

revistapodologia .com

Nº 67 - Abril 2016



Revista Digital de Podología
Gratuita - Em português

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 67
Abril 2016

Diretor

Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 5 - A Diabetes: o cuidado integral do profissional da saúde
Dr. Abraham Arias González, ED. México
- 7 - PODOLOGIA - Ano 1 - Número 3 - FEPOAL A.C.
- 15 - Biossegurança na podologia.
Podólogas Márcia Rodrigues Machado, Maria de Fátima Cândida de Moraes e Grasielle Nepel. Brasil
- 21 - Osteotomia distal percutânea dos metatarsianos como método terapêutico para úlceras do antepé.
Dr. Claudio Gabriel Sapoznik, Dr. Gabriel Praninskis y Dr. Raúl Suarez. Argentina

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

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

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

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

SPA de Renovação Celular Sem Enxágue Prime Sense

Um novo conceito para o tratamento de pés e mãos:

- esfoliação
- hidratação profunda
- massagem relaxante



Saiba mais na página da
Prime Sense no facebook
(leitor de QR Code - android / iOS)

ONICO REPAIR – 20ml



- ✓ Solução fortalecedora e reparadora para unhas.
- ✓ À base de óleos essenciais de Melaleuca, Tomilho e Cravo*.
- ✓ Auxilia no tratamento de **micoses e frieiras**.
- ✓ Rendimento: cerca de 650 gotas → meses utiliza 2do gotas/dia

FLUÍDO DE LIMPEZA – 365ml



- ✓ Fluido higienizante, umectante, desodorizante e refrescante;
- ✓ Para pés, mãos e unhas - antes, durante e pós os procedimentos;
- ✓ Rendimento: cerca de **250 pares** de pés
- ✓ Contém óleos essenciais de Melaleuca, Tomilho* e Lemongrass*;
- ✓ Contém Glicerina (umectante).

CURSO de CONFECÇÃO de PALMILHAS

11 e 12 de Junho 2016 - São Paulo - Brasil

Curso voltado para profissionais da saúde que tenham um alto conhecimento em biomecânica (*Fisioterapeutas, Graduados em Podologia, etc.*) e estejam atuando ou não na confecção de palmilhas e queiram conhecer **UMA TECNICA e PRODUTOS DIFERENCIADOS.**



Pdgo. Cristian Eduardo Barroso - Argentino, especialista em órteses e Podologia Esportiva.

- Turma de 20 alunos - Cada participante faz sua própria palmilha.
- Está incluso o material de trabalho, só trazer tesouras.

Valor R\$ 1.250,00

Idioma do palestrante: espanhol.
Material didático: power point e apostila em português. Coffee break.

Local: Hotel Dan Inn Planalto

Av. Cásper Líbero 115 - Centro
Estação Metro São Bento - São Paulo

Lançamento no curso:



ÓRTESE MECANOPOSTURAL PERSONALIZADA
para fazer palmilhas corretivas personalizadas

Material: Lamflex (*resina termoplástica*) - em baixa temperatura (65°C) já se cola entre si.
Para Elementos: composto de EPDM (*com elasticidade*) - composto de PEBD (*sem elasticidade*).
Produtos termomoldáveis importados da Argentina que requerem pouco uso de lixadeira, dispensam o uso de cola e são de alta resistência.

Informações e inscrições: www.revistapodologia.com/curso-omp
revista@revistapodologia.com - Whatsapp: +55 19 98316-7176 (tim)

Apoio:

PODOtech®

Organização:

revistapodologia
-com

A Diabetes: o Cuidado Integral do Profissional da Saúde

Dr. Abraham Arias González, ED. México.

A diabetes é uma doença crônica degenerativa que se caracteriza por níveis altos de glicose no sangue (hiperglicemia) é que pela falta de controle, impacta em complicações micro e macrovasculares.

Hoje em dia se sabe que a nível Mundial as pessoas que vivem como diabetes são 415 milhões e que para 2030 estima-se que seja mais de 600 milhões de pessoas (International Diabetes Association, 2015).

Deve-se destacar que por como se encontra nosso país (México) e o resto do mundo, está cifra pode chegar bem antes dessa a data.

Porém isto poderia mudar se os profissionais da saúde se capacitarem adequadamente no manejo integral do paciente que se encontra em risco ou vive com diabetes, ademais de prevenir ou retrazar a presença de complicações relacionadas ao descontrole glicêmico contínuo.

No México uma pesquisa realizada no ano 2012, reportou que só o 25% da população diagnosticada com diabetes encontra-se dentro dos parâmetros de controle (Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, 2012).

Também informou que do total da consulta brindada pelos serviços médicos ambulatorios foi de um 64,9% e que a diabetes é entre três e quatro vezes mais custosa que outra doença.

Isto é de suma importância, que os profissionais da Saúde se encontrem bem capacitados para poder contribuir a melhorar a qualidade de vida das pessoas e que possam incrementar a esperança de vida.

A American Association of Diabetes Educator (AADE) diz que a pessoa com diabetes devem receber educação baseada em 7 comportamentos de auto-cuidado, para que possam tomar decisões informadas na sua vida com diabetes, a mais de implementar estratégias que lhes permitam evitar ou retrazar a presença de complicações, como já foi mencionado ao início do artigo.

Os sete comportamentos de auto-cuidado são:

- 1- A alimentação saudável
- 2- Manter-se ativo
- 3- A auto-monitorização
- 4- O tratamento farmacológico (uso dos hipoglicemiantes orais e a adequada técnica de injeção de insulina)
- 5- Resolver os desafios do cotidiano
- 6- A redução de riscos
- 7- A toma de atitude positiva perante a doença

É importante que não somente as pessoas tenham a informação sobre um tema para que possam modificar os hábitos inadequados de vida, senão que conheçam como fazer os cuidados.

Por exemplo, um aspecto importante é que a pessoa e/ou seu familiar cuidador deve saber que alimento eleva os níveis de glicose no sangue e quais não, ou que tipo de exercício deve realizar para melhorar o estado de saúde.

O monitoramento dos níveis de glicose constantemente, ajuda a que a pessoa possa ter uma hipoglicemia (nível de glicose < a 60 mg/dl) de acordo com a American Diabetes Association (2016). Ou bem um estado hiperglicêmico hiperosmolar (> de 600 mg/dl). Além de diminuir os altos custos que estas complicações agudas geram ao orçamento do paciente.

Por outro lado quando o profissional da podologia realiza seu cuidado podológico preventivo, deve tomar em conta o nível de glicose que apresenta o paciente nesse momento para assim educar ao paciente a melhorar este em caso de ser elevado. Isto ajudará a que o paciente tenha em ótimas condições seus pés.

