especialidad, técnicas empleadas y recursos necesarios.

### Asociación Vasco Navarra de Podólogos

3. Proponer su inclusión dentro de la Asistencia Primaria y personal necesario.
4. Resumir el Informe en unas conclusiones concretas.

### CONSIDERACIONES

- a) En la actualidad el ejercicio de la Podología tiene exclusivamente un carácter privado, con las dificultades que ello conlleva dentro de la Asistencia Primaria y la carga económica para el usuario.
  - No podemos olvidar sin embargo que la podología es una rama de la Sanidad y que por lo tanto no se puede desmarcar de una política de Sanidad Pública.
- b) Los profesionales encuadrados en la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos presentan interés en la inclusión de la especialidad dentro de los Equipos de Apoyo en asistencia Primaria.
- c) La Reglamentación legal del Podólogo se halla contemplada en el Decreto 727/1962 del 29 de Marzo y en el Real Decreto 649/1988 de 24 de Junio, especificando su campo profesional en el «Tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies». La especialidad de Podología está integrada por diferentes técnicas que engloban todo lo referente al estudio y tratamiento del Pie, en todas las facetas que pueden inci-

## APORTACIONES CIENTIFICAS

les que pueden afectar por reflejo a la sustentación orgánica, siendo por tanto una Especialidad completamente interrelacionada con los diferentes Areas de tratamiento y estudio/prevenición que componen la Asistencia Directa de Salud.

Se desprende de estas consideraciones que es necesario englobar en los planes de trabajo la atención **no contemplada en la actualidad de esta Especialidad dentro del ámbito Médico-Sanitario.**

### ENUMERACION DE SERVICIOS

- 1.º Estudio, diagnóstico.
- 2.º Tratamiento específico.
- 3.º Tratamientos especiales.
- 4.º Higiene y prevención de:  
Secuelas.  
Deformaciones.  
Complicaciones diversas según la Patología.
- 5.º Cirugía del pie.
- 6.º Confección y/o supervisión de los tratamientos ortopodológicos.
- 7.º Estudio del calzado y su investigación.
- 8.º Evaluación y control de la evolución, corrección de tratamientos.
- 9.º Información específica a la población sobre los cuidados necesarios.
- 10.º Información a los componentes de los Equipos de Salud y a la población sobre las características de tratamiento y prevención, referente a la Salud del pie y la repercusión en otros cuadros dentro de la Patología General.

### DESCRIPCION DE FUNCIONES Y TECNICAS QUE COMPONEN LA ESPECIALIDAD

#### SERVICIOS A PRESTAR

Exploración. — Comprende el estudio del pie en carga, descarga y dinámica con los diversos

- Anamnesis
- Fotopodograma.
- Electrodinagrama y estatograma.
- R-X.
- Evaluación óseo músculo articular.
- Evaluación circulatoria.
- Verificación y medición de características morfoanatómicas.
- Estudio del calzado.

Tras la evaluación de los datos obtenidos se diagnostica la afección o deformidad presentada, derivando el tratamiento en dos vertientes.

1. Tratamiento podológico específico por afectación del pie sin implicaciones generales.
2. Consulta o derivación al Médico General, Especialista o Centro adecuado, según la patología detectada.

El tratamiento podológico específico tras el establecimiento del diagnóstico, irá desarrollado en base a las siguientes formas:

- a) Tratamiento físico-químico.
- b) Tratamiento quiropodológico.
- c) Tratamiento ortopodológico.
- d) Tratamiento quirúrgico.

#### a) Tratamiento físico-químico

1. Físico. Fisioterapia. — Utilización de medios físicos como tratamiento en las afecciones que aparezcan, y/o como complemento de otros tratamientos.

Técnicas más empleadas:

Electrología:

Onda corta.  
Ultrasonidos.  
Infrarrojos.  
Ultravioletas.

Laserterapia:

Tratamientos específicos.

Fisioterapia manual:

Por medio de ejercicios para elongar, tonifi-

## APORTACIONES CIENTIFICAS

2. Químico. — Utilización de productos químicos específicos de forma tópica para el tratamiento de una determinada patología.

### b) Tratamiento quiropodológico

Encaminado a completar los distintos tratamientos con técnicas dirigidas a paliar de forma incruenta las queratopatías y onicopatías y que habitualmente requieren de instrumental adecuado y de la pericia manual del Podólogo.

### c) Tratamiento ortopodológico

Es el conjunto de técnicas encaminadas a la corrección, compensación o suplementación de alguna parte del pie, mediante ortesis o prótesis en el caso de las dos primeras.

Las prótesis y ortesis se realizan en el laboratorio de Ortopodología en unas ocasiones, y en otras, directamente sobre el paciente, dependiendo del tipo de afección y la naturaleza y técnica requerida en cada caso.

A título orientativo, mencionaremos alguna de ellas.

#### Ortesis:

Quizás la más popular y conocida sea la plantilla, pero existen también ortesis correctoras y paliativas de Hallux-valgus (juanetes) dedos en garra, martillo, metatarsalgia, etc. etc.

#### Prótesis:

Las destinadas a reemplazar una parte del pie o su totalidad. Caso frecuente en los pacientes vasculares, que sufren amputaciones parciales del pie. En este caso las prótesis tienen una doble finalidad, sustituir la parte amputada y evitar las desviaciones y desequilibrio biomecánicos, compensando las sobrecargas que inevitablemente se van a producir al alterarse la biomecánica normal.

### d) Tratamiento quirúrgico

Consistente en la aplicación de técnicas de

miento de las dolencias del pie, que por lo general son practicadas en la propia consulta mediante instrumentos, bajo anestesia local y sin ser necesaria hospitalización.

El término de cirugía ambulatoria podológica engloba a todas las formas de tratamiento radical que se utilizan en los procesos de la piel, uñas, exóstosis y deformidades del área pédica con unas características y protocolo propios de la cirugía podológica y en aquellos casos que ésta no suponga grave riesgo para la vida o guarde estrecha relación con enfermedad sistémica o general grave del paciente.

## POLITICA DE PREVENCIÓN DENTRO DEL EQUIPO DE SALUD

Se expresan en este apartado funciones que el equipo de Podología puede y debe asumir en relación con los distintos Equipos de salud, no contemplados en la actualidad por su carácter privatizado en el ejercicio de la profesión.

A nivel personal y de forma esporádica se ha realizado esta labor con un resultado muy positivo y con una respuesta de la población muy llamativa.

Siendo el calzado un factor desencadenante de muchas deformidades y condicionante de muchas anomalías en la infancia, es preciso una campaña de información y de sensibilización sobre la importancia de utilizar un calzado correcto y la repercusión de los hábitos posturales en la edad infantil.

Esta política de prevención iría dirigida en principio a elaborar una documentación que trate:

- 1.º Estudio e investigación del calzado en sus dos vertientes.
  - a) Calzado normal con normas, exigencias en cuanto a construcción, diseño y materiales.
  - b) Calzados especiales prescritos para el tratamiento de las diversas afecciones que se presentan en el pie.
- 2.º Información/Formación de los profesionales de la Salud respecto a la utilización de los distintos tipos de calzado, sus ventajas,

## APORTACIONES CIENTIFICAS

---

inconvenientes y necesidad según la patología presente.

- 3.º Información específica a la población, con campañas, folletos, consultas gratuitas en los barrios y sesiones informativas a Asociaciones de vecinos y Asociaciones escolares.
- 4.º Exploraciones escolares para conocer la incidencia de problemas en el pie en grandes grupos, su evolución en las distintas edades y perspectiva de posibles medidas a tomar.

### ESTIMACION DE NECESIDADES DETECTADAS

No es fácil plasmar con objetividad y en base a datos más o menos teóricos, las necesidades a cubrir con un servicio público que dé respuesta a la demanda de actuación podológica.

Las encuestas sobre problemas en la salud del pie en la población en general, dan una incidencia del 70% que aquejan algún tipo de molestias.

Es también un dato a tener en cuenta, la realidad práctica del número de podólogos en el actual ejercicio privado en relación con la población que atiende, aplicando los factores correctores que supone el costo económico particular y la acción de determinadas fórmulas ajenas al podólogo, que la actual situación ha hecho intervenir en soluciones más o menos correctas.

Entendemos que la capacidad de atención podológica es necesario extenderla a toda la población, pues las necesidades detectadas abarcan todas las edades, situaciones económicas, sociales y laborales. Por ello, es necesario incluirla a nivel de Atención Primaria.

Existen sin embargo grupos especiales que requieren una atención más intensa para su asistencia por la posible gravedad y trascendencia de los cuadros presentados, o para la higiene y prevención de los mismos. Los clasificaríamos en dos grupos:

no en Hogares o Clubs: Son tributarios de muy diversas afecciones que contribuyen al quebranto sistemático de su salud y a la vez dicha precariedad influye en la aparición de éstas. Precisan cuidados y estudios podológicos sistematizados, que en la actualidad encuentran una tímida respuesta desde la Administración.

- b) Edad infantil en la que se va a dar una numerosa variedad de trastornos que pueden condicionar o repercutir en la salud del pie del adulto. Dada la desigual, cuando no contraria, forma de atender estas afecciones infantiles, es realmente importante que se añen los criterios y sea un único profesional quien atienda y dé una respuesta con un protocolo uniforme y especializado.

### 2. Grupo de riesgo

- a) Diabéticos con dificultades que paulatinamente se van agravando y con unas características dermatológicas y onicológicas que van a mantener de forma constante el riesgo de que cualquier pequeña escoriación se convierta en un proceso irreversible.
- b) Alteraciones neuro-vasculares en un proceso semejante al anterior con sus consecuencias, entra de lleno en la necesidad de una asistencia podológica cuidadosa y esmerada.

### ANALISIS DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA COMUNIDAD AUTONOMA VASCA

En la actualidad existen en las tres provincias vascas un total de 175 profesionales de los que únicamente el 20% pueden dedicarse exclusivamente a su profesión de podólogo. El resto completa su jornada laboral actuando como A. T. S. en las diferentes opciones que existen.

El ejercicio es privado si exceptuamos algún modesto intento del Inersro, de algunos Ayuntamientos, Entidades semifinanciales y de Mutuas.

## APORTACIONES CIENTIFICAS

niendo de hecho una regresión en una política sanitaria pública si como tal consideramos el objetivo de una institución pública.

Sigue circunscrita esta atención a los socios de los Clubs y Hogares dependientes del Inerso, y en cuanto a la gratuidad de la asistencia se da una diferente actuación en cada territorio histórico de la C. A. V. Si Vizcaya y Alava no difieren mucho de la política de pago del resto del estado, Guipúzcoa sin embargo hace recaer en el usuario el coste total de la asistencia. En Vizcaya y Alava el pago que realiza quien acude al servicio de podología, no deja de ser una cantidad simbólica, abonando el resto la Diputación.

La actuación del podólogo en estos Centros es por lo demás muy limitada dada la precariedad de los medios con los que cuenta, y se ve obligado únicamente a realizar la extirpación de las queratosis.

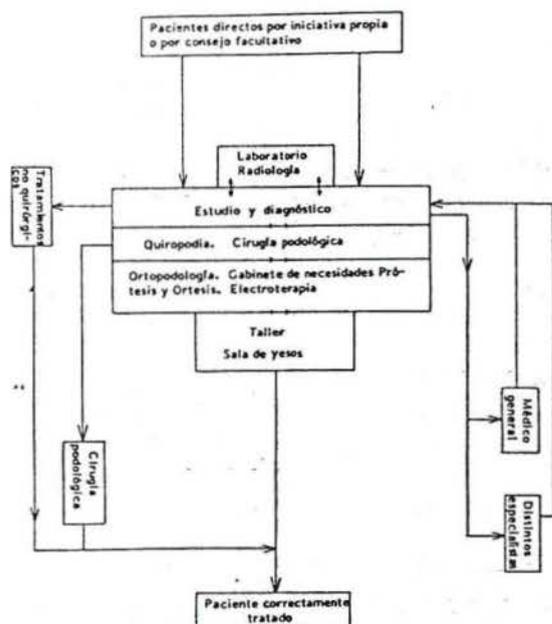
Los recursos actuales en caso de una hipotética inclusión en la Sanidad Pública serían a todas luces insuficientes, por lo que supondría centralizar y homogeneizar la asistencia podológica en el propio podólogo, actualmente disgregada y en manos de diferentes profesionales. Esto significa que habría que rescatar a numerosos podólogos que se hallan ejerciendo otras funciones a causa de que las necesidades del ejercicio privado no son suficientes para emplearlos.

El ejercicio privado ha condicionado de manera importante, la mala utilización de los recursos para la mayoría de la población, ya que el criterio seguido para el establecimiento de las consultas, ha sido el status social de la población o el área de residencia del profesional, dejando en un vacío total amplias áreas de necesidad.

tes que necesiten su asistencia. Si hubiera que señalar unas relaciones más intensas serían por un lado con el Médico general, el Traumatólogo, el Angiólogo, el Pediatra y con el Reumatólogo.

Este servicio de podología debiera de estar encuadrado dentro de un Centro de Salud, Comarcal o bien Hospitalario, dado que tanto para el tratamiento específico como para las derivaciones, es necesario incluir en el protocolo los resultados obtenidos en los mismos.

### ORGANIGRAMA



### INFORME SOBRE REGIMEN DE ESTUDIO

La aprobación del Real Decreto 649/1988 de 24 de Junio incorporando los estudios de Podología a la Universidad en el nivel de Diplomado, y la permanencia de los artículos del Decreto 727/1962 del 29 de Marzo que hacen referencia al cuerpo profesional especificando como...

### RELACIONES INTERPROFESIONALES DEL PODOLOGO

Las vías de interacción son de doble dirección en todos los casos, pues tanto el podólogo debe y puede remitir a un paciente en quien...

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

*Mendivil*

**SE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

*Ortiz Mendivil s.l.*

**LAZADO, CORRECTORIA,  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES...**

## APORTACIONES CIENTIFICAS

tamente y con plena autonomía tratar al paciente», definen el cuadro legal del ejercicio profesional del podólogo.

La inclusión de las Directrices Generales de los estudios en el mismo Real Decreto 649/1988 completan el análisis de la formación y perfil del podólogo.

Los Centros dedicados a la formación académica de estos profesionales están situados en Madrid y Barcelona y la Asociación Vasco-Navarra de Podólogos cree necesaria la creación de una Escuela en su ámbito de actuación.

### CONCLUSIONES

Una vez estudiados los diferentes apartados del Informe, se hace necesario contemplar la inclusión de esta Especialidad en el marco de la Asistencia Primaria, por las necesidades detectadas en los distintos grupos de poblaciones que lo convierte en un dispositivo de asistencia que es urgente integrar en la Reforma Sanitaria del País Vasco.

- a) Las técnicas correspondientes a esta especialidad, no están incluidas en las específicas de ninguna otra especialidad, médica o paramédica.
- b) Inciden las técnicas y estudios de esta especialidad en la prevención de riesgos dentro del campo de Asistencia.
  1. Materno-infantil.
  2. Pediátrica.
  3. Geriátrica.
  4. Rehabilitadora.
  5. Laboral.
  6. Deportiva.

Con lo cual se ve la necesidad de su actuación en todos los niveles de riesgo, complementando la actuación de los profesionales que las integran, así como su específico papel en las Compañías de Formación-Información a todo nivel, dentro del campo de la Asistencia Primaria, tanto en atención directa al sujeto, como de Información a la población, y a los profesionales de A. P. en su distinto nivel de asistencia, según el módulo en que se encuadren y la función en-

comendada dentro de su labor de Asistencia.

- c) En la situación actual no es posible la actuación de estos profesionales en esta labor general por su carácter privado.
- d) La actuación en Prevención, no está en la actualidad coordinada, ni se puede decir que exista a nivel de Organismos Oficiales, siendo realizado esporádicamente, a nivel personal, sin apoyo de ningún tipo y bajo la responsabilidad del profesional, con lo que estos intentos quedan en situación muy deficiente al no poder seguir un programa concreto, con unos objetivos y un sistema de evaluación y control de los mismos.
- e) En un examen estimativo del Ratio adecuado y dentro de un cálculo meramente orientativo, entendemos que la relación podría estar entre 1/por 15.000 y 20.000 habitantes, y una solución específica para núcleos de población pequeña.
- f) El servicio de atención podológica debiera de estar situado en los Centros de atención primaria, con acceso a las especialidades necesarias para el desarrollo de su función y coordinación directa con las especialidades médicas.
- g) La distribución horaria pudiera ir establecida de la siguiente manera:  
Para un profesional que en principio tenga una dedicación de 30 horas semanales:  
5 horas para atención de pacientes primera visita.  
3 horas para revisiones.  
6 horas para quiropodias.  
5 horas para cirugía ambulatoria podológica.  
5 horas para laboratorio de ortopodología.  
3 horas para toma de moldes y diseños.  
2 horas para Campañas de Prevención e Información.  
1 hora para atención de casos de urgencia.

Primera visita: Aquél que acude a Consulta por primera vez, sea infantil o adulto, al que hay que realizarle una historia y exploración completa, con el fin de establecer la naturaleza de su problema, y elegir la solución terapéutica adecuada.

## APORTACIONES CIENTIFICAS

**Revisiones:** Se entiende por revisión el acto de examinar la situación del paciente a quien se ha realizado la correspondiente terapéutica bien ortésica o de otro tipo para comprobar la efectividad de la misma para su continuidad, cambio o supresión, según proceda.

**Quiropodia:** Es la acción terapéutica destinada a eliminar los hiperqueratosis o helomas, bien como única medida o como parte de un tratamiento más completo. Encuadramos aquí las maniobras destinadas a eliminar o mitigar las afecciones y deformidades de las uñas mediante tratamientos conservadores. Ejemplo: Ortonixia.

**Cirugía ambulatoria:** Aquellos tratamientos de cirugía menor realizados bajo anestesia local tanto sobre uñas como sobre deformidades y exóstosis para su resolución radical con la característica peculiar de un postoperatorio ambulatorio e inocuo.

**Laboratorio de ortopodología:** Para la realización práctica de las diferentes ortesis o prótesis que se han ido prescribiendo durante la semana.

**Moldes:** Realizados generalmente en escayola sobre el propio paciente para la realización

posterior de las diversas ortesis o prótesis sean correctoras o compensadoras según la patología y circunstancia del paciente.

### ALTERNATIVAS POSIBLES PARA LA INCORPORACION DE LA ASISTENCIA PODOLOGICA DIRIGIDA A LA TOTALIDAD DE LA POBLACION

- 1.º Integración del profesional podólogo como un elemento más en la estructura organizativa y laboral de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
- 2.º Acuerdo o concierto con los profesionales con Gabinete abierto y en unas condiciones mínimas fijadas, aprovechando los recursos ya existentes durante un período de transición hasta su inclusión en los Centros de Salud.

**NOTA:** La Asociación V. N. de Podólogos agradece el trabajo que sobre éste tema, nos remitió la Asociación Andaluza, el cual sirvió de base para el desarrollo del nuestro.

## ¡NOVEDAD!

Estando agotándose los ejemplares de la monografía titulada

**«Teoría de Electrobiquímica sobre el tumor papilar y el cáncer»**

el autor del libro PEDRO GARCIA FERRIZ, lo ofrece a sus amigos y compañeros PODOLOGOS, al precio de ochocientas pesetas (800 ptas.) libre de todo gasto.

Quedan muy pocos ejemplares.

Pedidos a la siguiente dirección:

Pedro García Ferriz • C/ Boque, nº 1 • 23008 (JAÉN)

## PODOLOGIA INCRUENTA

Miguel Hernández de Lorenzo  
Tenerife

*Al compañero Enrique Estévez, con el que muchas veces hemos intercambiado opiniones en torno a estos temas.*

El ejercicio de la podología es amplio, heterogéneo y dispar. Desde la manipulación casi artística del tratamiento pedicuril, que aunque simple es importante y aporta un gran porcentaje de pacientes a nuestras consultas, hasta la cirugía especializada que requiere particulares condiciones para su práctica, existe una faceta ortopédica y otra que pudiéramos denominar médica, es decir, no quirúrgica, que tiene una gran importancia y es a la que concretamente vamos a dedicar hoy nuestra atención.

Después de muchos años de practicar asiduamente la cirugía de la uña y del papiloma, habiendo incluso publicado un extenso trabajo sobre esta última entidad patológica, que mereció el honor de figurar como ponencia en el Congreso de Valladolid del año 79, donde fue ampliamente difundido entre los congresistas, he reflexionado mucho sobre la gran importancia de estos tratamientos, que hoy quiero nuevamente abordar empezando por la onicocriptosis y dejando el papiloma para un próximo trabajo.

Es para nosotros indiscutible, que la onicocriptosis muy caracterizada, que vemos casi a diario en nuestras consultas, con un alto grado inflamatorio y húmedos granulomas, con infecciones concomitantes de la región afectada, generalmente del primer dedo, supuración y en muchos casos olor fétido, necesitan ante todo una atención preliminar que ponga fin al estado lamentable del dedo afectado, antes de decidir la terapéutica que vamos a emplear.

Esta primera e imprescindible atención, que resuelva el estado séptico del cuadro que contemplamos, ha de lograrse con pediluvios muy calientes, rigurosa limpieza zonal y aplicación de antisépticos adecuados, siendo a veces necesaria la uti-

En general, con el tratamiento mencionado hemos logrado resultados sorprendentes, que en breve espacio de tiempo se han plasmado en una visible regresión del síndrome séptico y consiguiente reconstitución morfológica de la extremidad digital, que en principio presentaba un alto grado de deformación.

Pero, naturalmente, a pesar de esta evidente mejoría, que exagera la euforia del paciente liberado del dolor que antes sentía, el problema de fondo no se ha resuelto, ya que las causas desencadenantes del cuadro onicocriptótico, permanecen in situ y volverían a reactivarse de no terminar el tratamiento. Y es este el momento crítico en el que hemos de decidir el mismo. Hemos de suprimir los tejidos en los que se encuentra enclavada la porción de uña que desencadenó el proceso y en muchos casos prescindir de esta misma onicoporción. Una vez logrado, el proceso habrá llegado a su fin.

Y para conseguir esto, tenemos a nuestro alcance dos vías o procedimientos. La primera, más rápida y expeditiva aunque más peligrosa para el paciente, es la quirúrgica. Y digo peligrosa porque toda intervención por leve que sea, entraña un riesgo. Desde la amplia escisión del rodete y ablación parcial de la fracción ungueal comprometida, que nos enseñara aquel líder catalán de perpetuo recuerdo Leonardo Escach en nuestras primeras reuniones, ya tan lejanas en el tiempo, hasta la depurada técnica liberadora, que practica con primor y destreza en nuestras islas el maestro de podólogos Artemio Méndez. Entre ambas técnicas existen multitud de métodos y procedimientos que no son al fin y al cabo más que simples variantes de las mismas.

Y la segunda vía de que disponemos, eludien-

maremos «médica» o «incruenta». Mas lenta, menos espectacular, pero indudablemente más segura y solicitada por muchos pacientes y por muchos motivos. Desde el niño o adolescente presas de pánico cervical, que en ocasiones llegan al histerismo ante la sola visión del instrumental quirúrgico, hasta el diabético pasando por el deficitario circulatorio, tenemos motivos suficientes para en muchos casos decidirnos por esta terapéutica, quizá menos brillante a corto plazo, pero desprovista de riesgos y complicaciones. Y efectiva, si se procede cumpliendo todas las reglas del arte, que sin ánimos de cátedra ni siquiera de profesorado, sino como simple comentario informativo entre quienes nos dedicamos día a día al mismo menester, voy a tratar de exponer.

Una vez conseguida la regresión sintomática a la que hemos hecho referencia y conseguida la máxima estabilización del proceso, en las condiciones más asépticas posibles, se inicia el verdadero tratamiento con un fresado general de la uña, generalmente endurecida, que le reste dureza y resistencia sin perforarla ni romperla. Con una fresa fina y separando debidamente el granuloma existente o porción de tejido vecino más prominente, para no herirlos, se procede a fresar también el borde de la uña incarnado, hasta dejarlo lo más fino y dúctil posible. Desplazados los restos del fresado por chorro a presión, se procede con cuidado y paciencia a levantar el borde incarnado, cosa que tras el fresado se hace posible con cierta facilidad, si tenemos buen hábito en el manejo de la gubia, empleando para este menester una muy fina. Comprobada la flexibilidad de este borde, procedemos a introducir en el surco ungueal una pequeña y fina porción de algodón seco, que con un hábil movimiento rotatorio de la gubia, pasamos bajo el borde de la uña, proporcionando a éste un verdadero lecho almohadillado en el que va a descansar, en vez de hacerlo como hasta ese momento, sobre los tejidos subyacentes traumatizados por su constante presión. Se aplica a continuación un antiséptico adecuado que impregne la región y se procede a su oclusión con gasa estéril y venda o adhesivos. El paciente debe llevar sandalias o calzado de material fino y flexible, para no molestar al dedo tratado y hacer desde el instante vida normal, dedicándose a sus actividades habituales sin ningún inconveniente.

con unas pinzas de puntas finas se extrae el algodón sub-ungueal, lo que no produce ninguna molestia al paciente, el cual por lo general, nos refiere entusiasmado el cese del dolor y el favorable cambio operado tras la primera intervención nuestra.

La suave y constante presión del algodón alojado bajo la uña, nos descubre un espacio más amplio bajo el cual se pasa ya sin la dificultad de la primera vez, una porción un poco más voluminosa de algodón. Se termina esta cura en la forma indicada en la primera, pudiendo suprimirse la venda, sustituyéndola por una simple tira de esparadrapo y cubriendo el conjunto con un dedil de gomaespuma que actúe como para-choque contra posibles y no deseados pisotones o tropiezos. El enfermo debe volver a los tres días, al cabo de los cuales por regla general la mejoría es tan notoria, que éste quiere convencernos de que ya está bien del todo. En los casos sin granuloma podríamos darle la razón, pero a condición de seguirle viendo una temporada cada ocho días, para seguir controlando y reeducando el crecimiento de la uña hasta que esté ya fuera de peligro. Sin embargo, en los casos de persistencia del granuloma y pequeña tumefacción en la porción distal del rodete, tenemos que pensar en la eliminación de ambos. Generalmente, con las curas mencionadas el rodete se ha ido adelgazando hasta formar muchas veces un surco de limitación, que facilita mucho su eliminación. Es este el momento óptimo de proceder en consecuencia. Como se trata de una pequeña porción no encontramos dificultad alguna en ello, procediendo de la siguiente forma.

Pincelada ampliamente la región con el antiséptico de elección, se coloca un torniquete adecuado (tira elástica plana) en la raíz o extremidad proximal del dedo y se cubre todo con un paño o gasas estériles en compresas. Como la intervención solo va a durar segundos, siendo nuestro desecho prescindir de la anestesia local por infiltración por las causas ya apuntadas, no nos queda a nuestra elección (al menos que conozcamos) más que la anestesia tópica por refrigeración de Cloruro de Etilo, que aplicada a chorro desde unos veinte centímetros de distancia, produce una instantánea congelación de los tejidos, con la consiguiente anestesia de poca duración y exenta de peligros y complicaciones conocidos. Conseguida la anestesia-

de la piel, se procede con toda rapidez, ya que la anestesia es breve, a extirpar de un solo corte la porción previamente elegida, aplicando sobre la marcha el antiséptico y sobre él la gasa que se sujeta con una simple venda ligeramente compresiva, que aplicaremos después de haber retirado el torniquete compresor. Practicado con toda rapidez, teniendo previamente dispuesto el material que vamos a emplear, para no perder ningún segundo, el dolor se reduce al malestar propio de la congelación. Con bastante hábito, en menos de un minuto se pone fin a la pequeña intervención, vendaje incluido.

Las curas sucesivas se hacen cada tres o cuatro días, aconsejando al paciente que no se moje el apósito cuando practique su higiene diaria. En muy pocas curas la pequeña herida se ha cicatrizado y el proceso ha concluido. La pincelación con violeta de genciana sobre la herida quirúrgica, evitará la proliferación de nuevos tejidos obteniéndose una cicatrización plana.

Y solo queda, por nuestra parte, instruir al paciente sobre la forma en que debe proceder en los sucesivos cortes de uñas, pues es sabido de todos que la mayor parte de las onicocriptosis, tienen su origen en el tratamiento vicioso de los cortes curtos, con amplio recorte de las puntas o extremos laterales, que quedan ocultos en los surcos ungueo-digiales y que al crecer van seguramente a traumatizar los tejidos originando de nuevo el problema. Se crea con ello el círculo vicioso de que ante la agresión ungueal surge la inflamación de los tejidos, al mismo tiempo que ésta, es causa de que la uña se incarne más. Y si hemos afirmado que la mayor parte de las onicocriptosis lo son por es-

ta causa, queremos decir que hay también otras, como pueden ser los traumatismos en la zona conflictiva, donde al haber lesión se produce el círculo vicioso anotado y así mismo las conformaciones morfológicas, que se aprecian en las llamadas uñas involutas o uñas en teja. En cuanto al corte de las uñas, hay que insistir mucho al paciente para que abandone «técnicas exageradas», adoptando un corte adecuado, recto y ligeramente amplio, para que el borde distal y los laterales sobresalgan, rebasando los tejidos discretamente, protegiéndolos en su función y no comprometiéndolos como sucede cuando se actúa de otra forma.

Y terminamos ya, no sin hacer constar que solo hemos querido aportar nuestra larga experiencia de muchos años, en una materia presente a diario en nuestros consultorios. El tema es modesto como su autor, pero su importancia dentro de una podología racional, innegable. Si con él logramos despertar algún interés o aportar alguna idea útil, nos sentiremos realmente satisfechos.

Fuentes de documentación:

Cuarenta años de práctica.

Complicaciones: Ninguna.

Reincidencias: Entre un 15-20% han necesitado repetición total o parcial de la terapéutica expuesta.

Miguel Hernández de Lorenzo Muñoz  
Podólogo  
Santa Cruz de la Palma (Tenerife)  
Canarias.

# Canestén<sup>®</sup> polvo

## Los hongos desaparecen 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.

### EFFECTOS 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.



30 g  
polvo  
Uso  
externo



### Canestén crema

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Tubo 30 g	409,-

### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	430,-

### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	448,-

## REFLEXOTERAPIA Y PODOLOGIA



Juan Ignacio Beltrán  
Barcelona

Desde que esta terapia, inició su andadura hace ya algunos milenios en la antigua China e India, de forma seguramente rudimentaria y empírica, pero no por ello exenta de efectividad, pues se sabía, que mediante determinadas Presiones sobre zonas concretas de la superficie corporal, se podían tratar diferentes algias y dolencias orgánicas. Hasta que el Dr. Fitzgerald, ya en nuestro siglo, dotó a esta terapia de los fundamentos teóricos necesarios y sistematizó los conocimientos que hasta el momento habían sobre la misma, han pasado realmente muchos años no exentos de incur-

siones de otros autores en esta materia, de las que nos quedan algunos estudios y teorías, pero carentes de la sistematización seria y elaborada, tan necesarias para la aceptación, comprensión y posterior aplicación práctica de cualquier materia.

El Dr. Fitzgerald, estudió y concretó, que el organismo, podía dividirse en diez zonas verticales que lo atraviesan en su totalidad y acaban en cada uno de los dedos de las manos y pies, delimitando en estos últimos otras tantas zonas en las que están ubicados de forma refleja los órganos y estructuras corporales atravesadas por dichas zonas verticales, de forma que tal como citaba anteriormente, si consideramos reflejadas en el pie a tamaño reducido, todas las estructuras corporales, estos canales, nos ayudan a la correcta proyección de las mismas en el pie.

Igualmente, si tenemos curiosidad y hacemos una analogía entre el pie y una imagen corporal reducida al mismo tamaño de éste, de lo que sería la figura de un hombre sentado veremos curiosas coincidencias.

LAS ZONAS DEL CUERPO

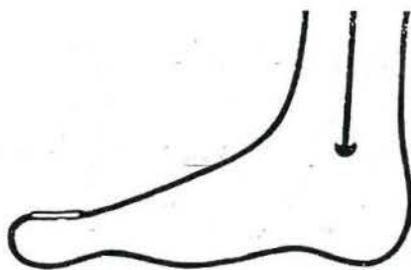
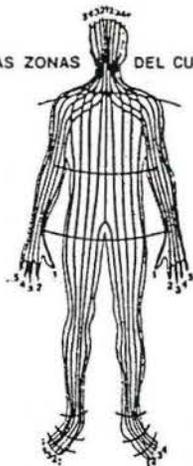


GRAFICO 2 ANALOGIA

En la proyección refleja del cuerpo en el pie, hemos de citar que la zona de los dedos, se corresponde con las estructuras de la cabeza y cuello. La

## APORTACIONES CIENTIFICAS

De forma que si en la zona 5 del pie izquierdo, proyectáramos la misma de la zona 5 del cuerpo que corresponde al hombro, veríamos que la misma corresponde con las estructuras de la articulación metatarso-falángica del 5.º dedo.

El codo izquierdo corresponde con la periferia de la estiloides del 5.º metatarsiano en el pie izquierdo, y la columna vertebral que es central y simétrica, estará ubicada a nivel del arco longitudinal interno de ambos pies y así podríamos ubicar todas las estructuras corporales.

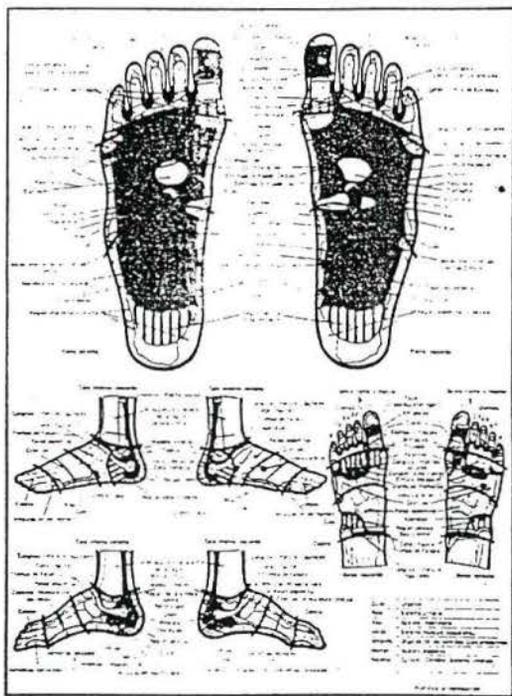


GRAFICO 3 MAPA ZONAL

Todos estos conocimientos desarrollados y sistematizados por el Dr. Fitzgerald, fueron llevados intensamente a la práctica por Eunice Inghan en Norteamérica, que desarrolló hábilmente el sistema y lo difundió ampliamente a través de sus alumnos, quedando así la terapia dotada de una calidad aplicativa que hasta entonces no tenía. Ella describió esta terapia como un masaje de presión que aplicado a las zonas reflejas del pie, producía cambios fisiológicos sobre los diferentes sistemas, con la finalidad de mejorar o curar las diferentes patologías.

Fruto de su extensa práctica, escribió un interesante libro «Historias que los pies pueden contarnos», traducido literalmente, el título no deja de ser significativo con respecto al contenido de mismo. Inghan, también creó su método de «masaje de presión», todo ello, aunque modificado posteriormente y mejorado en algunos aspectos sentó las bases de la actual reflexoterapia podal.

Posteriormente Hanne Marquardt en Alemania entre otros autores, perfeccionó el método, creando su propia escuela y añadiendo a las zonas verticales, dos transversales de gran ayuda, una a nivel de la cintura escapular y otra a nivel costodiafragmático, que aún facilitan más el aprendizaje y localización.

Actualmente, se imparten cursos a profesionales de la salud por todo el mundo y como no, cada vez más, son numerosos los podólogos que se interesan y estudian la terapia.

Quizá sea difícil entender o creer que en el pie se encuentren reflejados la totalidad de órganos y estructuras corporales, pero una larga práctica e investigación de la terapia zonal demuestran su efectividad. De forma que a partir del reflejo (normalmente de tipo doloroso), encontrado en una determinada zona corporal en el pie, ésta es susceptible de ser tratada a través del mismo.

El reflejo de una determinada zona, puede aparecer doloroso por diversos condicionantes, sobrecarga funcional del órgano, patología manifiesta del órgano, afecciones sistémicas que lo afectan, etc. Pero es a partir de esta zona dolorosa o conjunto de zonas dolorosas que refiere el paciente, podremos tener una pista interesante de lo que le ocurre y a partir de aquí aplicar el masaje de presión en estas zonas para favorecer la curación o mejora de las alteraciones que presenta.

Lógicamente, antes de llegar a ninguna conclusión, con respecto a lo que ocurre, hemos de evitar sacar conclusiones previas y hacer una correcta exploración cuidadosa mediante la técnica de presión de la totalidad de las zonas reflejas del organismo en el pie, y ver cuáles presentan alteración o dolor, cambios de coloración o temperatura, explorar también la tonicidad de los tejidos, valorar las alteraciones ungueales y otros valores apreciables, que conjuntamente con las zonas reflejas, nos darán un diagnóstico y podremos hacer un adecuado tratamiento.

## APORTACIONES CIENTIFICAS

---

Con el tratamiento de las zonas del pie, conseguimos, no solo un efecto sistémico, que podremos comprobar por las reacciones que manifiesta el paciente como pueden ser, aumento de la sudoración, aumento de las eliminaciones, orina, heces, crisis depurativas, relajación y bienestar, etc. y la mejora o curación de la alteración que presenta, sino también y no por eso menos importante, un doble efecto sobre el propio pie, el primero derivado de la mejora de sistemas corporales que repercuten sobre el pie, o sea que el equilibrio orgánico repercute en una mejora de las estructuras del pie, un segundo aspecto vendría dado por la acción directa del masaje de presión sobre el propio pie, (pues activamos la circulación local, relajamos músculos y aponeurosis, y hacemos un drenaje linfático del pie), todos ellos factores importantes en nuestra profesión.

Como hemos podido ir viendo, creo que esta terapia es importante para el podólogo, primero porque nos ayuda a concienciarnos de que en el organismo, no hay parcelas, que es un todo funcional en el que la relación es total y cualquier tratamiento local, sino tenemos en cuenta otros factores generales relacionados está llamado a ser un tratamiento parcial o sintomático o en muchas ocasiones al fracaso.

La salud en nuestro organismo, no lo dudemos, se refleja en los pies y del mismo modo las alteraciones de los mismo nos pueden orientar sobre lo que sucede en el organismo.

Otro segundo aspecto a destacar, son las importantes y claras relaciones que iremos observando a medida que estudiemos y profundicemos en el tema, alteraciones que no veíamos claras, o justificadas y que nos resignábamos tratar localmente, tienen un posible complemento terapéutico con esta terapia, o al menos un enfoque más amplio.

Vemos uñas distróficas-micóticas muchas veces relacionadas con procesos sistémicos hepatometabólico-circulatorios, de mejorar éstos y hacer un correcto tratamiento local posiblemente nos de más de una grata sorpresa, en cuanto a los resultados de nuestros tratamientos. Los trastornos del trofismo local (úlceras, hiperqueratosis sin justificación biomecánica y otras), nos darán igualmente importantes pistas sobre lo que ocurre y de posibles tratamientos alternativos.

tamiento clásico y que una vez tratados determinados aspectos orgánicos, remiten espontáneamente (ejem. después de tratar zonas reflejas linfáticas).

Pies laxos o contracturados, planos, valgos o cavos, en los que el tratamiento biomecánico, se hace difícil o poco efectivo, podremos investigar las posibles relaciones y a partir de las mismas aportar nuevos datos que faciliten el tratamiento, igualmente procederemos en los casos en que nos encontremos con unos dedos en garra cuya deformación no obedece en principio a ningún condicionante, también citaré las frecuentes alteraciones a nivel del arco transversal relacionadas con diafragma y zona torácica, las del arco longitudinal interno con las zonas reflejas de la columna y así otras muchas, que seguramente, si estudiamos nos abrirán nuevos horizontes terapéuticos, que cada uno tendrá que adaptar a su peculiar forma de trabajar. Pues con la terapia podológica que todos hemos aprendido, estamos corrigiendo, muchas veces sin saberlo, no solo el equilibrio del pie, sino que por vía refleja estamos actuando sobre el equilibrio orgánico general.

Pensemos cuantas metatarsalgias, una vez tratadas, el paciente refiere encontrarse mejor, más animado, y es que con nuestra terapia aparte del equilibrio biomecánico que hemos conseguido, estamos desbloqueando un del pie con importantísimas relaciones nerviosas, que condicionan que aumente el equilibrio orgánico y emotivo del individuo. Evidentemente como en todas las cosas no se puede generalizar. Pero lo que sí es seguro es que con el tratamiento reflejo, conseguimos un incremento de circulación local y general, un aumento de los intercambios metabólicos y drenaje de toxinas, y un evidente relax de la tensión del sistema nervioso que se refleja en todo el organismo.

En conclusión diría que para el podólogo, éste sencillo y efectivo método le puede ser de una gran utilidad, para conocer otras alternativas de tratamiento, para relacionar las que ya sabe, o simplemente para aumentar sus conocimientos sobre el pie, facilitando así la salida de viejos tópicos y encasillamientos pues curiosamente desde nuestra «parcela» para nosotros tan importante y que muchos han querido minimizar, tenemos acceso al tratamiento integral de todo el organismo.