Ao valorar ao paciente de acordo com as escalas como a San Elián ou Wagner, ajudará a que o profissional da podologia possa identificar oportunamente um grau de ulceração e, por conseguinte prevenir uma amputação.

Em este aspecto é importante saber que de acordo a diversos estudos e guias de prática clínica

nica, os autores referem que em um 85% das pessoas com diabetes, ao longo do transcurso da doença sofrerão a presença de um problema nos pés.

Outro 15% dos mesmos sofrerão uma amputação e outra no ano seguinte a primeira amputação.

Em este ponto o papel do profissional da podologia ou de qualquer outro profissional que brinde a atenção ao pé, deve estar preparado para lidar com o paciente integralmente, não só brindando cuidado operativo, senão também brindando educação para a saúde, os alimentos que consome, o exercício que realiza, como toma ou aplica seus medicamentos, ou os cuidados diários que devemos ter as pessoas: o lavado dos pés todos os dias, bem secos, mantê-los hidratados, não caminhar descalço, não cortar suas unhas se não tem uma adequada visão, além de antes de calçar seus sapatos verificar o interior do mesmo para evitar que tenha algum objeto que possa prejudicar a integridade do pé.

Por todo o mencionado neste artigo recomenda-se que tudo profissional da saúde esteja capacitado para lidar de forma integral e oportuna quando um paciente se apresenta na sua consulta de prevenção e juntos possam ajudar diminuir as altas taxas de incidência de complicações relacionadas ao descontrole glicêmico.

Autor:

Abraham Arias González

Director Académico de la Federación de Podólogos de América Latina, A.C.
Director médico de Comunidad Diabetes.
Adjunto a la presidencia de la Asociación Mundial de Diabéticos
direccionmedica@comunidadidiabetes.com

Referências

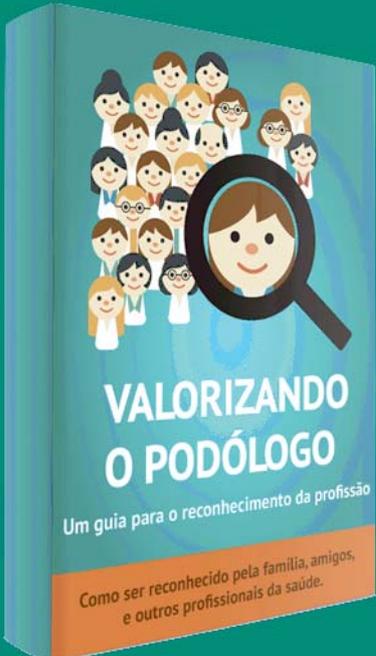
1. American Diabetes Association. (2013). ¿Tiene diabetes?. Scientific Publishing Ltd, Elk Grove Village, IL. USA.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2016. Diabetes Care 2013, Vol. 39 (1), pp-S13-S22.
3. Secretaría de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 resultados nacionales (ENSANUT). México, D.F.
4. International Diabetes Federation. (2015). Diabetes ATLAS. Seventh Edition 2015. Onlines versión of IDF Diabetes Atlas: www.diabetesatlas.org
5. Ramón-Cabot J, Fernández-Trujillo M, Forcada-Vega C, Pera-Blanco G. Efectividad a medio plaza de una intervención educativa grupal dirigida al cuidado de los pies en pacientes con diabetes tipo 2. Elsevier 2008. Vol.18 (6), pp. 302-308.



ebook VALORIZANDO O PODÓLOGO

**DESCUBRA GRÁTIS
NESSE EBOOK
COMO GANHAR O
RECONHECIMENTO
DA SUA FAMÍLIA, AMIGOS E
PROFISSIONAIS DA SAÚDE
ATRAVÉS DA PODOLOGIA**

www.podologiaatual.com.br



ANO 1 | NUMERO 3 | ABRIL - MAIO

PODOLOGIA



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

#FEPOALenMOVIMIENTO

revistapodologia
_com

**Seminario
sobre Metodologías
Prácticas en Podologías**
CIUDAD DE MÉXICO

**Congresso Internazionale
Metodologia e Pratica
Laser, Fototerapia,
Terapia Fotodinamica**
MILAN, ITALIA

**Diplomado
en Podología
Clínica 2016**
MONTERREY, MÉXICO

Editorial

Se passaram meses de muita intensidade, de um trabalho muito árduo, mas a sua vez com muitas satisfações.

Qualquer esforço para promover a podologia merece nosso apoio, neste número 3 de nossa Revista **PODOLOGIA**, os temas científicos são de necessidades reais do podólogo latino americano.

Neste número 3 resumiremos os dois eventos que organizamos nesta primeira parte do ano e os quais tiveram impacto mundial, o primeiro foi o primeiro "Seminario Sobre Metodologías Prácticas en Podología", realizado no Hospital General de México, no Distrito Federal, os dias 20 e 21 de Fevereiro de 2016.

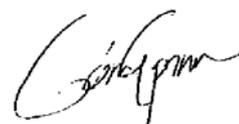
Apos realizamos o primeiro evento na Europa organizado por FEPOAL, A.C.: "Congreso Internazionale Metodologia e Pratica Laser, Fototerapia, Terapia Fotodinamica", realizado no Instituto Ortopedico Galeazzi de Milán, Italia, nos dias 5 e 6 de Março.

Mas nosso trabalho não só se limita a realizar congressos e eventos, hoje por hoje FEPOAL, A.C. tem se constituído em uma associação que impulsiona a educação continuada de excelência, e é por isto que vamos realizar o Diplomado em Podologia Clínica, que pouco a pouco levaremos a todos os países de América Latina que o solicitem.

Com estas ações fazemos jus ao nosso compromisso, o de ser impulsores de uma podologia baseada em evidências, e é assim que nos tornamos como uma associação com uma visão de vanguarda a nível mundial.

Por último quero reconhecer o árduo trabalho da equipe de FEPOAL, A.C., toda minha gratidão para Israel de Toledo, Eduardo de la Garza, Giuseppe D'Agostino, Verónica Basurto, Abraham Arias, Filiberto Rosas, Luis Madrigal e Alberto Grillo, já que sim sua dedicação e compromisso nada disso seria possível.

Sigamos compartiendo conocimiento!



Mario Alberto Gómez Espinoza
Presidente de FEPOAL, A.C.