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

## CORRECCION POR MINIMAL INCISION SURGERY (M.I.S.) DE LA CRESTA OSTEOCONDRALE EN EL CUELLO DEL ASTRAGALO



Javier Aycart  
Manuel González San Juan  
Madrid

*Versión del artículo original de Lawrence Kobak en Current Podiatry, Mayo 1981, corregido por su autor para ser objeto de su conferencia en el Cadaver Surgical Seminar de New Orleans en Mayo del presente año 1989.*

El propósito de esta comunicación es presentar un método alternativo al tratamiento quirúrgico de la cresta osteocondral de la superficie dorsal del cuello del astrágalo.

En los años pasados la única alternativa quirúrgica ha sido la cirugía abierta hospitalizando al paciente y muy frecuentemente trabajando con anestesia general, relajando una gran incisión y escindiendo la cresta osteocondral (exóstosis). Este proceder conlleva un elevado presupuesto de gastos y un largo período de absentismo laboral. El dolor prolongado a menudo se ha debido a la naturaleza traumática de la corrección quirúrgica.

En 1957 O'Donoghue (1), fue el primero en describir la cresta osteocondral en la superficie dorsal del cuello del astrágalo. Ello tiene lugar en el área en el que el tobillo se dorsiflexiona, el cuello

condrales en el cuello del astrágalo son hallazgo frecuentes en los atletas (2) (3), se puede hipotéticamente presuponer que ello se debe al hecho de que los atletas exigen una dorsiflexión de tobillo mayor que los ciudadanos sedentarios.

La cresta osteocondral también se ha descrito en la superficie articular distal de la tibia. En el examen físico, se percibirá dolor en el aspecto anterior del tobillo cuando el mismo se dorsiflexiona. Ello se debe al efecto de presión de la cresta osteocondral del astrágalo contra la tibia.

### ETIOLOGIA

Siguiendo a la fase de contacto de antepié mediante la dorsiflexión del tobillo la pierna se proyecta frontalmente, movimiento que precipita el momento de la proyección del tronco (4), en esta fase el músculo tibial posterior actúa como freno de dicha cadena de movimientos ayudado por los músculos sóleo, flexor largo de los dedos y flexor propio del primer dedo. La musculatura posterior de la pierna decelera el movimiento de pronación a nivel de la articulación subtalar en su movimiento

hacia medial durante la fase de contacto. Si estos músculos no están trabajando eficazmente modulando el movimiento, como grupo muscular antagonista, debido a la pronación, puede observarse un incremento en la anteversión de la pierna sobre el astrágalo provocando un choque y/o pinzamiento de la tibia dentro del cuello del astrágalo y eventualmente una cresta osteocondral como respuesta a este pinzamiento (Ley de Wolf para el hueso).

Caso clínico (5): Una mujer de 42 años de edad de raza negra, y de complexión pícnica. Paciente de otro podólogo durante dos años para el tratamiento de un dolor severo a la deambulación de la cara anterior del tobillo izquierdo. La fisioterapia y las inyecciones de cortisona así como las plantillas sólo concedieron al paciente una mejoría transitoria. La paciente fue enviada a nuestra consulta para evaluación y tratamiento.

Una radiografía lateral del pie reveló una cresta osteocondral en la superficie dorsal del cuello del astrágalo. En la exploración, la dorsiflexión del tobillo producía un dolor agudo, igual dolor que el ocurrido cuando la paciente deambulaba.

La historia de la paciente previa y examen físico ajeno al caso no fueron esclarecedores para el diagnóstico. La paciente no podía dejar de realizar su trabajo y el mismo era en bipedestación.

Se hizo una toma de sangre para su envío al laboratorio, resultando todas las determinaciones dentro de los valores de referencia. Determinamos eliminar la cresta osteocondral del cuello del astrágalo, puesta de manifiesto en la radiología exploratoria practicada. La intervención se realizó en la consulta por procedimiento de Minimal Incision Surgery (M. I. S.). Recordemos que no hay inserciones tendinosas en el astrágalo por tanto mientras el abordaje apropiado se realice por debajo del cuello del astrágalo la reducción de la cresta ósea podrá ser realizada fácilmente con una lima quirúrgica.

### PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Se realizó la anestesia por infiltración local en el área del cuello del astrágalo con bupivacaína CLH al 0.25% (Marcaína®) mas dexametasona (Decadrán®) al 1%. Se realizó una incisión lineal

de 1 cm. inmediatamente lateral al cuello del astrágalo. Se realizó una disección roma «punta» por debajo del tibial anterior y el extensor largo del primer dedo. En este punto pudimos palpar exóstosis con un elevador de Sibleau. Con una técnica quirúrgica se redujo la cresta. Se lavó el área con solución salina. Se suturó con Dexon® 00 subcutáneo y con seda 000 la piel. Se realizó el postoperatorio con un calzado normal y con un vendaje elástico. La medicación postoperatoria consistió en un analgésico cada ocho horas de Tylenol® y codeína. El paciente volvió a la consulta una semana más tarde, no se dieron signos de infección ni inflamación. La paciente a padecido muy poca creta incomodidad y un edema mínimo.

Una semana más tarde todas las suturas se retiraron y el paciente siguió utilizando su calzado normal. Un mes después de la cirugía la paciente estaba en su trabajo y caminando sin ninguna incomodidad. Se utilizó fisioterapia con ultrasonido; se utilizó durante el curso de la cicatrización.

### CONCLUSIÓN

Los autores presentan una alternativa quirúrgica para la corrección de la cresta osteocondral del cuello del astrágalo. Este método no requiere hospitalización o anestesia general. Este tratamiento es potestad única de los podólogos.

### BIBLIOGRAFIA

1. Crenshaw. A. H. (Editor): Campbell's Operative Orthopedics, 5th edition, Mosby Co., St Louis, 1971.
2. James S. L., Bates B. T. & Osterning L. R. Injuries to runners, Am. J. Sports Med., 1978.
3. Mann R. A., Baxter D. E. & Lutter L. L. Running symposium, Foot Ankle, 1981.
4. Root M. L., Orien W. P., Weed J. H.: Normal & Abnormal Function of the Foot. Clinical Biomechanics, 5th edition.
5. Kobak L., Abrahamson I.: Ambulatory Minimal Incision Correction of Osteochondral Ridge of the Neck of the Talus. Current Podiatry. May 1981.

# SECCIONES

## OPINION

En mi experiencia como Secretario de la E.P., en estos dos años, he podido sacar algunas conclusiones. Os aseguro que algunas me resultan inconfesables, y un poquito al menos he aprendido ha ser político.

En todas las reuniones de representantes a las que he asistido, se ha debatido la funcionalidad de nuestros sistemas, cantidad de representantes, votos, etc. Se pretenden Juntas operativas y cada vez lo son menos. No quiero evaluar aquí los resultados de gestión en concreto, reconozco que globalmente son muy aceptables, observándoseles algunos lunares muy negros.

Yo también me preguntaba donde estaba el fallo de este colectivo y he llegado a una conclusión; **está ni más ni menos que en los propios individuos.**

Cada podólogo para con nuestro colectivo tenemos una función, y la verdad es que dejamos mucho que desear. El federado se entera de poco; le informamos mal o no le informamos en al-

gunos casos; pero en una actitud de desinterés difícil resulta informar.

Si no presionamos individualmente para que por los medios establecidos por ahora, nuestros representantes despierten de su letargo; difícilmente seremos informados. En ocasiones los representantes solicitamos colaboración y éstas no llegan; entonces cada día nos hacemos más apáticos.

Respecto a las Juntas, como tales, las veo igualmente apáticas. Funcionan con las clásicas individualidades por «ego» en muchos casos, por falta de colaboración en otros.

Ser políticos de puertas afuera es bueno, es necesario; seamos fundamentalmente compañeros de puertas adentro.

Despertar, colaborar, exigir, trabajar y sentirse compañeros es la solución; después cualquier sistema que utilicemos será viable y operativo.

Angel F. Cabezón Legarda  
Pamplona

## EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA

### MINISTRES DOLÓGICS I MÉDICS

J. A. Tejero

- Instrumental
- Piezas de mano
- Jeringas
- Micromotores
- Esterilizadores
- Fresas, etc.

ANTE CUALQUIER MATERIAL QUE NECESITE **CONSULTENOS** Y NOS SENTIREMOS ORGULLOSOS DE PODERLE ASESORAR.  
ESTAMOS A SU DISPOSICION DE LUNES A SABADO DE 10 A 13 HORAS Y DE 16 A 20 HORAS.

## HOY ENTREVISTAMOS A:

*El día 12 de marzo fue nombrado D. Vicente SANCHIS GARCIA Presidente de honor del Ilustre Colegio Profesional de A.T.S. y D.U.E. de Valencia.*

### CURRICULUM VITAE DE D. VICENTE SANCHIS GARCIA

He querido ser yo, tu discípulo, amigo y compañero en este día tan importante para tí y para todo el colectivo de profesionales de sanidad, recordar la trayectoria de trabajo, entrega y dedicación de tu persona.

Nacido en pleno corazón de la huerta valenciana, Alfara del Patriarca, allí comenzó sus primeros estudios y terminó el Bachillerato en el Instituto Luis Vives de Valencia.

Durante dos décadas fue el Corresponsal del Periódico Levante de su pueblo natal, destacando en todos los acontecimientos de orden científico-cultural y presentación y mantenedor de Reinas en las Fiestas Patronales, no habiendo perdido nunca el contacto con el pueblo que le vio nacer.

En el año 1946 obtiene el Título de Practicante en Medicina y Cirugía, que convalida por el de Ayudante Técnico Sanitario en 1966. En el año 1961 se hace Fisioterapeuta y en el año 1962 consigue el título de Ayudante Técnico Sanitario de Empresa.

Por la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona se le concede el Título de A. T. S. especializado en Podología, título que convalida en 1967 por el de Diplomado en Podología concedido por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Hombre inquieto y procurando siempre estar al día en todas las facetas de su profesión, le lleva a concursar y hacer cursillos de perfeccionamiento para poder enriquecerse científicamente y poner sus dotes de buen hacer y saber en el cuidado y prevención de todos los que le necesitan.

Consigue plaza por oposición a la Asistencia Pública Domiciliaria en 1948, pidió la excedencia. Ejerció la profesión en zona rural como Prac-

ticante libre, donde conoció a fondo los múltiples problemas de este sufrido colectivo.

En 1952 obtuvo por oposición la Plaza de Practicante del Hospital Provincial de Valencia, hoy Hospital General.

En 1961 obtiene por Concurso de Méritos plaza en Aviación Civil; igualmente obtuvo plaza en Concurso de Méritos en la Escala Nacional del S. O. E.

Son muchos los cursillos y diplomas realizados y conseguidos a lo largo de su dilatada vida profesional.

Asiste en Madrid en 1967 al Primer Congreso Nacional de Especialidades Paramédicas, en 1951 realiza un Cursillo sobre Técnicas de Laboratorio en el Hospital Militar de la III Región.

Organizado por la Jefatura Provincial de Sanidad hace el Cursillo de Cancerología en 1957. Ese mismo año participa en el Cursillo de Anestesiología.

En 1954 hace un Cursillo de Urgencias organizado por el Colegio Profesional. En 1959 asiste al Congreso Nacional de Podología en Madrid, ese mismo año participa en el Cursillo sobre Especialidad en Podología en Valencia.

En 1973 y 1974 hace dos Cursos de perfeccionamiento para profesionales Podólogos en Barcelona.

Ha asistido a casi todos los Congresos Nacionales de Podología hasta ahora celebrados, actuando en algunos de ellos como Presidente de Comisión Científica.

En el año 1968 asistió en Alemania (Disburg) al Congreso de Técnicas Ortopédicas.

En 1975 acude al Curso de Técnicas Podológicas en E. E. U. U. (Pensilvania College of Podiatric Medicine) Filadelfia



*Vicente Sanchis García con el profesor Jean Lelievre*

De su vasta formación profesional y la plena dedicación a su trabajo al que pertenece y se debe le lleva el 9 de Febrero de 1957 a ser nombrado Presidente del Ilustre Colegio Profesional de Practicantes y A. T. S. de Valencia, cargo que desempeña hasta Febrero de 1962. Durante su mandato, no regateó esfuerzos para elevar el nivel profesional, dignificar la profesión y al profesional para lo cual colaboró celebrando Cursos tanto en Valencia como en sus Comarcas, contando para ello con un magnífico equipo de colaboradores, entre los cuales se encontraba D. Isaias del Moral Cejalvo.

D. Vicente, este gran profesional de la Sanidad, que se entregó por entero al estudio, perfeccionamiento y puesta al día constantemente, no se limitó a acumular conocimientos sino que quiso transmitirlos a los demás y formar profesionales que continuaran la labor que él realizaba y aún realiza, como Profesor de Practicas de 2.º Curso de la Escuela de A. T. S. de la Facultad de Medicina en el curso del libro de Tex-

dos años de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital Clínico de Valencia, colaborando en la formación de los Programas de Estudio de dicha Escuela.

Pero donde más ha destacado y ha entregado sus años de juventud y donde más satisfacciones personales y profesionales ha cosechado es en su quehacer como profesional de la Podología.

Los actuales Podólogos y los futuros profesionales, verán en este hombre y en otros muchos, algunos ya desaparecidos, como a los padres de la Podología, estos hombres con unas inquietudes y una voluntad inquebrantable, han conseguido elevar a la categoría de carrera independiente para-médica, unas técnicas empíricas y de autoformación en el cuidado de las dolencias del pie humano.

Con una dedicación exclusiva, afrontando muchas incomprendiones, pero con una fe ciega en el futuro, lograron que una habilidad, que

epidérmico  
podológico

### RESTAURADOR MANTO ACIDO C.P.I.

ESPECIALIDAD DERMATOLÓGICA



Regula la hidratación de la piel.  
Impide la pérdida de agua.  
Da suavidad y flexibilidad a la piel.  
Evita la descamación.  
Astringe la epidermis.  
Impide el desarrollo de microorganismos.

200 c.c. USO TOPICO

### RESTAURADOR MANTO ACIDO



Regula la hidratación de la piel.  
Impide la pérdida de agua.  
Da suavidad y flexibilidad a la piel.  
Evita la descamación.  
Astringe la epidermis.  
Impide el desarrollo de microorganismos.

200 c.c. USO TOPICO

### Crema Podológica Cpi



Normaliza  
la fisiología del pie.

### Crema Podológica Cpi

### GEL C.P.I.



HIGIENE DE LA PIEL  
Y EL CABELLO

200 c.c. USO TOPICO

Antimicrobiano  
Antisudorífico

### MICOESPEC POLVOS

30 gr. USO TOPICO

### MICOESPEC POLVOS

USO TOPICO



CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL  
Santiago, Chile - ADICANTE (España)

#### RESTAURADOR MANTO ACIDO

Composición: Esteres de ácidos grasos ramificados, 8%; sustancias humectantes, 10%; derivados de lanolina, 2%; triglicéridos vegetales, 1%; aminoácidos y sales inorgánicas, 2%; emulsionantes no tensioactivos, 25%; ácido láctico c.s.p. ph = 5,5.  
Indicaciones y modo de empleo: Emulsión

#### GEL CPI

Composición: Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%; anfolitos, 13%; ácido láctico c.s.p. ph = 5,5.  
Indicaciones: Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y deñadas.  
Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad: No presenta.  
Presentación: Frasco de 200 c.c., P.V.P. MA. 572 pes.

#### CREMA PODOLOGICA CPI

Composición: Urea, 5,0%; propanolol, 3,0%; oleum germen Triticum aestivum, 4,0%; extracto de Citrus limonum, 4,0%; lactato sódico, 3,0%.  
Indicaciones: Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis.  
Posología: Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje.

#### MICOESPEC POLVOS

Composición: Econazol, 10%; levaduras y extractos de levaduras, 10%; emulsionantes, 10%;  
Posología: 1-2 aplicaciones al día, especialmente en zonas húmedas.  
Contraindicaciones y toxicidad: No presenta.

## SECCIONES

---

la actual legislación otorga a los actuales Podólogos.

Para ello D. Vicente Sanchís al igual que otros muchos profesionales, se procuran una formación científica y se volcarán colaborando en la Escuela de Podología de Barcelona creada por el insigne D. Leonardo Escach Clariana, junto con los Doctores, el Profesor D. Ramón Arandes Adán, Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina y su Colaborador D. Antonio Viladot Pericé, Jefe de Sección de Cirugía de la Facultad de Medicina de Barcelona y con

el Profesor Lean Lelièvre en el ciclo de conferencias que dio el autor del Texto «Patología del pie».

Enhorabuena Vicente, por este nombramiento como Presidente de Honor del Ilustre Colegio Profesional de A. T. S. y D. U. E. de Valencia, y que tu ejemplo, tu valía y entrega como profesional sirva de norte y guía para las futuras generaciones.

Tu amigo. José CUESTA ESCUDERO. Vocal de la Asociación Valenciana de Podólogos.

---

---

# FRASES, PENSAMIENTOS Y OTROS

## ASPIRACION

M. González San Juan  
J. Aycart Testa  
Madrid

Asumido el sentir de la editorial de «Nueva Enfermería» en su número de febrero/39, donde dice: «En toda sociedad dinámica, y con proyección de futuro todos sus componentes han de estar sensibilizados para contribuir a modificarla» —y más adelante—, «ello requiere que los profesionales estén dispuestos a modificar sus conocimientos» frases encabezadas por el título: «FORMACION CONTINUADA: RETO RESPONSABLE», y movidos por él un serio sentido de compromiso social pasamos a exponer una opinión personal.

Los planes de estudio de las escuelas universitarias deben proporcionar la formación teórico-práctica básica necesaria para el ejercicio de la profesión, más en la actualidad el contenido de determinadas materias y la necesidad de profundizar en los conocimientos adquiridos, así como alcanzar la práctica y casuística necesaria, demandan la conveniencia de definir ESPECIALIDADES en Podología.

La especialidad sería para el Podólogo el primer paso en su FORMACION DE POST-GRADO, para que esto sea realidad alentamos a los representantes del colectivo profesional a que den los pasos necesarios para lograr la creación y reconocimiento por la universidad de las posibles especialidades; estimamos que son los hospitales universitarios mejor alternativa que las escuelas privadas.

La necesaria FORMACION CONTINUADA no ha de residir exclusivamente en las escuelas, es de gran interés el compromiso de las organizaciones profesionales en fomentar y promocionar, como se viene haciendo, actos científicos o reuniones de trabajo, tanto propios como los de iniciativa privada, y todos aquellos que guarden alguna relación con la Podología, esta promoción debe comenzar con la información del colectivo profesional.

... seguida difícilmente puede desarrollar con éxito lo que debiera ser

## SECCIONES

---

el contenido de una especialidad, ya que ésta requiere elevado número de horas lectivas, atención exclusiva y la atención a pacientes a quien diagnosticar y tratar; requisitos que no pueden ser suplidos con breves cursos carentes de el tratamiento y seguimiento clínico directo de enfermos; cursos cuya valoración es más objetiva respecto a la preparación de los ponentes o relucientes que sobre el aprovechamiento de los discentes.

Ante esta encrucijada de intereses profesionales la Academia de Cirugía Ambulatoria o sección de una Asociación Norteamericana, de amplia difusión dentro y fuera de aquel país, tuvo asiento en España en 1987 y con antelación a su legal constitución como Asociación de Podólogos Nacional manifiesta por boca de sus promotores españoles el deseo de colaboración estrecha con la Federación Española de Podólogos, vínculos que han sido ratificados por votación unánime de la Junta de Gobierno de la FEP el 16 de Diciembre de 1988. En estos momentos en que la Podología está experimentando importantes cambios en su perfil legal y es palpable el interés por la Podología Ambulatoria Podológica, la Academia se ofrece como vehículo de difusión y tutela, proponiendo un estándar de procedimientos que facilite el diálogo entre sus miembros y garantice una calidad asistencial al contrastar la gran experiencia de colegas norteamericanos y la que día a día se recoge entre los Podólogos españoles.

Desde estas páginas vaya nuestro reconocimiento hacia la Junta de Gobierno de la FEP, la Dirección de las Escuelas de Podología y la Presidencia de The Academy of Ambulatory Foot Surgery, merced a todos ellos algún día será posible ver nuestra aspiración hecha realidad.

Madrid, 21 de Marzo de 1989.

---

---

## SE HABLO DE

Repaso a las primeras revistas de Podología.

Hoy de la 21 a la 24 (Mayo 1971 - Diciembre 1971).

Director: Leonardo Escachs Clariana.

Subdirector: Pablo Vilató Ruiz.

Redactor: Francisco Mañé Domingo.

Estas fueron sus aportaciones científicas:

1. Técnicas del Fotopodograma  
y su interpretación.  
Félix Alonso Royano.
2. Acortamiento congénito del 4.º metatarsiano.  
Pablo Vilató.

## SECCIONES

---

4. Transtornos de la estática en las enfermedades neurológicas.  
Gisella R. A. Fábregas (No pod.).
5. Necrosis aséptica de la cabeza metatarsiana.  
C. Marco Clemente (No pod.).
6. Pie zambo.  
Fernando Muñoz Campos.
7. Espolón Calcáneo con osteotendinosis.  
José Fernández Mitjaus.
8. Metatarsalgias. Atención del pie diabético. Obesidad.  
La redacción.
9. El masaje en la recuperación del pie.  
J. Cámara de la Hoz.
10. Precauciones en la corrección de las deformaciones del pie en el niño.  
J. Arenas Torrás.
11. Aspectos profilácticos del pie infantil.  
Luis Aycart Vijuesca.
12. El Podo phot, última técnica detectora de vicios morfológicos del pie, posibles errores de interpretación de imagen.  
F. Farreras Morcillo.
13. Las medias y la salud del pie.  
La redacción.
14. La vacuna anticolérica, nació en el Ebro.  
Jorge Villalta.
15. Profilaxis del pie en el niño.  
José A. Calvo.
16. Nuevas aportaciones al radiodiagnóstico podológico.  
Francisco S. Jorge Ugarriza.
17. Verrugas y papilomas plantares.  
Pedro Galardi Echegaray.
18. Problemas milimétricos en la biomecánica podal.

# LA F.E.P. INFORMA

XXI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA

Tema: "Cirugía en Podología"

San Sebastián, 12, 13 y 14 de octubre

## INFORMACION

La organización del Congreso de San Sebastián está atando los últimos detalles para que todo esté a punto, y todos los congresistas se encuentren a gusto.

Realmente ha sido grande la expectativa que ha levantado, hasta el punto que un gran número de compañeros quisieron ya inscribirse tras la lectura de la primera circular. Creemos que hemos acertado en el tema del Congreso porque se palpa una gran necesidad de tocar esta parcela tan importante de nuestra profesión. Por otro lado creemos también que San Sebastián polariza un gran interés y simpatía entre aquellos que acudieron al anterior Congreso y mucho más para los que por diversos motivos no vinieron.

El tope de 250 congresistas fue obligado por la capacidad de la sala de conferencias del Palacio de Miramar. Este número está en consonancia con las cifras que nos han remitido los anteriores Congresos, pero el temor que ha levantado entre los podólogos a quedarse sin plaza, y la insistencia de la Federación a que cambiáramos a una sede de mayor capacidad, nos ha hecho ver que este Congreso puede ser multitudinario, y nos ha complicado bastante al tener que recurrir al Teatro Victoria Eugenia (sede del Festival de Cine).

Claro que vamos a pedirnos una muy rápida inscripción y con un plazo bastante limitado, para que la realidad de las cifras ponga en su sitio las expectativas.

La respuesta a la solicitud de Ponencias ha sido también fantástica. Tenemos ya posibilidad de hacer una mínima selección porque los trabajos presentados superan las necesidades de programación. La verdad es que deseáramos quedarnos con todas, porque nos parecen todas de interés. A pesar de que hay temas que hablan de la misma afección, el diferente planteamiento y la versión personal de cada uno, aporta un interés nada desdeñable. El vídeo y la diapositiva está absolutamente presente en casi todas ellas.

Vamos a poder cumplir con nuestro deseo de enviaros la hoja de inscripción junto al programa ya confeccionado tanto científico como social. Esperamos que ello dé un nuevo motivo para estar en San Sebastián.

Aunque el nuevo emplazamiento de la sede ha roto nuestro presupuesto, estamos buscando intensamente recursos ajenos para que tenga la mínima repercusión en las cuotas de inscripción. Tenemos fe y confianza en que lo lograremos.

Hasta pronto amigos.

Comité Organizador

## SECCIONES

---

### XXI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA PROGRAMA

#### Jueves, 12 de Octubre

- 09,30 h RECEPCION Y APERTURA EXPOSICION COMERCIAL.
- 10,30 h INAUGURACION DEL CONGRESO. CONFERENCIA MAGISTRAL.
- 11,30 h PRESENTACION DE PONENCIAS.
- 13,00 h VINO DE HONOR EXCMO. AYUNTAMIENTO.
- 16,00 h PRESENTACION DE PONENCIAS. MESA DE DEBATE.
- 18,00 h SALIDA A USURBIL.  
FESTIVAL FOLCLORICO Y CENA EN SIDRERIA.

#### Viernes, 13 de Octubre

- 09,30 h PRESENTACION DE PONENCIAS.
- 13,00 h VINO DE HONOR EXCMA. DIPUTACION DE GUIPUZCOA.
- 16,00 h PRESENTACION DE PONENCIAS. MESA DE DEBATE.
- 18,30 h SALIDA A OIHARTZUN.  
CENA EN EL RESTAURANT «Gurutze Berri».  
Amenizada por «Trikitixa».

#### Sábado, 14 de Octubre

- 09,30 h PRESENTACION DE PONENCIAS.
- 12,00 h CONCLUSIONES CONGRESO.
- 13,00 h CLAUSURA OFICIAL. ENTREGA DE DIPLOMAS.
- 17,00 h ASAMBLEA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS.
- 21,30 h CENA DE CLAUSURA.  
Amenizada por Otxoto «Eritzka»

#### «A LOS PODOLOGOS DEPORTIVOS»

Habiendo sido nombrado por la FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS, para crear la comisión de podología deportiva, agradecería a los compañeros que se dedican total o parcialmente a la actividad deportiva, o que estén interesados en el tema, escriban a la secretaria de la F. E. P. c/ San Bernardo 74, Madrid 28015, lo antes posible enviando sus señas.

Atentamente.

BERNAT VAZQUEZ I MALDONADO  
PODOLOGO DEL FC. BARCELONA

---

---

SECCIONES

## PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:  
Jose Vilar

Tema:  
Musica

Diafragma:  
2,6

Camara:  
Nicon F.3

Objetivo:  
Micronicor

Velocidad:  
1/15

ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFIERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS

Recientemente ha fallecido nuestro compañero de  
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

LUIS VALERO LORITE

# Fungusol®

Polvos desodorantes  
con acción

## PREVENTIVA Y CURATIVA

ante infecciones micóticas y/o bacterianas.

### FUNGUSOL® Polvo

#### Composición:

P-cloro-m-cresol, 1%; ácido bórico, 10%; óxido de zinc, 10%; aerosil, 3%; excipiente c.s.

#### Indicaciones:

- Tratamiento tópico de micosis cutáneas.
- Prevención de recidivas o reinfecciones de las micosis cutáneas.
- Prevención y tratamiento del intertrigo.
- Evita el desagradable olor corporal producido por la descomposición del sudor.

#### Dosificación y administración:

Siempre a criterio del médico. En general se recomienda espolvorear dos veces al día, con FUNGUSOL®, la zona afectada, así como en el interior de las prendas de calzado y/o vestido próximo a la misma.

#### Incompatibilidades:

No se conocen.

#### Contraindicaciones:

Hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

#### Efectos secundarios:

Al aplicarse sobre mucosas o zonas muy sensibles de la piel, en especial si está húmeda, puede notarse una ligera sensación de picor que cede con rapidez.

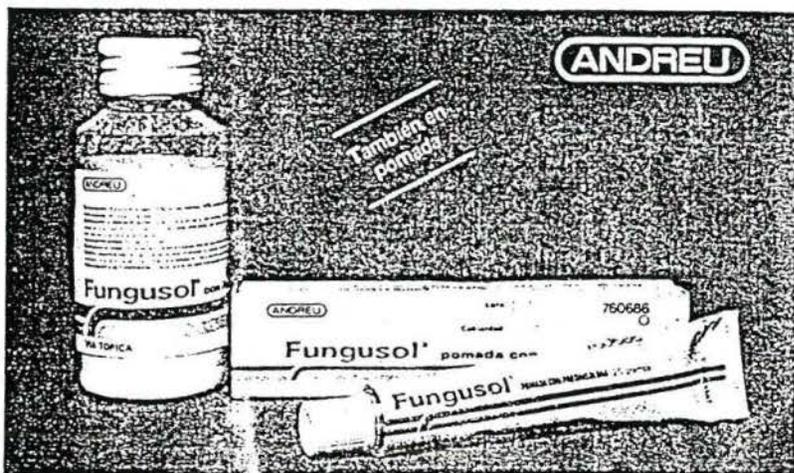
#### Intoxicación y su tratamiento:

Dada la vía de administración es prácticamente imposible.

#### Presentación y P.V.P. IVA:

Frasco de 60 g., 227,— ptas.

SIN RECETA MEDICA



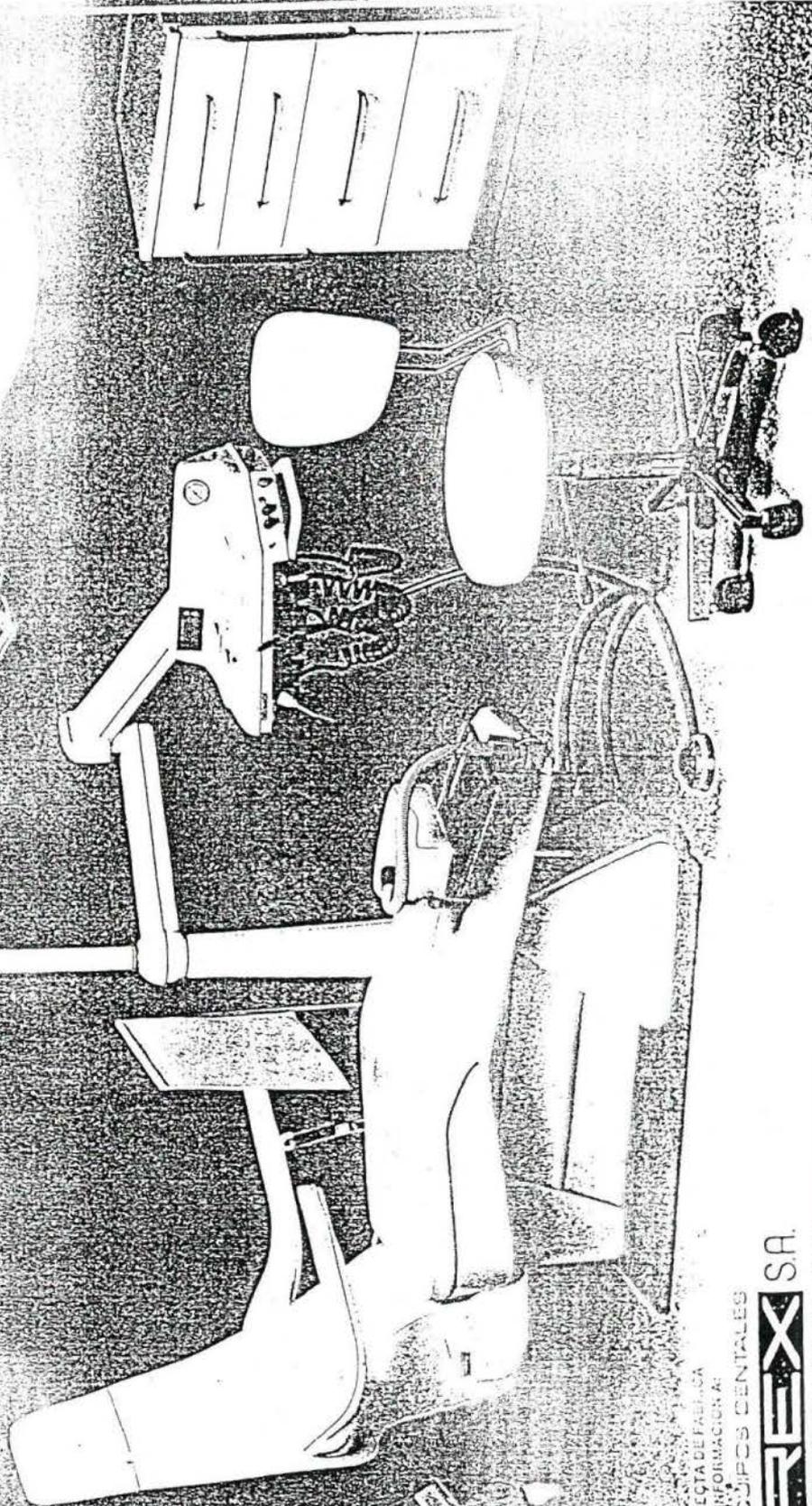
PREVIENE el desarrollo de la infección.

CURA cuando la micosis ya se está desarrollando.

DESODORIZA ya que no permite la descomposición microbiana del sudor.

LABORATORIOS ANDREU   
Moragas, 15.- 08022 BARCELONA.

CELVAP PÉRIOD  
REXIMP

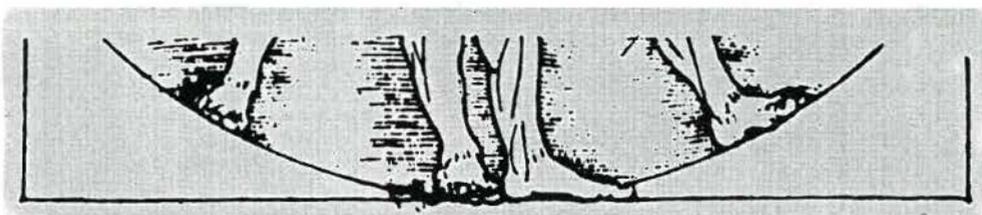


ENJA DIRECTA DE FABRICA  
OLICIE INFORMACION A:

ECUIPOS DENTALES

CO. **PREX** S.A.

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

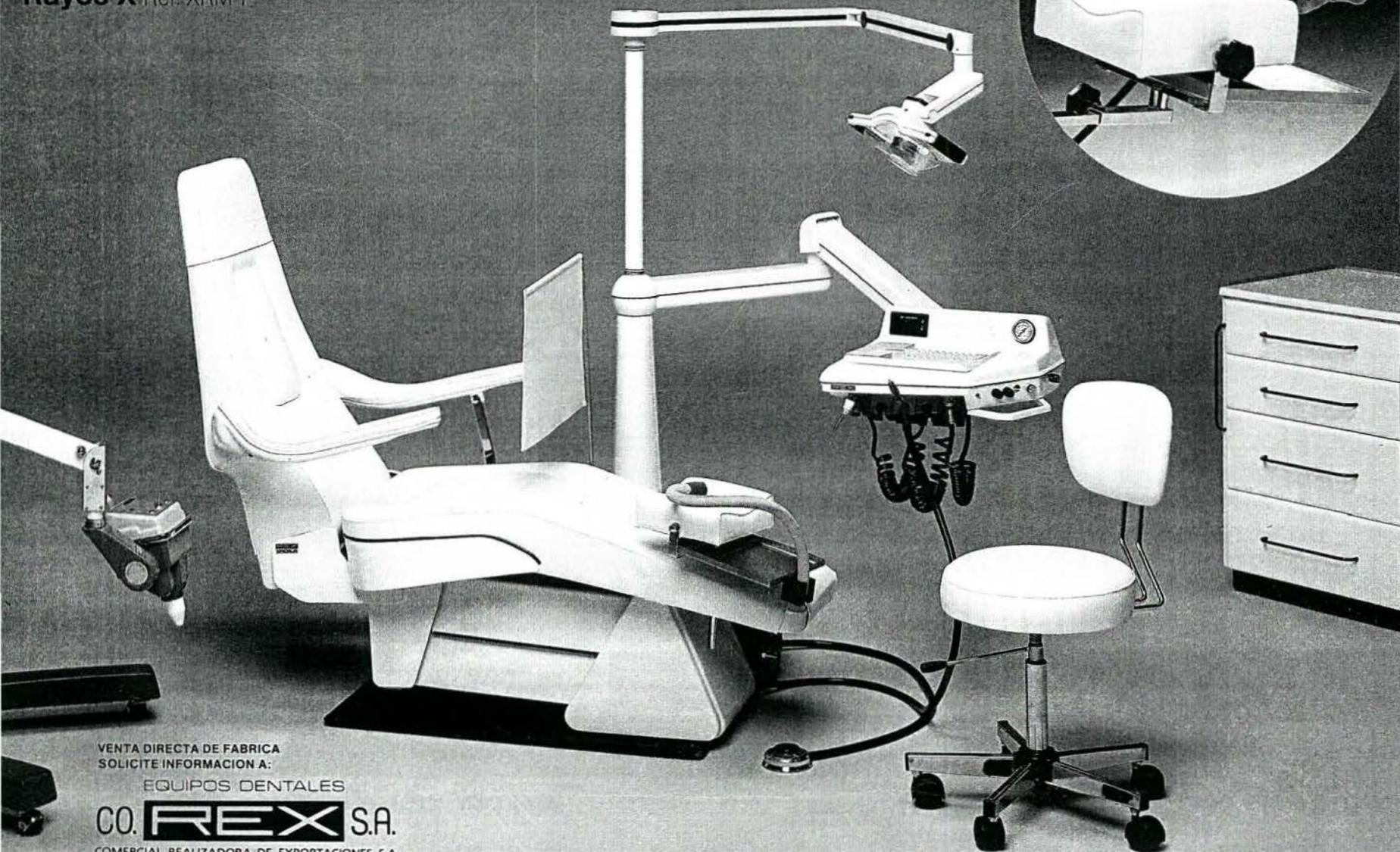


JULIO - AGOSTO Nº 124 - AÑO 1989

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

Equipo para Podología

Equipo *Elite-P* Ref. RE-P  
Sillón *GACELA-P* Ref. RG-P  
Rayos X Ref. XRM-P



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.

Avda. Pablo Iglesias, 56

Tels. (96) 150 11 00 150 11 04 - Télex 61.865 REXD-E

46970 ALAQUAS (VALENCIA) Spain

La *Elite* de la Ergonomía - Tiempo - Calidad

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Fco. José Morán Ventura  
**Secretario:** José María Altonaga Eguren  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** Isaías del Moral Roberto.  
José Valero Salas.  
Manuel Albala Valle.  
José Andreu Medina.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Alvaro Ruiz Marabot.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Jesús Acordagoitia Vivero.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonaga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: Pedro S. Rivera Plaza.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL .....	2
Informe Tesorería .....	3
APORTACIONES CIENTIFICAS	
Sistema de aplicación podológica (S.A.P.) .....	5
Estudio descriptivo epidemiológico de las alteraciones podológicas en E.G.B. ....	9
Panhipertrofia de los labios ungueales .....	19
Mis experiencias en M.I.S. Nuestra actuación para subsanar errores .....	23
SECCIONES	
Información Autonomías .....	31
Publicamos tu foto .....	32

**Director:** Andrés Rueda Sánchez  
**Subdirector:** José M.ª Altonaga Eguren  
**Redactor Jefe:** José Valero Salas

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Empresa de Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

*Estimado compañero:*

*Nuevamente me veo aquí, intentando entrar en contacto contigo a través de esta especie de «carta abierta» que es —de momento— la editorial de nuestra revista. Son tantos los acontecimientos que, te aseguro, a veces, se me hace difícil el poder de manera ordenada en el espacio y el tiempo transmitirlos en algunas líneas.*

*Parece como si no pasa nada, como que todo es calma y quietud. Nada más lejos de la realidad. Sabes por otras comunicaciones anteriores que estamos en lo que a nivel particular denomino «proceso de normalización profesional», entiendo esta normalización como la introducción de la profesión en el nuevo mundo que se nos abre a partir del nuevo estatus académico que tenemos.*

*Tenemos que ir superando hábitos, o más bien modificando sistemas de actuación. Tenemos que ir haciendo normal a nivel de legislación lo que para nosotros a nivel de ejercicio ya lo es o lo tenemos asumido. Es un largo camino y un sinfín de gestiones lo que encierra el dichoso proceso de «normalización». Son gestiones que muchas veces se hacen desde posturas bonitas y públicamente agradecidas, aunque, y desgraciadamente, se van cobrando muchas «disponibilidades» personales por el camino porque lamentablemente... no todo es un camino de rosas.*

*No sé por qué sale así el principio de esta editorial. Quizá porque en estos momentos pienso en la renovación parcial estatutaria de parte de la Junta y pienso que compañeros como Angel Cabezón, Iniesta e Isidoro F. López han cumplido su tiempo de gestión y les tengo cierta envidia porque «se van a casa». Quiero aquí dejar testimonio de mi agradecimiento por su colaboración como Presidente Nacional y por supuesto, como Andrés Rueda podólogo, mis más expresivas gracias por haber robado tiempo a familia, amigos y trabajo para dedicárselo a todos nosotros que hemos estado con nuestra familia, amigos y trabajo mientras ellos estaban allí, en la Junta.*

*Pero esta mezcla de sana envidia, reconocimiento y agradecimiento al mismo tiempo tiene también su otra cara de la moneda. A rey muerto, rey puesto. Doy mi más caluroso y afectuoso saludo de bienvenida a los nuevos compañeros que con energías renovadas vienen a trabajar a la Junta. Paco Morán, Altonaga, Valero y Andreu estarán ahora en puestos de responsabilidad. Sepan, y desde aquí les digo que la profesión les va a exigir mucho, que los compañeros puede que aún les exijan más. Y sólo espero que el nivel de exigencia sea igual que el de colaboración, porque evidentemente... tanto para ellos como para los que aún seguimos —Isaias del Moral, Vilar, Albalá y el que suscribe, nos queda por delante un largo y sinuoso camino por recorrer.*

*Un saludo y hasta la próxima editorial*

*Andrés Rueda*

# INFORME TESORERIA

**BALANCE: AL 31 de ENERO DE 1989 de la F.E.P.**

CUENTAS DEL MAYOR		SUMAS DEL		SALDOS	
FOLIOS	TITULOS	Debe	Haber	Deudores	Acreedores
2	BANESTO	7.096.015	3.864.688	3.231.327	
5	MOBILIARIO	576.369		576.369	
9	FONDO SOCIAL		4.639.186		4.639.186
12	PERSONAL Y SD. SOCIAL	416.080		416.080	
13	A. VASCO-NAV. (CONGRESO)	48.325		48.325	
19	EMIS. RECIB.-ALTA		44.250		44.250
21	GTOS. REPRESENTACION	330.614		330.614	
23	JUNTA DIRECTIVA	94.487		94.487	
24	INTER. Y GTOS. FINANCIEROS	9.513	220	9.293	
25	CORREO Y PAPELERIA	238.013	18.645	219.368	
27	EMISION RECIBOS	45.150	4.848.050		4.802.900
29	CURSOS Y CONGRESOS		26.241		26.241
30	ASESORIA JURIDICA	330.000		330.000	
31	RESULTADOS EJERCICIO 88		728.918		728.918
34	I.R.T.P.	67.000	30.000	37.000	
36	CUOTAS SOCIOS	9.062.644	6.636.276	2.426.368	
37	ALQUILER, LUZ Y TELEFONO	330.213		330.213	
38	JUNTA GENERAL	619.842		619.842	
39	CAJA	73.136	55.614	17.522	
40	GASTOS DIVERSOS	19.749		19.749	
41	I.V.A.	602.396	97.488	504.908	
42	REVISTA Y ANUARIO	1.844.930	814.900	1.030.030	
	<b>TOTAL</b>	<b>21.804.476</b>	<b>21.804.476</b>	<b>10.241.495</b>	<b>10.241.495</b>

## ¡NOVEDAD!

Estando agotándose los ejemplares de la monografía titulada

**«Teoría de Electrobioquímica sobre el tumor papilar y el cáncer»**

el autor del libro PEDRO GARCIA FERRIZ, lo ofrece a sus amigos y compañeros **PODOLOGOS**, al precio de ochocientas pesetas (800 ptas.) libre de todo gasto.