SEMINARIO SOBRE METODOLOGÍAS PRÁCTICAS EN PODOLOGÍA

Hospital General de México
20 y 21 de Febrero de 2016
Ciudad de México



CONGRESSO INTERNAZIONALE METODOLOGIA E PRATICA LASER, FOTOTERAPIA, TERAPIA FOTODINAMICA

Instituto Ortopedico Galeazzi
5 y 6 de Marzo de 2016
Milán, Italia



ORGANIZA



AVAL ACADÉMICO



GOLD SPONSOR



DIPLOMADO EN PODOLOGIA CLINICA 2016

Fecha de inicio 7 de Mayo, Monterrey, México
Modalidad presencial y semipresencial

- **De la evidencia a la práctica clínica**
- **Talleres prácticos cara a cara con el experto**
- **Sesiones basadas en evidencia científica**

Informes e inscripciones:

- **01 (81) 1951-2265**

TALLERES

Manejo del dolor
Deslaminado de helomas e hiperqueratosis
Cirugía de tejido blando en verruga plantar
Toma de muestras en uñas micóticas
Protocolo de exploración en pie diabético
Diseño y realización de ortesis
Vendajes funcionales
Prevención de riesgos laborales
Infiltración de anestésicos
Cirugía ungueal

MEMBRESIA FEPOAL

Protocolos científicos,
conocimientos académicos y
sistematizados en Podología



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

Oportunidad para compartir experiencias,
intercambiar conocimientos, aprender y
crecer como profesionales

O que sua filiação lhe dá



A **Federación de Podólogos de América Latina, A.C.** oferece aos seus afiliados exclusivos benefícios:

- **Certificado como membro ativo de FEPOAL.** (Envio eletrônico).
- A satisfação de pertencer ao grupo mais exclusivo de podologia de América Latina.
- Proporcionar conhecimentos acadêmicos superiores ademais de elevar a podologia ao mais alto nível através de protocolos sistematizados.
- Formação continuada através de seminários e talheres apresentados por nossos especialistas em América Latina e Europa.
- Descontos garantidos em congressos seminários e diplomados que realize **FEPOAL** no ano da filiação.
- Notificação por e-mail de notícias e eventos de **FEPOAL**.
- Se relacionar com podólogos e especialistas do grupo multidisciplinar que são autoridade na Podología de Latinoamérica.
- A satisfação de estar filiado à primeira organização de América Latina que brinda Educação Continuada em Podología.

Alem de todos estes benefícios, sua decisão de unir-se a **FEPOAL**, está alimentada pela firme convicção de que juntos, como uma associação baseada na comunidade, podemos melhorar a cultura no cuidado e atendimento do pé. Precisamos do seu apoio continuou para construir está Federação e lograr nossos objetivos.

¡Filie-se à **FEPOAL** hoje!

Instruções para sua filiação à FEPOAL, A.C.

Por favor, siga estes passos para sua filiação:

1. Pedir solicitude de ingresso ao correio: fepoal@hotmail.com

2. Retornar a solicitude com as informações solicitadas.

3. Realizar depósito bancário:

BANORTE Cta. 0414867859

Depósitos em 7-eleven Cta. 4915-6620-7735-5215

A nome de: Verónica Mayela Basurto Trejo

Confirmar seu pagamento ao correio: fepoal@hotmail.com

Custo anuidade: \$500° M.N. (México)

\$38° Dlls. (Países de América Latina)

4. Enviar documentação ao correio:

fepoal@hotmail.com

* Solicitude de Ingresso

* Ficha de depósito bancário

Centro de Atendimento FEPOAL:

Comunicação: Pdga. Verónica Mayela Basurto Trejo

Telefono de contacto: 01 (81) 1951-2265

WhatsApp FEPOAL: +52 1 81 1951-2265

Correio eletrônico: fepoal@hotmail.com



FEPOAL

FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

Biossegurança na Podologia

Podólogas Márcia Rodrigues Machado, Maria de Fátima Cândida de Moraes e Grasielle Nepel. *Brasil.*

Resumo

O presente artigo aborda a biossegurança na Podologia como um conjunto de prevenções no Gabinete de Podologia com o objetivo de minimizar ou eliminar os riscos que possam comprometer a saúde do homem, ou seu meio ambiente, onde foi realizado um levantamento bibliográfico, visando um atendimento de qualidade, seguindo os padrões e protocolos de segurança.

Palavra-chave: Biossegurança; Podologia; Segurança profissional.

1. INTRODUÇÃO

É importante que o profissional de Podologia tenha a prática da higiene que é necessidade fundamental para garantir o mínimo de segurança ao paciente e ao próprio profissional que permanece exposto em tempo integral, assim conseguirá evitar contaminação cruzada frente a seus atendimentos e procedimentos.

2. REVISÃO TEORICA

Biossegurança é o conjunto de ações voltadas para a prevenção, minimização ou eliminação do risco inerente às atividades de pesquisa, produção, ensino, desenvolvimento tecnológico e prestação de serviços, visando à saúde do homem, dos animais, a preservação do meio ambiente e a qualidade dos resultados (TEIXEIRA E VALLE, 1996).

Risco é a probabilidade de ocorrer um evento bem definido no espaço e no tempo, que causa danos à saúde, às unidades operacionais, ou dano econômico-financeiro.

Já o perigo é a expressão de uma qualidade ambiental que apresente características de possível efeito maléfico para a saúde ou para o meio ambiente. Na presença de um perigo não existe risco zero, porém existe a possibilidade de minimizá-lo.

Os riscos ocupacionais estão divididos em: riscos biológicos, riscos químicos, riscos de acidentes e riscos ergonômicos. (RAMOS, 2009).

Riscos Biológicos

Em Podologia, os riscos biológicos, incluem qualquer material contaminado com micro-organismos, como secreções, sangue, anexos cutâneos que são os pelos, cabelos, unhas, cutículas, através também da pele não íntegra.

A transmissão pode ocorrer de maneira direta, se dá por meio de contato físico entre transmissor e o receptor por via cutânea.

Ou transmissão indireta pode ocorrer por meio de instrumentos contaminados, especialmente os perfuro cortantes (exposição percutânea) ou por meio da infecção cruzada.

Algumas doenças como a AIDS, a hepatite a b c d e, as onicomicose, dermatites fúngicas e outras doenças podem ser transmitidas em estabelecimentos de podologia. Em virtude do contato com pacientes ou com material infectado, muitos profissionais da área de saúde estão expostos a riscos de adquirir doenças transmissíveis, mas algumas são imunopreveníveis por meio de vacinação, especialmente hepatite B e tétano. (RAMOS, 2009).

Riscos químicos

Risco químico é o perigo a que determinado indivíduo está exposto, ao manusear produtos químicos que podem causar danos físicos ou prejudicar sua saúde.

Em tese, a toxicidade depende basicamente da dose e da sensibilidade do organismo exposto – ou seja, quanto mais tóxico é um produto, menor é a dose necessária para causar efeitos adversos. (RAMOS, 2009).

Riscos Físicos

Os riscos físicos são definidos como forma de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, cujos agentes mais comuns são ruídos, temperaturas excessivas, vibrações, pressões anormais, radiações e umidade

Riscos de acidentes

São todos os fatores que colocam em perigo o

trabalhador ou afetam sua integridade física ou moral. (RAMOS,2009).

Riscos Ergonômicos

Alguns dos riscos que podem ser ocasionados são os seguintes: Lesões por Esforço Repetitivo - LER e distúrbios osteomuscular Relacionados ao Trabalho - DORT, cansaço físico, dores musculares, hipertensão arterial, alteração do sono, doenças nervosas, taquicardia, doenças do aparelho digestivo (gastrite e úlcera), tensão, ansiedade, problemas na coluna vertebral, entre outros. (RAMOS, 2009).

2.1 VIAS DE TRANSMISSÃO

Vias Aéreas

O contágio por meio de vias aéreas ocorre pela inalação de micro-organismos presentes nas partículas e gotículas. (RAMOS, 2009).

Vias Cutâneas

O contágio se dá por meio do contato de sangue e secreções contaminadas com a pele íntegra. (RAMOS, 2009).

Via Ocular

A contaminação da mucosa conjuntiva ocorre, por lançamentos de gotículas ou aerossóis de material infectante nos olhos. (RAMOS, 2009).

2.2 PRINCIPAIS DOENÇAS INFECCIOSAS TRANSMITIDAS OCUPACIONAMENTE EM GABINETE DE PODOLOGIA

ONICOMICOSSES

São caracterizadas pelo crescimento de fungos nas unhas e dobras periungueal. (RAMOS, 2009).

DERMATITES FÚNGICAS

São infecções dos tecidos queratinizados causadas pelos fungos dermatofíticos. (RAMOS,2009).

Contaminações comuns em materiais com falta de esterilização. (RAMOS, 2009).

2.3 LIMPEZA

O processo de limpeza visa a remoção da sujeira visível, remoção, redução ou destruição dos micro-organismos patogênicos; contribuição para o controle de disseminação de contaminação biológica ou química. (RAMOS, 2009).

No procedimento de limpeza são utilizados: agentes químicos, energia, detergentes comuns e enzimáticos, assepsia, desinfecção, descontaminação, esterilização, além da correta higienização das mãos. A limpeza dos materiais deve ser sempre feita com luvas de borracha. (RAMOS, 2009).

A esterilização em autoclave é um método por calor e pressão que preserva a estrutura dos instrumentos e do corte. Tesouras, pinças e alicates devem ser dispostas abertas dentro dos invólucros, para esse processo existe o papel grau, que deveram portar indicação química, e não se deve exceder a capacidade de 70 %, e também fazer o controle biológico. (RAMOS, 2009).

O profissional podólogo requer cuidados específicos por estar em constante risco de contaminação, há a necessidade de limpar a sala de atendimento e os ambientes que compõe o atendimento, como sala de espera, banheiro, etc., e esta limpeza deve ser realizada diariamente, para evitar da melhor forma possível qualquer tipo de transmissão. (PIEADADE,1999).

2.5 PRECAUÇÕES E CUIDADOS

Adotar precauções universais de rotina em todos os procedimentos (RAMOS, 2009).

- Utilização correta de (EPI's)
- Higienização das mãos do profissional
- Limpeza, descontaminação, e quando necessária esterilização dos equipamentos
- Uso de artigos descartáveis
- Limpeza e organização do ambiente
- Gerenciamento de resíduos
- Vacinação dos profissionais

2.6 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

EPI é todo dispositivo ou produto de uso individual destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho O seu uso é uma exigência da legislação trabalhista brasileira por meio de suas normas regulamentadas as NR's, particularmente a NR seis. (RAMOS, 2009).

No caso do profissional podólogo os EPI's são: óculos, touca, máscara, luvas, jalecos de manga compridas e calçados fechados. (RAMOS, 2009).

3.METOLOGIA

A metodologia utilizada para a construção deste trabalho foi feita através de pesquisa em

EPI's - Equipamentos de protecção individual



imagens de internet

livros e sites, que ofertaram às autoras a aquisição de modelos, os quais serviram para a apresentação deste trabalho.

Tendo como foco principal informações sobre podologia e sua biossegurança, higienização dos materiais e das mãos, do ambiente, suas formas de proteção tanto do cliente quanto do profissional, além do uso necessário dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI's.

4. CONCLUSÃO

Concluimos que a biossegurança é uma metodologia que todos os profissionais da área de podologia devem seguir, pois trata da higiene além dos cuidados necessários para que tanto o cliente quanto o profissional estejam protegidos.

Autores

Márcia Rodrigues Machado

formanda do curso técnico em podologia do Grupo Educacional Filadelfia.

Maria de Fátima Cândida de Moraes

formanda do curso técnico em podologia do Grupo Educacional Filadelfia.

Grasiele Nepel

podóloga e professora orientadora do Grupo Educacional Filadelfia.

Referências Bibliográficas

BEGA, Armando. Tratado de Podologia. 2ª Ed. Editora Saraiva: São Paulo, 2014.

PIEIDADE, Paulo. Podologia- Técnicas de trabalho e instrumentação. 5ª Ed São Paulo, 1999

RAMOS, J.M.P Biossegurança em estabelecimento de beleza e afins. São Paulo: Atheneu Editora, 2009.

TEIXEIRA, P.Vales. Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1997.

VIANA, M.A.F Fundamentos da teoria podológica 1ª Ed. Minas Gerais: Lithera Maciel, 2007.