Quedan muy pocos ejemplares.

Pedidos a la siguiente dirección:

Pedro García Ferriz • C/. Baeza, n.º 1 • 23008 (JAEN)

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# APORTACIONES CIENTIFICAS

---

## SISTEMA DE APLICACION PODOLOGICA (S.A.P.)

**AUTORES\*:** Albiol Ferrer, José M.<sup>a</sup>  
Giralt de Veciana, Enrique  
Novel Martí, Virginia

Toda profesión busca una forma de adaptación del método científico, a través del cual, se intentan solucionar los problemas planteados mediante el uso racional de la ciencia.

### Fases del método científico:

- a) Estudiar el problema a tratar:
  - Recopilación de datos: mediante la utilización de las ciencias factuales o empíricas (las cuales estudian los hechos que ocurren a nuestro alrededor mediante la experiencia y las podemos dividir en:
    - Naturales: las cuales nos darán la valoración del estadio del paciente en su conjunto y en relación al problema planteado, y
    - Culturales: que nos señalarán los factores externos al usuario que pueden agravar su problema (ocupación laboral, calzado, hábitos sociales...)
  - Definición:
  - Analizando la elaboración de los datos.
- b) Formular la hipótesis.
- c) Contrastar hipótesis, comparándola además con otras anteriores que fueron ciertas.

- d) Encontrar principios y teoremas que contrasten la hipótesis

La aplicación del método científico a la actuación del podólogo en la resolución de problemas, vendrá dada por el S. A. P.

¿Qué entendemos por S. A. P.?

Las mismas siglas nos indican que es el Sistema de Aplicación Podológica. Es realizar un sistema que debe ser la base para llevar a cabo las acciones pautadas en podología.

El S. A. P. debe cumplir un triple objetivo:

- Conseguir una prestación asistencial podológica integral.
- Lograr documentación adecuada para aumentar e intercambiar los conocimientos propios.
- Permitir una recogida sistemática de datos y actividades, que posibiliten estudios e investigaciones posteriores.

### Etapas del S. A. P.:

- Recogida de datos.
- Definición de problemas.
- Definición objetivos.
- Planes iniciales.
- Evaluación.

---

\* Profesores de la Escuela de Podología de la Universidad Central de Barcelona

## Recogida de datos:

Que debe abarcar no solamente los aspectos que se entienden como puramente clínicos, que serían los signos y síntoma de la alteración que nos ocupa, sino además nos deberá interesar los aspectos psíquicos y sociales del usuario, pues se debe entender al hombre como un ser íntegro bio-psico-social según directrices de la O.M.S.

Estos datos podemos recogerlos.

- Fuente de datos directos: ¿Qué entendemos por ello? La información que nos dará el paciente, su familia o el propio equipo de salud (Anamnesis).
- Fuente datos indirecto: Con ello entendemos la información que recoge el profesional de forma objetiva y puede realizarse:

Directamente: empleando los órganos de los sentidos.

Tacto ————— Palpación  
Vista ————— Inspección  
Oído ————— Crepitación Art.

Indirectamente: mediante la utilización de instrumentos auxiliares para la cuantificación:

Termómetro ————— Temperatura  
Esfigmómetro ————— Presión  
Goniómetro ————— Medición recorrido articular

No olvidemos por ello que la toma de datos tanto directa como indirectamente, no se realiza de forma separada, pues se entrelazan, al mismo tiempo, que entrevistamos al usuario observamos sus reacciones, o mientras le exploramos le continuamos entrevistando, pues le pedimos información suplementaria acerca de los datos observados.

## Lista de problemas:

Una vez recogidos los datos y efectuada su valoración, se identifican los problemas, que según Mayers pueden ser:

- Reales: Serán los que están presentes y bien definidos en el momento en que el individuo reciba la atención (inflamación canal ungueal, o ulceravárica en zona interna pierna).
- Potenciales: Son los que pueden presentarse en el curso del tratamiento (infección post quirúrgica, aparición nuevos papilomas en el curso tratamiento, alergias medicamentosas).
- Posibles: Son los que puede ser que existan, pero necesitamos mayor información para decidirlo.

## Diagnóstico:

Es el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración del listado de problemas.

En su proceso de elaboración intervienen, además de los datos recogidos:

- los conocimientos científicos
- la práctica profesional
- las experiencias previas
- Marco Conceptual.

## Determinación objetivos:

Primarios: Solucionar las molestias más inmediatas del usuario (descargas provisionales en el proceso agudo de las metatarsalgias).

Secundarios: Resolución total o parcial del factor etiológico del proceso (ortesis definitivas en metatarsalgias).

## Planes iniciales:

Para cada uno de los problemas se hacen

planes iniciales, constanding cada uno de:

- a) Medidas terapéuticas.
- b) Educación del usuario.

El primer paso de los planes iniciales será las medidas terapéuticas, entendiéndose como tales los medios específicos para llevar a cabo el tratamiento de la afección.

Pueden ser:

- Curativas.
- Expectantes.
- Paliativas.

Estas medidas terapéuticas son las que se deben llevar a cabo en nuestras actuaciones podológicas mediante:

Ejecución cuidadosa concreta: la realización de la terapia propiamente dicha (quiropodia, cirugía, aplicación soportes plantares).

Estimulación: para que el usuario y/o familia realice terapia complementaria en su domicilio (curas, ejercicios rehabilitación).

Y siempre debe tenerse en cuenta como factores importantes:

- La aceptación y participación del usuario en el plan.
- La idiosincrasia del paciente, ya que siempre debe tenerse presente en nuestra actuación terapéutica.

El segundo paso será la Educación del usuario, ¿cómo realizaremos dicha educación?

Mediante una terapia preventiva o profiláctica, entendiéndose como el conjunto de medidas encaminadas a impedir que el usuario sufra o recaiga en una alteración determinada a la cual está o podría estar expuesto (Miosis podológica).

### Evaluación:

Constituye el registro de la evolución o progreso que experimenta el usuario en la resolución de sus problemas, mediante la compa-

ración de los objetivos propuestos y los resultados obtenidos.

Se realizará periódicamente hasta lograr el objetivo final, siendo una de las formas posibles mediante las notas narrativas o S. O. A. P.

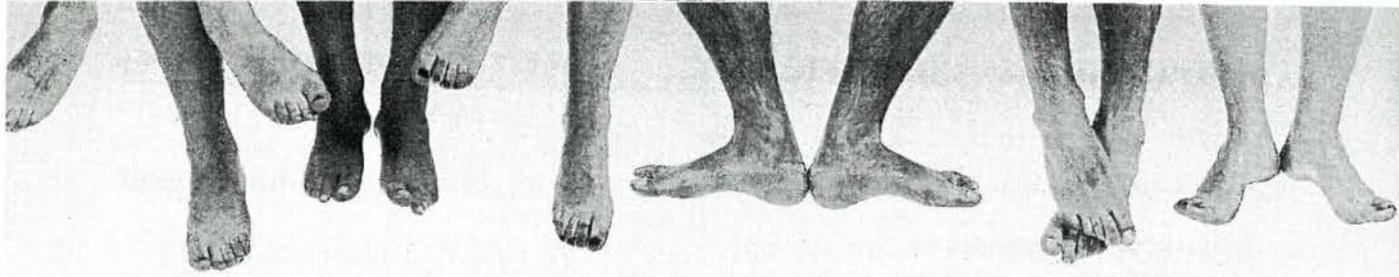
- S: Anotaciones subjetivas: es lo que percibe y expresa el usuario.
- O: Anotaciones objetivas: los datos que el observador descubre de forma objetiva o subjetiva.
- A: Valoración: es la valoración que hace el profesional del análisis de S y O.
- P: Plan: es la actuación que el observador decide emprender ya sea la misma o modificada.

### S. A. P.

- Recogida de datos
  - Fuente datos directos.
  - Fuente datos indirectos:
    - Directos
    - Indirectos.
- Lista de problemas:
  - Reales.
  - Potenciales.
  - Posibles.
- Diagnóstico.
- Determinación objetivos.
- Planes iniciales:
  - Medidas terapéuticas.
  - Educación usuario.
- Evaluación:
  - S. Anotaciones subjetivas.
  - O. Anotaciones objetivas.
  - A. Valoración.
  - P. Plan.

### CON EL ASESORAMIENTO DE:

Luis Rodrigo, M.<sup>a</sup> Teresa.  
Jefe del Area Médico Quirúrgica de la Escuela de Enfermería «Príncipes de España».



# Canestén<sup>®</sup> polvo

## Los hongos desaparecen 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.

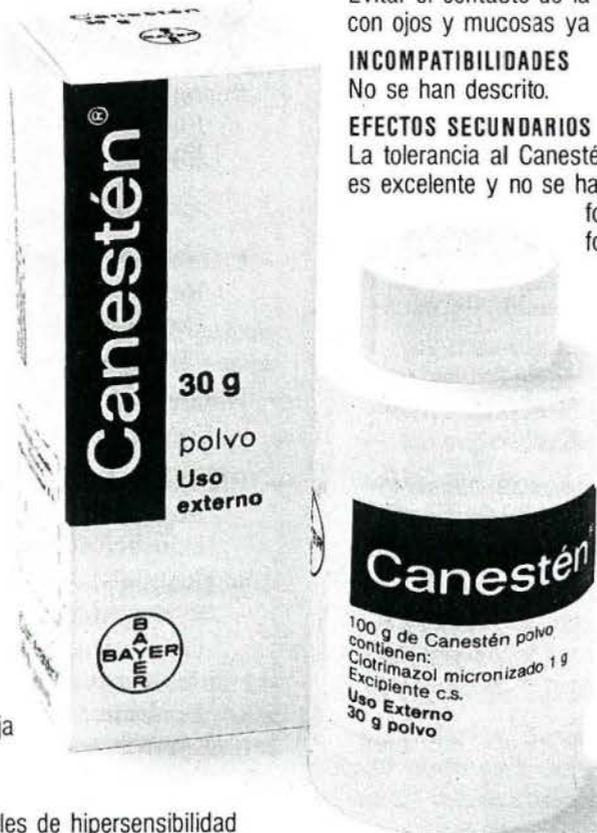
### EFFECTOS SECUNDARIOS

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	409.-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	430.-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvorador 30 g	448.-



**Bayer**

Antimicóticos

# ESTUDIO DESCRIPTIVO EPIDEMIOLOGICO DE LAS ALTERACIONES PODOLOGICAS EN E.G.B.

Autor: Francisco Javier Mena Sánchez  
Colaboradores: Luis Yeste Arcos  
Carlos Cañizares Benítez

## RESUMEN

Realizamos un estudio epidemiológico de las alteraciones podológicas en escolares de E.G.B. debido a que este apartado no es incluido en los habituales Exámenes de Salud Escolar.

Analizamos los porcentajes de patologías por curso y sexo, siendo estas elevadas, encontrando que algunas como el cavo/valgo, cavo, varo, Hallux valgus y queratosis aumenta a medida que crece el escolar, otras alteraciones, en cambio, decrecen como el plano valgo, plano y valgo.

Hay mayor incidencia de cavo valgo, Hallux valgus y cavos en las féminas.

Estudiamos la posible relación entre hiperhidrosis y la utilización de calzado deportivo, con un  $P < 0,05$ , siendo estadísticamente significativo en el global de escolares.

Encontramos un elevado porcentaje de alumnos que necesitan visitar al podólogo (35%) aunque dicho tratamiento puede ser incluso unas pautas de conducta.

## PALABRAS CLAVES

ALTERACIONES PODOLOGICAS, ESCOLARES E.G.B., HIPERHIDROSIS-CALZADO DEPORTIVO.

## INTRODUCCION

Los exámenes de Salud Escolar centra su es-

tudio en los escolares, grupo de edad joven que normalmente no han tenido contacto con la asistencia sanitaria y persiguen la identificación de enfermedades o defectos inadvertidos, mediante la utilización de pruebas, reconocimiento, u otro procedimiento que puede ser aplicado rápidamente teniendo como objeto el detectar, de forma precoz, a los escolares aparentemente sanos y con anomalías susceptibles de tratamiento en el sistema sanitario.

En nuestro medio los grupos de edad estudiados corresponden a los niveles de escolarización de 1.º de E.G.B. (6 años) tratándose del comienzo de la escolarización, 5.º de E.G.B. (10 años) ya que es el momento de la eclosión puberal y 8.º de E.G.B. (13 años) coincidiendo con el fin de la etapa escolar primaria pero no estando de forma regularizado dichos exámenes, realizándose estos por personal no asesorado por especialistas.

Los controles sanitarios en la escuela, pues, tiene finalidad preventiva, siendo ella, secundaria, ya que lo que detecta son alteraciones o anomalías prevenibles e identificables precozmente para su solución y tiene como objetivo, una vez producida la enfermedad o alteración, detener o atenuar el proceso mórbido en forma precoz y eficaz. El objetivo es hacer el diagnóstico de anomalía en forma temprana y realizar tratamiento y normalización en fase reversible, además, el de proteger a los familiares y contactos.

Debemos tener en cuenta que en los programas de Salud Escolar son pocos o nulos los mu-

nicipios que buscan las alteraciones podológicas por falta de personal y de asistencia técnica.

### METODOLOGIA

El estudio que se realiza es descriptivo transversal ya que analizamos la situación en un momento dado, aunque la evolución exacta de las alteraciones podológicas a lo largo de 8 años (de 1.º a 8.º de E.G.B.) habría que hacerlo en los mismos escolares, es decir un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, pero la falta de tiempo y lo demasiado largo de dicho trabajo hemos hecho una mezcla, creemos que fiable: estudio descriptivo longitudinal teórico pero transversal en la práctica.

Señalar que no hemos utilizado «Muestra» debido a que nos interesaba saber el grado de salud podológica de cada alumno para posteriormente informar a sus respectivos padres o tutores.

Las fichas podológicas, el método explorativo de campo, informes a la familia, gráficas etc, fueron elaborados según nuestros criterios tras una revisión bibliográfica sobre este tema.

### ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Ultimamente se barajaban dos posiciones referentes a los controles sanitarios de Salud Escolar.

La primera teoría se refería a que las actividades del Servicio Escolar, tendrán que estar integradas en un futuro programa de Salud. Sería, pues, ampliar el ámbito restringido actualmente a otro de mayor capacidad efectiva asistencial.

La segunda tendencia, contrapuesta, es la que aboga por la supresión de los exámenes de Salud Escolar por su poca utilidad (efectividad) práctica, ya que la mayoría de las alteraciones son detectadas anteriormente por los padres y solucionados a través de éstos.

Después de desarrollar un trabajo en Cataluña sobre la efectividad de los Exámenes escolares, llegamos a la conclusión que si eran efectivos estos exámenes ya que el 23,26% de los padres afirmaban que el Equipo de Salud Escolar le habían diagnosticado a su hijo alguna alteración no conocida por ellos y el 48,9% de los

padres buscan asistencia sanitaria posteriormente. En este mismo trabajo de Cataluña comprobamos que en cuanto a los exámenes de las alteraciones podológicas en escolares, son poco efectivos ya que suelen ser realizados por personal poco especializado y sin asesoramiento.

### RECOLECCION DE LA INFORMACION

El presente trabajo se desarrolló en Chiclana de la Frontera (Cádiz) población de unos 50.000 habitantes de derecho, con alta población flotante muy acusada en época estival.

Posee una tasa de natalidad del 24,5% con tendencia a decrecer una unidad anualmente. Su mortalidad es del 5,7% siendo la mortalidad infantil elevada, de un 19% debido principalmente a enfermedades infecciosas y congénitas.

Ejecutamos la revisión de todos los escolares de 1.º y 5.º y 8.º de E.G.B. adecuándose espacios distintos centros para la exploración, rellenándose una ficha por cada alumno revisado, (2580), 1304 varones y 1276 hembras que corresponden a un total de 79 aulas de 16 colegios, siendo la media de 32,65 alumnos por aula.

Después de facilitarnos su filiación, el escolar procedía a desvestirse y descalzarse, a continuación se realizaba el examen propiamente dicho, en posición erecta, donde eran observadas las alteraciones a nivel de rodillas, medidas éstas con el goniómetro de Moltgen, plomada y cinta métrica. Las alteraciones de retropie se medían tomando como referencia la línea de Helbing, dándose los resultados en grados por la reglilla de Perthes. También se medían la línea de Feiss, marcándola con un rotulador y dando los resultados en centímetros.

Seguidamente, el niño/a se colocaba en decúbito supino sobre una camilla, donde se le medía las posibles disimetrías y una observación y palpación de las posibles onicopatías, dermopatías y alteraciones anatómicas.

Por último se hacía un estudio del calzado usado. Una vez realizado esto, tarea en la que se invierte 5 meses, se separan las fichas en Varones y Hembras y por aulas, pasándose los datos a la ficha, (un total de 148, o sea, el doble de

aulas visitadas), para no reflejar el nombre del alumno en esta ficha, a cada alumno se le da un número en su ficha de exploración.

Un escolar es considerado Normal aunque padezca una alteración subjetiva, como son falta de higiene, hiperhidrosis o calzado no racional, estas alteraciones serán objeto de estudio por separado. En el apartado calzado no fisiológico se pone «R» si es racional, «B» si es bamba y «F» si es punta fina.

A la vez que se realiza la ordenación de datos se las remite a los padres en un informe comunicándole si su hijo/a padece o no alguna alteración podológica y si necesita visitar al podólogo.

### ANALISIS DE PORCENTAJES DE PATOLOGIAS POR CURSO Y SEXO (TABLA 1)

#### Cavo valgo

Encontramos un aumento progresivo conforme mayor grado es el curso analizado, reflejándose esto principalmente en las hembras (8, 10, 14%), en los varones vemos que en 8.º de E.G.B. desciende el porcentaje, no encontrando causa que lo justifique.

#### Plano valgo

Se ve claramente que a medida que el niño crece esta patología va decreciendo de una forma muy clara, debido tal vez a un fortalecimiento de la musculatura y osificación de los huesos propios del pie llegando a ser incluso inapreciable en 8.º de E.G.B.

#### Valgo

Es otra patología claramente decreciente tanto en varones como en hembras justificada por la tonificación del aquiles y tibiales por la alineación progresiva cadera-rodilla-pie.

#### Plano

Es la tercera y última patología en período decreciente que se aprecia de una forma clara debido a un acomodamiento fisiológico de los elementos óseos y blandos del pie que poco a poco van formando la bóveda propiamente dicha.

#### Cavo

Es la alteración que tiene una progresión geo-

métrica en aumento más clara, estabilizándose a partir de la llegada del desarrollo físico, teniendo en cuenta que los porcentajes son los más elevados, aunque dicha alteración no suele mostrar sintomatología hasta pasada la segunda década de vida (podalgia y deformación anatómica), por este motivo no lo hemos considerado susceptible de consulta podológica ya que bien poco podremos hacer.

#### Dismetría

Este apartado se nos escapa un poco de nuestro campo aunque no sus consecuencias por ello solo nos dedicaremos a testificarlo debido a que su diagnóstico debe ser radiológico, solo reseñar que se mantiene en unos niveles similares a otros trabajos.

#### Genu Varo. Genu Valgo

Son patologías con un bajo porcentaje y en la mayoría de las ocasiones se suelen encontrar asociadas a otras alteraciones propias del pie.

#### Varo

Vemos también un aumento progresivo sobre todo en los varones de 8.º, siendo en 1.º de E.G.B. casi despreciable el porcentaje.

#### Pie Adductus

Suele estar estabilizado, un poco aumentado en los varones de 5.º y 8.º debido quizás a prácticas deportivas y al calzado utilizado en su práctica.

#### Hallux Valgus

Encontramos un aumento espectacular en las hembras de 5.º y 8.º provocado por el calzado más estrecho a nivel del antepie y por el aumento progresivo del tacón.

#### Papiloma

Hay una baja incidencia, no hemos encontrado ninguno en las féminas, se debe tener en cuenta que todos éstos escolares no suelen ducharse fuera de su domicilio y no existen piscinas «escolares» en esta ciudad.

#### Queratosis

Aún siendo una alteración un poco subjetiva hay un aumento en las hembras de 8.º, dato to-

talmente lógico, provocado por la mala calidad del calzado usado y por la estrechez de éste.

## Onicocriptosis

Patología creciente principalmente porque a partir de la edad en la cual el escolar asume sus pautas de aseo, sin un buen aprendizaje, se provocan un mal corte a nivel de los bordes libres de la lamina ungueal, unido esto al reiterativo uso del calzado de pala estrecha.

## Ductus

Alteración congénita que se acentúa por el calzado, éste a veces heredado de algún familiar mayor y por la ignorancia de los padres de las posibles consecuencias de un calzado de un tamaño no adecuado que limita la movilidad de los elementos libres del pie.

## Falta de Higiene

Desgraciadamente este apartado tiende a disminuir a medida que los niños se independizan de los padres en su aseo personal.

## Uñas mal cortadas

Alteración que mantiene sus índices estabilizados, aunque estos sean altos, debido a una falta de concienciación por parte de padres (en la primera etapa) y de los escolares (en la 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>) de las posibles patologías que llegaría a alcanzar a largo plazo si no se realiza adecuadamente.

## Hiperhidrosis

Como es lógico aumenta desgraciadamente provocado por el influjo de la moda que conlleva el uso de un calzado inadecuado pero que el escolar se siente atraído por el constante bombardeo de spots publicitarios y la influencia de sus compañeros más al día, siendo ésta la misma causa que aumenta los porcentajes en el apartado calzado no fisiológico.

**TABLA 1**  
**RELACION DE PORCENTAJES SEPARADOS POR ALTERACION, SEXO Y CURSO**

%	VARON			HEMBRA		
	1.º	5.º	8.º	1.º	5.º	8.º
NORMAL	54	55	57	53	46	49
CAVO VALGO	4	9	5	8	10	14
PLANO VALGO	7	2	1	3	2	—
VALGO	12	8	5	10	9	5
PLANO	7	4	2	5	3	1
CAVO	8	16	13	14	18	17
DISMETRIA	4	3	8	2	4	4
GENU VARO	0,6	0,2	1	0,2	0,6	2
VARO	0,6	1	6	1	2	3
PIE ADDUCTUS	0,4	2	2	1	1	0,8
HALLUX VALGUS	1,5	2	4	1	8	12
PAPILOMA	0,2	0,2	0,6	0	0	0
QUERATOSIS	1,5	3	3	1	2	7
ONICOCRIPTOSIS	0,8	1	2	1	0,6	2
DUCTUS	3	2	3	2	4	4
FALTA HIGIENE	30	32	18	19	20	13
UÑAS MAL CORTADAS	25	21	19	22	18	18
HIPERHIDROSIS	27	45	63	19	42	42
CALZADO NO FISIOLÓGICO	62	85	85	36	43	51

## COMPARACION DE PORCENTAJES ENTRE LOS CURSOS, SIN TENER EN CUENTA EL FACTOR SEXO TABLA 2

Aumenta con la edad:	Cavo Valgo	de 6 a 9,5 y a 9,5
	Cavo	de 11 a 17 y a 15
	Varo	de 0,8 a 1,5 y a 4,5
	Hallux Valgus	de 1,2 a 5 y a 8
	Queratosis	de 0,1 a 2,5 y a 5
	Onicocriptosis	de 0,9 a 0,8 y a 2
	Doctus	de 2,5 a 3 y a 3,5
	Hiperhidrosis	de 23 a 43,5 y a 52,5
Calzado no fisiol.	de 49 a 64 y a 68	
Disminuye con la edad:	Plano Valgo	de 5 a 2 y a 0,6
	Valgo	de 11 a 8,5 y a 5
	Plano	de 6 a 3,5 y a 1,5
	Falta de Higiene	de 24,5 a 26 y a 15,5
	Uñas mal cortadas	de 23,5 a 19,5 y a 18,5

**CONCLUSION:** La mayoría de las alteraciones podológicas aumenta su porcentaje con la edad, excepto el Plano, Valgo y el Plano Valgo como se ha dicho anteriormente debido al calzado, y a la mala educación sanitaria.

El descenso es provocado por el acomodamiento y tonificación de los elementos óseos y musculares propios del pie.

**TABLA 2**  
**RELACION DE PORCENTAJE SEPARADO POR ALTERACION Y CURSO**

%	1.º	5.º	8.º
NORMAL	53,5	50,5	53
CAVO VALGO	6	9,5	9,5
PLANO VALGO	5	2	0,6
VALGO	11	8,5	5
PLANO	6	3,5	1,5
CAVO	11	17	15
GENU VARO	0,4	0,3	0,5
GENU VALGO	0,5	0,3	0,1
VARO	0,8	1,5	4,5
PIE ADDUCTUS	0,6	1,5	1,4
HALLUX VALGUS	1,2	5	8
PAPILOMA	0,1	0,1	0,3
QUERATOSIS	0,1	2,5	5
ONICOCRIPTOSIS	0,9	0,8	2
DUCTUS	2,5	3	3,5
FALTA HIGIENE	24,5	26	15,5
HIPERHIDROSIS	23	43,5	52,5
CALZADO NO FISIOLÓGICO	49	64	68

**COMPARACION DE PORCENTAJES ENTRE VARONES Y HEMBRAS (TABLA 3)**

En este apartado hay una gran similitud en cuanto a porcentajes, destacando quizás, el mayor número de Cavo Valgo (11 a 6), Cavo (16 a 12) y Hallux Valgus (7 a 2,5) a favor de los varones, considerando, pues, estas patologías más propicias del sexo femenino.

No encontramos patologías propiamente dichas «exclusivas» de varones, aunque se puede destacar la alteraciones subjetivas Falta de Higiene (26 a 17) y Calzado no fisiológico (77 a 43) debido a la utilización más común de calzado deportivo en el sexo masculino.

**TABLA 3**  
**RELACION DE PORCENTAJE SEPARADO POR ALTERACION Y SEXO**

	VARON	HEMBRA
NORMAL	55	49
CAVO VALGO	6	11
PLANO VALGO	3	2
VALGO	8	8
PLANO	4	3
CAVO	12	16
DISMETRIA	5	3
GENU VARO	0,6	0,8
GENU VALGO	0,3	0,2
VARO	2,5	2
PIE ADDUCTUS	1,5	0,9
HALLUX VALGUS	2,5	7
PAPILOMA	0,3	0
QUERATOSIS	2,5	3,3
ONICOCRIPTOSIS	1,3	1,2
DUCTUS	2,6	3,3
FALTA DE HIGIENE	26	17
UÑAS MAL CORTADAS	21	19
HIPERHIDROSIS	45	34
CALZADO NO FISIOLÓGICO	77	43

**RELACION ESTADISTICA HIPERHIDROSIS-BAMBA**

Queremos conocer si la hiperhidrosis depende del uso de un determinado tipo de calzado (deportivo o bamba). Para ello elegimos una muestra de 2.580 niños (de 1.º, 5.º y 8.º de E.G.B.) y se estudió el tipo de calzado de cada individuo (separándose en bambas y no bambas) y si padecían o no un exceso de sudoración.

Se obtiene la siguiente tabla:

	H	no H	
B	610	782	1.392
no B	398	790	1.188
	1.008	1.572	2.580

Nota; B: población de alumnos que usan zapatos tipo bamba  
no B: población de alumnos que NO usan zapatos tipo bamba  
H: población de alumnos que padecen de hiperhidrosis

# PEUSEK®

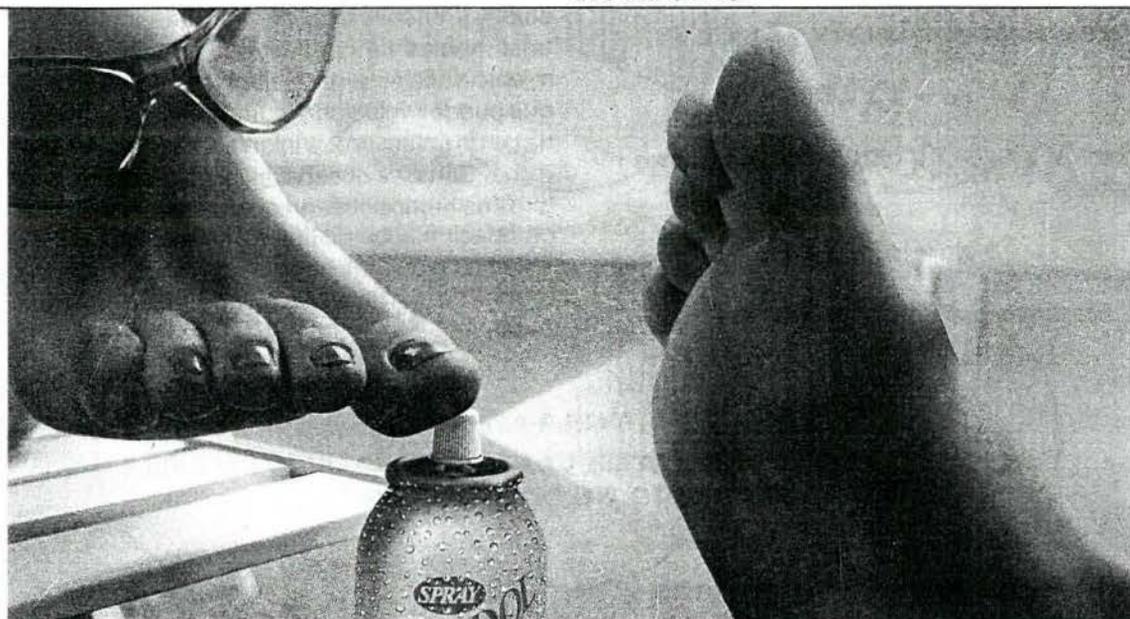
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

no H: población de alumnos que NO padecen de hiperhidrosis

¿Podemos suponer que la sudoración diferirá en cuanto a la proporción del calzado utilizado?

— Efectuaremos los cálculos a un nivel de significación del 5%.

— Sea entonces la hipótesis nula;  $H_0: P_H^1 = P_H^2$

frente a la hipótesis alternativa:  $H_1: P_H^1 = P_H^2$  siendo  $P_H^1$ : probabilidad de que un alumno padezca hiperhidrosis y use calzado tipo bamba.

$P_H^2$ : probabilidad de que un niño padezca hiperhidrosis y no use calzado tipo bamba.

— Si la hiperhidrosis no depende del tipo de calzado utilizado deberá aceptarse la hipótesis nula  $P_H^1: P_H^2$  es decir, la proporción de afectados por la hiperhidrosis es la misma independientemente del calzado.

— Para el estudio propiamente dicho se realiza el test de  $\chi^2$  (ANEXO) y obtenemos:

$$\chi_{exp}^2 : \frac{(610 - 543,85 - 0,5)^2}{543,85} + \frac{(782 - 848,15 + 0,5)^2}{848,15} + \frac{(398 - 464,15 + 0,5)^2}{464,15} + \frac{(790 - 723,85 - 0,5)^2}{723,85} = 28,246$$

Para el contraste bilateral y para  $\alpha: 5\%$

$$\chi_{1, 1-\alpha}^2 = \chi_{1, 0,95}^2 = 3,84$$

como  $\chi_{exp}^2 > \chi_{1, 0,95}^2 \rightarrow$  Rechazamos hipótesis

$$\text{Nula } H_0 : P_H^1 = P_H^2$$

Efectuamos el contraste unilateral.

$$H_0 : P_H^1 = P_H^2$$

$$H_1 : P_H^1 \neq P_H^2$$

Hallamos  $\chi_{1, 1-2\alpha}^2 = 2,71$  y como

$$\chi_{exp}^2 > \chi_{1, 0,90}^2, 0,90 \text{ rechazamos.}$$

$H_0 = P_H^1 = P_H^2$ , es decir, aceptamos que  $P_H^1 > P_H^2$

**CONCLUSION:** En el total de escolares examinados la probabilidad de que un alumno padezca hiperhidrosis y use calzado tipo bamba es superior a la probabilidad de que un alumno padezca hiperhidrosis y no use calzado tipo bamba. Es decir, en global, el usar calzado tipo bamba va relacionado con la hiperhidrosis.

**ANALISIS DE LOS NUMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES DE LA NECESIDAD - NO NECESIDAD TRATAMIENTO (TABLA 4 y GRAFICA 1)**

Encontramos un elevado porcentaje de alumnos que necesitan visitar al podólogo, en la mayoría de los casos alrededor del 35 %, aunque hay que tener en cuenta que esta necesidad de tratamiento no necesariamente debe ser farmacológica, ortopédica, etc., sino que simplemente unas pautas de conducta se considera tratamiento suficiente para eliminar una alteración que puede evolucionar a una patología necesaria de un tratamiento o intervención propiamente dicha. Como se observa en el diagrama de sectores no hemos observado grandes diferencias en relación a los distintos cursos o sexo.

También podemos observar que la incidencia de más de una patología en un alumno suele ser escasa.

**TABLA 4**  
**N.ºS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES DE NECESIDAD - NO NECESIDAD TRATAMIENTO Y N.º DE PATOLOGIAS**

1.º VARON	464	182	168	14	282
		39%	36%	3%	61%

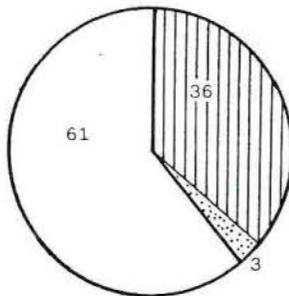
# APORTACIONES CIENTIFICAS

1.º HEMBRA	412	131 32%	117 28%	14 3%	281 68%
5.º VARON	526	163 31%	151 29%	12 2%	363 69%
5.º HEMBRA	513	205 40%	178 35%	27 5%	308 60%
8.º VARON	314	105 33%	87 28%	18 5%	209 67%
8.º HEMBRA	351	142 40%	114 32%	28 8%	209 60%
TOTAL	2.580	928 36%	815 32%	113 4%	1.652 64%
	Total Alumnos	Necesita Tratamiento	Una Patología	Más de una Patología	No necesita Tratamiento

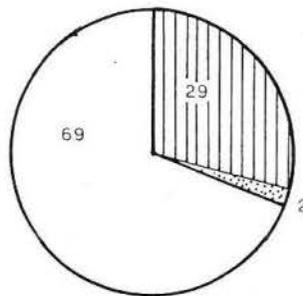
## DIAGRAMA DE SECTORES (GRAFICA 1)

NECESIDAD - NO NECESIDAD DE TRATAMIENTO

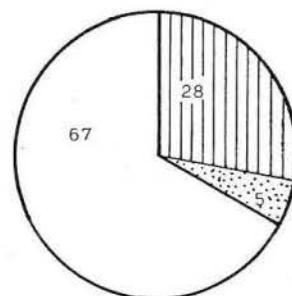
No Necesita Tratamiento
  Una Patología
  Más de una Patología



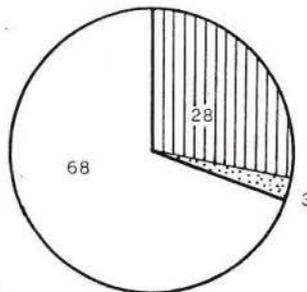
1º VARON



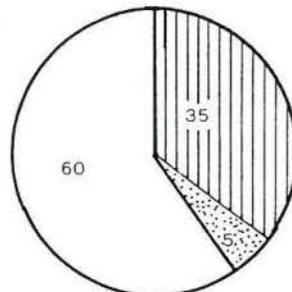
5º VARON



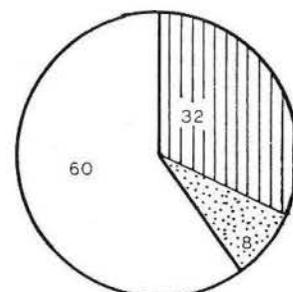
8º VARON



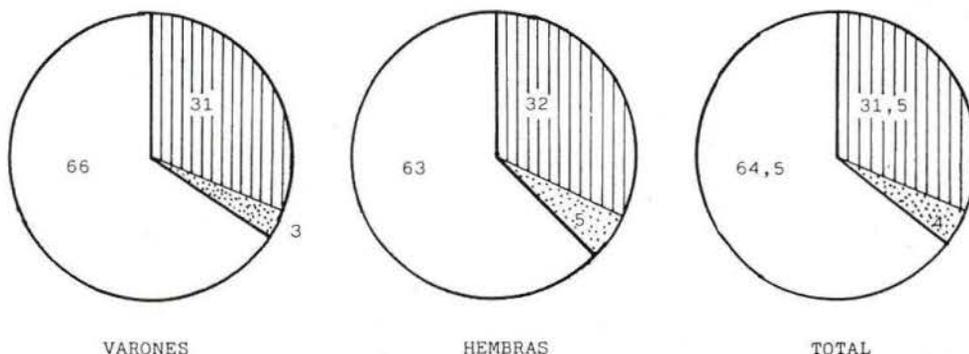
1º HEMBRA



5º HEMBRA



8º HEMBRA



## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA: *Una Guía para profesionales de la Salud*. Bogotá, 1983.
- DE MIGUEL, JESUS M.: *La Salud Pública del Futuro*, Barcelona. Editorial Ariel, S. A.
- DEPARTAMENT DE SANITAT Y SEGURITAT SOCIAL: *Manual d'Examens de Salut Escolar*. Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1980.
- DURANA INES: *Estrategias de Enseñanza-aprendizaje en la Atención primaria de Salud*. México, Organización Panamericana de la Salud, 1982.
- EXCELENTISIMO AYUNTAMIENTO DE CHICLANA: *Normas Subsidiarias de Urbanismo*, Chiclana, 1981.
- FRIEDMAN: *Epidemiología*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, S. A., 1975.
- GARCIA MANZANEDO: *Manual de Investigación aplicada en Servicios Sociales y de Salud*, México, D.F., La Prensa Médica Mexicana, S. A., 1983.
- JUNTA DE ANDALUCIA: *El Examen de Salud en la Escuela*.
- JUVANET, J.: «Programa de Salud Escolar». Ayuntamiento de Barcelona, 1985.
- LELIEVRE, J.; LELIEVRE, J. F.: *Patología del Pie*. París Editorial, Masson, 4.ª Edición, 1982.
- POLIT, D.; HUNGLER, B.: *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*, México, D.F., Editorial Interamericana, 1985.

ROMERO DAVID: *Elementos y Técnica del Trabajo Científico*, Barcelona, Editorial Teide, S. A., 7.ª Edición, 1985.

SAN MARTIN, H.: *Epidemiología, Teoría, Investigación, Práctica*, Madrid, Díaz de Santos, S. A., 1986.

SOLA MENDOZA: *Higiene Escolar*, México, D.F., Editorial Trillas, S. A., 6.ª Edición, 1981.

VILADOT, A.: *Patología del Antepié*. Barcelona, Editorial Toray, 2.ª Edición, 1981.