CONGRESSO CIENTÍFICO DE PODOLOGIA

CENTRO DE CONVENÇÕES DE GOIÂNIA

2016

FEGOBEL+

FEIRA & CONGRESSOS PROFESSIONAL

PRESENCAS CONFIRMADAS:



Renato Butsher



Reinaldo de Oliveira



Marcelo Trincado

26 e 27 Junho de
2016

INSCRIÇÕES E
PROGRAMAÇÃO
COMPLETA:

www.fegobel.com.br

Apoio



revistapodologia
.com



podologia
avançada

Participe
do mais completo
congresso de Podologia

13^a edição

INTERNATIONAL
PROFESSIONAL



FEIRA PROFISSIONAL DE BELEZA

10 de Julho de 2016
de 9h as 17hs

EXPOMINAS

BELO HORIZONTE - MG

Parceiro Educacional:



Informações

Tel. 31 3273.9225 / 31 3273.9083
eventos@professionalfair.com.br

www.professionalfair.com.br

www.feiraprofissionaldebeleza.com.br

Realização:





COPONN

I - CONGRESSO DE PODOLOGIA DO NORTE E NORDESTE

Dias: 16 e 17 de Julho de 2016
Local: Hotel Jangadeiro
Boa Viagem, Recife-PE



Prof.º Ítalo Batista Ventura



Prof.ª Clarice Nunes Bramante



Prof.º Ezequiel Pereira Rocha

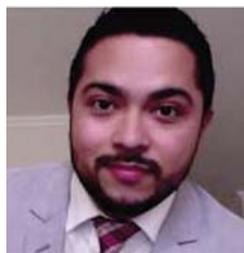
Palestrantes Internacionais



Prof.ª Ana Brandini



Prof.ª Patrícia Thenório



Prof.º Dr. Abraham Gonzales



PDG.ª Marisabel L. Sarmiento



Pdg.ª Daniela Noemi Carignano

APOIO
revistapodologia
.com

MAIS INFORMAÇÕES:
CONTATO@COPONN.COM.BR
+55 81 98592-6122 



Osteotomía Distal Percutánea dos Metatarsianos como Método Terapêutico para Úlceras do Antepé

Dr. Claudio Gabriel Sapoznik, Dr. Gabriel Praninskis y Dr. Raúl Suarez. *Argentina.*

MINI INVASIVE DISTAL METATARSAL OSTEOTOMY AS TREATMENT METHOD FOR FOREFOOT ULCERS

Authors: Sapoznik CG, Praninskis G, Suarez R. - Department of Traumatology and Orthopaedic of Piñero Hospital.

SUMMARY

INTRODUCTION

The diabetic foot ulcers have as etiologic factors the diabetic neuropathy and the mechanic factor. As orthopaedic surgeon we can modify the 2nd factor (mechanic) through corrective osteotomy and surgical discharge.

Currently we have new technology to do the above osteotomy and there is the percutaneous or minimal incision surgery (MIS).

PURPOSE

-Show that the distal osteotomy of the metatarsals shorten periods of time to solve diabetic ulcers, we can achieve discharge of decubitus and better charge distribution.

-Expose the minimal incision surgery as less morbidity practice, and with the learning curve finished, it is a fast and simple technic.

INCLUSION CRITERIA

Ulcers refractory to standard treatment, diabetic type 1 and 2, previous cured ulcer, till Wagner state 3 (inclusive).

EXCLUSION CRITERIA

Severe vasculopathy, amputation of more than 1 toe, active osteomyelitis, Wagner of more than 4.

MATERIAL AND METHODS

We followed the cases of 32 feet with ulcers from January 2006 until January 2009, group A: with conservative treatment and debridement, total: 19 feet (59,375%), group B: mini invasive distal metatarsal osteotomy, total: 13 feet (40,625%). We use our equipment.

Design of methodology: descriptive, prospective, observational, comparative and experimental.

The evaluation was made with x-ray, front, profile, oblique, we measured intermetatarsal angles, metatarsophalangeal and metatarsal parabola.

We based this presentation in Wagner Classification and AOFAS (American Orthopaedic foot and ankle Society) Score.

RESULT

We evaluated 32 feet during 3 years, having an average of AOFAS score in group A pre-treatment: 45,421 points and post-treatment: 70,631 points, it gives a difference of 25,21 points of improvement.

In group B pre-treatment average 51,384 points, and post-treatment 80,076 points, showing an improvement of 28,692 points.

Even if the difference in favor of group B is little, the final result is favourable.

We add an average time of treatment of group A of 6,89 months versus group B, 2,769 months, showing a difference of 4,121 months in the treatment of the ulcers.

DISCUSSION

There is no direct reference of international literature with experience to minimal incision surgery and the diabetic ulcer treatment.

We find a difficult dilemma, do we practice surgery that is not mentioned as indication for a pathology?.

As medical science and evaluating the positive results of the MIS, along with experience of the Profesors Mariano de Prado (Spain) and Stephen Isham (U.S.A.) we were motivated in this presentation.

CONCLUSION

The treatment with MIS osteotomies:

-It is an innovative method surgical, mini invasive, according to tendencies in the international panorama.
-It minimizes the time of treatment and healing, we have to recall that the rest in diabetic patients makes morbidity higher.

-Less quantity of recurrence in group B.

-Patient satisfied.

Keywords: osteotomy, percutaneous, metatarsals, ulcer

INTRODUÇÃO

As úlceras metatarsais (principalmente nas plantas dos pés) preenchem um capítulo especial na problemática do paciente diabético.

Segundo Mc Nelly e colaboradores temos 3 fatores preditores das úlceras diabéticas, que são:

- ausência de reflexo aquileu.
- insensibilidade no monofilamento 5,07 (Semmes-Weinstein monofilament),
- tensão trans-cutânea de oxigênio menor a 30 mm de Hg. (7)

Se bem que não podemos atribuir á ulcera ou ao mal perfurante a neuropatia como única causa também não a podemos descartar como elemento que a precipita, as úlceras neuropáticas são pelo geral insensíveis e aparecem nas cabeças metatarsais, em cambio as vasculares são majoritariamente nos dedos e em torno do tornozelo.

Outro fator a ter em conta são as deformidades congênicas ou adquiridas (Pé Bot ou dedos em martelo) que se adiciona à patologia diabética somando o fato de um calçado inadequado. (7)

A esta altura cabe uma pergunta ¿que é o mal perfurante plantar?, é uma lesão crônica, indolora, na planta do pé, geralmente na primeira, segunda e quinta, comumente com a existência previa de um calo, ou área de hiperqueratinização em torno da cratera. (9)

Existem outras teorias a respeito da formação da úlcera plantar, Delbridge L, Ctercteko G y Fowler C. et. al em "the aetiology of diabetic neuropathic ulceration of the foot" (J Surg 72:1-6, 1985), referem que se bem se inicia com uma placa plantar também existe uma formação de um seroma ou cavidade que ao quebrar se produz a úlcera (figura 1)(9).

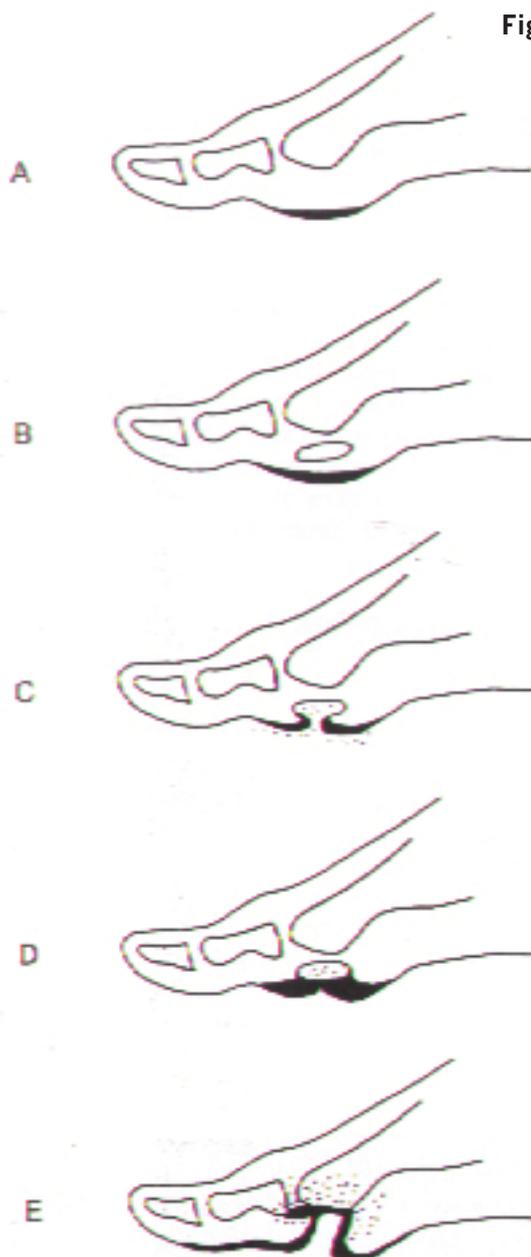
Os transtornos tróficos do antepé de origem neurológica podem ser devido as seguintes doenças:

- Mal perfurante plantar ou acropatia ulceromutilante: formas familiares (neuropatias sensitivas e disautonômicas hereditárias ou neuropatias sensitivas hereditárias (NSH) ou esporádicas).

- Mal perfurante plantar sintomático:
 - Dos diabéticos (pé diabético)
 - Tabes, mielodisplasia, amiloidosis
 - Mal perfurante hanseniano (lepra)
 - Afetação dos nervos periféricos (14).

Sempre intentamos com tratamento conserva-

Fig. 1



dor prévio a decisão cirúrgica, com descargas nas ortesis plantares, debridamentos, ressecção de hiperqueratoses, bota de gesso de contacto total, etc., baseado nos critérios da A.A.O.S. (American Academy of Orthopaedic Surgeons)(10).

Outra instância é a inter consulta como o especialista em cirurgia vascular periférica, dado que consideramos importante a boa perfusão periférica e o trabalho em equipe.

Dennis L. White no seu trabalho "minimal incision approach to osteotomies of the lesser metatarsals", se refere às osteotomias triplanares percutâneas para a solução das "hiperqueratoses intratáveis".(15). Lembremos que muitas úlceras começam com uma calosidade. Ou seja que a diminuição das cargas na zona de hiperapoi-

plantar e atritos no calçado evitam a formação de úlceras.

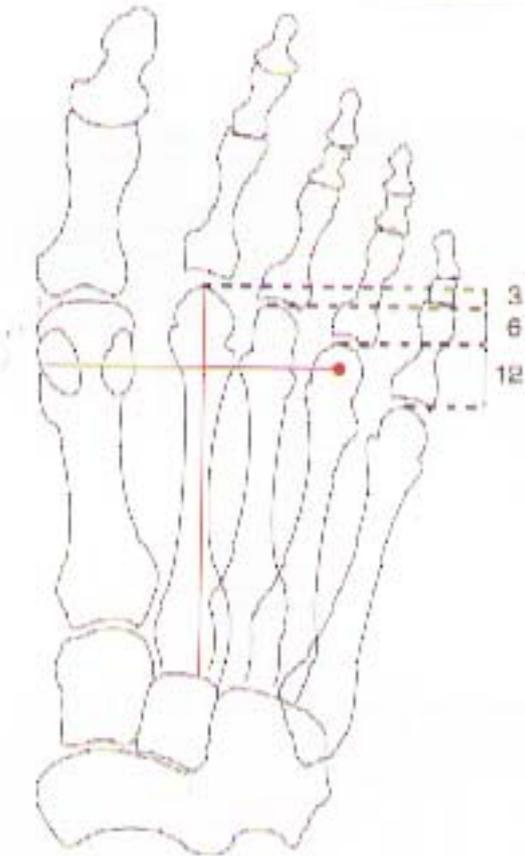
Outro interessante trabalho é o de James Fleischli e colaboradores quem propõe uma osteotomia proximal do M1 com cunha subtrativa dorsal para lograr a descarga da cabeça do primeiro dedo e por tal a cura da úlcera diabética. (5)

Mariano de Prado e Pedro Ripoll no capítulo sobre metatarsalgias descrevem minuciosamente a técnica percutânea para o tratamento do decaimento do arco transversal (metatarsal) e suas consequências. (4)

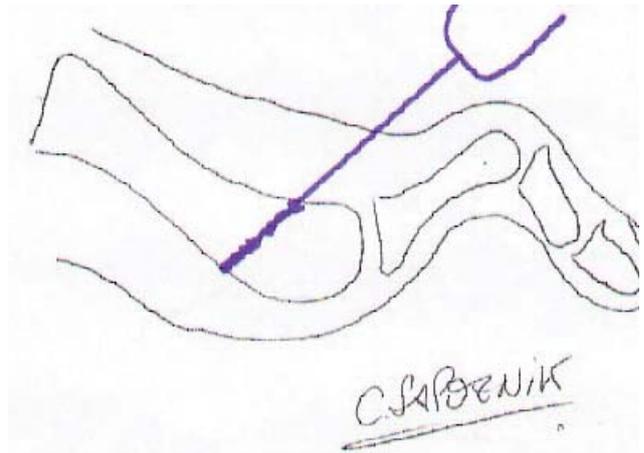
A combinação da neuropatia, macro, micro angiopatia e as proteínas anormais das partes brandas contribuem a úlcera neuropática e a infecção; em consequência é necessária a redução da carga nas cabeças metatarsais, somando a que existe um edema secundário à disfunção do sistema nervoso autônomo que reduz a elasticidade dos tecidos pelo que não se difundem as cargas aumentando o pico de estresse*. (12)