VILADOT, A. y COLABORACION: *Diez Lecciones sobre patología del pie*, Barcelona, Editorial Masson, 2.ª Edición, 1984.

### REVISTAS

ANONIMO: «La Salud Escolar». *Gassetta Sanitaria de Barcelona*, volumen 11, septiembre-octubre 1983, págs. 175-176.

ANTON, J. M.; JIMENEZ, R.; COMPANY, A.: «Estudio de l'efectivitat dels examens mèdics escolars a través de enquesta de Salut per entrevista». *Gassetta Sanitaria de Barcelona*, Volumen 17, septiembre-octubre 1984.

CAMPRODON, A.: «Els exàmens selectius de Salut». *Gassetta Sanitaria de Barcelona*, Volumen 23, septiembre-octubre, 1985.

MENA, FRANCISCO J.: «Eficacia de los Exámenes de Salud Escolar en las alteraciones podológicas: Estudio Epidemiológico de estas alteraciones». *Revista Española de Podología*, n.º 111, mayo-junio 1987.

## PANHIPERTROFIA DE LOS LABIOS UNGUEALES

Autor: Pedro M.<sup>a</sup> GALARDI ECHEGARAY

Para comenzar este trabajo, diré, que el prefijo o sufijo «pan» significa totalidad, y por tanto al hablar de la «panhipertrofia de los labios ungueales», me refiero no sólo a los labios ungueales en sí, sino, a todas las partes blandas en que se asienta la uña, que corresponden a los labios ungueales, peroneal o externo, tibial o interno y también a la porción distal del dedo o pulpejo.

Cuando esto ocurre, la uña queda cubierta en todo su perímetro por las partes blandas, las cuales a veces le llegan a cubrir. De todas formas, y antes de seguir adelante, creo conveniente hacer un breve recuerdo anatómico de las características de la uña, que son: Se forma a partir de la matriz que se encuentra en la parte proximal, que su crecimiento depende de ésta y que su anchura está en relación directa con la anchura de la matriz. Su crecimiento es de 0,1 mm. por día, luego haciendo un cálculo a grosso modo, vemos que una uña que se arranca, tarda en crecer entre los 6 y 7 meses.

Entre la uña y la falange hay un espesor de 2 a 3 mm. y su contorno es el dorso de la falange que tiene como base, y éste contorno puede variar por presiones o por irritación.

Entre la uña y el surco ungueal, hay un espacio de 1 mm., y el labio está revestido de una fina capa de tejido epitelial, éste es el espacio que le protege de la irritación.

Estas cosas aunque son fáciles y, por supuesto, todos las sabemos son importantes recordar para la hora de la intervención.

Al hablar de la etiología, recordaremos la etiología de la onicocriptosis, que según Frost son de 3 tipos:

1. Las uñas normales que por un mal corte, se ha dejado un gárfio o espolón en el surco ungueal y que al crecer produce la herida y hace de cuerpo extraño, no dejando cerrar la herida y produciendo un tejido de granulación.
2. Las uñas normales pero con labios hipertrofiados.
3. La deformación hacia dentro de uno de los lados de la uña; ésta no la veo clara, pues como se ha dicho la uña crece según la matriz de la misma, por lo que si la matriz no se ha alterado, la uña no puede crecer hacia dentro.

Al hablar de la panhipertrofia, la etiología que yo he visto, y por tanto es de la que voy a hablar, son las onicocriptosis mal tratadas, los hematomas subungueales mal tratados y los microtraumatismos.

Uno de los campos en que yo me muevo a diario, es el campo del deporte, y éste tiene unas características propias que voy a tratar de resumir y recordar. Un deportista en el recorrido de 1 Km. golpea al suelo unas 1.500 veces y su fuerza de impacto o de choque es de aproximadamente 3 veces el peso del cuerpo, si a esto añadimos, que en la última fase del paso, hay un momento en que sólo se apoya el dedo primero en su porción distal, hace que la uña del dedo primero tenga una gran

importancia, como defensa de este dedo en su cara dorsal.

Es tan grande la presión que recibe esta uña, que uno de los numerosos problemas que encontramos en el deporte son los hematomas subungueales en los dedos primeros, la ruptura de la fina capa de tejido epitelial y la producción de irritaciones en todas las formaciones blandas y duras de este dedo, y que según el deporte que practique, es por distintas causas: el roce de la puntera del calzado, pisotones, microtraumatismos, etc.; por ejemplo en el fútbol, son los continuos microtraumatismos al golpear el balón, así como los traumatismos fuertes por golpes y pisotones con los tacos; en los atletas de fondo es el roce y la presión que ejercen las zapatillas en los dedos, en el frontón y en el tenis, es el continuo choque del pie contra la puntera del calzado, al tratar de continuo de frenar en las carreras, en los danzarines de ballet es su constante ejercicio de puntas, etc.

Cuando aparece el hematoma subungueal, su tratamiento es taladrar la placa ungueal, para que al vaciar el hematoma desaparezca la presión y por tanto el dolor, colocar una ortesis blanda de tubifoan con silicona, con el fin de amortiguar los traumas y que haga un poco las funciones de uña, y el deportista pierda el menor tiempo posible de su actividad, seguimos vigilando el crecimiento de la uña, y haciendo que tanto los canales laterales como la porción libre o pulpejo, estén libres de cualquier alteración, hipertrofia, heridas, etc.

Pero cuando los equipos deportivos no tienen podólogo, entonces el que hace la trepanación de la uña, con una aguja, grapa, alambre, etc., es el entrenador, masajista o el propio deportista y como el dolor desaparece continúan en el deporte sin poner ninguna protección en el dedo, esta uña suele caer pronto, la que sale se encuentra con unos bordes laterales finos, sigue con los mismos traumatismos que cuando se produjo el hematoma, hay muchas veces que vuelve a caerse, y cuando ya termina de salir la siguiente, se encuentra que se ha producido la panhipertrofia.



Por otro lado y siguiendo con la etiología, tenemos la mala cirugía que practican algunos cirujanos y traumatólogos, que cuando se encuentran con una onicocriptosis, lo que hacen es arrancar la uña, por lo que el enfermo sigue andando, con la causa del problema en el dedo, ya que sigue la hipertrofia de los labios, sin ninguna protección al caminar, lo que hace que en la porción anterior del dedo, su pulpejo, se produzca una hipertrofia al no haber protección de la capa ungueal, que con la hipertrofia de los labios, se produce la panhipertrofia.

Por lo que yo he podido observar, la panhipertrofia, tiene el siguiente mecanismo de formación:

La uña tarda en crecer de 6 a 7 meses, en este período de tiempo no hay placa ungueal, y si no hay podólogo no hay ortesis de placa ungueal, ni seguimiento en el crecimiento de la uña.

En la última fase del paso, hay un momento en que sólo se apoya el dedo primero, que al encontrarse sin la uña, no tiene protección ni tope para las partes blandas en el pulpejo por la parte superior. Las partes blandas por compresión al dar el paso, sobrepasan el dorso del dedo y tienen un roce constante con el calzado, lo que produce la hipertrofia del pulpejo, por lo que al crecer la uña se encuentra con la hipertrofia de todo el contorno periungueal. Por lo que llegamos a la conclusión de que el problema no es de la uña, como se ha

creido y hoy día creen, sino que el problema es de las partes blandas.



La técnica que voy a presentar es sencilla, de rápida curación, con pocas complicaciones posoperatorias y sumamente agradecida. Sigo los pasos de Du Vries, solamente que hago una variación, él hace la incisión en forma de herradura rodeando el perímetro de la uña y quitando el triángulo o elipse, con su correspondiente grasa y sutura e los bordes cutáneos.

El camino que yo sigo es el siguiente:

Después de hacer todo lo pertinente para el preoperatorio, ordeñado el dedo se coloca un toctor en la base del mismo, para poder operar con suficiente visibilidad.



La intervención al comienzo por los labios ungueales, de la misma forma que lo hace Du

Vries para la onicocriptosis, incisión a lo largo del borde de la uña, haciendo otra incisión semielíptica que une los bordes de la primera, en la que se coge todo el labio hipertrofiado y profundizado para quitar todo el exceso de grasa, se despega un poco la uña y se hace la sutura comenzando por el dorso de la uña con un punto profundo se saca la aguja por debajo de la uña y se toma el labio libre, para volver a pasar por debajo de la uña y suturar por encima de la misma, con lo que conseguimos invaginar el labio en la uña y darle a esta un nuevo canal de piel. Esto lo realizamos en los dos labios, en el pulpejo hacemos una incisión de forma elíptica, la anchura depende de la hipertrofia del pulpejo, esta incisión se profundiza hasta la falange, y se extirpa la piel y todo el tejido que se encuentra en esta elipse, una vez hecho esto, se suturan los labios laterales como ya he explicado, en el pulpejo se unen también lo labios de la herida, tirando del labio superior hacia el inferior, de esta forma tan sencilla desaparece la panhipertrofia.



Una vez cerrado todo, se hace una infiltración de un corticoide, el que yo uso es el «celestone cronodose» un  $\text{cm}^3$ , con la finalidad de que no haya inflamación y así el dolor sea casi imperceptible y no haya una estrangulación de los puntos por problemas inflamatorios, y colocamos un vendaje con apósito atiadherente.

Para el postoperatorio, ponemos una pro-

tección antibiótica, analgésica y antitetánica, esta última si no la tiene puesta.

A los 3 días levantamos la cura y a los 12 ó 13 quitamos los puntos.

Complicaciones muy pocas veces hemos tenido, y ha sido la infección de algún punto, entonces para que no se macere la piel donde se aposenta la uña, ponemos una gasa debajo de ésta y la empapamos cada dos días de antiséptico, del tipo del «merthiolate», para cuando llegan los 12 días para quitar los puntos, suele estar seco y curado.

Recidivas no hemos tenido ninguna.



---

---

# § SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

J. A. Tejero

EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA

- Instrumental
- Piezas de mano
- Jeringas
- Micromotores
- Esterilizadores
- Fresas, etc.

*ANTE CUALQUIER MATERIAL QUE NECESITE **CONSULTENOS** Y NOS  
SENTIREMOS ORGULLOSOS DE PODERLE ASESORAR.  
ESTAMOS A SU DISPOSICION DE LÚNES A SABADO DE 10 A 13 HORAS  
Y DE 16 A 20 HORAS.*

## SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

C/. Príncep Benlloch, 16. Andorra la Vella  
Teléf. 60516. Fax: 60199. PRINCIPAT D'ANDORRA

## MIS EXPERIENCIAS EN M.I.S. NUESTRA ACTUACION PARA SUBSANAR ERRORES

Autor: Eraristo Rodríguez Valverde  
Podólogo

Ante la necesidad de no tener que reincidir en algunos casos quirúrgicos, nos hemos visto obligados a ir cambiando de ciertas técnicas o sistemas implantados en la cirugía por mínima incisión. (M. I. S.).

Nuestro planteamiento ha ido cambiando más en ciertos matices que globalmente. Continuamos pensando que la «M. I. S.» es una técnica válida, no obstante algunos fracasos habidos. Por ello hay que exponerlos para evitar, si es posible, que otros caigan en los mismos errores.

Afortunadamente no hemos tenido fracasos o errores que nos se hayan podido subsanar, pero ello no impide que no hayamos pasado nuestros ratos desagradables, e incluso plantearnos muy seriamente la posibilidad de dejar de practicar esta técnica.

Ante esta situación, el exámen de conciencia profesional y el repaso de nuestra actuación nos ha permitido continuar, no sin antes poner remedio, cambiar ciertos conceptos y añadir otros, sobre todo en el postoperatorio.

Poco a poco, nuestra experiencia ha ido aumentando hasta el punto que, desde marzo de 1980 en que practicamos la primera intervención de hallux valgus con este sistema, hasta la hora actual, hemos practicado más de quinientas intervenciones con esta técnica, se entiende incluidos heloma de V dedos, dorsales, dedos en garra o martillo, interdigitales, etc.

Creo que el badaje nos ha dado para todo: errores, sinsabores, resultados insuficientes y por qué no, también satisfacciones.

Por ello continuamos nuestra empresa quirúrgica y la verdad es que globalmente estamos muy satisfechos con los resultados. No

obstante considero que si nuestra experiencia puede servir para que otros no la sufran, tanto pacientes como profesionales, nos daremos por satisfechos.

### EVOLUCION

Siguiendo la pauta implantada al inicio, dos días después de la intervención prescindíamos del vendaje e iniciábamos las sesiones con hidroterapia.

Puedo asegurar que este sistema en ningún momento nos agradó ya que con él al prescindir de los vendajes aplicados diariamente, poca corrección se obtenía en cuanto a las desviaciones de los dedos.

Es obvio que a nivel de prominencia mejoraba tanto en cuanto a sintomatología, como respecto a la anchura del antepié.

Bien es verdad que la técnica de la M. I. S. en U. S. A. la aplican en el hallux valgus, sólo en desviaciones no superiores a los 15°, y nosotros la utilizamos para cualquier grado de desviación. Fig. 1.



Fig. 1

¿Qué ocurría?, pues que había decepciones por falta de alineación, tanto por parte del paciente como nuestra. A partir de aquí, iniciamos los primeros cambios en la técnica; en lugar de levantar la cura a los dos días, se llevaba a cabo a los ocho, manteniendo al máximo la corrección a base de Mefix, y prescindiendo de la hidroterapia.

Con ello mejoró algo nuestro promedio de satisfacción, pero la verdad es que continuábamos un poco decepcionados con los resultados obtenidos a largo plazo.

Luego los cambios de vendaje y la primera cura la realizábamos a los quince días, una vez levantada, volvíamos a aplicarla con la máxima corrección que permitía. Así conseguimos unos puntos más de corrección final.

Luego aplicamos una férula del tipo que se utiliza para el hallux valgus (nocturna, fig. 2), y también fueron mejorando los resultados.

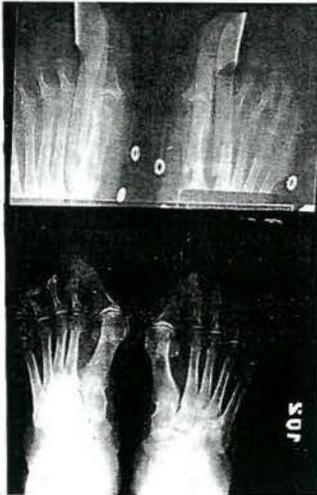


Fig. 2

Como se rompían con bastante facilidad (pues los pacientes deambulaban con ellas), dejamos de utilizarlas para emplear otro tipo de férula que utiliza mi amigo Witney, (podiatra profesor de ortopodología de la Escuela de Philadelphia). Con ello al menos evitamos la rotura. Esta férula que nosotros mismos confeccionábamos, él la empleaba para correcciones nocturnas del hallux valgus. Fig. 3.

Más adelante utilizamos una férula casera

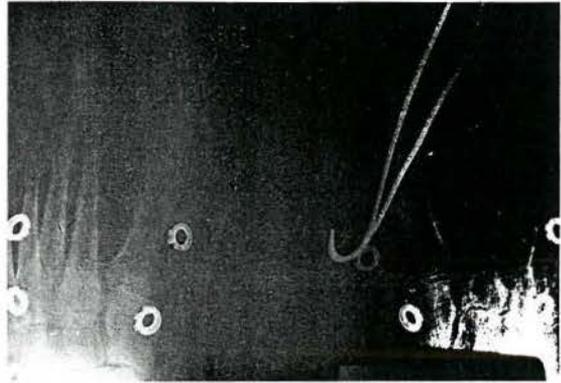


Fig. 3

a base de media jeringa desechable forrada con pedilastik, para evitar el contacto directo de la superficie dura con la zona intervenida, y éste a su vez protegido con melolin, para evitar la maceración de la zona, cosa que ocurriría si el pedilastik estuviese en contacto directo con la piel. Cabe decir que para los dedos utilizamos el mismo sistema recortando la jeringa al tamaño adecuado. Resultados mucho más óptimos, yo diría que como férula es lo mejor que hemos encontrado.

La osteotomía del primer dedo, fué no obstante el factor más determinante en cuanto a conseguir un resultado más estético y alineado en el hallux valgus, favoreciendo al mismo tiempo los resultados que obteníamos en el 2.º dedo. Pero manteniendo igualmente la corrección.

### PROCEDER PREQUIRURGICO

- Estudio biomecánico del pie y del procedimiento ortopodológico que poste-

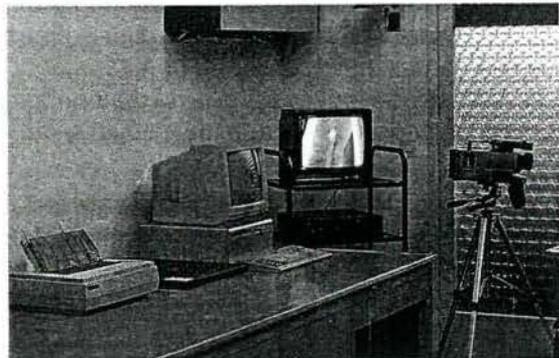


Fig. 4

Protector epidérmico  
podológico

Limpieza integral  
del pie  
Bactericida

Normaliza  
la fisiología del pie.

Antimicótico  
Antisudoral

**CPI**  
**CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL**  
Sagitario, 12 · ALICANTE (España)

### RESTAURADOR MANTO ACIDO

**Composición:** Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%, sustancias humectantes, 10%, derivados de lanolina, 2%, triglicéridos vegetales, 1%, aminoácidos y sales inorgánicas, 2%, emulsionantes no tensioactivos, 2,5%, ácido láctico c.s.p. ph = 5,5

**Indicaciones y modo de empleo:** Emulsión epicutánea disminuida o alterada, tanto sobre pieles alipicas como grasas. Aplicación después del baño o ducha con suave masaje

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA,

### GEL CPI

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%, anfolitos, 13%, ácido láctico c.s.p. ph = 5,5

**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts

### CREMA PODOLOGICA CPI

**Composición:** Urea, 5,0%, propilenglicol, 3,0%, oleum germen Triticum aestivum, 4,0%, extracto de Citrus limonum, 4,0%, lactato sódico, 3,0%

**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis

**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr., P.V.P. IVA, 750 pts

### MICOESPEC POLVOS

**Composición:** Por gramo: Nitrateo de Econazol, 10 mg

**Indicaciones:** Micosis provocadas por hongos, levaduras y bacterias sensibles al econazol especialmente las micosis húmedas y rezumantes

**Posología:** 1-2 aplicaciones al día

**Contraindicaciones e Incompatibilidades:** No se conocen. El uso de anovulatorios orales, puede disminuir la eficacia del tratamiento

**Efectos secundarios:** Puede darse algún caso de flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda suspender el tratamiento

**Intoxicación:** No existe riesgo

**Presentación:** Frasco de polvos de 30 gr., P.V.P. IVA, 334 pts

riormente pueda instaurarse, tanto a nivel de tratamiento como para evitar recidivas Fig. 4.

El no haber estudiado detalladamente la alteración biomecánica desencadenante de la consecuencia (hallux valgus, dedos de garra, exóstisis, etc.), puede comportarnos a un fracaso o a resultados insuficientes. Fig. 5.

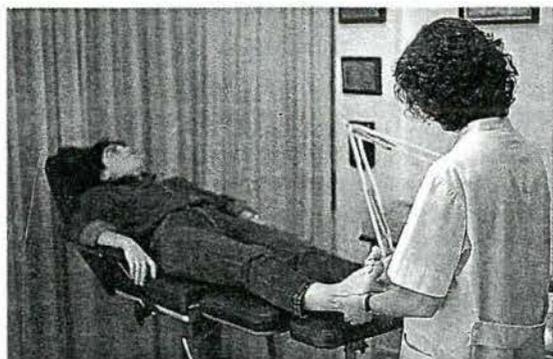


Fig. 5

- Estudio quirúrgico del caso y valoración de los resultados previsibles (técnica a emplear en cuanto a incisiones y dedos a intervenir. Influencias de unos sobre otros).
- Valoración no sólo a nivel local si no general.
- Compaginación global de ambos.
- Estudios analíticos y radiológicos.

Pondremos especial atención en los trastornos circulatorios sean de tipo venoso, arterial o periférico. Diabetes. Tejidos mal nutridos (pieles finas, edemas, tejidos desvitalizados), alteraciones neurológicas, etc.).

- Pleno convencimiento de nuestro proceder.

## PROCEDER QUIRURGICO

- Obtener una foto testimonio antes del procedimiento quirúrgico.
- ¡Asepsia, asepsia, asepsia! No puede permitirse realizar intervenciones en el

mismo lugar en donde se han estado fresando unas uñas, o se ha tratado una onicocriptosis purulenta. Ni tampoco realizarlas con la bata de visita (en lugar de una estéril), con todo los bolígrafos en el bolsillo, etc.

- Anestesia: a ser posible alejada del lugar de la intervención (evitamos el desdibujamiento de los relieves de la zona y la presión en las colaterales).
- No utilizar las vías de abordaje adecuadas, influirá igualmente en los resultados. Fig. 6.



Fig. 6

- Procedimientos quirúrgicos excesivos o insuficientes (tenotomías mal practicadas, así como capsulotomías, fresado o limado incorrectos (fig. 7), dejar restos



Fig. 7

óseos en la intervención, liberalizaciones insuficientes. Fig. 8.

- Vendajes incorrectos o insuficientes. La no aplicación de vendajes correctores o inmovilizantes influirá negativamente en los resultados.

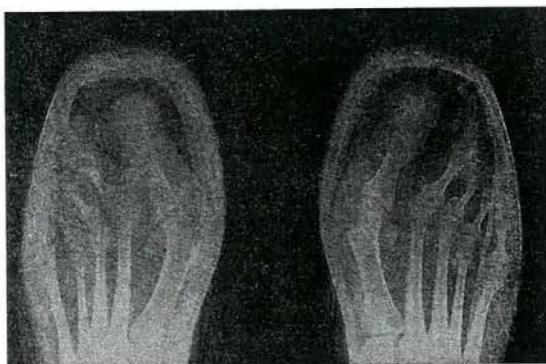


Fig. 8

- El no realizar controles radiológicos, de acuerdo con la evolución de la intervención, puede conllevar a dar por bueno nuestro procedimiento sin ser éste completamente satisfactorio.
- Igualmente la radiografía con calzado (postoperatorio) una vez terminada la intervención servirá como comprobación de nuestra labor. Fig. 9.



Fig. 9

## PROCEDER POSTQUIRURGICO

- No deberá levantarse la primera cura antes de diez días y un máximo de quince, excepto que el paciente aqueje dolor persistente.
- No se prescindirá de los vendajes correctores antes del tiempo previsto para la completa cicatrización interna de los tejidos, cambiándose éstos cada 15 días.
- Si el paciente aqueja dolor después de las 24 h. de la intervención, se deberá revisar la cura. Su causa generalmente viene determinada por excesiva compresión o tirantez del vendaje, a causa del edema que pueda presentarse.
- Normalmente debe resultar prácticamente indoloro en reposo, por lo cual hemos de insistir e indicarle al paciente que siempre que se presente algún dolor, nos los comuniqua a fin de valorarlo.
- Deberá instaurarse medicación adecuada al caso (si procede).
- Deberá aplicarse el tratamiento ortopodológico en el momento adecuado, teniendo en cuenta el estudio biomecánico anteriormente practicado y los resultados posteriores.
- Casos de evolución positiva. Fig. 10 y 11.

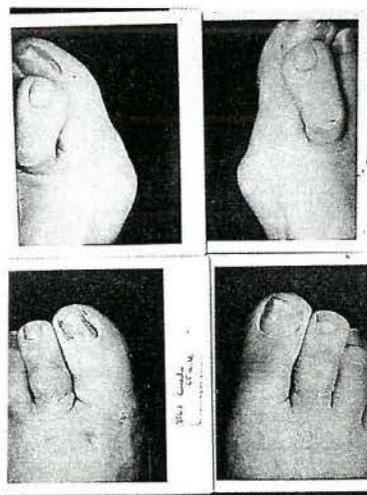


Fig. 10

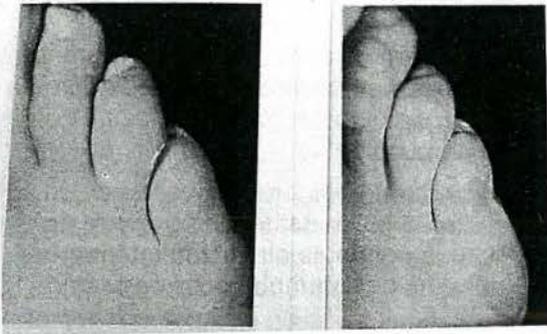


Fig. 11

- Un V superductus, precisará mantener el vendaje corrector un mínimo de 6 meses para conseguir buenos resultados. Fig. 12.

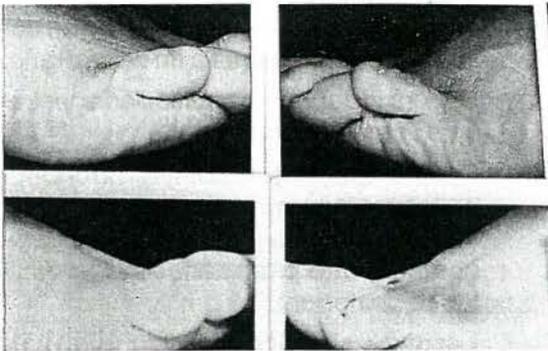


Fig. 12



Fig. 13

### Posibles complicaciones

- En este caso, un simple resto óseo apenas imperceptible, ha sido suficiente para crearnos una patología al presionar el calzado en esa zona. Fig. 13.
- Una osteotomía mal practicada puede originar una pseudo artrosis. Fig. 14 y 15.



Fig. 14

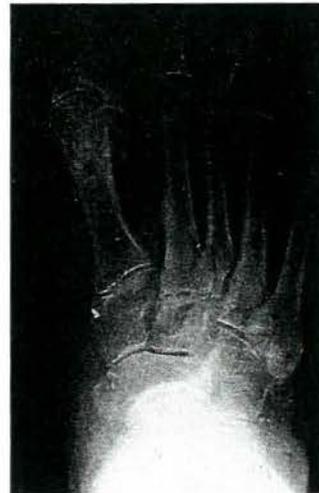


Fig. 15

- Fresado o legrado incorrecto. Fig. 16.
- Usar fresas algo más gruesas de las que se venden normalmente. Con ello evitaremos roturas como esta. Fig. 17.
- Evitar en todos los momentos (según los



Fig. 16



Fig. 18



Fig. 17

casos), tracciones incorrectas que pueden llevarnos a situaciones como éstas y en las cuales tuvimos que recurrir a la cirugía abierta para subsanarlo. Fig. 18, 19 y 20.



Fig. 19



Fig. 20

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

*Mendivil*

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

*Orto-Mendivil s.l.*

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

## INFORMACION AUTONOMIAS

FRANCISCO JOSE MORAN VENTURA  
Coordinador del Curso

Dentro del Programa a celebrar en las Dos Capitales Canarias el DIA DEL PODOLOGO CANARIO 1989, el pasado 15 de julio en el Aula Magna de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna, Tenerife (Islas Canarias), se celebró un CURSO DE DERMATOLOGIA PODOLOGICA, dirigido por el Ilustre Profesor D. Rafael García Montelongo y su equipo, formado por los Dermatólogos Dr. G. Vivancos Gallego, Dr. Febles Padrón, Dra. R. Sánchez González, Dr. J. J. Martín Gascón, Dra. M. García Bustinduy, y Dr. A. Noda Cabrera, los cuales disertaron sobre los siguientes temas:

Anatomía y Fisiología, Miosis, Exzemas, Queratodermias Plantares, Enfermedades Menores de interés en Podología; Tumores Benignos y Malignos, y Enfermedades de las uñas, a los cuales asistieron la totalidad de los Podólogos canarios y una estudiante, constituyendo un auténtico éxito de organización, lográndose que a los cursillistas se les entregase un Diploma-Certificado del servicio de Dermatología de la antedicha Facultad de Medicina.

Como colofón a tan apretada jornada científica, se celebró dentro del marco incomparable del Hotel Mencey, una Cena-Baile de Confraternidad, con asistencia de los Sres. Profesores y sus respectivas esposas. A la entrada del mismo, les fue entregada a los Sres. Podólogos un precioso abrecartas con el emblema de la Asociación Canaria y unas magníficas botellas de colonia.

Es Salón de Baile estaba verdaderamente espléndido pues en él lucían 28 preciosos Escudos a todo color de la Asociación.

Al término de la Cena, le fue entregado al Profesor García Montelongo, por el Presidente de la Asociación Sr. D. Jesús Acordagoitia Vivero y por el Coordinador del Curso, D. Francisco José Morán Ventura, una preciosa placa de agradecimiento del colectivo canario.

Al día siguiente (16 de julio), se celebró en el Hotel Colón, la Junta General ordinaria de la Asociación Canaria, en la cual y por unanimidad, se felicitó a los Sres. organizadores por el éxito conseguido en el curso. Y por último, se dió anuncio por el Sr. Morán Ventura, que los próximos días 8, 9 y 10 del venidero mes de Diciembre se celebrará en Las Palmas de Gran Canaria, un Curso SOBRE PATOLOGIA DIGITAL Y SUS DISTINTOS TRATAMIENTOS, a cargo del Profesor de la Escuela de Podología de la Universidad Complutense de Madrid, D. Salvador Hervás Tamarit y una Conferencia Magistral, a celebrar en el Colegio Universitario, a cargo del Profesor D. José Antonio Jiménez de Cossio.



«Grupo de profesores  
y alumnos asistentes  
al curso»

## PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:  
Jose Vilar

Tema:  
La Mesa

Diafragma:  
2,6

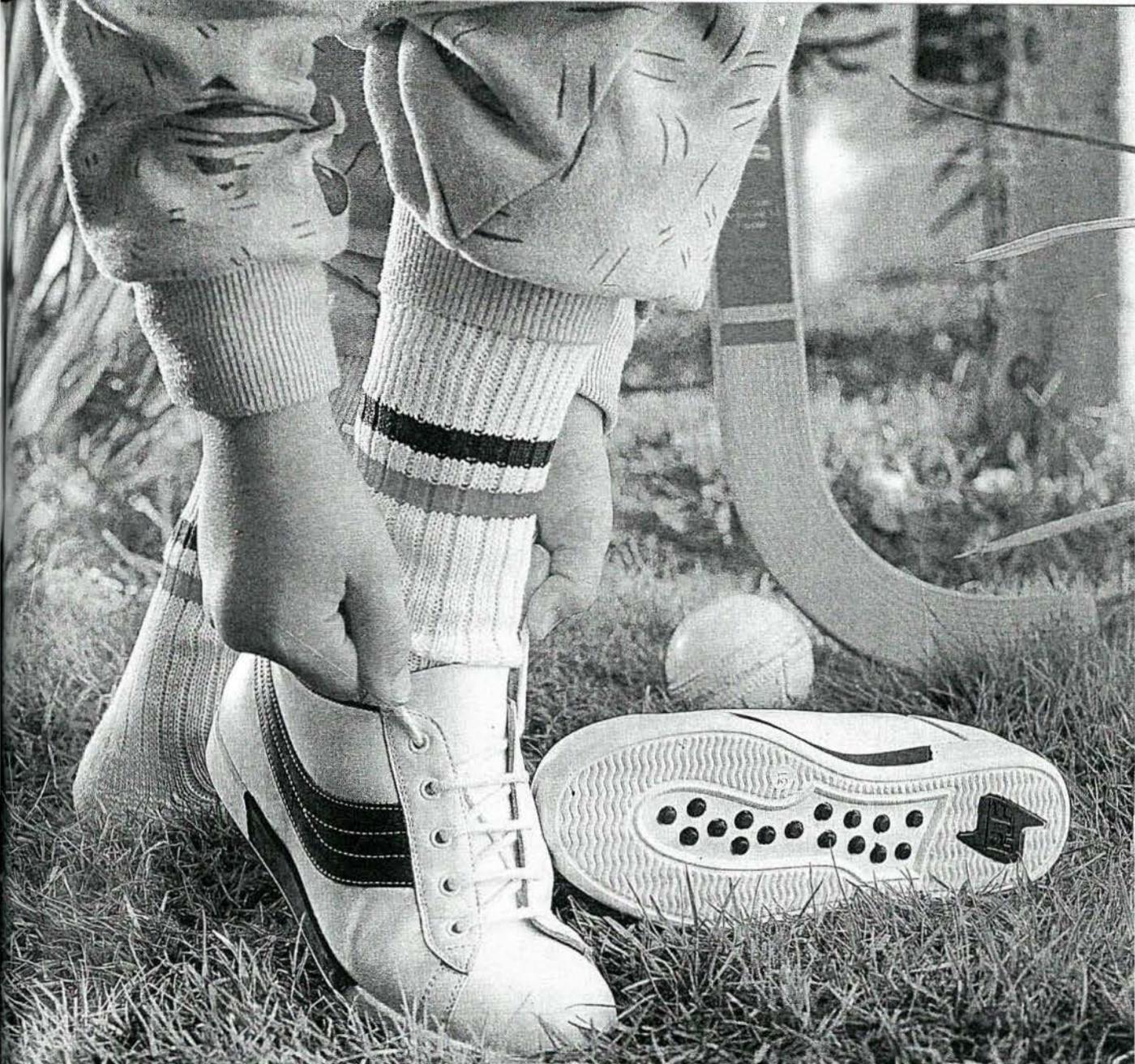
Camara:  
Nicon F.3

Objetivo:  
Micronicor

Velocidad:  
1/30

**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFIERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS



# ¡Sí... Es un calzado ortopédico!

Parece increíble. Nadie notará que es un calzado ortopédico. P-F ha conseguido que sean como unos deportivos. No tienen por qué diferenciarse exteriormente del calzado de moda. Su aspecto debe ser tan atractivo para el joven paciente, que evite el rechazo que se produce con frecuencia en la mayoría de los niños que necesitan tratamiento con plantillas y calzado ortopédico tradicional.

Más de 20 años de probada experiencia clínica

fabricando calzado ortopédico de prescripción médica, colocan a P-F en primera línea en el tratamiento de las principales afecciones de los pies de la infancia y adolescencia.

P-F dispone de más de 10 hormas básicas para calzado ortopédico corrector y para uso con plantillas ortopédicas.

Para más amplia información consulte nuestro catálogo.



PRESCRIPTION FOOTWEAR S.A.  
Pl. Malvas, 4 - Villena (Alicante) Spain  
Tel. (96) 580 01 91 - Télex 63973 PFVI E

# Viscolas®

## EL AMORTIGUADO

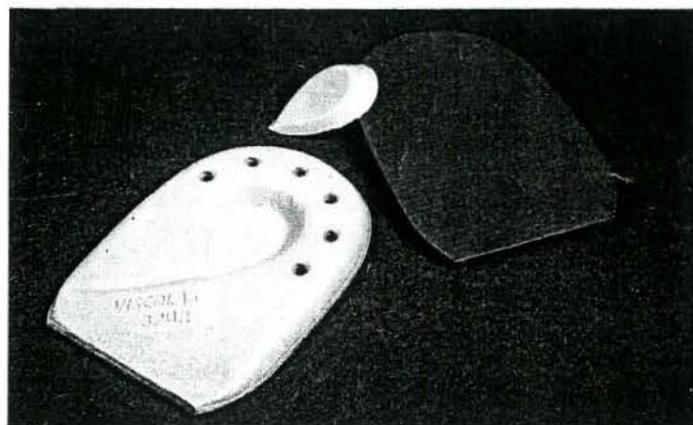
Viscolas® significa  
confort y diseño



### PLANTILLAS Y TALONERAS

Diseñadas siguiendo estrictos criterios ortopédicos, reducen el impacto del pie al caminar, evitando molestias en los pies y dolores en espalda y articulaciones.

Son resistentes a los hongos y bacterias.



### SISTEMA ORTESICO MODULAR

Piezas moldeadas de polímero visco-elástico autoadhesivas, especialmente diseñadas para pegarse a la plantilla, incrementando su eficacia de uso.

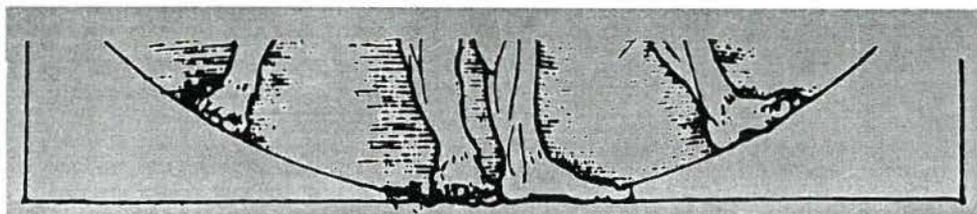
### TALONERAS PARA ESPOLON DEL CALCA

Las taloneras para espolón dan una máxima protección contra el choque, y reducen la presión a los pacientes que sufren de espolón del calcáneo. Van provistas de una pieza central extraíble que deja una cavidad en el área de mayor dolor.



PRIM, S.A.

REVISTA  
ESPAÑOLA  
DE  
**PODOLOGIA**



SEPTIEMBRE - OCTUBRE Nº 125 - AÑO 1989

FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

tor epidérmico  
podológico

Limpieza integral  
del pie  
Bactericida

Antimicótico  
Antisudoral

Normaliza  
la fisiología del pie.



**CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL**

Sagitario 12 - ALICANTE (España)

### RESTAURADOR MANTO ACIDO

**Composición:** Esteres de ácidos grasos ramificados, 6%, sustancias humectantes, 10%, derivados de lanolina, 2%, triglicéridos vegetales, 1%, aminoácidos y sales inorgánicas, 2%, emulsionantes no tensioactivos, 25%, ácido láctico c.s.p. ph = 5,5

**Indicaciones y modo de empleo:** Emulsión epicutánea disminuida o alterada, tanto sobre pieles alipicas como grasas. Aplicación después del baño o ducha con suave masaje

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 575 pts

### GEL CPI

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%, antoitos, 13%, ácido láctico c.s.p. ph = 5,5

**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts

### CREMA PODOLOGICA CPI

**Composición:** Urea, 5,0%, propilenglicol, 3,0%, oleum germen Triticum aestivum, 4,0%, extracto de Citrus limonum, 4,0%, lactato sódico, 3,0%

**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis.

**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr., P.V.P. IVA, 750 pts

### MICOESPEC POLVOS

**Composición:** Por gramo: Nitrato de Econazol, 10 mg; **Indicaciones:** Micosis provocadas por hongos, levaduras y bacterias sensibles al econazol especialmente las micosis húmedas y rezumantes

**Posología:** 1-2 aplicaciones al día

**Contraindicaciones e Incompatibilidades:** No se conocen. El uso de anovulatorios orales, puede disminuir la eficacia del tratamiento

**Efectos secundarios:** Puede darse algún caso de flogosis e irritación de la zona tratada. Se recomienda suspender el tratamiento

**Intoxicación:** No existe riesgo

**Presentación:** Frasco de polvos de 30 gr., P.V.P. IVA, 334 pts

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

## ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

### JUNTA DIRECTIVA

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Fco. José Morán Ventura  
**Secretario:** José María Altonaga Eguren  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** Isaiás del Moral Roberto.  
José Valero Salas.  
Manuel Albala Valle.  
José Andreu Medina.

### ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Alvaro Ruiz Marabot.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Jesús Acordagoitia Vivero.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonaga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: Pedro S. Rivera Plaza.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaiás del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL .....	2
LA F.E.P. INFORMA .....	5
APORTACIONES CIENTIFICAS	
Anestesia local en podología	11
Úlceras en geriatría .....	19
SECCIONES	
Reportaje: XXI Congreso Nacional de Podología .....	25
SIDA: Recomendaciones para profesionales de Podología	27
II Congreso Europeo de Podología .....	29
Normas para la publicación de trabajos .....	31
Publicamos tu foto .....	32

**Director:** Andrés Rueda Sánchez  
**Subdirector:** José M.<sup>a</sup> Altonaga Eguren  
**Redactor Jefe:** José Valero Salas

**Impresión:**  
Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:**  
San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Empresa de Publicidad:**  
Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

## SOBRE EL COLEGIO PROFESIONAL

*De los grandes y trascendentes temas que la profesión tiene aún que resolver uno destaca de forma especial por su trascendencia. Me refiero especialmente a la evolución natural que debe sufrir nuestra organización profesional hacia su transformación en una organización corporativa de carácter superior como es el Colegio Profesional.*

*Quiero hoy ceñirme a este tema porque considero que es, a todos los efectos, piedra angular en el proceso de la normalización.*

*Desde que en su día se transformó la Asociación Española de Podólogos en Federación Española de Podólogos, han cambiado muchas cosas, entre ellas dos que bajo mi criterio y experiencia actúan como elementos que exigen a su alrededor un más y mejor nivel de obligaciones y organización profesional y que son la promulgación del Real Decreto actual, con lo que ello conlleva hacia la integración de las Enseñanzas en la Universidad, y a la creación del Colegio de Podólogos de Cataluña.*

*La integración de las enseñanzas de podología en la Universidad, las ha llevado a un nuevo marco y terreno de juego. La Ley de Reforma Universitaria y el Estatuto propio de cada universidad las acomoda y les exige un determinado funcionamiento con una línea de evolución rigurosa en cuanto a su desarrollo en plenitud como tales enseñanzas. La Universidad tiene sus propios canales ya establecidos y será a través de ellos como se concrete el definitivo asentamiento de la profesión como una más de las disciplinas que en ella se imparten.*

*La creación del Colegio de Podólogos de Cataluña es en sí mismo un hecho de capital importancia de tal forma que existe hoy en el conjunto de las asociaciones un colectivo de compañeros con una organización profesional diferente al resto de las comunidades del Estado, y también con una normativa de carácter diferenciado como es la Ley de Colegios Profesionales, la cual, marca unas directrices en cuanto a lo que debe ser la dinámica interna, y los canales de participación en asuntos profesionales.*

*Ante esta evolución positiva y favorable de dos aspectos de la profesión como son el académico y el corporativo, la Federación Española de Podólogos no puede ser un ente amorfo y disperso con vocación colegial,*

*pero moviéndose y sustentado en una Ley como es la Sindical que aglutina de forma articulada (?), al conjunto de los profesionales del país.*

*Tanto por propia vocación profesional y de la Junta como por acuerdo de Asamblea, la consecución del Colegio Profesional es y debe ser objetivo prioritario e inaplazable de esta Federación.*

*La propia evolución natural de las cosas así como el desarrollo de los acontecimientos exigen organizaciones con el más alto nivel de respuesta. Ya no podemos ser simplemente una suma de voluntades. Tenemos que participar, vincularnos y articularnos, con una Ley adecuada a nuestro «rol» profesional y no con otra, pensadas para otros fines y objetivos diferentes a nuestras necesidades. En este sentido lo entendimos todos, y en este sentido se ha pronunciado también debidamente el Consejo Gral. de Enfermería en cuanto a la necesidad de la creación del Colegio de Podólogos.*

*El paréntesis obligado por las pasadas elecciones quedó cerrado por la continuidad del Gobierno actual. Ahora es necesario volver a insistir con renovada energía. En ello estamos. Un saludo.*

*Andrés Rueda*

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

# LA F.E.P. INFORMA

## SITUACION DE LAS NEGOCIACIONES SOBRE EL COLEGIO PROFESIONAL DE PODOLOGOS

Tengo que confesar que como muchos de vosotros tenía en un principio la esperanza que una vez promulgado el Real Decreto 649/88 sobre la transformación de los estudios de podología en estudios de primer ciclo universitario, no será excesivamente costoso la tramitación o el inicio de los trámites hacia la gestión de la Ley que nos llevara a la consecución del Colegio Profesional de Diplomados en Podología.

Desgraciadamente, no tardamos en darnos cuenta que esta expectativa inicial no tenía la acogida esperada por parte de la Administración. Del Ministerio de Sanidad se remitió la continuación del trámite de solicitud al Ministerio de Relaciones con las Cortes. Han sido bastantes las cartas y más las entrevistas mantenidas con distintos miembros de las dos instituciones y si bien a título personal todos comprenden nuestra necesidad como profesión, no es menos cierto que a nivel de decisión política no existe una determinación al respecto. Mejor dicho, si existe; me explico: se trata de buscar una salida a nuestra petición pero sin que esto signifique toda una «movida» de distintos sectores que quieren constituirse en colegio ni de colegios que quieren modificar sus actuales estructuras.

En este sentido, se nos entregó un informe jurídico del Ministerio de Relaciones con las Cortes en el que se nos daban una serie de opciones, todas ellas manteniendo unos vínculos de dependencia con la actual estructura colegial de enfermería y dentro de ella. El citado documento fue estudiado y desestimado tanto por la Asamblea de Representantes de la Federación como en las reuniones mantenidas al caso con el Consejo General. Coincidentemente en fechas con las alternativas que se nos proponían por parte del Ministerio de Relaciones con las Cortes, se emitía la sentencia del Tribunal Constitucional en la que declaraba, a propósito de un contencioso elevado por la Audiencia Nacional respecto a la supuesta inconstitucionalidad del art. 3.º de la Ley de Colegios Profesionales, la plena, total y absoluta consitucionalidad del mismo. Por lo tanto, y teóricamente el Tribunal Constitucional dejaba sin argumentos al propio Gobierno, que hasta entonces argumentaba la no tramitación por la espera del pronunciamiento al respecto del T.C.

Con posterioridad a la mencionada sentencia, han habido que me consten dos más en la misma línea, quedando por tanto, el tema de constitucionalidad del famoso art. 3.º remachado y bien remachado desde el punto de vista jurídico. De ahí por tanto, mi reflexión a que el tema es de absoluta decisión política a lo que significa iniciar unos trámites parlamentarios que exigen el rango de Ley para la creación de nuestro Colegio Profesional.

Ahora bien, dentro de esta identificación que significa querer cubrir nuestras necesidades pero sin el trámite de Ley, existe el compromiso verbal, por parte de los interlocutores tanto de Sanidad como de Relaciones con las Cortes, de que ante la opción propuesta por nosotros respectoa a estudiar con profundidad la vía de segregación —también recogida en la Ley de Colegios Profesionales—, siempre y cuando esta opción sea conjunta en cuanto a la propuesta y activada por el Consejo General, se sometería a criterio del abogado del Estado y si la opción es viable, ir a la creación del colegio por la vía de segregación que como marca la propia Ley de Colegios Profesionales se haría a través de Decreto, lo que ya no exige del trámite parlamentario de la Ley, y lo que es más importante, políticamente; se adopta un trámite de excepcionalidad hacia una situación excepcional, se le da curso, pero se sigue teniendo bloqueada políticamente la vía de la Ley para otros colectivos. En este punto, hay que señalar que la jugada pasa de ser de dos bandas a tres bandas, es decir, ya no es un trámite entre nosotros y la Administración, sino que es un trámite entre nosotros, el Consejo General y la Administración. Ante esta nueva perspectiva, lógicamente se impone entrar en contacto con el Consejo General para ver cual es su posición. La respuesta

pienso que es contundente: total y absoluta disponibilidad a acogerse a la vía de la segregación si es la que nos conduciría a la consecución de nuestra propia organización colegial.

En este punto estamos exactamente al día de la fecha. Esperemos que las elecciones generales no traigan consigo un cambio de personas en cuanto a nuestros interlocutores, pues tenemos sobrada experiencia de lo que significa en nuestra historia particular por la consecución del Decreto.

---

---

## SITUACION ACTUAL DE LAS CONVERSACIONES SOBRE LA HOMOLOGACION DE TITULO DE PODOLOGO

Realmente, en este campo hay poca cosa que avanzar. Desde hace varios meses, la Dirección General de Enseñanza Universitaria tiene el tema paralizado. La argumentación de esta parálisis es que se está trabajando en una normativa sobre convalidaciones de carácter general. No hay disposición de abrir un proceso de convalidaciones como fueron la de Enfermería o Fisioterapia. Se pretende delegar en las Universidades el proceso y ante esta idea sí que podemos avanzar que hemos hablado sobre el particular con las escuelas estando en el ánimo de todos nosotros en llevar la convalidación hacia nuestras Escuelas si es que se publica por fin esa fórmula de delegar las convalidaciones hacia la Universidad.

---

---

## VADEMECUM PODOLOGICO

Es también una de las asignaturas pendientes en el cambio de lo que hemos denominado «normalización profesional». A este respecto, pienso que, a pesar de no ser un tema fácil —hay reticencias importantes en algún sector de Sanidad—, el nivel de interlocución actual es favorable en el departamento en el que se está dialogando el tema. Actualmente está en el Parlamento la discusión a nivel de Comisión de la Ley de Medicamento. La idea de avanzar en el tema pasa por el introducir una transitoria o adicional en la citada Ley que después, por norma administrativa, podamos llegar al listado de fármacos de uso podológico. Si no hay cambios importantes como consecuencia de las elecciones, el documento base para la elaboración del listado es el vademecum de la podriatría americana. Esperemos que sigan las mismas personas en los mismos cargos.

---

---

## RELACIONES INTERNACIONALES

Este ha sido, es y será uno de los grandes objetivos de esta Junta. Las relaciones internacionales de la podología española ha sido siempre una de las asignaturas pendientes de la profesión.

¿Dónde estamos? ¿Cómo estamos? ¿Qué queremos? ¿por qué? ¿con qué objetivo?

Esto han sido siempre preguntas que nos hemos hecho muchos de nosotros. Desde esta Junta siempre hemos dicho que había que replantear las relaciones internacionales con criterio de rentabilidad. Son estas unas gestiones largas en tiempo y dinero y que estamos llevándolas por una inercia nunca por mí bien comprendida.

Hemos tardado dos largos años hasta llegar al fondo de la comprensión del asunto. Ahora podemos decir con convicción y desde una posición de responsabilidad de la FIP y el CLPCE son organizaciones estériles para nuestros intereses actuales y para nuestras necesidades profesionales.

La primera toma de contacto realmente sería fue la reunión que convocaron estas organizaciones con ocasión del Congreso Internacional de Roma en octubre del pasado año. Fue una posición rotunda por parte de España. Ya no podemos seguir estando manipulados en nuestros intereses por representantes de países en los que la legislación de la profesión está a décadas por detrás de la legislación española.

Tenemos la casi absoluta certeza de que el CLPCE es una entidad **si base** jurídica que la mantenga, donde priman los intereses de inmovilistas que «venden» un interés europeo por la podología mientras son reacios a aceptar las propuestas serias de trabajo a nivel de las distintas administraciones públicas de los diferentes países para luchar realmente donde hay que hacerlo. Tuvo sus efectos la posición de la delegación española. Han habido sacudidas interiores provocando la caída de la entera presidencia del CLPCE, se ha renovado la tesorería, pero se sigue con la misma filosofía de grupo. En la última reunión celebrada en Londres, la delegación española expresó su decisión de reconsiderar su pertenencia como miembro de pleno derecho de las citadas organizaciones. Será una decisión que adoptemos en la próxima asamblea de representantes.

Prácticamente, el interés actual de la podología española se limita casi con exclusividad a la respuesta que se nos dé desde Bruselas respecto a la adscripción de España a la Directiva de Reconocimiento de Titulos de Enseñanza Superior. Si esto es así, nuestro interés será exclusivamente a título de solidaridad, pero evidentemente, hay formas más rentables para ellos y nosotros de mostrarnos solidarios. Pensamos que ya es la hora de que aprendan desde los distintos sectores profesionales europeos el camino de España.

Pero, paralelamente con la posición adoptada en los foros europeos, la Federación ha profundizado en las siempre deseadas relaciones con la Podiatría norteamericana. El pasado mes de agosto hemos asistido una delegación de las Escuelas y la Federación, al Pennsylvania College, en virtud de los acuerdos que existen entre ambas organizaciones. Fruto de estos contactos será la participación de podiatras en la formación postgrado a realizar dentro del marco universitario, la relación entre universidades de ambos países y el intercambio profesional organizado con acreditación académica para evolucionar institucionalmente y como profesión de aquellas áreas donde está por delante a nivel jurídico la podiatría americana. Tenemos una gran ilusión en el desarrollo de estos proyectos y, de hecho, ya se está trabajando sobre el tema. De la estancia en Filadelfia y Boston se ha pasado a la fase de preacuerdo con las Escuelas de California, Ohio y Nueva York para establecer acuerdos institucionales así como el diálogo con la APMA en vías de establecer relaciones estables o crear una nueva organización de carácter internacional con los países avanzados profesionalmente y con participación de los podiatras.

Estamos realmente expectantes ante esta dinámica establecida en las relaciones internacionales puesto que estamos convencidos que redundará beneficiosamente en un futuro no lejano sobre nuestra profesión.

---

---

## FORMACION CONTINUADA

Desde antes de la publicación del Real Decreto 649/88 y las correspondientes Directrices Generales del Plan de Estudios, y más desde su promulgación el pasado 24 de junio del año pasado, tengo que decir que en muchos de nosotros, y especialmente entre las personas que siguieron el tema más de cerca, existía la convicción de que las 2.700 horas de las que se disponía como consecuencia del desarrollo de unas enseñanzas de primer ciclo, serían insuficientes para poder articular de forma suficiente los conocimientos necesarios para la formación del futuro profesional en podología, profesión básicamente liberal en cuanto a su ejercicio y sin integración en lo que podríamos denominar oferta de la salud pública y en una sociedad cada día más exigente con los profesionales de sanidad.

Esta insuficiencia en cuanto a contenidos por la no disponibilidad de más créditos, la propia dinámica de la evolución profesional, la necesaria actualización, el nuevo estatus profesional académicamente hablando y la propia autoresponsabilidad nos invitan a reflexionar sobre la conveniencia de introducir nuestra formación posgrado en el lugar que le corresponde, tendiendo a variar nuestros actuales esquemas basados en actividades descoordinadas entre sí, tanto entre la actividad en si misma como en la pluralidad de entidades convocantes.

Pensamos que disponemos absolutamente de todos los medios para proponer ya este cambio, es decir:

1. la viabilidad legal en base de la Ley de Reforma Universitaria,
2. la universidad como institución que otorga la titulación,
3. las enseñanzas de podología integradas dentro del marco universitario,
4. una organización de carácter nacional que vehiculice los acuerdos,
5. y lo que es más importante: unos profesionales que con su presencia continuada en todas las actividades que se proponen, exigen ya una ordenación racional de la formación continuada.

Pienso honestamente que si tenemos los instrumentos y los medios, sería un acto de irresponsabilidad consciente el no entrar en un diálogo con quien corresponde a fin de ordenar este aspecto del desarrollo profesional. En este sentido, se han mantenido contactos con las Escuelas de Madrid y Barcelona teniendo que decir aquí y ahora que la receptividad ha sido total y absoluta, superior incluso a nuestras expectativas iniciales. Como consecuencia de las conversaciones, ya se ha firmado el proyecto de cooperación sobre formación continuada entre la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y la Federación Española de Podólogos y en virtud del mencionado convenio, se realizarán cursos de formación postgrado acreditados por la universidad, otorgando las titulaciones de certificado, experto y master en función del número de créditos y la duración de cada uno de ellos. Abundando en este tema hay que apuntar que ya se está en la preparación de dos cursos con la Universidad Complutense y que estos cursos se podrán impartir en cualquier comunidad o asociación autonómica que los solicite.

En esta línea de diálogo, estamos también con la Universidad de Barcelona y esperamos en breve tiempo firmar un convenio similar.

---

---

## ANTEPROYECTO DEL PRESUPUESTO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS PARA 1990

### GASTOS

#### CAPITULO I

Mobiliario .....		1.475.000,—
a) Ordenador .....	350.000,—	
b) Fax .....	700.000,—	
c) Armarios oficinas .....	90.000,—	
d) Máquina Sellar Cartas .....	50.000,—	
e) Sillas oficinas .....	35.000,—	
f) Sillas Junta General .....	150.000,—	
g) Megafonía .....	100.000,—	

#### CAPITULO II

Mantenimiento Sede Oficial .....		997.000,—
a) Alquiler .....	720.000,—	
b) Luz .....	96.000,—	
c) Teléfonos .....	181.000,—	

#### CAPITULO III

Personal y Seguros .....		1.856.000,—
a) Auxiliar Administrativa .....	1.200.000,—	
b) Limpieza .....	100.000,—	
c) Seguridad Social .....	352.000,—	
d) Seguros .....	204,100,—	

**CAPITULO IV**

Asamblea General .....		1.600.000,—
a) 2 Asambleas Representantes .....	1.600.000,—	

**CAPITULO V**

Gastos Representación .....		2.250.000,—
a) Desplazamientos Ministerios .....	750.000,—	
b) Desplazamientos Internacionales .....	300.000,—	
c) Protocolo y Relaciones Públicas .....	600.000,—	
d) Distintas Comisiones Trabajo .....	600.000,—	

**CAPITULO VI**

Junta Directiva .....		480.000,—
a) 4 Juntas x 120.000 .....	480.000,—	

**CAPITULO VII**

Correo y Papelería .....		700.000,—
a) Material .....	200.000,—	
b) Sellos .....	300.000,—	
c) Difusión profesional .....	200.000,—	

**CAPITULO VIII**

Asesor Jurídico .....		760.000,—
a) 2 Informes Jurídicos .....	760.000,—	

**CAPITULO IX**

Intereses y Gastos Financieros .....		120.000,—
a) Confirmación talones .....	30.000,—	
b) Descuento Abono talones .....	80.000,—	
c) Intereses de descubierto .....	10.000,—	

**CAPITULO X**

Revista y Anuario .....		2.100.000,—
a) 6 Revistas x 300.000 .....	1.800.000,—	
b) 1 Anuario .....	300.000,—	

**CAPITULO XI**

Asociaciones Internacionales .....		260.000,—
F.I.P. ....	160.000,—	
C.L.P.C.E. ....	100.000,—	

**CAPITULO XII**

Bolsa de Estudios .....		1.350.000,—
a) Convalidación .....	160.000,—	
b) Formación Continuada .....	500.000,—	
c) Revistas Internacionales .....	100.000,—	
d) Desplazamientos .....	200.000,—	
e) Material .....	200.000,—	

**CAPITULO XIII**

Gastos Diversos .....		71.900,—
a) Gastos no presupuestados .....	50.000,—	
b) Pequeños gastos .....	21.900,—	
<i>Sumas totales</i> .....	14.020.000,—	14.020.000,—
<b>TOTAL GASTOS PRESUPUESTADOS</b> .....		<b>14.020.000,—</b>

**GASTOS****CAPITULO I**

Anuncios .....		2.500.000,—
a) 6 Revistas x 350.000 .....	2.100.00,—	
b) 1 Anuario .....	400.000,—	

**CAPITULO II**

Cuotas Socios .....		11.270.000,—
a) 1.400 Socios x 7.600 pts/año 1.900 pts/TRIMESTRE .....	11.020.000,—	
b) 25 Altas x 10.000 .....	250.000,—	

**CAPITULO III**

Expositores .....		250.000,—
a) Laboratorios 2 x 50.000 .....	100.000,—	
b) Casas de Material 3 x 50.000 .....	150.000,—	
<i>Sumas</i> .....	14.020.000,—	14.020.000,—
<b>TOTAL INGRESOS PRESUPUESTADOS</b> .....		<b>14.020.000,—</b>

<b>INGRESOS</b> .....	14.020.000,—
<b>GASTOS</b> .....	14.020.000,—

Las obras de acondicionamiento e instalaciones de la nueva sede social, se pueden absorber, recaudando la CUOTA EXTRAORDINARIA, que se aprobó en Diciembre del año 1987.

Valencia 13 - Noviembre 1989  
Tesorero

JUNTA DIRECTIVA DE LA F.E.P.

## ANESTESIA LOCAL EN PODOLOGIA

Abiol, J. M.<sup>a</sup> - Dorca, A. - Cespedes, T.  
Giralt, E. - Marugan, M.  
Novel, V. - Prats, B.<sup>1</sup>\*\*

### HISTORIA DE LA ANESTESIA

La primera referencia histórica sobre anestesia, la encontramos en el Génesis cuando Yavé sumió a Adán en un profundo sueño para formar, con una de sus costillas a su compañera Eva.

A partir del pecado original, el significado de la palabra «dolor» toma el concepto de castigo del Todopoderoso, y como tal debe sufrirse resignadamente; esta constante se observa durante muchos siglos al estudiar la historia de la humanidad.

En la tradición de la antigua cultura ¿...? existen algunas referencias sobre el hábito de administrar al paciente un pequeño golpe en el occipucio para anestesiario; estos primeros anestesiólogos debían ser muy expertos para golpear en el lugar preciso y con la fuerza adecuada, que la describen como «La necesaria para romper una almendra».

En etapas posteriores, el hombre descubre paulatinamente como algunos vegetales poseen propiedades analgésicas y narcóticas que aprende a utilizar con fines terapéuticos. Entre estos productos podemos citar: la mandrágora, el cáñamo indigo, el beleño, el opio y el alcohol.

El principio activo de algunos de ellos todavía está vigente en nuestra farmacopea de finales del siglo XX como puede ser; la belladona extraída de la mandrágora. La escopolamina del beleño o la codeína y la morfina del opio.

No obstante, y a pesar de los conocimientos de anatomía y fisiología, dieron un paso de gi-

gante durante el renacimiento, en el período comprendido entre los siglos XV al XIX la sala de operaciones seguía siendo un antro de torturas. Se calculaba que si la intervención se alargaba más allá de 20 minutos, el paciente fallecía de shock traumático o hipovolémico.

Muy avanzado ya el siglo XIX algunos investigadores trabajaron con fármacos anestésicos sin encontrar la vía de la aplicación clínica. Entre ellos podemos citar: Davy (óxido nítrico), Hickman (anhídrido carbónico), Collier (opio más alcohol), Long (sol, éter más opio).

El primer ensayo útil lo materializó el Dr. Wells, odontólogo de profesión, tras observar casualmente en un circo, como un hombre ebrio por el gas nítrico se precipitaba sobre un banco sin sentir dolor. Problemas de salud física y una locura temporal por repetida inhalación de gas anestésico le precipitaron hacia el suicidio.

Un discípulo de Wells, Greene Morton, recogió la idea del farmacólogo Dr. Jackson y ensayó con el éter sulfúrico, dado que el óxido nítrico era difícil de conseguir en el mercado; los resultados obtenidos, fueron espectaculares. El 16-X-46 realizó una demostración en el Hospital General de Massachusetts ante una destacada representación del círculo médico de Boston, anestesiando a un paciente con un tumor cervical que extirpó el Dr. Warren. El éxito fue total y desde aquel momento, la mayoría de las intervenciones quirúrgicas se realizaron bajo anestesia con éter sulfúrico. Fue Oliver Wendell Holmer, profesor de anatomía quien sugirió a

---

(\*) PODOLOGOS, Profesores de la Escuela de Podología de la Universidad Central de Barcelona.

---

(\*\*) Con el asesoramiento del Dr. CASALS, Jefe Clínico del Servicio de Anestesia y Reanimación del Hospital de Bellvitge.

Morton el empleo de los términos de anestesia y anestésico.

Posteriormente, Sir James Y. Simpson, obstetra, ensayó el cloroformo como analgésico durante el parto, consiguiendo imponer la técnica con gran rapidez, a pesar del rechazo y la oposición del estamento religioso de la época.

A lo largo del siglo hubo grandes disputas entre Morton, Jackson y Long por adjudicarse el mérito del descubrimiento de la anestesia, que, finalmente, el honor el fue reconocido oficialmente a Wells (Academia de Medicina Francesa en Enero de 1948). La lucha por este reconocimiento a través de un siglo se puede resumir en el siguiente cuadro:

<u>1846</u>	<u>1856</u>	<u>1866</u>	<u>1921</u>	<u>1942</u>	<u>1948</u>
1 - MORTON	MORTON	WELSS	MORTON	MORTON	WELLS
2 - JACKSON	WELLS	MORTON	WELLS	LONG	
3 - WELLS	JACKSON-LONG	LONG	LONG	WELLS	

Siguiendo con el curso cronológico de los acontecimientos, en el año 1948 Emil Fisher utilizó el primer barbitúrico sedante intravenoso, el dietil-barbiturato o barbitál, siendo galardonado por ello con el premio Nobel.

Después del éxito del barbitál aparecieron nuevos fármacos con efectos anestésicos y la investigación en este campo experimentó un fuerte impulso como ejemplo citamos al Dr. John Snor (Inglaterra) que determinó con precisión las dosis terapéuticas y tóxicas de cada fármaco, diferenciando además, entre sus efectos analgésicos y narcóticos, introduciendo estos vocablos diferenciados.

El descubrimiento de los anestésicos locales fue posterior. Su uso clínico y su difusión generalizada corre paralela al descubrimiento de la jeringuilla y su evolución técnica.

NIEMAN → COCAINA  
 EINHORN → NOVOCAINA  
 LÖFGREN → LIDOCAINA

Después de esta pequeña introducción histórica. Con el transcurso del tiempo, hemos leído y estudiado muchos artículos que trataban de

«anestesia en Podología», de la técnica a utilizar en cada intervención, del fármaco de elección, de las dosis terapéutica y tóxica, el tiempo de inducción y hasta de los accidentes clínicos y como actuar en caso de urgencia.

Puesto que algunos esquemas eran dispares e incluso contrapuestos, sin pretender sentar Cátedra, intentaremos exponer una serie de conceptos con la sana intención de unificar criterios.

## DEFINICION DE ANESTESICO LOCAL

Es cualquier sustancia que bloquea temporal-

mente la conducción nerviosa periférica referente, sin modificar la estructura anatómica del nervio.

## CARACTERISTICAS DEL ANESTESICO LOCAL IDEAL

- Producir analgesia local completa sin dañar al nervio ni a los tejidos colindantes.
- Provocar analgesia de acción rápida y efecto duradero.
- Poseer baja toxicidad general.
- Ser estable a temperaturas elevadas para poderse esterilizar.
- Ser estable en el tiempo y miscibles con otras sustancias farmacológicamente activas.
- No provocar farmacodependencia física o psíquica.

## ESTRUCTURA QUIMICA DE LOS ANESTESICOS LOCALES

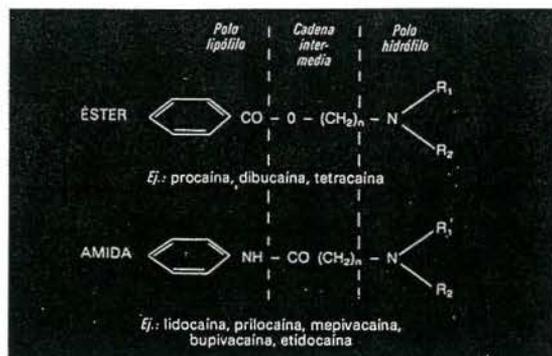
Todos ellos poseen un polo lipófilo, un polo hidrófilo y entre ambos, una cadena intermedia.

## Polo lipófilo:

Consta de un anillo aromático insaturado que determina la difusión y fijación del producto.

## Polo hidrófilo:

Formado por una amina terciaria responsable de su distribución en el espacio extracelular.



## Cadena intermedia:

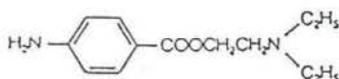
Responsable de la interrupción de la conducción nerviosa y diferenciadora de los dos subgrupos principales.

- Anestésicos locales con grupo «éster» que se hidrolizan rápidamente por un mecanismo enzimático.
- Anestésicos locales con un grupo «amida» que se eliminan por metabolización hepática lenta.

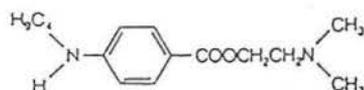
Pertencen al grupo éster: la procaina y la tetracaina. El grupo amida está representado por: la lidocaina y la mepivocaina.

Actualmente, apenas se usan los anestésicos locales del grupo éster por los efectos secundarios que pueden provocar en pacientes con déficit en enzimas hidrolizantes.

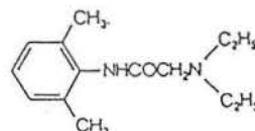
## Procaina (Novocaina)



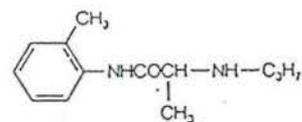
## Tetracaina (Pontocaina)



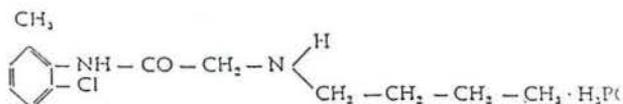
## Lidocaina (Xilocaina)



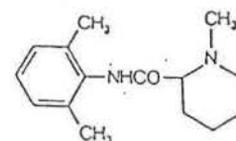
## Prilocaina (Citanest)



## Hostacaina



## Mepivacaina (Scandicaín)



## FARCAMOS DE ASOCIACION ALEATORIA CON LOS ANETESICOS LOCALES

- Adrenalina: Provoca vasoconstricción local, disminuyendo la reabsorción y prolongando el tiempo de bloqueo.
- Hialurodinasa: Actualmente en desuso. Provoca la difusión más rápida del anestésico por un mecanismo de interacción con los polisacáridos intersticiales.

La adrenalina, de amplia y generosa utilización en odontología puesto que además de pro-

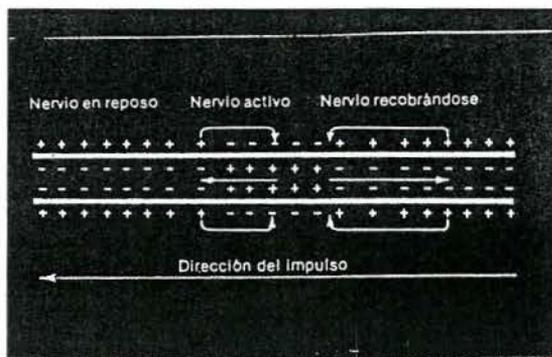
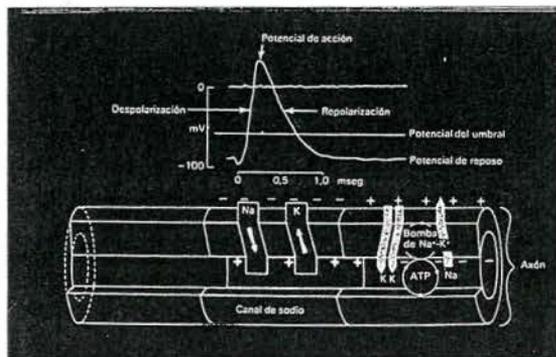
FARMACO	TOXICIDAD	POTENCIAL ANELGESICO	DOSIS LIMITE	TIEMPO LATENCIA	DURACION EFECTO
PROCAINA (NOVOCAINA)	1	1	500 mgr.	5 a 10 mi.	hasta 45 mi.
TETRACAINA (PONTOCAINA)	10	10	20 mgr	10 min.	1 a 2 horas y 30 min.
LIDOCAINA (XILOCAIN)	2	4	200 mgr	2 min.	1 hora
PRILOCAINA (CINATEST)	1'5	4	400 mgr.	2 min.	1 hora
HOSTACAINA	2	4	No se conoce	2 min.	1 hora
MEPIVACAINA (SCANDICAIN)	2	4	300 mgr.	2 min.	1 hora

longar el tiempo de actuación del anestésico, disminuye la hemorragia y mejora la visibilidad del campo operativo, debe estar proscrita en podología pues al actuar en zonas acras con arterias terminales sin red colateral, cualquier isquemia severa y prolongada más allá de una hora, puede provocar necrosis y gangrena.

**MECANISMOS DE ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES**

Tras la inyección del fármaco, se produce un bloqueo de la conducción nerviosa en dirección distal a partir de la zona infectada, pero... ¿que sucede en la neurona para que esto ocurra?

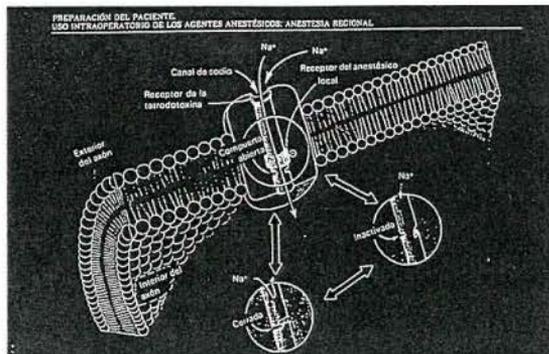
En las fibras nerviosas amielínicas el impulso nervioso se transmite de forma continua con un potencial de excitación pequeño. En estas células desprovistas de mielina, la molécula del anestésico consigue rápidamente el bloqueo de conducción. Las fibras nerviosas mielínicas están recubiertas por las células de Schwann. Cada célula envuelve un tramo de fibra de aproximadamente 1 m/m. Entre cadados células consecutivas, existe un pequeño espacio sin mielina llamado nódulo de Raviur, la excitación nerviosa se transmite a saltos a través de dichos nódulos, aumentando la velocidad de transmisión. En ambos casos, la transmisión nerviosa es posible por el intercambio de iones Na<sup>+</sup> y K<sup>+</sup>, a través de la membrana. Con la neurona en re-



poso, los iones sodio se sitúan en el exterior y los iones potasio en su interior consiguiendo un potencial de reposo de -80 mV.

Al ser estimulada la célula nerviosa, se produce un cambio de la permeabilidad de la membrana para el ión  $\text{Na}^+$ , el cual penetra masivamente en su interior, lo que provoca una positividad del potencial de hasta + 40mV. Este fenómeno, que recibe el nombre de despolarización ocurre en aproximadamente 1'5 segundos y es precisamente el instante en el que se transmite el impulso nervioso.

Inmediatamente después de la transmisión disminuye la permeabilidad para el ion  $\text{Na}^+$  y aumenta para el  $\text{K}^+$  el cual sale en gran cantidad hacia el exterior con lo que el potencial de membrana vuelve a negativarse hasta alcanzar el valor potencial de reposo (-80mV). Es la denominada fase de repolarización. Finalmente, la bomba de sodio-potasio reconduce al  $\text{Na}^+$  hacia el exterior y al  $\text{K}^+$  hacia el interior hasta alcanzar el gran diente de concentración natural de la célula.



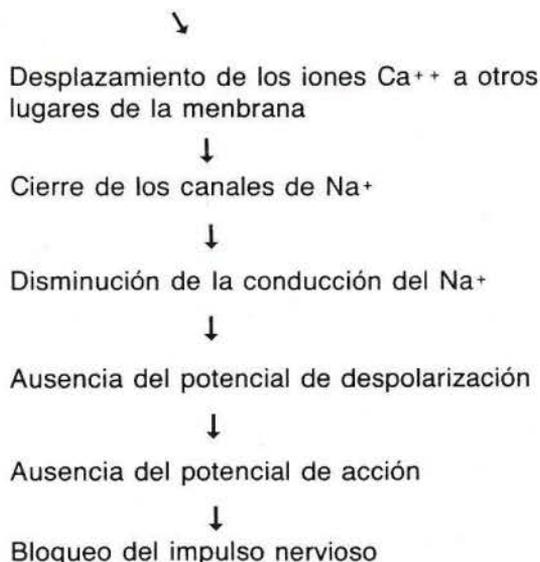
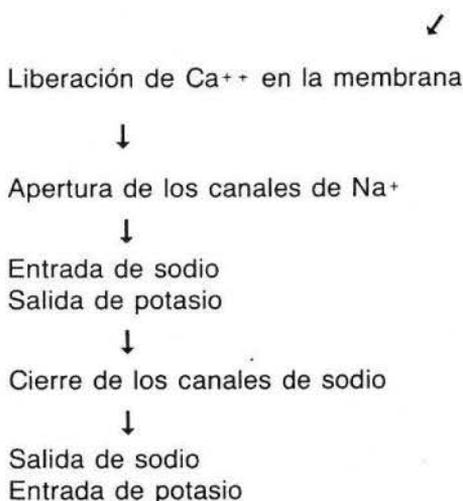
Esta inmigración de iones  $\text{Na}^+$  en ambos sentidos transcurre por unos canales determinados, los cuales tienen unos receptores en ambos lados de la membrana. Los radicales hidrófilos y lipófilos de la molécula del anestésico son fijados por estos receptores cerrándose así los pasos de conducción iónica, lo cual impide la despolarización de la membrana y, por lo tanto la transmisión del impulso nervioso.

Esquemáticamente, podemos representarlo de la siguiente forma:

**FIBRA NERVIOSA NORMAL**

**FIBRA NERVIOSA CON ANESTESICO LOCAL**

**IMPULSO ELECTRICO**



**CATABOLISMO Y EXCRECION DE LOS ANESTESICOS LOCALES**

Los que poseen radical amida se hidrolizan por enzimas de los microsomas hepáticos, por el contrario, los que tienen radical éster, son hidrolizados por coleresterasos, aminoalcoholes y ácidos carboxílicos plasmáticos.

En ambos casos, la excreción se efectúa a través de la orina.

**EFFECTOS TOXICOS DE LOS ANESTESICOS LOCALES**

La mayoría de las veces son consecuencia de un elevado nivel de concentración en plasma sanguíneo por una de las tres diferentes causas:

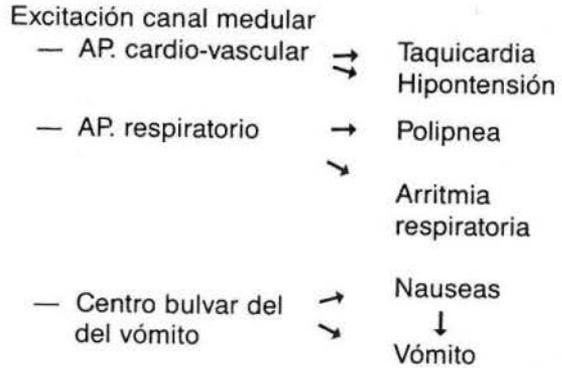
- a) Por sobre dosificación.
- b) Por ir asociado a la hialuronidasa que favorece su difusión (actualmente en desuso).
- c) O por inyección intravenosa accidental.

En cualquier caso, aparece un episodio de intoxicación aguda sobre el S.N.C. con dos fases bien diferenciadas según la clasificación de Southow y Cols.

- a) fase de estimulación y excitación.
- b) fase de depresión cardio-respiratoria.

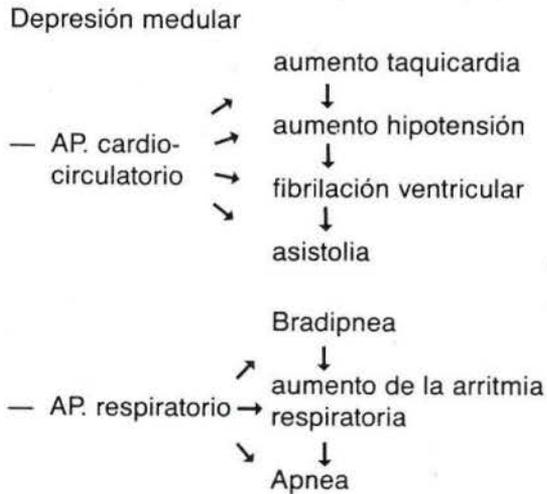
**a) FASE DE EXCITACION**

Excitación corteza cerebral → Convulsiones



**b) FASE DE DEPRESION**

Depresión corteza cerebral → pérdida conciencia total o parcial



**CUADRO II**

**ALTERACIONES SUBJETIVAS**

- Escozor, prurito extremidades
- Sensación frío o calor
- Dedos embotados
- Sabor metálico lengua

**ALTERACIONES OBJETIVAS**

- Envejecimiento o palidez facial
- Sudor frío
- Miedo, verborrea, transtorno palabra
- Midriasis
- sordera completa o incompleta
- Pérdida habla
- Pérdida conciencia
- Parálisis sensitiva y motora completa, relajación muscular

- |                              |                          |                                    |
|------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| — Salivación o sequedad boca | — Confusión, agresividad | — Disnea, cianosis opaca           |
| — Ronqueo                    | — Ligero aturdimiento    | — Bradicardia (taqui)              |
| — Dolores cabeza             | — Desorientación         | — Hipertensión hasta valores schok |
| — Ruidos oídos               | — Hiperapnea             | — Arritmias                        |
| — Vértigo                    | — Náuseas, vómitos       | — Parálisis esfintes               |
| — Náuseas, vómitos           | — Contracciones          | — Coma                             |
|                              | — Convulsiones           | — Paro respiratorio y cardíaco     |
|                              | — C. tónico-clónicas     | — Muerte                           |
|                              | — Hipertermia            |                                    |

## TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES

### a) Convulsiones

Generalmente, son tónico-clónicas. Se recomienda la administración de 5-10 mgr de Diazepam E.V. diluido en agua bidestilada y administrado lentamente hasta que cesen las convulsiones. Atención con el efecto depresor de cualquier anticonvulsionante sobre el aparato respiratorio.

También puede utilizarse el Pentotal sódico a dosis de 100-200 mgr Ev. aunque es menos aconsejable por producir mayor efecto depresor sobre el centro de la respiración.

### b) Paro respiratorio

Aplicación del tubo de Mayo en cavidad bucal para evitar la caída de la lengua y realizar ventilación asistida con mascarilla y Ambú conectado a una fuente de O<sub>2</sub>, el ritmo de ventilación será aproximadamente de 16v/min., si no se tiene experiencia en la utilización del Ambú se aconseja la práctica del «boca a boca» al mismo ritmo.

### c) Hipotension

Administración de 15-20 mgr. de Efedrina I.V. para estimular el miocardio y provocar vasoconstricción periférica.

En caso de carecer de efedrina puede ser útil el Etilfenilefrina a dosis de 10 mgr. I.M. o 6 mgr. E.V. ó 50 gotas por vía oral, o bien la Metoxamina.



### d) Paro cardíaco

Aplicación de tubo de Mayo, respiración asistida al mismo tiempo que se practica masaje cardíaco externo. Paralelamente se intentará canalizar una vena para profundir suero fisiológico con 20 cc de Bicarbonato sódico 1 Molar para combatir la acidosis metabólica.

## BIBLIOGRAFIA

HOWAR RILEY RAPER: «El hombre contra el dolor». Edit. Salvat - 1953.

H.G. AUBERGER: «Anestesia local práctica». Edit. Salvat - 1979.

HANS KILLIAN y COLS.: «Anestesia local». Edit. Salvat - 1979.

P. GAUTHIER LAFAYE: «Précis d'anesthésie locorégionale». Edit. Masson - 1988.

ROBERTS D.H. - JOWRAY J.H.: «Anestesia local en odontología». Edit. Interamericana

D. MILLER RONALD: «Anestesia». Edit. Dogma.

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

*Mendivil*

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

*Orto-Mendivil s.l.*

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

# ULCERAS EN GERIATRIA

Antonio Rodriguez Santana  
Podólogo

La población española presenta en la actualidad, un censo de cuatro millones de españoles con edad superior a los 65 años y con tendencia al crecimiento sin pausa en las próximas décadas, un punto porcentual cada cinco años. Esto tiene actualmente una repercusión importante en la sociedad desde distintos puntos de vista, uno de los cuales lo constituye la asistencia sanitaria y social del colectivo de la tercera edad.

Los avances científicos experimentados en las cuatro últimas décadas han incidido directamente en el incremento de la esperanza de la vida de los individuos que forman las sociedades desarrolladas. Desde entonces, se viene diciendo que algún día se le pedirán cuentas a la ciencia por el hecho de alargar la vida y no alargar la juventud al mismo tiempo. Este recibo ya se viene pasando con alarmante progresión creciente en su cuantía, con cargo a los presupuestos socio-sanitarios.

Así pues, la meta a lograr en todas las sociedades desarrolladas es conseguir el retraso en la aparición de la vejez para evitar la incapacitación y la dependencia del anciano respecto a su entorno social y familia, lográndose una mayor economía en su atención a ser autosuficiente en el plano físico y psicológico.

Estadísticamente, se concuerda con bastante unanimidad al establecer cuáles son las enfermedades más frecuentes y más incapacitadas en mayores de 65 años:

1. Hipertensión arterial.
2. Enfermedades vasculo-cerebrales crónicas.
3. Bronconeumopatías crónicas.
4. Artrosis.

Como más incapacitantes se apuntan en orden de frecuencia:

1. Artrosis.

2. Demencia senil.
3. Enfermedades vasculo-cerebrales crónicas.
4. Bronconeumopatías crónicas.

Podemos comprobar que en los primeros lugares se encuentran los procesos que afectan al aparato locomotor de un modo directo o indirecto, lo que trae como consecuencia una inmovilización e incapacitación progresivas, con la consiguiente merma en la calidad de vida y en la vida misma del anciano.

Por consiguiente, el mantener la capacidad motriz del anciano es un objetivo primordial en la atención médica de la tercera edad ya que con ello disminuimos al máximo su dependencia física con respecto a su mundo social y familiar.

Siendo el pie la base en que se sustenta el aparato locomotor para cumplir con su finalidad, es evidente que tiene que participar de un modo relevante en toda la patología locomotriz, aunque es un error considerar que las enfermedades de los pies son enfermedades de viejos, pero lo que sí es cierto es que todas las podopatías tienen un carácter más invalidante en el viejo que en el adulto joven. De ahí la importancia social de la Podogeriatría o especialidad que se ocupa de la prevención y tratamiento de las enfermedades de los pies en el viejo.

Los grandes síndromes que afectan al pie del anciano:

1. Dolor.
2. Deformaciones del pie y dedos.
3. Alteraciones circulatorias y neurológicas.

Uno de los problemas más frecuentes y graves que se producen en la tercera edad es la afectación de los pies por las alteraciones circulatorias y neurológicas que dan lugar a la aparición de trastornos tróficos cutáneos, denominados ulceraciones. Estas ulceraciones son de curso crónico y con un pronóstico sombrío en



cuanto a su curación, soliendo precisar con frecuencia de la cirugía mutilante o, cuando menos, reparadora.

Mi propósito en este trabajo es presentar un estudio clínico más completo posible de estas ulceraciones, en base a mi larga experiencia de cientos de casos tratados, la mayoría de los cuales afectan a personas mayores de 50 años.

El tratamiento aplicado en todos los casos responde a una técnica original que expondremos en su lugar y que ha logrado una rapidez y regularidad en los resultados favorables obtenidos digna de ser comentada y contrastada con otros tratamientos que se aplican rutinariamente, desde tiempos inmemoriales hasta nuestros días.

### ETIOLOGIA

La etiología de las ulceraciones crónicas pueden ser:

1. Traumáticas, cuyo origen son las heridas o microtraumatismos de repetición.
2. Médicas, cuyo origen puede ser:
  - a) Vasculogénicas de causa arterial (isquémicas), venosa (éctasis asfíctico), linfático o mixto.
  - b) Neurogénicas cuyo principal epílogo es el «mal perforante plantar».

### c) Infecciosas:

- primarias por colonización directa de la piel por los gérmenes necrosantes,
- secundarias o lesiones cutáneas pre-existentes,
- tumorales.

Factores mecánicos, físicos y químicos:

1. Los factores mecánicos, consisten casi siempre en presiones anormales sobre los puntos de apoyo habituales.

Tienen un trasfondo orgánico casi constante al afectar a enfermos con depauperación por infecciones, intoxicaciones o estados caquéticos (fase terminal de otras enfermedades).

2. Los factores físicos son:

- calor: quemaduras,
- frío: congelaciones,
- radiaciones,
- radiaciones ionizantes,
- fulguraciones eléctricas.

3. Los factores químicos son:

- acción de ácidos,
- acción de álcalis,
- halógenos,
- sales de metales pesados,
- gases de guerra.

En podología se usa con frecuencia el ácido fénico que puede ser causa de una úlcera iatrogénica.

### PATOGENIA

La patogenia de las úlceras crónicas depende de un mecanismo común a todas ellas.

Como consecuencia de la noxa patológica que produce un déficit periférico en el trofismo tisular que acarrea en plazo más o menos largo una NECROBIOSIS de los tejidos afectados. Esta lesión tisular se abre al exterior dando lugar a la ulceración cutánea. Secundariamente, se produce una colonización microbiana de la ulceración que da lugar a la infección de la misma, constituyendo un factor agravante del curso de estas lesiones.

El sistema nervioso y la piel están en íntima relación no sólo por larica inervación de ésta última, sino también por su afinidad embriológica pues ambos proceden del ectodermo. La eutrofia cutánea depende de las fibras nerviosas sensitivas y sensoriales aferentes y de las fibras vegetativas. Las fibras sensitivas son las que envían información a los centros nerviosos sobre los posibles estímulos nociceptivos motivando una respuesta defensiva ante estos estímulos que podrían ser el origen de lesiones. Las fibras vegetativas tienen como función primordial el control de la vasomotricidad y del funcionamiento glandular.

### SINTOMATOLOGIA. DIAGNOSTICO

La ulceración cutánea consiste en una pérdida de substancia de la piel **previamente alterada** por un proceso patológico.

La inspección de la úlcera nos facilita el reconocimiento de los caracteres que nos pueden interesar para desvelar el diagnóstico y dirigir el tratamiento.

La topografía de la úlcera nos puede orientar sobre su posible origen. Así, las úlceras en malleolos tibiales suelen ser varicosas, las de las



puntas de los dedos por enfermedad de Raynaud, las de localización plantar sobre calcáneo o cabezas de metatarsianos suele ser por «mal perforante».

Por el número, las úlceras pueden ser únicas o múltiples.

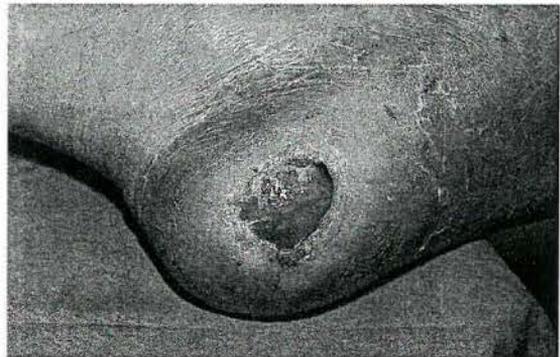
Por los caracteres de los bordes:

- bordes recortados a pico,
- bordes irregulares (estrellados) o regulares,
- bordes blancos o duros,
- bordes firmes o desprendidos.

En casi todos los casos, los bordes suelen estar circunscritos por un halo hiperqueratósico.

Por el estado del fondo puede tratarse de úlceras de fondo limpio, necrótico, granuloso, hemorrágico, fungoso, etc.

Por su profundidad, las úlceras pueden ser superficiales si afectan epidermis y dermis (úlceras piógenas), o profundas si afectan a la hipodermis y tejidos subcutáneos (mal perforante avanzado).



La piel circundante a la úlcera puede presentar los siguientes caracteres:

- edema,
- pigmento,
- cianosis,
- puede ser piel absolutamente normal. Es importante tener en cuenta su temperatura.

Por su evolución de las úlceras, pueden ser:

- serpiginosa que se caracteriza por crecer por un polo y cicatrizar por el opuesto,
- terebrantes que se desarrollan especialmente en profundidad.

La foto-robot de una úlcera crónica suele ser la siguiente:

- bordes recortados a pico, irregulares con reborde hiperqueratósico,
- fondo fungoso,
- fistulizada o no,
- área periulcerosa seca o macerada.
- Sensibilidad disminuida casi siempre, salvo en las úlceras por radiodermatitis o postflebiticas,
- olor «sui generis» sin relación con colonización por anaerobios,
- edema periulceroso,
- profundidad en relación con la evolución pudiendo llegar hasta el plano óseo (mal perforante).

### TRATAMIENTO

- a) General de proceso etiológico productor de la úlcera, que debe correr a cargo del facultativo correspondiente.
- b) Local: los tratamientos tópicos han sido de una diversidad tan disparatada a lo largo de la historia que prácticamente se puede decir que se ha intentado todo. Este hecho histórico pone en evidencia el esfuerzo, casi siempre baldío por lograr el cierre y la curación médica de las úlceras, lo que viene a reforza el criterio de lo sombrío del pronóstico que aún hoy día ostentan.

Desde el uso de irrigaciones de la úlcera con suero fisiológico, agua oxigenada, soluciones alcalinas de carbonato sódico o ácidas, como el ácido bórico, soluciones de sales metálicas como el sublimado o sales de plata (nitrato de plata), combinaciones de halógenos: tintura de iodo o bien combinación de cloro (solución de Dakin), yodoformo, ácido fénico, bálsamo de Perú, colorantes como el violeta de metilo, tripaflavina o rivanol, pasando por los emplastos, ungüentos y diversas pomadas, hasta los modernos medicamentos antibióticos, desbridadores enzimáticos, queratoplásticos y estimulantes de la granulación, se puede decir que no ha habido un fármaco que no haya sido probado en la curación de las úlceras.

Mi proceder terapéutico en estos casos comienza por hacer una evaluación de la perfusión

periférica del flujo sanguíneo arterial mediante modernos y sencillos aparatos manuales que utilizan el efecto DOPPLER y eventualmente, por medio de arteriografías. Con ello nos hacemos idea de trofismos de la zona donde asienta la úlcera para adelantar un pronóstico en cuanto al tiempo de curación. También efectuamos un estudio detallado de las condiciones estadísticas y dinámicas que presenta el enfermo en bipedestación para evaluar el reparto de fuerzas sobre los puntos de apoyo normales o anormales del pie que presupongan una sobrecarga de los mismos. La negligencia en estas exploraciones me dice la experiencia que se paga con la aparición casi constante de recidivas.

La metodología del tratamiento que aplico es tan sencilla como rigurosa en su ejecución.

El podólogo debe conocer perfectamente el ritual quirúrgico seguido en la preparación de una intervención cualquiera.

Tras el lavado de manos y preparación de material estéril a utilizar, se prepara el campo quirúrgico, cubriendo con paños estériles.

Se comienza por la deslaminación de la hiperqueratosis periulcerosa a punta de bisturí eliminando completamente la callosidad. Con esta operación, conseguimos liberar el borde de la úlcera y exponer los límites reales de la misma. También eliminamos posibles esfacelos del borde o fondo ulcerosos.

El paso siguiente consiste en realizar un lavado de la úlcera y trayectos fistulosos si los hay, con agua destilada o suero fisiológico y de modo concienzudo, secando todo con gasa estéril.

Finalizamos con la aplicación de enzimas proteolíticas con y sin antibióticos sobre el fondo ulceroso y en los trayectos fistulosos, drenando éstos con tira de gasa estéril.

Concluimos con vendaje oclusivo y ligeramente compresivo.

Estas curas se repitan cada 24 horas.

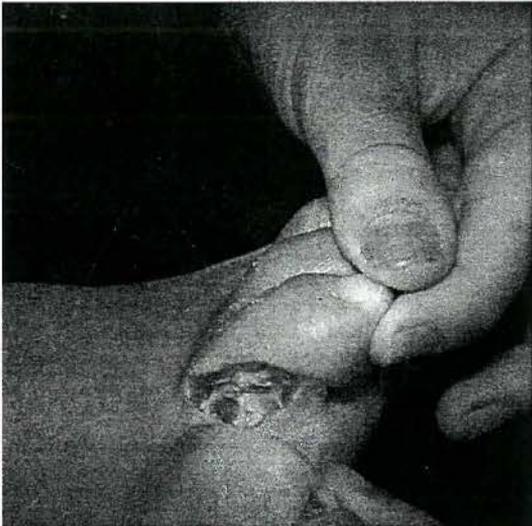
Recomendaciones al enfermo que hacemos siempre, incluyen:

- No reposo en cama salvo en los casos en que existen edemas de miembros.
- Confeción de plantillas para corregir anomalías de apoyo y la insuficiencia del al-

mohadillado plantar por la atrofia el tejido celular subcutáneo graso.

Con este proceder terapéutico hemos constatado los siguientes hechos:

- Curación de la úlcera en su tiempo corto en relación con la evolución total del proceso.
- Recidivas en pocos casos que también responden rápidamente al tratamiento antedicho.
- Efectividad del tratamiento aún en casos con gran déficit de perfusión periférica.
- Escaso número de casos de fracaso que precisan cirugía de algún tipo.



Y para terminar, quisiera recordarles que igual que no hay enemigo inofensivo, no hay heridas o úlceras en pie sin importancia.



# Canestén<sup>®</sup> polvo

## Los hongos desaparecen 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

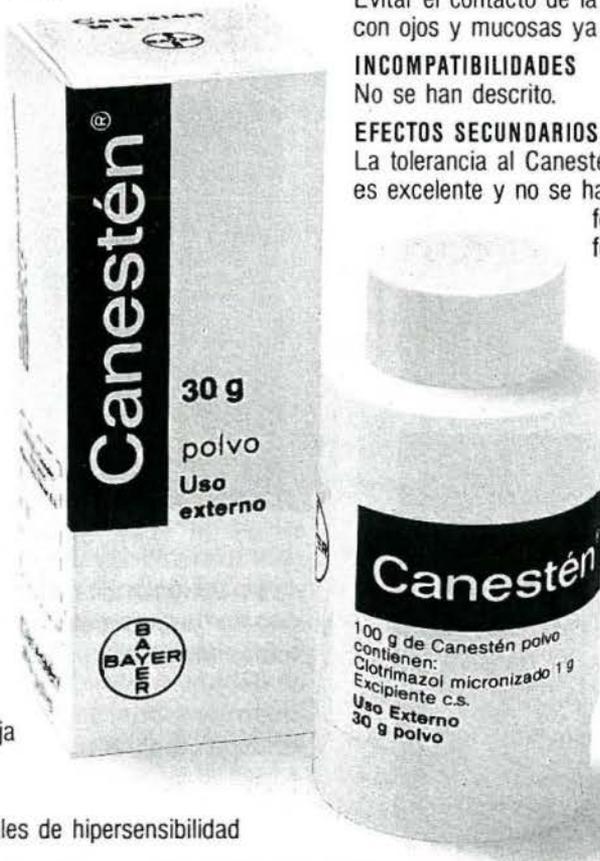
No se han descrito.

### EFFECTOS 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	409.-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	430.-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	448.-



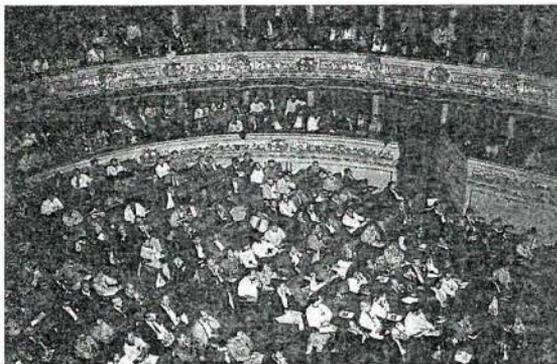
**Bayer**

Antimicóticos

## REPORTAJE: XXI CONGRESO NACIONAL DE PODOLOGIA San Sebastián, octubre de 1989

### REDACCION

Durante los pasados días 12, 13 y 14 de octubre, se celebró con gran brillantez el XXI Congreso Nacional de Podología. El incomparable marco de teatro Victoria Eugenia dio cabida a más de 500 Podólogos que, atraídos por un tema de la máxima actualidad. Cirugía en Podología, siguieron con gran interés el desarrollo de las comunicaciones científicas que se presentaron.



Aspecto de la Sala del teatro Victoria Eugenia durante las sesiones de Congreso.

*El Comité Organizador, sensible a las inquietudes del colectivo profesional, eligió un tema del máximo interés, justificando dicha elección en las palabras que el Secretario General del Congreso, el compañero JUAN JOSE ARAOLAZA LAHIDALGA dirigió en el Acto Inaugural y que transcribimos textualmente:*

### APERTURA:

Exmo. Sr., Ilmos. Sres. Sras., compañeros todos:  
Bienvenidos a San Sebastián. Ongi etorri.



Acto Inaugural: El Secretario General del Congreso se dirige a los asistentes. Aspecto de la Mesa Presidencial.

Me cabe el honor de dirigiros las primeras palabras de este acto, y deseo que las mismas sean de agradecimiento por la colaboración que hemos tenido de los Organismos Públicos aquí presentes. Mi agradecimiento personal a todos los compañeros del Comité Organizador que han dado un magnífico ejemplo de compañerismo y colaboración. Nuestro agradecimiento también al esfuerzo de todos los ponentes, porque sin su colaboración no habría Congreso, y en especial, al colega estadounidense New que se ha desplazado desde Texas para asistir a este Congreso y traernos la visión americana de la Cirugía Podológica actual.

### CIRUGIA EN PODOLOGIA

Sin duda alguna, el Tema del Congreso ha supuesto un fuerte atractivo para que un gran número de compañeros se hayan decidido a asistir a este Congreso. Nos alegra que hayamos acertado en la elección.

La Cirugía Podológica está en pleno desarrollo, y un gran número de compañeros se sienten atraídos hacia esta disciplina, para ponerla al servicio de sus pacientes.

Han sido varios los factores que nos han hecho reflexionar sobre la validez y la oportunidad de un Congreso sobre este tema.

La necesidad de reivindicar convenientemente la facultad del Podólogo como ejerciente de la Cirugía Menor, en el contexto de la Europa Comunitaria, atribución no reconocida con excepción de Gran Bretaña.

La importancia del momento con unas Escuelas que han de formar a compañeros sin una experiencia y raigambre en el campo práctico de la cirugía, como ocurría siendo una especialidad del Practicante y del A.T.S. Creemos que las Escuelas necesitan un apoyo en este campo específico por parte de las organizaciones profesionales de Podólogos.

El desarrollo que está adquiriendo esta actividad en los últimos años, hace necesario un planteamiento global con un examen de la situación y estrategia para el futuro inmediato. El riesgo evidente en el ejercicio de la Cirugía, obliga a plantearse un sistema de reciclaje serio y riguroso, y con los recursos disponibles.

La historia de los antecesores del podólogo actual está llena de referencias constantes a la actividad y recurso a la cirugía en el quehacer del ejercicio profesional.

Desde el Cirujano romancista, al Barbero-Pedicuro convertido en Cirujano Callista del siglo XIX, antecesor inmediato del actual Podólogo, la Cirugía está omnipresente.

Por otro lado, los avances de la Cirugía clásica y tradicional, no han dado los resultados apetecidos en el segmento podálico. Es de convencimiento general el alto porcentaje de yatrogenias resultantes de esta actividad. La primera Escuela de Podólogos creada en Barcelona el año 1955, fundamenta su función de investigar la recuperación de las secuelas postquirúrgicas del pie.

Un eminente y brillante Cirujano Ortopédico, exclamaba con contrariedad, que prefería intervenir cinco caderas a un Hallux Valgus, ante la reclamación de un paciente poco satisfecha del resultado de la intervención.

El Podólogo está llamado a ser el Cirujano especialista del pie. Y puede ser que la clave del buen resultado se halle en la diferente óptica desde la que puede tratar toda esa pequeña patología del pie. Una Cirugía a la medida y proporcionada al problema de resolver.

La recuperación postquirúrgica correcta está posiblemente ligada también a una deambulación inmediata y, esta parece ser también una condición que persigue la Cirugía podológica.

Todo ello, tiene un reflejo indudable en los costos hospitalarios, que ha de hacer reflexionar a las autoridades sanitarias.

Una vez más, no inventamos nada. Recorremos un camino ya trazado por nuestros colegas americanos. Aprendemos de su experiencia, y evitemos los errores que han podido cometer. Pero esto desde aquí, con nuestra situación y nuestros condicionantes y posibilidades.

Con la Cirugía cobra aún mayor valor la primera máxima de la medicina. «Primum non nocere». Primero no hacer daño. Pero también hay que responder a nuestra responsabilidad cuando dejamos de aplicar los conocimientos y técnicas por omisión o desconocimiento. Tan malo es extralimitarse a un campo que no nos pertenece como omitir la actuación en el segmento humano que por definición es nuestro campo: **El Pie**.

## SIDA: RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES DE PODOLOGIA

*La Conferencia Inaugural estuvo a cargo del Dr. ZULAICA, con el tema «Prevención del SIDA en la práctica diaria podológica» de la que, por su gran interés, transcribimos un extracto resumen.*

### INTRODUCCION

El riesgo de transmisión del Virus del Sida (VIH) en los establecimientos de podología es remoto. Hasta la actualidad no se ha demostrado ningún caso de infección por este virus debido a la utilización de los servicios que ofertan estos establecimientos.

### ¿POR QUE HAY QUE ADOPTAR MEDIDAS?

El Virus del Sida se encuentra en la sangre de las personas infectadas y en estos establecimientos se realizan actividades que pueden suponer el contacto de los instrumentos utilizados con la sangre infectada.

A través de estos objetos infectados, se podría transmitir el Virus del Sida de un cliente a otro o, mucho más improbable, al propio profesional.

### ¿CON QUIEN SE DEBEN TOMAR MEDIDAS?

Como por la apariencia externa de una persona no podemos saber si está infectada o no, se deberán adoptar las medidas higiénicas con **todos** los clientes.

### SIDA Y HEPATITIS B

Aunque estas normas están dirigidas al Sida, las medidas que vamos a referir también protegen al Virus de la Hepatitis B, más conocido, pero que también supone un riesgo para la salud.

### MEDIDAS HIGIENICAS RECOMENDADAS

#### Instrumental

1. Los instrumentos que atraviesen la piel deben ser de un solo uso. Aquel instrumental que por sus características no sea desechable, podrá ser reutilizado después de ser esterilizado correctamente. (Ver apartado 4).

2. Para evitar accidentes con este material usado (cuchillas de afeitar, hojas de bisturí, etc), o con cualquier otro objeto punzante o cortante que se vaya a desechar, se introducirá previamente en un recipiente de material resistente (por ejemplo, plástico duro) y se eliminará en la basura dentro de estos envases.

3. El resto del material utilizado que no reúna las características señaladas anteriormente, es decir, que habitualmente no corten o perforen la piel, deberán ser desinfectados (ver apartado 5) o esterilizados (ver apartado 4) cuando se contaminen con sangre.

4. Los métodos recomendados para esterilizar instrumentos son:

- a) autoclaves: a 120 grados durante 20 minutos,
- b) esterilizadores de calor seco (hornos, estufas, etc.), a 170 grados durante una hora.

5. Los métodos recomendados para desinfectar instrumentos son los siguientes:

- a) Ebullición: los objetos que resistan altas temperaturas se deben introducir en un recipiente con agua hirviendo, mateniéndolos sumergidos durante 20 minutos.
- b) Lejía diluida al 10%: los objetos que no resistan altas temperaturas se pueden desinfectar sumergiéndolos en lejía dilui-

da al 10% (una parte de lejía en 9 de agua) durante 20 minutos.

La lejía no debe ser utilizada para desinfectar objetos metálicos ya que su uso prolongado corroe el metal. Las preparaciones de lejía diluida pierden poder desinfectante con el tiempo, por lo que se deben realizar en el mismo día, o mejor, en el momento de su utilización.

Las toallas, paños y batas manchados de sangre, se desinfectarán, como en el caso anterior, introduciéndolos en lejía diluida al 10% durante 20 minutos. En el caso de que haya tejidos que no se puedan introducir en lejía, se lavarán en lavadora automática en un programa de 60 grados durante 20 minutos.

Si se derramase sangre sobre una superficie (suelos, mesas, etc) se debe cubrir la zona con pañuelos o toallas de papel desechables, o con papel higiénico, y se debe verter sobre ellos lejía diluida al 10%, dejándolo así durante 10 minutos y eliminándolo posteriormente en la basura.

- c). Alcohol al 70%: este producto tiene la ventaja de que no corroe el metal. El tiempo de desinfección recomendado es de 20 minutos. No hay que olvidar que el alcohol se evapora, por lo que se debe mantener cerrado el recipiente mientras mantengamos sumergidos los objetos a desinfectar.
- d) Glutaraldehído al 2%.

### HIGIENE PERSONAL

1. Si se produjesen salpicaduras de sangre de un cliente sobre la piel de un profesional, éste se debe lavar inmediatamente con agua y jabón.

2. Cualquier herida o lesión que un profesional tenga en sus manos, deberá ser cubierta con

una tirita o apósito similar en el desarrollo de su trabajo.

3. Es una buena norma de higiene lavarse las manos con agua y jabón al finalizar la atención a cada cliente.

4. En aquellas actuaciones que se previenen cruenas, es decir, con rotura de la piel, se recomienda la utilización de guantes.

### INFORMACION

Si cualquier profesional tuviese alguna duda, problema concreto o sugerencia, puede ponerse en contacto con la Unidad de Prevención y Control del Sida:

Teléfono de Información: (943) 28 26 66.

---

El desarrollo de las conferencias, salpicadas de unos actos sociales que nos hicieron conocer un poco mejor la cultura y las tradiciones del País Vasco, hicieron del XXI Congreso Nacional de Podología una experiencia inolvidable y un punto de referencia importante a la hora de programar futuros Congresos de Podología. De ello dio cumplida información la prensa, radio y TV, del País Vasco y del resto del Estado, ayudando a dar una mayor proyección social a la Podología y a la figura del Podólogo

No resta a esta Redacción sino felicitar al Comité Organizador, a los Conferenciantes y a los Expositores por haber contribuido en la organización y desarrollo de un ejemplar Congreso de Podología como ha sido este XXI, celebrado en San Sebastián.

# II CONGRESO EUROPEO DE PODOLOGIA

28, 29, 30/IV y 1/V/90 BARCELONA (Spain)

**ORGANIZA:** Associació Catalana de Podòlegs.  
Roselló, 350, ent. 2.<sup>a</sup>  
08025 BARCELONA.

Tengo el placer de invitarle al II CONGRESO EUROPEO DE PODOLOGIA, que se celebrará en la ciudad de BARCELONA (España) los días 28, 29, 30 de abril y 1 de mayo de 1990.

BARCELONA, ciudad de Ferias y Congresos, nos acogerá durante cuatro días, para que en ella tengamos el foro privilegiado, donde conocer los constantes avances de esta joven ciencia que se llama PODOLOGIA.

La ASOCIACION EUROPEA DE PODOLOGOS, aprovecha la ocasión para dar a conocer su constante labor en pro de la unificación de titulación y atribuciones profesionales en el marco de la C.E.E.

No queremos ser representantes de un pasado que no supo prever su futuro.

Con el año 1993, llega a Europa la hora de la verdad. Será realidad indiscutible el punto del Tratado de Roma, que contempla la libre circulación de profesionales en todo el ámbito de la C.E.E. Es, no ya necesario, sino imprescindible, que estemos preparados para este inmediato futuro.

Eusebio MONTANER AMETLLER  
Presidente de la Asociación  
Europea de Podólogos

## FICHA DE PRE-INSCRIPCION

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Deseo recibir información completa del Congreso

SI NO

¿Piensa presentar alguna comunicación?

¿Piensa asistir con acompañante?

¿Desea recibir información de Hoteles y viajes pre-post Congreso?

NOTA: Si Vd. desea el 2º programa con la hoja de comunicaciones, por favor, rellene este formulario y envíelo antes del 10 de Diciembre 1989, a la Secretaría.

Por favor, mande también información a las siguientes personas (facilitar nombre y dirección completa)

Fecha y firma

Secretaría: B.R.P. - Barcelona Relaciones Públicas - Pau Claris, 138, 7º, 4º - 08009 Barcelona  
Tel.: (93) 215 7214 - Fax (93) 215 72 87

### INFORMACION GENERAL

- Habrá servicio de traducción simultánea en: castellano, francés, inglés e italiano.
- Se entregará a todos los congresistas un diploma.

### COMITES

**PRESIDENTE DEL CONGRESO**  
Eusebio MONTANER AMETLLER.  
Presidente A.E.P.

**COMITE ORGANIZADOR**  
Por la ASSOCIACIO CATALANA DE  
POLEGS.

Presidente: Sergio BONAMUSA MONT.  
Vice-presidente: Idelfonso ZURITA VELA.  
Secretario: Juan MARIN COSTA.  
Tesorero: Felipe AYUSO ELVIRA.

### VOCALES:

Isabel ARDANUY COLLAZOS.  
Federico MARTIN FUENTES.  
Ramón BARNIOL FERRAN.  
Javier NOGUER PANELLA.

### COMITE CIENTIFICO

J. Alonso Guillamón.  
J. Arenas Torras.  
D. Bernal Bello.  
J. L. Martínez Soriano.

### RELACIONES PUBLICAS

J. Barnés Andreu.  
J. Claverol Serra.  
J. Fluvià Creus.  
T. Rost Calvo.

### COMITE INTERNACIONAL

Sr. José FERRE ANGLADA. (España)  
Administrador A.E.P.  
Mme. G. DEMOULIN (C.B.P. Bélgica).  
Mr. P. JOURDAIN. (C.P.P.B. Bélgica).  
Mr. E. MEISELS. (S.N.P. Francia).  
Mr. J.A. LELEU. (S.N.P. Francia).  
Mr. D.R.C. BELL. (P.A. Gran Bretaña).  
Mr. P. DE HAAN. (N.V.P. Holanda).  
Mr. K.J. BREEUKHOVEN. (M.C.S.A.  
Holanda).  
Mr. F. SARDA PRAT. (I.A.P. Italia).  
Mr. R. BERNABEI. (G.I.P.A. Italia).  
Mr. P. PALGEN. (F.P.L. Luxemburgo).

**S** EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA  
**UMINISTRES**  
**ODOLÓGICS I MÉDICS**  
J. A. Tejero



*ANTE CUALQUIER MATERIAL QUE NECESITE **CONSULTENOS** Y NOS  
SENTIREMOS ORGULLOSOS DE PODERLE ASESORAR.  
ESTAMOS A SU DISPOSICION DE LUNES A SABADO DE 10 A 13 HORAS  
Y DE 16 A 20 HORAS.*

### SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

C/. Princep Benlloch, 16. Andorra la Vella  
Teléf. 60516. Fax: 60199. PRINCIPAT D'ANDORRA

# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS

1.<sup>a</sup> Los trabajos serán redactados en cualquiera de los idiomas y dialectos del Estado, si bien será preceptivo incluir una traducción en castellano, en el supuesto de que no sea redactado en este idioma.

2.<sup>a</sup> Los originales serán mecanografiados sobre DIN-A4 a doble espacio, debiendo enviar, de cada texto, original y cuatro copias, al igual que las fotografías, diapositivas, radiografías o grabados que estén incluidas en el original (de estos medios complementarios, sólo un original y fotocopias).

3.<sup>a</sup> Los temas estarán referidos a la Podología, bien sean trabajos de investigación, recopilación de datos o repaso a conocimientos básicos de la materia. En cualquier caso, el autor deberá indicar las fuentes de documentación, bibliografía, etc...

4.<sup>a</sup> El autor, o autores, se responsabilizarán del contenido de su trabajo. La R.E.P. suspenderá la publicación de dichos trabajos cuando se comprueba su aparición en otra revista o libro.

5.<sup>a</sup> La R.E.P., por medio de su Comisión Científica y los Consultores responsables de cada materia, estudiará y determinará la publicación o no de los originales recibidos, valorando la ordenación del trabajo en las partes clásicas en que se divide un original científico de observación o investigación:

- a) Introducción justificativa del estudio.
- b) Exposición de la casuística o técnica empleada en la investigación.
- c) Resultados.
- d) Discusión.
- e) Conclusiones.
- f) Bibliografía.
- g) Resumen del trabajo.

Las resoluciones de la Comisión Científica y de los Consultores, serán secretas individualmente, aunque su decisión colectiva será dada a conocer al autor o autores de los trabajos, siendo ésta inapelable.

6.<sup>a</sup> Podrán enviarse a la R.E.P. réplicas o discrepancias con los artículos aparecidos en la misma, cuya extensión no podrá exceder de dos folios mecanografiados a doble espacio. Del mismo modo, podrán enviarse observaciones complementarias a los artículos publicados.

7.<sup>a</sup> Al autor o autores de los artículos les serán enviados tres ejemplares de la revista en la que aparezca su trabajo.

8.<sup>a</sup> El autor o autores de los trabajos remitidos a la R.E.P., autorizarán a la Redacción de la misma a reimprimir dichos originales en otras publicaciones propias existentes o que pudieran ser creadas.

9.<sup>a</sup> Los trabajos (con sus copias correspondientes) deberán ser enviados a:

**REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA**  
**C/ San Bernardo 74, bajo**  
**28015 MADRID**

# PUBLICAMOS TU FOTO



Autor:  
Jose Vilar

Tema:  
*Andilla*

Diafragma:  
8

Camara:  
Nicon F.3

Objetivo:  
Micronicor

Velocidad:  
125

**ENVIA UNA FOTOGRAFIA EN PAPEL O DIAPOSITIVA DEL TEMA QUE PREFIERAS,  
PAISAJE, RETRATO PROFESIONAL, E INCLUYE LOS DATOS TECNICOS  
ALEGREMOS NUESTRA REVISTA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS

# PEUSEK<sup>®</sup>

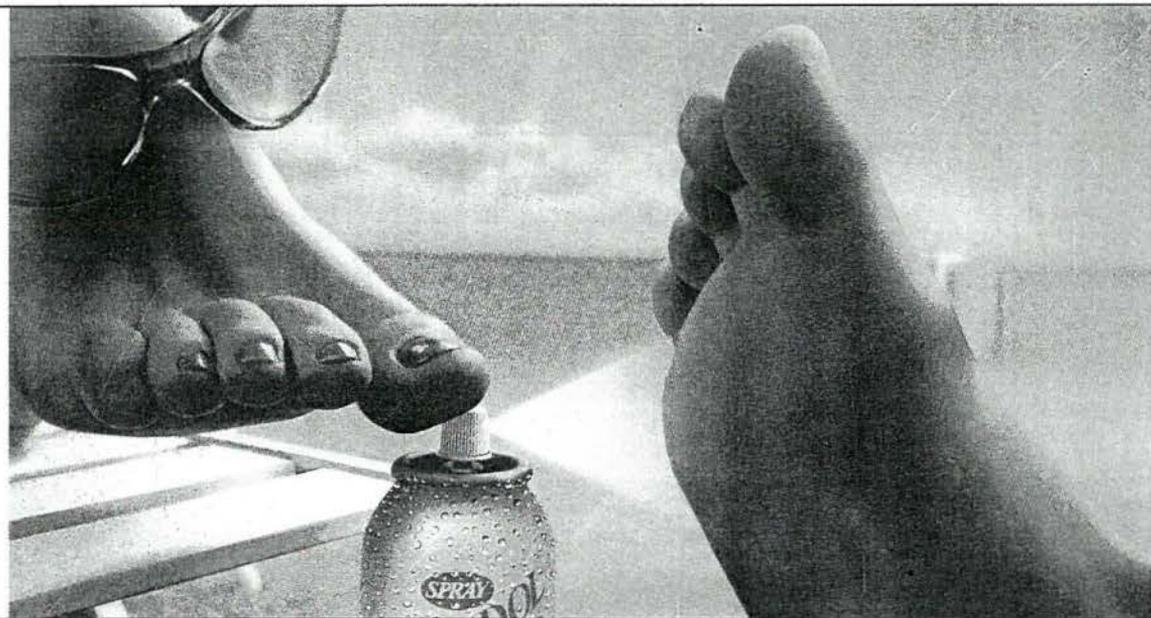
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



SOLICITENOS MUESTRAS E INFORMACION  
PEUSEK, S.A. Infanta Carlota, 19-21 Telf. 239 83 34 08029 BARCELONA

# ARCANDOL<sup>®</sup>

- 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*

# REX

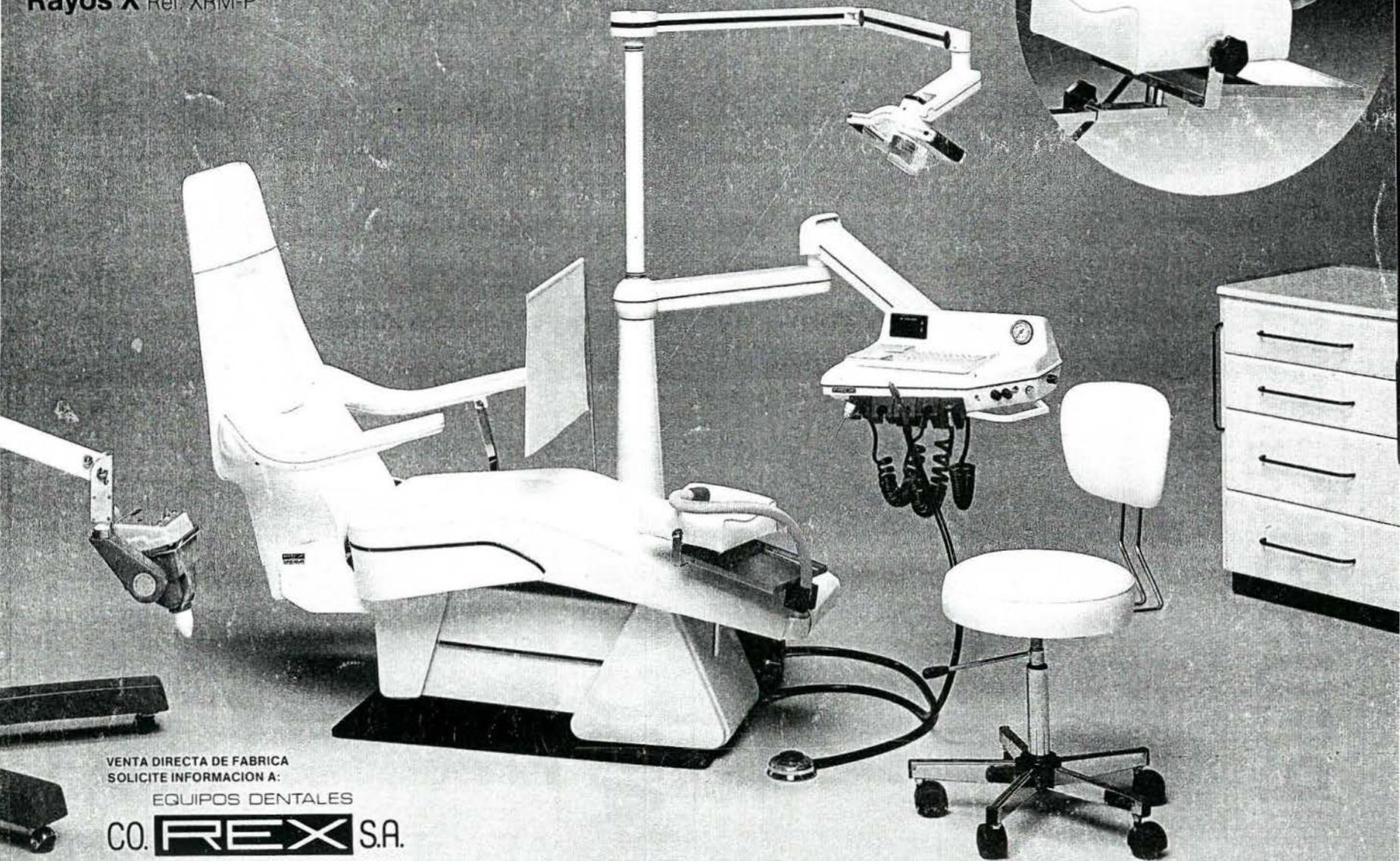
Equipo para Podología

Equipo *Elite-P* Ref. RE-P

Sillón *GACELA-P* Ref. RG-P

Rayos X Ref. XRM-P

## POTENTE ASPIRACION



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.  
Avda. Pablo Iglesias, 56

# REVISTA ESPAÑOLA DE **PODOLOGIA**

NOVIEMBRE - DICIEMBRE N° 126 - AÑO 1989



FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS



# REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGIA

ORGANO DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS

*Vehículo creado para promover y reforzar las relaciones entre los profesionales podólogos de España y divulgar los trabajos, comunicaciones, avances, noticias y todo lo relacionado o de interés para el podólogo y la podología.*

## JUNTA DIRECTIVA

**Presidente:** Andrés Rueda Sánchez.  
**Vicepresidente:** Fco. José Morán Ventura  
**Secretario:** José María Altonaga Eguren  
**Tesorero:** José Vilar Fuster.  
**Vocales:** Isaías del Moral Roberto.  
José Valero Salas.  
Manuel Albala Valle.  
José Andreu Medina.