PROPÓSITO DO TRABALHO

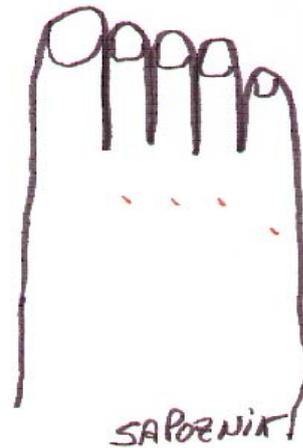
- Demonstrar que a osteotomia distal dos metatarsianos encurtam os tempos para resolver ulce-



Esquema 1. Linha de Maestro



Esquema 2. Osteotomia distal



Esquema 3. Abordagem Percutânea

ras diabéticas, já que se logra descarga do decúbito e melhor distribuição de cargas.*

- Expor a cirurgia percutânea como pratica com menor morbimortalidade (pela miniinvasidade) e com curva de aprendizagem concluída, é uma técnica simples.

OBJETIVOS

- Resolver as úlceras plantares e metatarsais já tratadas com debridamentos e limpeza local.
- Utilização de um método novo e pouco agressivo (cirurgia percutânea) para a solução final de uma úlcera diabética.
- Avaliação comparativa com o tratamento conservador.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Toda ulcera de paciente diabético refratária a tratamento conservador (bota de gesso de contacto total, desbridamentos, curativos seriadas, ortesis, etc.).
- Pacientes diabéticos tipo 1 e 2.
- Existência de úlcera previa sarada.
- Ate fase 3 de Wagner.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Vasculopatia periférica severa.
- Amputação de mais de 1 dedo.
- Osteomielites ativa do metatarso e/ou falange.
- Wagner maior do que 4.

MATERIAIS E MÉTODOS

População e amostra

Foi o total de 32 pés, em 28 pacientes (4 casos bilaterais). 21 do sexo masculino e 7 femininos. Durante três anos, de Janeiro de 2006 a Janeiro de 2009.

Dois grupos

Grupo A

Foi efetuado tratamento conservador ou cirúrgico não M.I.S. (Minimal Incision Surgery) ou seja: curativos seriados, desbridamentos, limpezas cirúrgicas com tomas para cultivo, antibiograma e anatomia patológica, bota de contato total. 19 pés (59,375%).(Tabela 3).

Grupo B

Como osteotomia distal dos metatarsianos como técnica M.I.S..Total: 13 pés (40,625%)(Tabela 4) (Fig.4, 5, 6 y 7)

Desenho metodológico do trabalho: descritivo, observacional, comparativo, prospectivo e experimental. (2).

Os recursos econômicos são próprios. Os pacientes são do Hospital Piñeiro, serviço de Ortopedia e Traumatologia (Argentina).

Utilizando um equipamento BTR com fresas tipo Shannon 44 longa ou Isham de corte, e de raspagem fina, Wedge Burrs X-Mass Tree 3.1, com um tipo de osteotomia que combina a de Davidson e a de Weil para metatarsianos centrais e osteotomia segundo critério de Dennis L. Withe para joanete de alfaiate e de Reverdin Isham para M1 distal. (1)(3)(4)(11)(13)(15)(fig.3).

Foram avaliados por meio de:

Raios-X de frente com apoio, oblíqua, axial de metatarsianos e lateral (bilateral) onde se verificou a fórmula metatarsal segundo o critério de Maestro e colaboradores (8); trata-se de uma linha traçada perpendicular ao eixo do segundo metatarsiano a partir do centro do sesamoide lateral, e normalmente passa pela cabeça do quarto metatarsiano. O nível das cabeças desce de medial a lateral numa progressão geométrica, a saber, entre o segundo e o terceiro metatarsia-



Fig. 2. Seguimento de osteotomia com RX

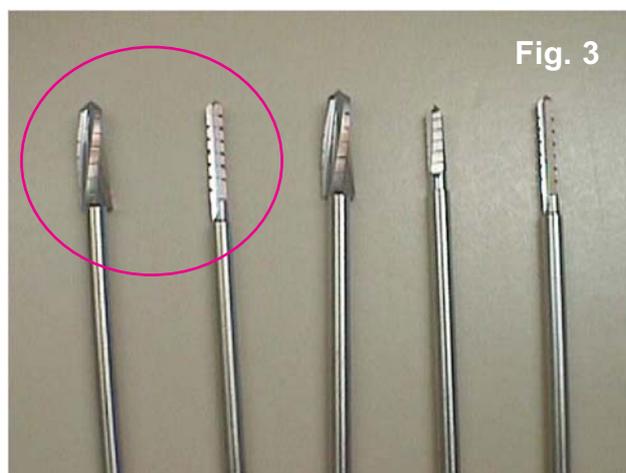


Fig. 3. Brocas de raspagem e corte

no tem 3 mm, entre o terceiro e quarto tem 6 mm, entre o quarto e o quinto tem 12 mm. (esquema 1).

Avaliação vascular clínica mais ecodoppler arterial, exame físico: pulsos tibial posterior e pedio, reflexo aquilino, sensibilidade termoalgeica e parestesia (com diapasão).

Tome como base a classificação de Wagner para úlceras diabéticas (Tabela 1) (10).

Se utilizo a Escala A.O.F.A.S. (Tabela 2) para articulações metatarsofalângicas e interfalângicas (por Kitaoka e cols.)(6); só modifiquei o item que se refere as calosidades, o substituo por úlceras plantares (*).

Efetuamos osteotomias distais percutâneas oblíquas de dorsal e distal a plantar e proximal (de dd a pp) como no esquema 2, com portais como os que se indicam em vermelho no esquema 3, ademais realizou-se o controle por meio de radioscopia (figura 2 y figura 5).

RESULTADOS

Avaliaram-se 32 pés durante os três anos men-



Fig. 4. RX de pé sim osteotomias



Fig. 5. RX de pé com osteotomias de 4 últimos metatarsianos



Fig. 6. Úlcera 4º metatarsiano previa à osteotomia

cionados tendo como média de pontuação AOFAS em grupo A pré-tratamento 45,421 pontos, y pós-tratamento 70,631 pontos, o qual da uma diferença em quanto a melhoria de 25,21 pontos. Grupo B pré-tratamento com média 51,384 pontos, y pós-tratamento 80,076 pontos, dando



Fig. 7. 4º metatarsiano sem úlcera post-osteotomía

como melhoria de 80,076 pontos.