## ASOCIACIONES COMPONENTES:

ANDALUZA	Presidente: Alvaro Ruiz Marabot.
ARAGONESA	Presidente: José Valero Salas.
ASTURIANA	Presidente: Sindulfo Iglesias Llana.
BALEAR	Presidente: José Claverol Serra.
CANARIAS	Presidente: Jesús Acordagoitia Vivero.
CANTABRIA	Presidente: José Andreu Medina.
CASTELLANO-LEONESA	Presidente: José María Altonaga Eguren.
CASTELLANO-MANCHEGA	Presidente: Luis Juan Navarro.
CATALANA	Presidente: Sergio Bonamusa Mont.
EXTREMEÑA	Presidente: José Villafaina de la Cruz.
GALLEGA	Presidente: Armando Díaz Pena.
MADRILEÑA	Presidente: José Luis Moreno de la Fuente.
MURCIANA	Presidente: Pedro S. Rivera Plaza.
RIOJANA	Presidente: Félix Martínez Martínez.
VALENCIANA	Presidente: Isaías del Moral Roberto.
VASCO NAVARRA	Presidente: Juan José Araolaza Lahidalga.

## SUMARIO

EDITORIAL .....	2
LA F.E.P. INFORMA .....	5
<b>APORTACIONES CIENTIFICAS</b>	
Ovteotomía en «V» con abordaje dorsal de la base de la falange proximal del hallux. ovd .....	6
Cuidados de la piel del pie en el envejecimiento .....	11
Solución a una yatrogenia frecuente en C.M.I. ....	17
Conclusiones de las primeras jornadas valencianas de podología	24
La tendinitis rotuliana puede ser causada por pronación excesiva del pie .....	28
Se habló de .....	31

**Director:** Andrés Rueda Sánchez  
**Subdirector:** José M.ª Altonaga Eguren  
**Redactor Jefe:** José Valero Salas

**Impresión:** Repro. Garval  
Lucero, 12  
Tel. 479 69 73  
28047 MADRID

**Redacción:** San Bernardo, 74  
Tel. 531 50 44  
28015 MADRID

**Empresa de Publicidad:** Garsi, S. L.  
Londres, 17  
28028 MADRID

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

## *Sobre la Federación:*

*La Federación Española de Podólogos es el órgano representativo de la profesión a escala nacional y las Asociaciones Autonómicas son la representación de la profesión en el ámbito profesional que le corresponde, es decir, su autonomía.*

*Vistas así las cosas, y por lógica deducción, debe ser el máximo representante de la asociación autonómica quien en representación de esta se integre en la estructura federativa, por la vía directa y con el peso específico que le corresponde. Pues bien, esta lógica evidencia absoluta no es la exacta realidad de nuestra organización.*

*La F.E.P. está dotada, como todos sabéis, como máximo órgano de expresión a nivel estatutario, de la denominada Asamblea de Representantes. Esta vía de representación puede o no ser coincidente con los representantes estatutariamente designados por las asambleas autonómicas para regir sus destinos como Junta Directiva.*

*Ahora veamos, de forma abstracta, una aproximación a situaciones reales que se producen con frecuencia: Hay una determinada Junta autonómica que, en virtud de su responsabilidad y compromiso con su asamblea, realiza gestiones para conseguir el objetivo «x». Lógicamente, se adquieren los compromisos y responsabilidades propias de la gestión que pueden no estar entroncados con la filosofía o política general de la Junta Nacional (esta situación también puede ser al revés).*

*Llegados a este punto, nos encontramos con dos posturas que pueden ser un poco, parcial o diametralmente opuestas: la autonómica y la nacional. Ambas pueden estar éticamente justificadas pero, evidentemente, las dos conjuntamente no pueden subsistir. ¿Qué hacer? ¿Qué interés debe superponerse? Hay razones de fondo y forma para que ambas posturas se mantengan hasta el final, pero claro es que no puede ni debe ser así. Estas situaciones «extrañas» solo conducen a incomprensiones o faltas de comunicación socavando la buena armonía y la disponibilidad altruista de la gente que está dispuesta a colaborar: Por eso «caen» tantos compañeros por el camino y que después es difícil recuperarlos. Se está quemando demasiada gente.*

*Por otra parte, y ya analizando la asamblea de representantes, si un presidente autonómico es la máxima representación estatutaria de su asociación, esta cualidad no puede quedar equiparada y disminuida dentro de una asamblea con más del 60% en la que no existe esta condición. Y hablando de presidentes, tampoco puede un presidente sustraer la soberanía de la asamblea de representantes con la consabida salida de «me abstengo en la vota-*

*ción o hipoteca el voto a que consulte con mi asamblea autonómica». No podemos perder ni el tiempo ni el dinero de forma alegre y simplista. Todos necesitamos más seriedad.*

*Todos tenemos que ser siempre respetuosos con los estatutos. En mi caso y de la Junta Nacional con los estatutos federativos. Precisamente desde esta posición de respeto y con el conocimiento y la experiencia de sufrirlos directamente estoy y estamos obligados a denunciar cuáles son los fallos que en su funcionamiento se detectan.*

*Temas en relación directa a esta asincronía estatutaria se convierten en armas arrojadas con demasiada frecuencia. En la federación somos receptores de ello en algunas ocasiones, pero quede claro que el ser «receptor» no implica ser «generador». Tampoco se interpreta en esto que seamos «químicamente puros». Pero nadie.*

*También se ha señalado en algún que otro escrito que la auténtica voz profesional la tenemos «secuestrada». Me refiero concreta y específicamente a la voluntad de la Asamblea General de socios que se ha transformado en un simple acto informativo. Consecuencia: el podólogo de «a pie» pierde interés en participar en su destino puesto que estatutariamente ni se quiere ni se le oye. La asamblea está definida como Asamblea informativa. ¿? Otra consecuencia: la Junta pierde la capacidad de recoger directamente la opinión real y directa de los asociados!!*

*Y otra consecuencia más: lo que debería ser opinión responsable de los presidentes autonómicos la recogemos diluida en un 60 / 40.*

*No quiero plantear la cuestión de que el sistema actual es bueno o malo. Repito que hasta la creación del Colegio Profesional soy partidario del sistema federativo, pero ahora bien, no como lo tenemos montado.*

*He requerido señalar aquí algunas realidades para conocimiento general, y ahora me permito cuestionarte ¿... bajo tu percepción tenemos el sistema de organización más adecuado en nuestra realidad...?*

*Mi respuesta es rápida: Mi solución lo es aún más: la profesión necesita imperiosamente una organización colegial, como sistemas estatutarios ágiles y adaptados a un colectivo pequeño como el nuestro.*

*Un saludo  
Andrés Rueda*

**CALZADOS**

**D'Rosí**

**CALZADOS DE NIÑOS**

**Especialidad para plantillas ortopédicas**

**Fabricante:**

**José Díaz García**

C/. Benejama, 30 - Tel. 80 17 50

VILLENA

## FALLO DEL I PREMIO DE INVESTIGACION PODOLOGICA C.P.I.

*En relación al citado Premio, convocado por la FEDERACION ESPAÑOLA DE PODOLOGOS y patrocinado por CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL, se ha recibido el siguiente comunicado en la Redacción de la Revista Española de Podología:*

A TENOR DE LO INDICADO EN LAS BASES CORRESPONDIENTES, Y A LO ESTIPULADO POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, PARA LA CONCESION DEL «I PREMIO CPI» DE INVESTIGACION PODOLOGICA, PASAMO A INFORMARLE DE LO SIGUIENTE:

1. EL **TRIBUNAL CALIFICADOR** ESTUVO CONSTITUIDO POR LOS SIGUIENTES MIEMBROS DE LA PROFESION, DESIGNADOS POR LA JUNTA GENERAL DE LA FEDERACION ESPAÑOLA: DOÑA VIRGINIA NOVEL MARTI, DON JUAN BENEIT MONTESINOS, DON ANDRES RUEDA SANCHEZ, DON JOSE MARIA ALTONAGA EGUREN, DON JUAN JOSE ARAOLAZA LAHIDALGA, MAS UN REPRESENTANTE DE LA EMPRESA PATROCINADORA.
2. EL **FALLO** DE LA COMISION CALIFICADORA FUE DECLARAR EL **PREMIO DESIERTO**. SEGUN SU CRITERIO, LOS TRABAJOS PRESENTADOS NO REUNIAN EL NIVEL PROFESIONAL SUFICIENTE.
3. PROXIMAMENTE RECIBIRA LA INFORMACION CORRESPONDIENTE AL «II PREMIO CPI» PARA 1990. PARA ESTA OCASION QUEDA FIJADA UNA **ASIGNACION DE 500.000 PTAS.**, AL ACUMULARSE LA DOTACION DE LA ANTERIOR CONVOCATORIA, DECLARADA DESIERTA CON CARACTER INAPELABLE.

A EFECTOS DE OBTENER LA MAXIMA AMPLITUD INFORMATIVA POSIBLE, Y EN CONSONANCIA A LO ESTIPULADO POR LA LEGISLACION VIGENTE SOBRE PREMIOS PATROCINADOS POR LA INDUSTRIA FARMACEUTICA, ESTE COMUNICADO Y LAS BASES CORRESPONDIENTES A LA PROXIMA CONVOCATORIA, DEBERAN SER INSERTADOS EN TODOS LOS MEDIOS DE DIFUSION PROFESIONAL, TANTO DE AMBITO NACIONAL, COMO REGIONAL Y/O AUTONOMICO.

# OVTEOTOMIA EN «V» CON ABORDAJE DORSAL DE LA BASE DE LA FALANGE PROXIMAL DEL HALLUX.OVAD

**AUTORES:** J. Aycart Testa  
M. González Sanjuán  
Podólogos  
Madrid

«Cuando superficies articulares congruentes no sean dolorosas y sí móviles, habrá de permitírseles continuar de tal modo» (Principio ortopédico recogido por M. H. Jahss). Clinics in Podiatry. M.I.S., july 1985.

## INTRODUCCION

La osteotomía de la falange proximal de hallux es una técnica quirúrgica ampliamente aceptada en el tratamiento de la corrección de hallux valgus.

El procedimiento no ha tenido variaciones esenciales desde que O. F. Akin publicó su técnica de 1925.

Fue Lenny Britton quien durante su ejercicio en Chicago realizó la primera alteración del procedimiento de Akin a M.I.S. de cuyas conferencias, en los años 70, el Dr. Al. Brown popularizó por U.S.A., siendo Luis Aycart su introductor en España. El Dr. Britton facilitó el advenimiento de la Cirugía Ambulatoria Podología en la práctica de los podiatras.

El objeto de esta y otras adaptaciones era el de desarrollar técnicas que produjesen resultados quirúrgicos superiores para concomitantemente reducir el grado de trauma quirúrgico y complicaciones asociadas (W. E. Donahue) (1).

El propósito de esta comunicación es el de mostrar los aspectos más positivos de esta técnica,

modificación de la descrita por Akin, no introducida por los autores, pero inédita en la bibliografía española, presentar la técnica quirúrgica, y discutir los resultados postoperatorios preliminares en veintiocho casos realizados por los mismos durante el año 1988.

## JUSTIFICACION EL OVAD

Cuando la técnica quirúrgica de la deformación del Hallux Abductus Valgus ha alcanzado la articulación metatarsalfalángica primera, cuya resultante ha sido el de destrucción articular o cuando menos compromiso funcional de la mencionada articulación. Las complicaciones inherentes a estos procedimientos universalmente aceptados auspician la búsqueda de métodos tendentes a reducir la cantidad de trauma quirúrgico que se le infringe al hallux deformado.

La osteotomía que presentamos permite la corrección del hallux abductus, evitando la necesaria resituación de las superficies articulares cuando se sigue alguno de los procedimientos de la cirugía abierta (Keller, Stone, Mayo, implan-

tes y otros), disminuyendo las molestias y dolores asociados a dichas maniobras. Esta técnica tiene indicación exclusivamente en ausencia de valgismo.

El hecho de tratarse de una osteotomía incompleta implica una total estabilidad y gran congruencia en el foco de fractura, la formación de un pequeño callo de fractura, una rápida reestructuración y remodelación ósea.

### CRITERIO PREOPERATORIO

En todo paciente que presenta Hallux Valgus debemos reconocer y evaluar, los signos y síntomas magistralmente definidos por Gerbert y Brahms (2).

- Primera articulación metatarsofalángica congruente y no dolorosa.
- Rango de movimiento del primer metatarsiano adecuado y libre de crepitación.
- Rotación del hallux en valgo mínimo o nulo.
- Ausencia de metáfisis en la falange proximal.
- Densidad ósea homogénea en la falanga proximal.
- Angulo de abducción del primer metatarsiano normal o corregido por otros procedimientos.
- La falange proximal no debería ser anormalmente corta.
- DASA dentro de la normalidad (7'5°).
- El ángulo del Hallux deberá ser mayor de 15° y menor de 30-40°.
- Deberá considerarse la posibilidad de una osteotomía de la falange proximal cuando exista un segundo dedo en posición supra o infra-adductus.

Una vez realizado el análisis de los puntos anteriores debemos tener presente la siguiente norma «La eliminación de los síntomas es la única indicación para la corrección quirúrgica» (S. L. Turek) (3).

### TECNICA OPERATORIA

Anteriormente el acto quirúrgico, se preparará el pie en el modo estéril preferente para el podólogo y se realizará la técnica anestésica de protocolo que él mismo considera adecuada, aparte de su asepsia personal.

#### Agujero guía

Por palpación localizamos los rebordes de la interlínea articular metatarsofalángica primera, en la cara dorsal de la primera falange introducimos una aguja hipodérmica, que bajo control radiográfico, situaremos en la zona metafisaria proximal de la misma, en un punto fibular respecto al plano medio sagital, de esta forma, situaremos el lugar de la incisión. Esta abordaje no compromete la continuidad de estructuras vasculo-nerviosas.

Sobre el punto pre-definido, se realiza una incisión-punción con una hoja n.º 11 hasta alcanzar el periostio dorsal de la epífisis proximal de la 1.ª falange del 1.º dedo. Seguidamente, con un micromotor dotado de una fresa tipo Shannon # 44, realizamos el agujero-guía de dorsal a plantar en una trayectoria axial que definen los planos frontal y parasagital elegidos, medialmente al córtex lateral del hueso. Dejamos al arbitrio del podólogo la realización de radiografía intraoperatoria en este momento dejando en la situación la fresa desmontada del micromotor, para que de este modo confirmar la correcta situación del agujero guía. De admitir este comentario como recomendación, sugerimos realizar también radiografía lateral del dedo, puesto que la anteroposterior pudiese resultar dudosa debido a la similitud entre el ángulo de incidencia de la radiación y la sombra del eje de la fresa.

#### Realización de la osteotomía en «V»

Utilizando este agujero guía y con el mismo tipo de fresa aunque cambiando la misma para evitar roturas por sobrecalentamiento, realizaremos una trayectoria desde media a lateral alcanzando el córtex en el aspecto lateral de la falange. De este modo se realiza una sección par-

cial del cuello de la falange permitiendo el córtex lateral mantener su integridad para terminar la actuación dejando una cuña del espesor debido al corte de la fresa. Si esta cuña no permite la corrección necesaria, podremos incrementar la rebajando la porción distal de la falange.

La incisión dorsal en sus medidas originales, ello implicará una exquisitez notable para realizar un giro de muñeca tal que la superficie cortante de la fresa no salga del córtex falángico en el trayecto que por su perímetro realizará la fresa siempre en un plano frontal de la falange. Siendo cuidadosos en esta maniobra, disminuirémos el daño de los tejidos adyacentes especialmente el tendón del extensor largo del 1.º dedo.

Momento para reflexión respecto a la conservación de la integridad del tendón del extensor largo del primer dedo: Primero realizaremos la sección del córtex plantar para seguir con el medial y concluir con el dorsal, de hacerlo en cualquier otro orden, podremos dañar el tendón (M. Plom) (4).

Señalemos la conveniencia del intercambio de fresas para evitar tanto el daño tisular debido al rozamiento (con resultado de quemadura) como la rotura por calentamiento de la fresa. Recordemos que a casi nadie nos ha salido bien un procedimiento de M.I.S. en los primeros compases de nuestra labor quirúrgica.

### **Evaluación del tamaño de la cuña necesaria para conseguir una buena congruencia entre las superficies articulares interfalángica 1.ª y metatarsofalángica**

Gerbert (2), en el año 1974 contribuye al desarrollo de los cálculos radiográficos prequirúrgicos con un protocolo complejo y de difícil adecuación al uso de cada uno pero que se encuentra en la bibliografía del caso (Fig. 1).

Entendemos que con la práctica y experiencia del profesional se llega a obviar esta cuestión, aunque, mientras se alcanza esta situación, será preciso valorar intraoperatoriamente la amplitud de la cuña, por medio de la radiología.

Finalizada la osteotomía, recomendamos hacer una radiografía de control para valorar si la

pérdida de tejido óseo se considera suficiente para obtener la corrección del ángulo de abducción del hallux.

Con nuestra mano, ejercemos una discreta y mantenida presión aductora inmediatamente distal al foco de fractura, juntando los bordes de la misma. Si no se cuida esta maniobra, corremos el riesgo de romper el córtex lateral.

### **Inmovilización de la fractura**

Antes de proceder a la fijación externa, se efectúa un lavado profuso del foco de fractura con suero fisiológico y de dentro a fuera. La incisión puntual no precisa sutura siendo cubierta con una gasa impregnada con povidona yodada. Colocamos en la cara externa del dedo un separador de caucho espumoso estéril, de forma adecuada para que realice la función en que es destinado sin lesionar la piel de la comisura de los dedos, este separador se fija mediante vendaje adhesivo permeable de 2 cm., que debe estar muy distal y evitar el compromiso circulatorio. La hipercorrección en abducción así como la limitación de la abducción, flexión plantar y flexión dorsal se logra con tres tiras de vendaje adhesivo poroso no elástico de 5 cm. (fig. 2). Es importante tener en cuenta que un vendaje voluminoso no siempre será más inmovilizador y que todas las técnicas de Cirugía Ambulatoria Podológica permitirán la deambulación inmediata.

### **EVOLUCION POSTQUIRURGICA**

Tres deben ser las cuestiones que reclamen especial atención en el inmediato postoperatorio: El compromiso circulatorio (relacional con el vendaje y la presencia de inflamación), la falta de inmovilización y la aparición de infección. Consecuencia común será el retraso de la cicatrización ósea y en el caso de infección llegar a osteomielitis que puede obligar a una reintervención quirúrgica que entrañe pérdida de estructuras morfológicas.

La cronología de las revisiones según la práctica más difundida es: Primera revisión transcurridas 72 ó 120 horas, siguientes curas hast 5 ó

7 días hasta la tercera o cuarta semana, y después de la fecha de alta, revisión al mes o mes y medio, a los seis meses y al año. Fomentar la revisión anual, con o sin la excusa de una quiropodia, es práctica habitual en Ortocen, con vistas a mejorar los estudios estadísticos de «fondo».

### EXPERIENCIA PERSONAL

En nuestra somera práctica, hemos realizado 28 operaciones de OVAD, casi siempre asociadas a Silver (82%) y varias mixtas con procedimientos de Akin (10.7%) para el otro pie. Hemos encontrado un postoperatorio más liviano para el paciente con unos efectos colaterales de inflamación y dolor reducidos respecto a la técnica de referencia, el Akin-coregido, siendo así como lo reseñan los pacientes en las encuestas postoperatorias de protocolo en la Academia de Cirugía Ambulatoria del Pie. Comprobamos, radiológicamente, el aceleramiento de la reorganización ósea alrededor del foco de fractura, lo que atribuimos, al igual que los autores consultados, a lo incompleto de la osteotomía realizada; y que se traduce en una disminución media aproximada de cinco días para el postoperatorio hasta el alta.

En este punto señalaremos que los estudios radiológicos intraoperatorios de situación del agujero guía, los hacemos coincidir con comprobaciones de técnica en el procedimiento de Silver-coregido y otros, para evitar a máximo radiación ionizante.

### DISCUSION

La formación del blastema (células responsables del proceso de cicatrización ósea), depende de la hiperplasia y proliferación de células mesenquimatosas indiferenciadas. El resultado

de la hiperplasia y proliferación de las células de mesénquina es el «callo», que oblitera la cavidad medular, conectando los dos extremos del hueso al rodear de manera irregular el defecto de la fractura.

Con una suficiente organización del callo, se logra la estabilidad clínica del sitio de la fractura. Es un hecho cierto y demostrado sobradamente, que las fracturas incompletas cursan con mayor rapidez que las completas en igualdad de tratamiento. Es posible que la mayor rapidez de unión se explique por la mejor aproximación de los extremos del hueso e incidencia de las fuerzas de compresión a través de las superficies fracturadas, aunque bien pudieran ser factores inherentes a la circulación sanguínea, por la contracción rítmica de músculos, o la presencia y acción de sustancias enzimáticas en el torrente circulatorio, y ambos factores favorecidos por la mínima lesión periarticular.

Tanto la histología como la bibliografía y nuestra práctica, apoyan la conveniencia del uso de esta técnica en los casos en que está indicada.

### BIBLIOGRAFIA

Bycura B.: On Minimal Incision Surgery. 23-26. 1986.

(1) Donahue W, and Donahue W, Jr.: The proximal Phalangeal Osteotomy. A technically Advanced Approach, Symposium on Minimal Incision Surgery. Clinics in Podiatry, Vol 2, Num.3: 449-455, 1985.

(2) Gerbert J. and Melillo T.: A modified Akin procedure for the correction of hallux valgus, Journal of the A.P.A., 61: 132-136, 1971.

(3) Turek S. Ortopedia. Principios y aplicaciones. Ed. Salvat. Tomo II, 1514, 1982.

(4) Gorman J. and Plon M.: Minimal Incision Surgery and Laser Surgery in Podiatry 62-66, 1983.

7 de octubre de 1989



Protector epidérmico podológico

Limpieza integral del pie. Bactericida.

Antimicótico Antisudoral

Normaliza la fisiología del pie.



**CENTRUM PHARMACEUTICAL INTERNATIONAL**

Sagitario, 12 ALICANTE (España)

### RESTAURADOR MANTO ACIDO

**Composición:** Esteres de ácidos grasos saturados, 6%, sustancias humectantes, 0%, derivados de lanolina, 2%, triglicéridos vegetales, 1%, aminoácidos y sales orgánicas, 2%, emulsionantes no ensoactivos, 2,5%, ácido láctico c.s.p. ph = 5,5

**Indicaciones y modo de empleo:** Emulsión epicutánea disminuida o alterada, tanto sobre pieles alípicas como grasas. Aplicación después del baño o ducha con suave masaje.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 375 pts.

### GEL CPI

**Composición:** Mezcla de éter-sulfatos de alcoholes grasos especiales, 50%, anfolitos, 13%, ácido láctico c.s.p. ph = 5,5

**Indicaciones:** Higiene de la piel y cabello. Puede ser empleado en todo tipo de piel, incluso las más delicadas y dañadas.

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Frasco de 200 c.c., P.V.P. IVA, 572 pts.

### CREMA PODOLOGICA CPI

**Composición:** Urea, 5,0%, propilenglicol, 3,0%, oleum germen Triticum aestivum, 4,0%, extracto de Citrus limonum, 4,0%, lactato sódico, 3,0%

**Indicaciones:** Xerosis, hiperqueratosis descamativas, etc. Normaliza la fisiología del sudor alterada por hiperhidrosis y bromhidrosis

**Posología:** Después del lavado, 1-2 aplicaciones de crema al día, con masaje

**Contraindicaciones, secundarismos y toxicidad:** No presenta

**Presentación:** Tubo de crema de 50 gr., P.V.P. IVA, 750 pts.

### MICOESPEC POLVOS

**Composición:** Por gramo: Nitrato de Econazol, 10 mg

**Indicaciones:** Micosis provocadas por hongos levaduras y bacterias sensibles al econazol, especialmente las micosis húmedas y rezumantes

**Posología:** 1-2 aplicaciones al día

**Contraindicaciones e Incompatibilidades:** se conocen. El uso de anovulatorios orales puede disminuir la eficacia del tratamiento.

**Efectos secundarios:** Puede darse algún tipo de flogosis e irritación de la zona tratada, recomienda suspender el tratamiento.

**Intoxicación:** No existe riesgo

**Presentación:** Frasco de polvos de 30 gr., P.V.P. IVA, 334 pts.

# CUIDADOS DE LA PIEL DEL PIE EN EL ENVEJECIMIENTO

AUTOR: Pedro M.<sup>a</sup> Galardi Echegaray  
Podólogo

## DEDICATORIA

*La publicación del presente trabajo, quiero dedicárselo a mi queridísima Amatxu (madre), MARIA LUISA ECHEGARAY ASTICA que falleció el 26 de diciembre del pasado año 1989, y que tanto me ayudó y alentó en el estudio de la Podología y en el trabajo podológico diario.*

**Gracias**



## EL PIE ESPEJO DE SALUD

¿Por qué se dice: «El pie espejo de salud»? porque son muchos los síntomas de enfermedades y sus complicaciones que aparecen en el pie, antes que en cualquier otra parte del organismo.

Por tanto, si se presta la pie la atención que se debe, y se le proporcionan los cuidados que precisa, haremos que un gran número de enfermedades se detecten precozmente y se les de el tratamiento que precisan, y además, si los pies están en perfecto estado y bien cuidados, haremos que nuestros ancianos sean más alegres, joviales e independientes.

El presente trabajo va a constar de:

- Introducción: La piel, estructurada y funciones.
- Cuerpo de trabajo:
  - a) Teorías sobre el envejecimiento.
  - b) ¿Qué ocurre con la piel del pie cuando envejece? Cuidados.
- Epílogo: Finalidades del cuidado del pie en geriatría.

## INTRODUCCION

La piel, estructurada y funciones: La piel cumple en nuestro organismo una función doble, la primera que nos previene de la pérdida de agua, y la segunda, que hace de barrera de las sustancias nocivas del medio ambiente en que vivimos, no dejándolas pasar a nuestro interior.

Aparte de los expuestos, en el pie, tiene una función importantísima, como es la protección contra los traumatismos que en el pie son innumerables. Esta protección está encomendada al sistema bifásico tegumentario, que está formado por fibras elásticas y compactas.

Recorriendo un poco las distintas formaciones o capas de que se compone la piel, y comenzando del exterior al interior, comentaremos sus funciones más importantes.

La epidermis o estrácto córneo, es la que forma la barrera protectora, y su función principal

es la sustitución de las células del extracto córneo que se desprenden y eliminan continuamente, actúa también como barrera física contra los agentes químicos, y con sus cambios pigmentarios, el aumento y la distribución de la melanina, adquiere una mayor resistencia, contra las radiaciones solares; y con el engrosamiento, da una mayor protección a aquellos puntos donde hay más roce o presión como es el caso de las plantas de los pies.

La dermis está compuesta por fibras elásticas y colágeno y su función es hacer de soporte a la epidermis, uniéndose a ella y adaptándola a los tejidos subyacentes.

Tiene una abundante red capilar, y con ella le da a la piel, un riego, más que suficiente, para sus necesidades metabólicas.

En esta capa nos encontramos con una serie de glándulas:

- a) Las glándulas sudoríparas de tipo exocrino; que son un poderoso mecanismo de pérdida de calor, se encuentran distribuidas por todo el cuerpo, pero son numerosísimas en la planta del pie, y son capaces de hacer perder de dos a tres Kgrs. de sudor en una hora.
- b) Las glándulas sudoríparas de tipo asíncrono; se encuentran a nivel de la axila, y tienen gran capacidad para responder a la estimulación nerviosa.
- c) Las glándulas sebáceas, que drenan el sudor en la vaina del folículo piloso y forman parte del aparato pilosebáceo.

Los lípidos que se derivan del sebo del sudor, sirven para la lubricación de la piel.

La dermis por el gran aparato vascular es la parte termorreguladora, pues cuando hace frío, hay una vasoconstricción, por la estimulación de las terminaciones nerviosas simpáticas, y así evita la pérdida de calor, y al contrario, cuando el calor es más elevado, se suprimen las descargas nerviosas, por lo que hay una vasodilatación, y por tanto, una pérdida de calor.

Además de este mecanismo, aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas, y la tempe-

ratura disminuye por la evaporación del agua que se encuentra en la superficie cutánea.

El tejido adiposo, facilita el aislamiento, protege también de las temperaturas extremas, la acción antibacteriana de los ácidos grasos, y en particular del ácido oleico, tienen gran importancia en la acción contra los estreptococos, y por otra parte, éste tejido es un importante almohadillado, y donde mejor ejerce esta misión es en la planta del pie.

Entre las funciones de la piel, en lo que al pie se refiere, podemos comentar, que la capa córnea de los pies es muy gruesa en la planta, con relación a otras partes del cuerpo, ya que mientras en el resto del cuerpo tiene un espesor de unos diez micrones, en la planta del pie, nos encontramos con un espesor de un milímetro, lógicamente éste espesor es debido a la presión o peso que esta zona tiene que soportar.

En la parte más profunda del extractor córneo plantar, hay un extracto lúcido, una capa distinta, que sólo se aprecia en la planta del pie, esta capa engrosada le da un aspecto amarillento, que no debemos de confundir con los xantomas.

La superficie plantar, no tienen glándulas sudoríparas apócrinas ni sebáceas, ni vello, como ya se ha comentado más arriba, pero encontramos en ella una gran cantidad de glándulas sudoríparas exocrinas.

También debemos de tener en cuenta, que la temperatura cutánea de los pies es menor que la de cualquier otra parte del cuerpo, y por eso encontramos que en el dorso del pie, la temperatura es de 25° centígrados, y en el dorso del dedo primero es de 21° centígrados.

El grueso extracto córneo de los pies, puede absorber grandes cantidades de agua, pues la evaporación está limitada por la baja temperatura cutánea.

Estos factores producen una maceración de la piel y un ph alcalino, lo que favorece la colonización de los dermatofitos.

Los hongos, rara vez se pueden aislar en personas que andan descalzas, sin embargo, en personas calzadas, se encuentran regularmente, y pueden considerarse normales en la flora de los espacios interdigitales.

**TEORIAS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO**

En la literatura geriática, encontramos innumerables dichos y teorías sobre el envejecimiento, como son: «La edad de la persona, se mide por edad de sus arterias»; «Una persona es joven, mientras se sienta joven,» etc., etc.

De todas las teorías que existen en la actualidad, sobre el envejecimiento, quiero destacar o enumerar tres, por creerlas las más importantes y por ser las que tienen mayor número de seguidores:

- Teoría de la «Autoinmunización»; esta teoría se basa en «evacuar», limpiar, o proteger el organismo, los tejidos y las células, de todo aquello que les es extraño. Son «células de limpieza» y también llamadas células T, por su procedencia del timo, éste es el mecanismo o teoría inmunológica, que en realidad es una autoinmunización.

Esta teoría es seguida y defendida, entre otros, Sir Mefarlane, premio Nobel, Walford, el profesor Carballo, etc., etc.

- Teoría de «Prevención y anticipación»; esta teoría, se basa en prevenir y anticiparse, a los procesos de máxima anarquía y total desorganización de las células, que comienzan con las peroxidaciones de los ácidos grasos de la membrana celular y mitocondrias, lo que provoca radicales libres; como se ve es un mecanismo bioquímico.

Esta teoría está defendida, entre otros, por Kohnm, que además publicó unos importantes trabajos sobre el tema en 1973.

- Teoría de «Combinación de factores genéticos y adquiridos» para este trabajo, ésta es la que más interesa, es la teoría de Daniel J. McCarthy, jefe de Podiatría del Centro Médico de la administración de Veteranos de Perry Point en Maryland, y presidente de la Sociedad Americana de Dermatología Podiátrica.

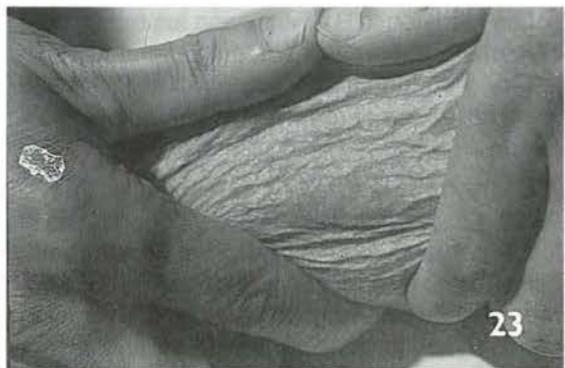
Para él, el envejecimiento de la piel, se debe a una combinación de factores genéticos y adquiridos, siendo el más importante de los adquiridos, la exposición a los rayos solares.



**¿QUE OCURRE CON LA PIEL CUANDO ENVEJECE?**

**Cuidados**

Dejando a un lado las teorías, diremos que la piel cuando envejece la encontramos; seca, descamada, atrófica, aparece prurito, quemazón, fisuras, escoriaciones, etc., siendo todo ello patognomónico en este estadio de la vida, y son problemas debidos al trastorno de la formación de la queratina, a la disfunción de las glándulas sebáceas, pérdida de la grasa en la piel, por lo que su cuidado y tratamiento, será darle a la piel aquello que le falta o que lo tiene disminuido, osea, restaurar la grasa natural de la piel, y esto lo podemos conseguir, dándole unas aplicaciones diarias de un compuesto, que sea lo más parecido posible a lo que la piel necesita, por lo tanto, deberá contener: ácidos grasos, materias humectantes, lanolina, aceites vegetales, etc., su aplicación deberá ser diaria, y en forma



de masaje en sentido centrípeto, de forma que a la vez ayudemos a la circulación de retorno.

Aparte de hacerlo diariamente, se repetirá siempre que se bañe, duche, o se hagan pedilubios.

El aseo se hará siempre con jabones grasos y agua tibia, pues el agua caliente reseca la piel.

La aplicación de este compuesto, se hará con la piel húmeda, o sea, antes de secarla. No se tirará al agua del baño, ni se hará dentro de la bañera, por el peligro de poder resbalarse y caer.

Con el envejecimiento de la piel, se pierde, por un lado, la capacidad de sintetizar la queratina, tanto en calidad como en cantidad; por otro lado, en el envejecimiento, por cada década que pasa, los melanocitos disminuyen aproximadamente en un 10% con lo que se limita considerablemente, la capacidad de sintetizar la melanina, disminuyendo con ello la protección contra los rayos solares con lo que se favorece la formación y aparición de neoformaciones, como la queratosis actínica, que puede aparecer en el dorso del pie, por la exposición solar.

Si damos un paseo por nuestras playas, vemos que las personas mayores o de la tercera edad, aunque están debajo de la sombrilla, siempre las piernas y los pies los ponen al sol, para que se pongan morenas y sean la envidia de sus amigas.

Hay que tener en cuenta que los rayos ultravioletas están agrupados en función de su longitud de onda en tres bandas: A, B, C.

Los rayos de la C (UV-C), son muy dañinos y su longitud es de 200 a 280 n.m., pero son filtrados por el aire y absorbidos por el ozono, por lo que no llegan al nivel del mar.

Los rayos de la B (UV-B), son los que producen eritemas, enrojecimiento, o quemaduras en la piel, y su longitud de onda es de 290 a 320 n.m., por ellos se produce la melanina o el bronceado.

Los rayos de la A (UV-A), su longitud es de 320 a 400 n.m., penetran en la piel y llegan hasta el tejido conjuntivo, estos no producen eritema, o sea que no avisan, y su bronceado es poco duradero, pero por su gran penetración y acción residual, son los más perjudiciales para la piel.

El cuerpo humano se defiende contra estos rayos con el bronceado, pero éste en la tercera edad, como hemos visto que hay una disminución de la melanina, no es suficiente, por lo que es deber del podólogo advertir de los peligros que se corre con al exposición solar de los miembros inferiores, si para ello no se utilizan protectores o filtros solares, que en sus diferentes formas de presentación encontramos en los comercios.

Los peligros, aparte de la queratosis actínica, nos podemos encontrar con células escamosas, cuya aparición es más abundante en el lecho ungueal, lo que nos puede confundir con una onicocriptosis, por lo tanto, cuando tengamos la más mínima duda, debemos de practicar una biopsia, que nos confirmará a que nos enfrentamos, para así hacer el tratamiento correspondiente.

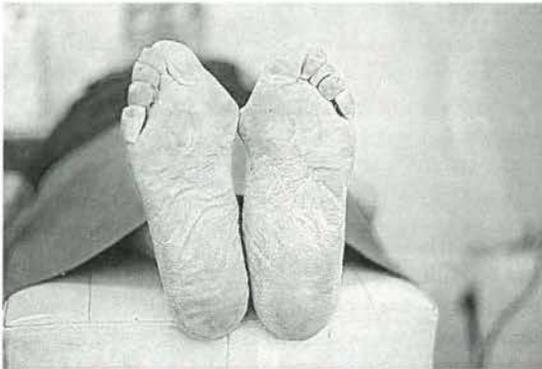
Debemos de tener en cuenta que en la vejez, las tumuraciones cutáneas, predominan a medida que aumenta la edad, y debemos de considerar un tipo de neoformaciones totalmente nuevas, las lesiones preneoplásticas, por lo que debemos de biopsiar, cada vez más para tener la seguridad de a qué nos enfrentamos.

Después de haber comentado brevemente la problemática del envejecimiento de la piel en el dorso del pie, pasemos a comentar lo que ocurre en el envejecimiento en la planta, y para ello, vamos a dividir la planta en dos regiones, una anterior o metatarsal y la otra posterior o talón, ya que los problemas que nos vamos a encontrar son distintos en cada una de ellas.

En el antepie, con el envejecimiento de la piel, se produce la atrofia de ésta, por lo que la dermis pierde espesor, por que hay un aplanamiento de la capa que limita entre la dermis y la epidermis, o sea, que se reducen los elementos celulares, como los fibroblastos de la dermis se encuentran relativamente inactivos, disminuye también la producción del colágeno, que es por lo que la piel tiende al adelgazamiento, si a esto añadimos que el tejido adiposo de la planta del pie ha disminuido en su espesor por el envejecimiento, vemos que aparecen hiperqueratosis en las prominencias óseas de las cabezas de los metatarsianos, lo que dificulta grandemente la demabulación. El tratamiento que a esto de-

bemos dar, es poner unas plantillas blandas y dinámicas, que realicen, en lo posible, las funciones del tejido adiposo y que descarguen esos puntos de hiperapoyo, distribuyendo homogéneamente el peso del cuerpo en toda la planta del pie, por otra parte, aplicaremos la composición antes citada de: ácidos grasos, materias humectantes, aceites vegetales, lanolina, etc., que es también lo que esta piel necesita.

En el talón, nos encontramos con la fisuras, que aparecen en los bordes laterales y posterior, y que en la tercera edad, aparte de su gran dolor, que en muchas ocasiones inmoviliza a la persona, tenemos la insuficiencia circulatoria, que agrava más el problema, pues la piel se encuentra mucho más atrofiada y su camino a la cicatrización es muy difícil, y además, la piel, en este caso, ha perdido una de sus misiones más importantes que es, ser la barrera contra las sustancias nocivas externas, y las fisuras son una perfecta puerta de entrada de toda clase de gérmenes.



Para su tratamiento y cuidados, aparte de lo citado que es lo que la piel precisa; ácidos grasos, materias humectantes, aceites vegetales, lanolina, etc., a mi me va muy bien el uso de ácido mandálico al 5% en emulsión.

### EPILOGO

Las finalidades del cuidado del pie en geriatría, son las siguientes:

1. Reducir las complicaciones médico quirúrgicas que pueden aparecer en el pie, y que son muchas, como se han visto.
2. Reducir la atención institucional.
3. Erradicar la hospitalización por problemas podológicos.
4. Quitar el esfuerzo y la tensión que produce en la persona el mal de los pies.
5. Mejorar el bienestar personal.
6. Por que si los pies están bien cuidados, quiere decir que el resto del cuerpo también se cuida, pues el pie es el espejo de la salud.

Y todo ello, con la finalidad de mantener a nuestros mayores en condiciones de andar al máximo y así, aportar nuestros conocimientos, para que ellos sean un poco más felices.

**NO LO MANTENGA EN DIFÍCIL  
EQUILIBRIO**

**Mendivil**

**LE AYUDARA,  
A DARLE LA CONFIANZA Y  
SEGURIDAD QUE NECESITA.**

**Orto-Mendivil s.l.**

**CALZADO CORRECTOR Y  
PARA PLANTILLAS ESPECIALES....**

# SOLUCION A UNA YATROGENIA FRECUENTE EN C.M.I.

**AUTOR:** Salvador Hervás Tamarit  
Podólogo

## RESUMEN

Hay un porcentaje, del 3 al 6%, de reagrupaciones postquirúrgicas de polvo óseo, los cuales necesitan ser reintervenidos.

Mediante una nueva técnica de lavado postquirúrgico he logrado reducir el porcentaje de complicación del 6% al 0%.

## INTRODUCCION

El tratamiento del H.V. con M.I. no deja de estar exento de complicaciones y/o yatrogenias postquirúrgicas. Entre ellas hubo una que me supuso durante cuatro años bastantes insatisfacciones profesionales y personales. Me estoy refiriendo a las exóstosis postoperatorias por reagrupación de polvo óseo.

Consultada la bibliografía de los últimos cinco años, mediante ordenador y fuente de datos, del Colegio de Podiatría de Pensilvania en EE.UU., he podido confirmar que este tipo de yatrogenia se daba en un 3% de la cirugía de M.I.

Han sido consultados, entre otros, los trabajos de:

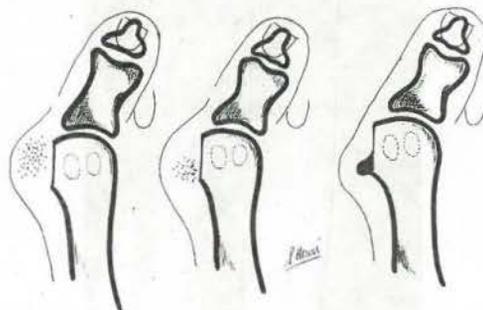
PONTELL D., GUDAS C. J.  
KASCHAK T. J., LAINE V.  
CHEN D., JUPITER J. B., LIPTHON H. A., LI S. Q.  
MYLTON D. ROVEN  
BESKIN J. L., BAXTER D.E.  
BYCURA  
LEONARD HYMES  
TURNBULL A. R., CHESTER J. F., etc., etc...

Tengo que resaltar que entre los consultados no había bibliografía específica sobre lavado postquirúrgico en C.M.I. Sin embargo, aparece

una publicación en una revista americana de lavado quirúrgico convencional o clásico (1983), el cual describiré posteriormente.

Esta complicación, en mi casuística quirúrgica personal, alcanzó el 5,94% de recidivas por reagrupación de polvo óseo con exóstosis ósea.

Este hecho conlleva a medio plazo, una reintervención; con todo lo que ello supone para el paciente y para el profesional.



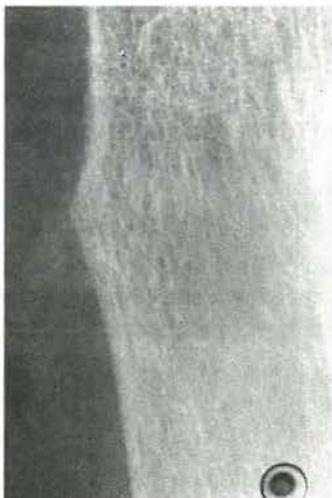
*Formación de la exóstosis por reagrupamiento óseo*

## JUSTIFICACION Y FORMACION DE LA COMPLICACION POSTOPERATORIA

Las osteotripsias por raspado o fresado de la exóstosis latero-dorsal interna del buni6n de la 1.<sup>a</sup> cabeza metatarsiana es uno de los objetivos de la intervenci6n del H.V. con C.M.I.

Esta osteotripsia supone la formaci6n de polvo o pasta 6sea que se deposita en el campo operatorio subcut6neo de un 3-6% de los casos, forma estas ex6stosis postquir6rgicas por reagrupamiento del polvo 6seo residual.

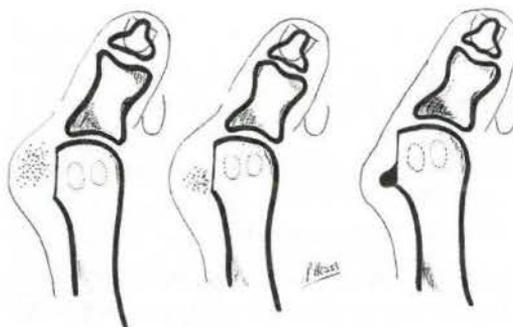
Dos casos reales de exóstosis óseas postquirúrgicas por reagrupación de polvo óseo en cara proximal interna de la cabeza del 1.º meta.



Al finalizar la operación, hay que realizar un exhaustivo lavado por arrastre y «ordeño» de la cavidad formada, con el único objetivo de hacer salir al exterior las partículas de polvo óseo que hayan podido quedar.

Hay muchas técnicas de lavado por arrastre de estas partículas, sin embargo, en todas ellas hay que exprimir la piel («ordeñar»), pegándola con la presión de los dedos a a la parte ósea neoformada, lo que hace que algunas de las partículas óseas se queden adheridas al hueso y al tejido celular subcutáneo

Si añadimos a esto que después se tiene que pasar 1 ó 2 días con la pierna extendida (paralela al plano del suelo) y con el pie vertical al plano del suelo, las partículas se reagrupan proximalmente en el fondo de la cavidad, formándonos las exóstosis óseas postoperatorias por sedimentación (gravedad).



**LAVADO POSTQUIRURGICO CONVENCIONAL  
COMPLICACIONES, CASUISTICA PERSONAL:**

6% de picos óseos por reagrupación de polvo óseo.

Convencionalmente el H.V. intervenido con C.M.I. sólo requiere una incisión lateral interna, tomando como referencia la línea media del cuerpo, en la metáfisis proximal de la falange proximal del 1.º radio.

Se introduce una cánula con suero rapide o fisiológico a presión y «ordeñando» la cavidad proximal-distal, se arrastra todo el polvo, o parte, hacia el exterior.



Esta técnica de lavado tenía un gran inconveniente, nos tenemos que dar cuenta que las partículas o parte de la pasta ósea tenían que salir al exterior de la cavidad por la misma incisión de entrada del suero de lavado.

Sin embargo, hay partículas que en vez de arrastrarlas al exterior, se quedan consolidadas en el fondo de la cavidad siendo éstas las constructoras del pico óseo por reagrupación del polvo óseo residual que se había quedado.

Después de un año de combinaciones con distintos tipos de lavado y «ordeño», realicé una técnica de lavado con variante de la entrada del suero de lavado y las complicaciones se redujeron del 6% al 2%.

### VARIANTE DE LA TECNICA CONVENCIONAL

Después de la osteotripsia por raspado, insertaba un aguja I.M. al comienzo del 1/3 distal del 1.º meta en su cara lateral, seguidamente, introducía a presión con jeringa de 50 cm<sup>3</sup>, suero salino. Al mismo tiempo, y manualmente, exprimía la cavidad en sentido proximal-distal, originando la salida del polvo óseo que pudiera haber quedado, por la incisión primaria.



El 2% de complicaciones aludidas con esta técnica también se debía a la posición vertical del pie en el postoperatorio al sedimentarse el polvo óseo en el fondo de la cavidad.

La bajada de porcentaje (del 6% al 2%) en

complicaciones postoperatorias se debía a que la incisión primaria se quedaba libre. Por lo tanto, el polvo óseo arrastrado desde atrás a delante podía salir con mayor facilidad por no estar taponada la luz de salida de la incisión primaria.

Había que seguir realizando pruebas cotejando resultandos para llegar a alcanzar esa cifra mágica del 0% de recidivas por este concepto.

Fue necesario el trabajo de un año más para recoger el fruto de ese 0% añorado en complicaciones por reagrupación de polvo óseo.

El resultado del trabajo de este año se resume de la forma siguiente.

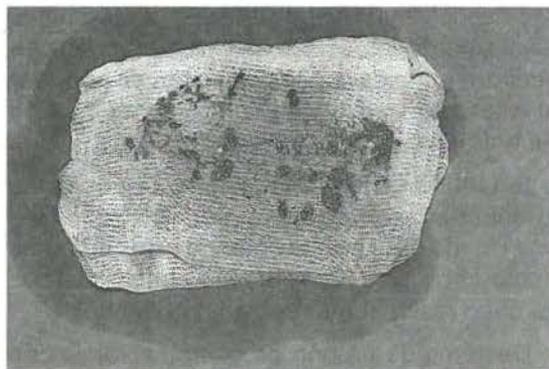
### MATERIAL Y METODOS ASPIRACION MECANICA DISTAL CON INCISION PROXIMAL DE LAVADO Y DRENAJE TECNICA

A la incisión convencional realizó otra de 1/2 cm. proximal, donde comienza el 1/3 anterior de 1.º meta. Esta incisión, que es obvio decir que cicatriza en 3-4 días, nos comporta dos objetivos:

1. Drenaje postoperatorio (por la neoincisión en el tercio proximal del primer meta).
2. Nos sirve para introducir una vez de una aguja, un cono Luer de una jeringa de 50 cm<sup>3</sup>.

Posteriormente, por la incisión primaria se in-



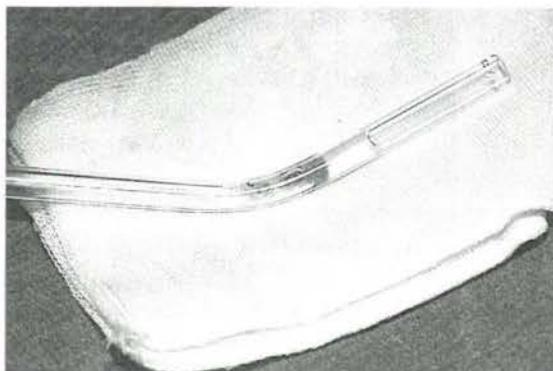
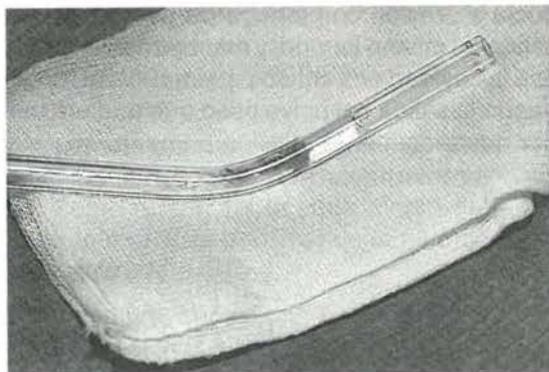


sertar un aspirador. Con la mano pasiva se presiona fuertemente el embolo de la jeringa con suero fisiológico a la mayor presión posible y con la cánula del aspirador se hace uno o varios recorridos por toda la cavidad operatoria y en todos los planos del espacio para que aspire todo el contenido.

Las incisiones tendrán que ser 1 mm., más ampliadas que el diámetro del cono Luer (en la proximal) y del aspirador (en la distal) para que no colapse la cavidad y la aspiración nos resulte efectiva.

El resultado de la aspiración se traduce en la recogida de:

- a) Polvo óseo
- b) Coágulos
- c) Dertritus procedentes de la operación.



## DESCRIPCION TECNICA Y MECANICA DEL ASPIRADOR

Este estudio se ha realizado con un aspirador portátil VACUMSOL AS60 y AS65 siendo los resultados óptimos con el aspirador de menor potencia (AS60). Las dimensiones son 36 x 15 x cm.

Aunque estéticamente son iguales la potencia de aspiración del modelo AS65 es algo mayor sin embargo al aspirar una cavidad en la que una pared es piel no resulta efectivo el de mayor potencia por colapsar la cavidad y aspirar menos.

El grupo aspirador rotativo no necesita lubricación. También lleva regulador de vacío.

Vacío máximo AS60 .....	600 mm. Hg.
Caudal/minuto .....	8 litros
Tiempo de respuesta .....	15 seg.
Peso .....	4,100 kg.
Dimensiones .....	36 x 15 x 30 cm.
Cánula de aspiración	
Botella de vidrio completa para para contenido de aspiración.	

El esquema electrónico se compone de:

- Un interruptor
- Un temporizador
- Un termostato
- Cuatro resistencias y toma de red

## DESCRIPCION DE LAS CANULAS DE ASPIRACION

Las cánulas de aspiración usadas, han sido distintas para la cirugía del H.V. que para la cirugía digital.

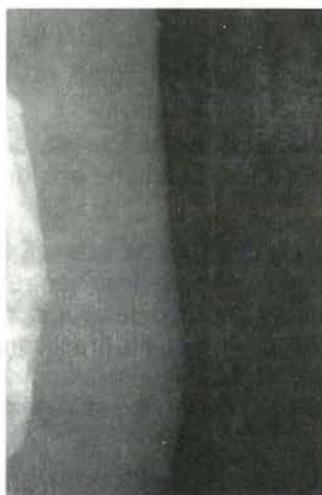
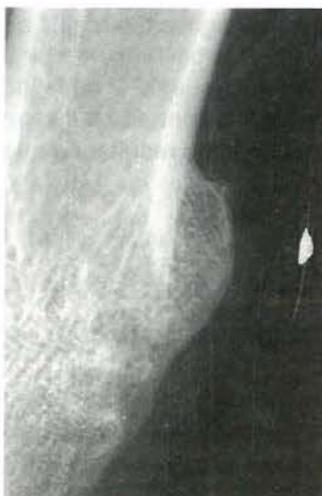
## CANULAS UTILIZADAS PARA EL H.V. DESCRIPCION Y VARIANTES POSIBLES:

Cánulas de 27 cm. de longitud con 4 ventanas de 1 1/2 mm. cada una, en su parte más distal y 0'5 cm. de luz (diámetro).

Obviamente si resultara incómoda la longitud se puede acortar «ad libitum» y así cada uno operar como más cómodo le resulte.

Ha habido una variante que he usado con muy buenos resultados, ésta ha consistido en fenestrar toda la cánula que se encuentre metida dentro de la cavidad de aspiración, hay que tener precaución de que las neoventanas no haya ninguna que se sitúe fuera de la cavidad puesto que si así sucediera la aspiración sería insuficiente e infructuosa.

También se gana en tiempo y en seguridad, ya que al disponer de más ventanas nos asegurará una mejor y mayor salida desde todos los puntos de cavidad.



*Caso real de exostosis posquirúrgica resuelta satisfactoriamente con técnica personal de lavado*

## CANULAS UTILIZADAS PARA LA CIRUGIA DIGITAL

Cánulas de 25 cm. de longitud, rígidas (plásticas), de 2'5 mm. de luz y con dos ventanas de 1 mm., en su parte distal, a partir de los 8 cm. el calibre se ensancha a 1 cm. para dar mayor poder de aspiración terminando con un calibre de 6 mm. para la conexión. Este método con cánulas más finas de aspiración también nos servirá para aspirar el polvo óseo de las osteotripsias de las exóstosis de los helomas interdigitales, fondo de saco, dorsales, etc., etc...

En estos casos (digitopatías de 2º a 5º) en vez de una incisión, nos bastará insertar una aguja de 25-9 en el sitio opuesto al de la incisión primaria, que será la de entrada del aspirador, para obtener los mismos resultados que en el 1º meta.

## DISCUSION

En este capítulo del trabajo tengo que decir que he podido comprobar «IN SITU», el abandono y en algunos casos, el desprecio, que la C.M.I. tiene en los EE.UU. por el alto grado de complicaciones y yatrogenias que les comporta.

Por ello, comprenderéis que no avance demasiado este tipo de técnica en el lugar de sus orígenes.

Prueba de éste abandono está en las pocas publicaciones que hay al respecto en los últimos cinco años.

Es de resaltar la importancia vital de los lavados postquirúrgicos que tiene este tipo de técnica.

Hemos podido comprobar que la C.M.I. es un embrión al que denemos gestar entre todos los que creemos en este tipo de cirugía, por lo que es deber de todos los que la practicamos, el de investigar en este campo las razones que nos llevan a las complicaciones y yatrogenias de esta técnica.

Soy consciente de que esta nueva técnica de lavado postquirúrgico aplicada a la C.M.I. es una aportación a este tipo de cirugía, sin embargo, no podemos dejar de investigar en este campo

puesto que las complicaciones y yatrogenias de este tipo de cirugía descritas en su bibliografía son muchas y variadas, por lo que nos queda mucho camino por recorrer.

## CONCLUSION

La conclusión de este trabajo se resume en:  
**Casuística Personal.**

6% de yatrogenias con lavado quirúrgico convencional mediante ordeño, 2% con lavado quirúrgico con variante de aguja I.M. en puntera proximal, 0% de recidivas en los últimos tres años con técnica de lavado postquirúrgico personal.

En la actualidad, la casuística general en EE.UU. es del 3% por lo que queda objetivado el fin de este trabajo el cual ha sido el de demostrar que esta técnica de lavado es altamente resolutive para las exóstosis postoperatorias por reagrupación de polvo óseo.

Sería de desear que las complicaciones por reagrupamiento de polvo óseo se pudieran borrar en un futuro muy próximo de la bibliografía de la C.M.I., con el uso de esta técnica de lavado por aspiración aplicada a éste tipo de cirugía.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Disorders of the foot (vol. I y II)  
Melvin H. Jahss, M. P. 1982  
W. B. Saunders Company

Minimal Incisión Surgery and Laser Surgery in Podiatry  
U.S.A. 1983  
Jack B., Gorman D.P.M.

Bycura On M.I.S.  
1986 D, Weissman, D.P.M. Edited

Forefoot M.I.S. in Podiatric Medicine  
Leonard Hymes, D.P.M.  
Pennsylvania

Retrospective analysis of surgical treatment of hallux rigidus/limitus  
Pontell D., Gudas C. J.  
1988

Surgical radiology

Kaschak T. J., Laine W.  
Review (Clin-Podiatr-Med-Surg)  
5 (4) P 797-829 1988 Oct.

The paracapsular flap for treatment of lower extremity disorders

Chen D. Jupiter J. B., Lipton H. A., Li S. G.  
1989

Cirurgia del pie

Duvries/Inman 5ª edición  
Panamericana edit. 1987

Plantar approach for excision of bilateral soft tissue masses in a child

Feldman M., Healey K., Nach W., Kaplan N., Taylor H.  
\*J-Foot-Surg\* 1989 Jan-feb.

Recurrent pain following interdigital neurectomy a plantar approach

Beskin J. L., Baxter D. E.  
\*Foot-Ankle\* 1988 Aug.

Turnbull A. R., Chester J. F.

Partial amputations of the \*foot\* for diabetic gran-gene  
Ann-R-Coll-Surg-Engl. 1988 Sep

Vogler T. A., Tomlinson T. G., Estersohn H. S., Goldenberg E. M.

Bleeding complications in the uremic patient.  
\*J-Foot-Surg\* 1989 Jan-Feb.

Postsurgical complications and Their Clinical Management

Marshall G. Solomon and Charles R. Young D.P.M.  
Clinics in Podiatry Vol 2, N.º 3, July 1985.

The proximal phalangeal osteotomy

William E. Donahue D.P.M.  
Clinics in podiatry. Vol 2, N.º 3, July 1985

Angulational, transpositional, derotation and Hallux set (ATDH). Procedure for ambulatory hallux abduc-tio valgus correction.

Milton D., Ronver D.P.M.  
Current podiatry, Jue 1983.

# EN EL PRINCIPADO DE ANDORRA

## § SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

J. A. Tejero

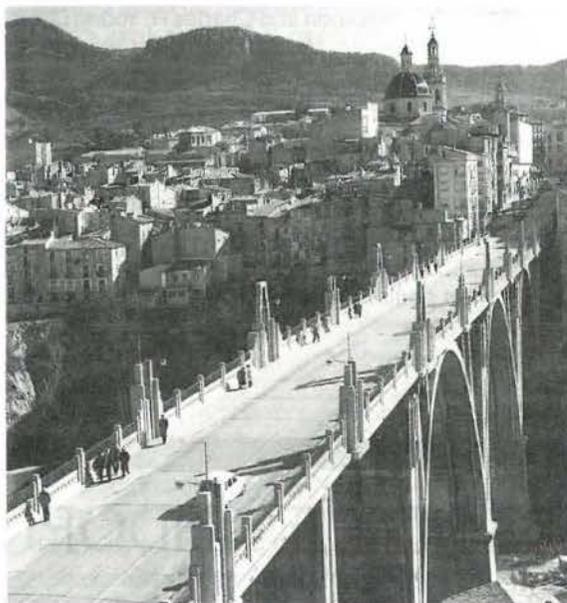
- Instrumental
- Piezas de mano
- Jeringas
- Micromotores
- Esterilizadores
- Fresas, etc.

ANTE CUALQUIER MATERIAL QUE NECESITE **CONSULTENOS** Y NOS  
SENTIREMOS ORGULLOSOS DE PODERLE ASESORAR.  
ESTAMOS A SU DISPOSICION DE LÚNES A SABADO DE 10 A 13 HORAS  
Y DE 16 A 20 HORAS.

### SUMINISTRES PODOLÓGICS I MÉDICS

C/. Princep Benlloch, 16. Andorra la Vella  
Teléf. 60516. Fax: 60199. PRINCIPAT D'ANDORRA

# CONCLUSIONES DE LAS PRIMERAS JORNADAS VALENCIANAS DE PODOLOGIA



(Celebradas en Alcoy  
los días 24 - 25 - 26  
de noviembre 1989)

Los profesores de la Escuela Oficial de Podología de Barcelona, D.<sup>a</sup> ADELINA DORCA COLL y D. JOSE M.<sup>a</sup> ALBOIL FERRER, abrieron las Sesiones Científicas con el Tema: «Expectativas de tratamiento en un paciente podológico. Pie valgo. Alteraciones del talón y su repercusión en el antepie».

En la primera parte de la ponencia, D.<sup>a</sup> Adelina Dorca, explicó por medio de dibujos anatómicos muy pedagógicos, las distintas alteraciones morfológicas que conforman el valgo y el varo de retropie, y las alteraciones consecuentes en la patología del pie anterior, así como su repercusión en la deambulación. Explicando los principios fisiológicos y científicos para su correcto tratamiento.

La segunda parte fue una clase práctica para la confección adecuada a cada caso particular de ortésis plantares. En este caso, para el tratamiento del pie plano-valgo, y una patología claramente metatarsal. Estas se realizaron en tres pacientes que se brindaron para ello, y a los que se les confeccionó y aplicó sus correspondientes tratamientos orto-podológicos.

Por parte de la Escuela Oficial de Podología de la Universidad Complutense de Madrid, Don Juan Gago Pascual y D. Ricardo Becerro de Bengoa, ambos podólogos, nos deleitaron con su buen decir y hacer en la Exposición teórica del Tema: «Etiopatogenia y osteoartrosis del pie diabético», tema importantísimo en la práctica diaria del podólogo, debido a la gran incidencia en casos en esta Comunidad Valenciana.

El podólogo de Alcoy, D. RAFAEL RASO ESCOBAR, habló sobre: «LA ANALGESIA EN PO-

DOLOGIA». Hizo un amplio estudio anatómico de pie y pierna, haciendo incidencia exhaustiva en las zonas exactas de inervación, y forma de aplicarla en los puntos concretos para lograr una efectiva anestesia pre-quirúrgica.

A continuación, el podólogo de Valencia, D. PEDRO F. COS MUÑOZ, nos presentó el caso de una paciente que había sido intervenida quirúrgicamente, presentando problemas agudos en la deambulacion normal. Este hecho despertó su curiosidad profesional llevándole a buscar distintas expectativas para su posible solución, llevándolo a estas Jornadas bajo el título de : «SE-CUELAS DINAMICAS DE UN PIE POST-QUIRURGICO».

D. ALVARO GONZALEZ CORROTO DE LA RIVA, podólogo de Valencia, disertó sobre el tema: «REFLEXOLOGIA. APLICACIONES PRACTICAS EN PODOLOGIA», abriendo nuevas posibilidades en nuestro campo profesional, al podernos introducir en la medicina alternativa de la CHINA ancestral, con la terapéutica, diagnóstico y tratamiento de múltiples afecciones dolorosas por medio de la Reflexología.

Posteriormente, el podólogo, también de Valencia, D. JOSE VILAR FUSTER, nos habló sobre: «PIE GRIEGO. ACORTAMIENTO QUIRURGICO». Tras demostrarnos la gran incidencia del dedo en martillo, sobre todo en mujeres, provocado por la situación en martillo del segundo dedo que se flexiona por la mayor longitud de este pie griego, por introducirlo en zapatos estrechos e inadecuados. Tras proyectar con diapositivas distintos casos clínicos en los que se veía preciso el acortamiento de este dedo quirúrgicamente. Nos dejó constancia de su bien hacer en el campo de la cirugía de mínima incisión, campo adecuado a los podólogos debido a que se efectúa con anestesia local y tratamiento posterior completamente ambulatorio del paciente. Intervención totalmente incruenta y sencilla, tanto para el podólogo como para el paciente, al que se le hace perder prácticamente una jornada laboral solamente con el beneficio propio de la Empresa y del propio trabajador.

D. JOSE CUESTA ESCUDERO, podólogo de Valencia, con el tema: «EXPLORACION, TRATAMIENTO Y EVOLUCION DE DISTINTOS CASOS CLINICOS», presentó una larga casuística de todas las afecciones que comunmente se ven en las clínicas podológicas. Métodos de exploración, tratamientos orto-podológicos y su evolución hasta conseguir el ALTA definitiva del paciente.

Los miembros del Consejo Directivo de la Academia de Cirugía Ambulatoria del Pie, filial española de la sociedad del mismo nombre en EE.UU., D. MANUEL GONZALEZ SANJUAN y D. JAVIER AYCART TESTA, nos proyectaron una gran cantidad de diapositivas y transparencias explicativas de distintos casos quirúrgicos, por ellos tratados en su clínica podológica, precisos, por su metatarsalgia aguda, debido a la desviación hacia abajo de la cabeza metatarsiana propia, de una «OSTEOCLASIS DE METATARSIANOS CENTRALES Y OTROS CASOS PRACTICOS». Esta técnica quirúrgica, importada del Podiatra (podólogo) de los EE.UU., está revolucionando la solución de casos que antiguamente eran prácticamente insolubles. Realizada por personas con profundo conocimiento anatómico del pie, esta solución quirúrgica es muy poco traumática y agresiva, con las consiguientes ventajas, ya enunciadas anteriormente, para el paciente y su relación con el mundo laboral, al que se incorporarán de inmediato.

El prestigioso Doctor D. SANTIAGO CRIADO JUAREZ. Traumatólogo del Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, dio, durante una hora, una lección magistral sobre el tema: «BIOMECANICA DEL PIE».

Con su verbo fácil y ameno, hizo de un tema tan árido para algunos, una charla agradable, práctica e ilustrativa definiéndonos el concepto de la marcha y repartición en ella del peso corporal sobre los pies, conocimiento que se considera necesario para todo aquel podólogo que se precie de atender bien a sus pacientes. Los podólogos asistentes quedamos gratamente impresionados y agradecidos por su presencia entre nosotros.

Como colofón podríamos decir que estas PRIMERAS JORNADAS VALENCIANES DE PO-

DOLOGIA han sido un éxito tanto en el plano científico como social, sirviendo para la formación POST-GRADO de todos los podólogos valencianos que asistieron a ellas.

**Realizadas estas primeras Jornadas Valencianas de podología tras el éxito científico y social, ratificado por escritos recibidos por las casas comerciales colaboradoras y en las que se nos felicita y anima a la continuidad.**

**La Asociación Valenciana vuelve a notificar a todos los asociados, que estas Jornadas se celebran todos los años el último fin de semana de noviembre, en el año 1990, los días 23, 24 y 25.**

**Según un acuerdo de la Asamblea de Representantes, se dispuso que cada asociación estableciera unas fechas para sus actos científicos, para que no se produjeran repetición de fechas en los mismos, y además que se reservara la denominación de congreso sólo para el nacional.**

**Acogiéndonos a esta resolución, comunicamos estos acuerdos a los efectos oportunos.**

**COMENTO: Isaías del Moral Roberto**

---

---

### FE DE ERRATAS

En nuestras publicaciones nº 123 y 124 de los meses Mayo-Junio y Julio-Agosto, en el anuncio de D. Pedro García Ferriz, publicados en la pág. 12 de Mayo-Junio y pág. 3 de Julio-Agosto, donde dice "Teoría de Electrobiquímica sobre el tumor papilar y el cáncer" y "Teoría de Electrobioquímica sobre el tumor papilar y el cáncer" respectivamente, debe decir:

**"Teoría Electrobioquímica sobre el tumor papilar y el cáncer"**

# PEUSEK®

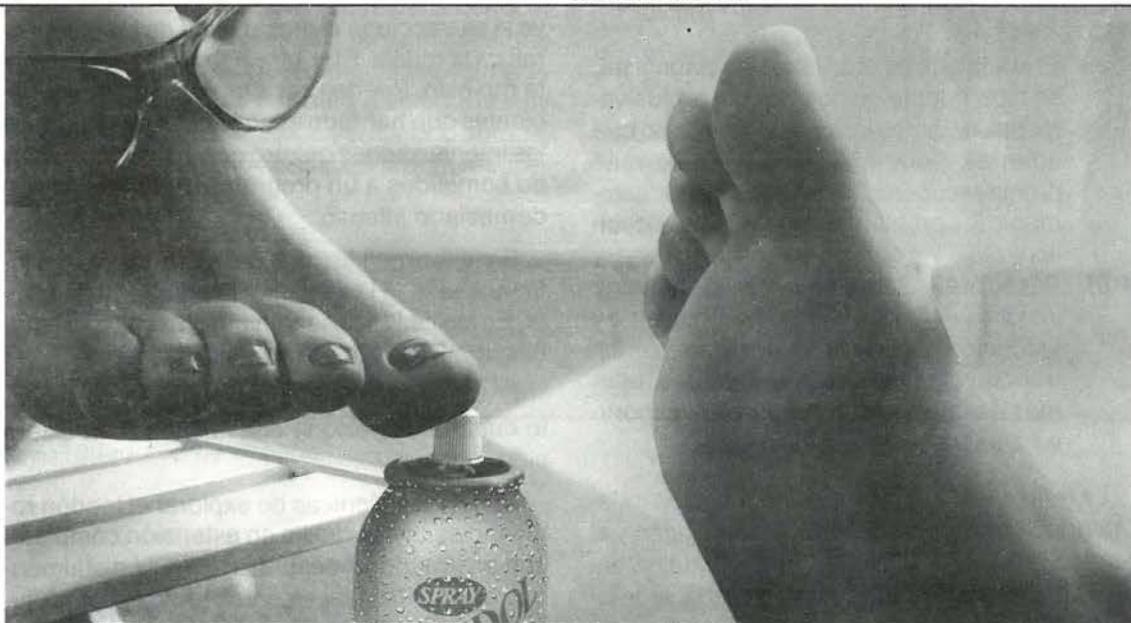
- CONTRA LA HIPERHIDROSIS Y LA BROMHIDROSIS
- CON EFECTOS DE LARGA DURACION
- GARANTIA AVALADA POR MAS DE 30 AÑOS DE EXISTENCIA
- MERECEDOR DE LA CONFIANZA DE LOS SEÑORES PODOLOGOS,



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*

# LA TENDINITIS ROTULIANA PUEDE SER CAUSADA POR PRONACION EXCESIVA DEL PIE

AUTOR: José Claverol Serra  
Podólogo

Una de las lesiones más frecuentes en el deporte tanto si es salto, basket, voleiball, como de carrera o ciclismo es la tendinitis rotuliana en su polo inferior, no debiendo confundirla con otras lesiones como pueden ser la condrolacia, Ossgood Schlatter, lesiones meniscales, paleta alta, paleta baja, etc..., aunque estas también pueden estar agravadas por una pronación excesiva.

En deporte muchas de las consultas de atletas a los podólogos no son precisamente referentes a pies y tobillo, también son referidas a extremidad inferior, en especial a la rodilla y pierna. El podólogo deportivo debe conocer estas estructuras y saber diagnosticar lesiones a estos niveles, esto repercute en varios puntos:

- a) El atleta que es el principal protagonista, se dará cuenta de que no sólo exclusivamente, tratamos lesiones del pie, sino que además, podemos ayudar a una más pronta recuperación si tratamos correctamente los problemas mecánicos del tobillo y pie.
- b) Por otro lado, también podemos prevenir lesiones estudiando el comportamiento y la función de toda la extremidad inferior, tronco y extremidades superiores, además de la selección del calzado deportivo a usar en cada deporte.

La tenditis, en general, es una reacción inflamatoria que comprende la vaina del tendón y el tendón propiamente dicho. Un exudado caracterizado por una bajada de proteína y la secreción de células de mesotelio pueden ser las cau-

santes de la sensación de «crepitación» y la formación de adherencias.

Esta forma de inflamación aguda sólo se observa en tendones que pasan alrededor de estructuras óseas y que tengan realmente vaina sinovial.

## CLINICA

Dolor en el polo inferior de la rotula, algunos pacientes pueden presentarlo en la parte superior de la rotula, en la inserción del cuádriceps.

Inicialmente, el dolor se presenta después de correr o saltar, el dolor cede en reposo pero vuelve si se tracciona el mecanismo de los extensores de la rodilla. El subir y bajar escaleras resulta molesto. Puede presentarse también en pacientes que han sido inmovilizados después de las intervenciones quirúrgicas y después han sido sometidos a un programa de rehabilitación demasiado intenso.

En el examen físico suele observarse una inflamación a lo largo del polo inferior de la rótula. En los casos de tendinitis rotuliana suele haber una ligera atrofia en el cuádriceps.

El movimiento de la rodilla es completo excepto cuando se flexiona con la cadera en extensión.

Una de las técnicas de explorar el tendón rotuliano es con la rodilla en extensión completa, con una mano se desplaza la rotula distalmente presionando suavemente el polo rotuliano superior y el dolor o la crepitación se puede obser-

var palpando con los dedos de la otra mano la parte inferior de la rótula y la inserción del tendón. Si la rodilla está flexionada es muy difícil o casi imposible poderla palpar. Antes se debe haber observado si existía patela alta, patela baja, geno recurvatum, el ángulo Q anormal o Ossgood Schlatter previo.

El ángulo Q se localiza trazando una línea desde la espina Iliaca anterior hasta la rótula y de la rótula al tubérculo tibial, lo normal es hasta 15° a partir de estos puedan dar sintomatología.

Las tendinitis rotuliana la podemos observar generalmente en pies que pronan anormalmente tanto si son placas como cavos con antepié varo o valgo, estos últimos en menos grado, pero sobre todo suele darse en atletas saltadores. Al funcionar el pie en pronación tanto el vasto medial como el tibial posterior está en tensión constante y ayuda a que la tibia rote medialmente en exceso y en consecuencia se altera el ángulo Q y el tendón se inflama. Someramente esto es lo que ocurre cuando un pie está en pronación excesiva.

No debemos confundir la tendinitis con otras alteraciones o enfermedades de la articulación de la rodilla.

Para mí es importante que un podólogo relacionado con el deporte no se limite exclusivamente a lo que es el pie, sino que debe conocer la patología más frecuente a otros niveles que generalmente cuando la biomecánica está alterada y **no compensa** nos dará patología la cual debemos saber diagnosticar, el atleta lo agradecerá y conseguiremos una más pronta recuperación y credibilidad.

1. Control de pronación dependiendo del deporte y modalidad serán plantillas semi-rígidas o rígidas. Es importante en deportistas además, el control con plantillas tanto en antepié como en retropié, a veces, junto con la plantilla acoplamos amortiguadores de choque.

Personalmente, a veces, y según los casos, dejo pronar ligeramente y al cabo de un tiempo la hago neutra total.

### 2. Tratamiento rehabilitador.

- Potenciar Cuadriceps.
- Estiramiento de grupos musculares del muslo antes y después de competiciones y entrenamientos.
- Crioterapia en tendón antes y después de entrenamientos en la fase aguda (durante 3 ó 4 días).
- Si es necesario, antiinflamatorios.
- Ultrasonidos.
- Saltar menos y bajar un poco el ritmo de entreno.
- Ferula rotuliana, para limitar la tensión del tendón.

### Bibliografía

1. Disorders of the Patello Femoral Joint.  
Autor: Hicart/Hugerford  
Editor: Williams y Wilkins
2. The Running Shoe Book.  
Autor: Peter R. Cavanaga
3. Apuntes California College of Podiatric Medicine.
4. Apuntes Pennsylvania College of Podiatric Medicine.
5. Transtornos y lesiones del sistema musculoesquelético.  
Autor: Salter  
Editorial: Salvat
6. Ortopedia y tratamiento fracturas.  
Autor: Apley  
Editorial: Salvat
7. Biomechanics of Sport Techniques  
Autor: Hay  
Editorial: Prentice-Hall



# Canestén<sup>®</sup> polvo

## Los hongos desaparecen 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:

Dermatomycosis 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 onicomycosis, 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.

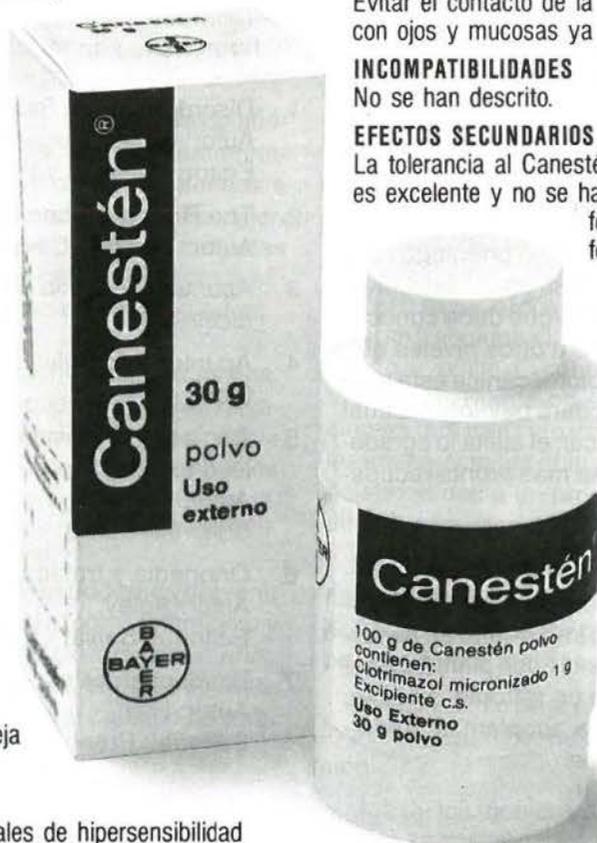
### EFFECTOS SECUNDARIOS

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	409.-

#### Canestén solución

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco atomizador 30 ml	430.-

#### Canestén polvo

Composición	Presentación	P.V.P.
Clotrimazol 1%	Frasco espolvoreador 30 g	448.-



**Bayer**

Antimicóticos

## SE HABLO DE

Repaso a las primera revistas de Podología.

Hoy de la 25 a la 28 (Enero 1972 - Agosto 1972).

Director: Leonardo Escachs Clariana.

Subdirector: Pablo Vilató Ruiz.

Redactor: Francisco Mañé Domingo.

Estas fueron sus aportaciones científicas:

1. El Fotopodograma en la infancia. Su interpretación.  
Pablo Vilató.
2. Eczemas en los pies.  
Prof. Xavier Vilanova (no pod.).
3. Exploración y conducta a seguir en los traumatismos del pie.  
E. Violan Camps.
4. Técnica para la prevención del pie plano post-traumático.  
J. Ojeda Gil.
5. Osteonecrosis aséptica de la epifisis posterior del calcáneo o enfermedad de Sever.  
Jaime Sola Pich.
6. Malformaciones hereditarias y congénitas.  
J. Antonio Calvo.
7. Malformación congénita.  
J. Sole Cuch.
8. El pie geriátrico.  
A. M. Sánchez (no pod.)
9. Investigaciones sobre los músculos.  
A. Szent-Gyorgyi (no pod.)
10. La osteotomía del espolón calcáneo.  
Luis Aycart.
11. Ultrasonidos.  
Félix Alonso Royano.
12. El Papiloma y su tratamiento.  
D. Severino Sánchez.
13. Podología infantil.  
F. Santone Rodríguez.
14. Ergonomía de los genus.  
José Fernández Mitjaus.
15. Epidernomicosis y verruga plantar en el niño.  
Rodrigo Contreras.
16. Consideraciones podo-profilácticas en la infancia.  
Francisco Farreras.

17. Frecuencia de la patología del pie entre la juventud española en una edad determinada.  
J. Alonso Guillamón.
18. Papilomas plantares, distintos tratamientos.  
José Luis Navarro.
19. El Mensurograma, su técnica e interpretación.  
Félix Alonso Royano.
20. Osteotomía metatarsal para la corrección en la educción del antepie infantil.  
Leído por F. A. Royano de la A. P. Association.
21. La polaroid en podología.  
La Redacción.
22. Cuando el consejo es la mayor prescripción.  
La Redacción.

**ANGEL F. CABEZON LEGARDA**

ESPACIO RESERVADO PARA AVISOS DE ULTIMA HORA Y NECROLOGICAS



# ¡Sí... Es un calzado ortopédico!

**P**arece increíble. Nadie notará que es un calzado ortopédico. P-F ha conseguido que sean como unos deportivos. No tienen por qué diferenciarse exteriormente del calzado de moda. Su aspecto debe ser tan atractivo para el joven paciente, que evite el rechazo que se produce con frecuencia en la mayoría de los niños que necesitan tratamiento con plantillas y calzado ortopédico tradicional.

Más de 20 años de probada experiencia clínica

fabricando calzado ortopédico de prescripción médica, colocan a P-F en primera línea en el tratamiento de las principales afecciones de los pies de la infancia y adolescencia.

P-F dispone de más de 10 hormas básicas para calzado ortopédico corrector y para uso con plantillas ortopédicas.

Para más amplia información consulte nuestro catálogo.



PRESCRIPTION FOOTWEAR S.A.  
Pl. Malvas, 4 - Villena (Alicante) Spain  
Tel. (96) 580 01 91 - Télex 63973 PFV1 E

# REX

Equipo para Podología

Equipo *Elite-P* Ref. RE-P  
Sillón *GACELA-P* Ref. RG-P  
Rayos X Ref. XRM-P

## POTENTE ASPIRACION



VENTA DIRECTA DE FABRICA  
SOLICITE INFORMACION A:

EQUIPOS DENTALES

CO. **REX** S.A.

COMERCIAL REALIZADORA DE EXPORTACIONES, S.A.

Avda. Pablo Iglesias, 56