O número frio de 3,482 pontos de diferença a favor do grupo B é pouco; o certo é que há uma tendência favorável no resultado final.

Somado a isto destacamos um tempo médio

Tabela 1. Classificação de Wagner de úlceras diabéti-

ESTADIO	CLASIFICAÇÃO	RECOMENDAÇÃO
0	Área de alta pressão agravada pelo calçado	Calçado modificado
1	Úlcera superficial aberta	Tratamento local, modificação do calçado
2	Úlcera profunda até tendões, ossos, ligamentos e articulações	Bota de gesso de contato total desbridamento
3	Abscesso profundo, osteomielite	Limpeza cirúrgica e excisão tecido com osteomielites
4	Gangrena local (ex: um dedo)	Amputação local
5	Gangrena e úlcera extensa	Amputação região

Tabela 2. Escala A.O.F.A.S.

DOR (40 pontos)	
Nenhum	40
Leve, ocasional	30
Moderado, ocasionalmente	20
Grave, quase sempre presente	0
FUNÇÃO (45 pontos)	
Limitação de atividades	
- sem limitação	10
- sem limitação das atividades diárias, limitação de atividades recreativas	7
- atividades diárias e recreacionais limitadas	4
- grave limitação das atividades diárias e de lazer	0
Requisitos no calçado	
- moderno, sapatos convencionais, não requer calçadeira	10
- confortável, requer calçadeira	5
- sapato modificados ou orteses	0
Mobilidade da articulação metatarsofalângica (dorsiflexão e flexão plantar)	
- normal ou com leve restrição (> 75 °)	10
- moderada restrição (30° - 74°)	5
- grave restrição (> 30°)	0
Mobilidade interfalângica (flexão plantar)	
- sem restrição	5
- grave restrição (< de 10°)	0
Estabilidade metatarsofalângica e interfalângica proximal (em todas as direções)	
- estável	5
- definitivamente instável ou suscetível a deslocar	0
Calosidades relacionadas com MTF e IFP (*)	
- sem calos ou assintomáticos	5
- calos sintomáticos	0
ALINHAMENTO (15 pontos)	
Bom, dedos menores bem alinhados	15
Regular, algum grau de desalinhamento, assintomático	8
Ruim, grave desalinhamento, sintomática	0

Tabla 3 - GRUPO A. Pacientes con tratamiento conservador e/ou desbridamento con evaluación pré e pós-tratamiento de acuerdo con la escala AOFAS.

Nº	IDADE	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTOS	PTJ-PRE	PTJ-POS
1	33	Úlc plant M4	Desbr + curativo	42	77
2	68	Úlc plant M4	Bota + curativo	45	67
3 (*)	82	Úlc lat prox M5	Desbr + curativo	24	30
4	43	Úlc plant M4	Curativos seriados	52	86
5	47	Úlc plant M5	Bota + curativo	45	82
6	79	Úlc juanetillo	Bota + curativo	50	77
7	64	Úlc plant M4-5	Desbr+bota+curativo	33	70
8	42	Úlc plant M3	Desbr + curativo	60	77
9	77	Úlc plant M5	Curativos seriados	68	77
10	53	Úlc plant M3-4	Desbr+bota+curat	40	62
11	68	Úlc bunion	Curativos seriados	52	62
12	39	Úlc plant M4	Curativos seriados	55	67
13	72	Úlc plant M4	Bota + curativo	42	80
14	44	Úlc plant M4-5	Desbr+bota+curat	29	62
15	89	Úlc plant M3	Curativos seriados	60	80
16	88	Úlc plant M4	Desbr + curativo	68	77
17	91	Úlc plant M3-4	Desbr+bota+curativo	42	67
18	67	Úlc bunion	Desbr+bota+curativo	52	62
19	70	Úlc plant M4	Bota+curat+descarga	42	80

Tabla 4 – GRUPO B. Pacientes con tratamiento M.I.S. con evaluación pre y post tratamiento de acuerdo a escala AOFAS.

Nº	IDADE	DIAGNÓSTICO	PROCEDIMIENTOS	PTJ-PRE	PTJ-POS
1	66	Úlc plant M4	Osteot MTT central	52	83
2	68	Úlc plant M4	Osteot MTT central	42	80
3	73	Úlc. plant M3	Osteot MTT central	60	80
4	60	Úlc bunion	Osteot M1, fres bun	42	77
5	81	Úlc bunion	Osteot M1, fres bun	5	80
6	53	Úlc plantar M5	Osteot M 2,3,4,5	40	77
7	65	Úlc joanete	Osteot M5	68	90
8	84	Úlc plant M4	Osteot MTT central	55	80
9	77	Úlc plant M4-5	Osteot M 2,3,4,5	42	77
10	72	Úlc plant M1	Osteot M1	52	67
11	90	Úlc plant M1-5	Osteot M1,2,3,4,5	40	77
12	55	Úlc joanete	Osteot M5	60	83
13	60	Úlc plant M4	Osteot MTT central	60	90

no tratamento do grupo A de 6,89 meses versus do grupo B 2,769 meses, significado uma defecência de 4,121 meses no tratamento das úlceras.

Retiraram-se do protocolo duas úlceras do grupo A por não terminar de fechar até à atualidade (porém tem diminuído seu tamanho). Isto nunca ocorreu no grupo B. 4 pacientes do grupo A não tem aceite a opção do tratamento M.I.S. pelo que não foram incluídos no grupo B.

Não houve complicações de importância no transcurso dos tratamentos, a exceção de um caso de gangrena no terceiro dedo no grupo A, cujo tratamento foi amputação digital. No tempo avaliado houve recidiva com úlcera em 3 casos do grupo A e em 1 do grupo B.

É notório a grande velocidade com a que saram as úlceras apos o tratamento com cirurgia percutânea, porem devemos considerar a morbimortalidade que significa submeter a um paciente a uma cirurgia, com bloqueio regional mais neuroleptoanalgesia.

DISCUSSÃO

Não a referência direita da literatura internacional sobre a cirurgia percutânea e o tratamento das úlceras diabéticas.

Isso nos leva à perguntar nos ¿pratica-se uma técnica cirúrgica que não se menciona como indicação para uma patologia?. Como ciência médica e à luz dos resultados positivos da utilização cotidiana da mencionada técnica, a mais da experiência dos professores Mariano de Prado (Espanha) y Stephen Isham (U.S.A.) nos vimos motivados para esta apresentação.

Acreditamos que a etiologia da hiperqueratoses que ocasiona o decúbito metatarsal é similar ao que produz as úlceras e no primeiro caso existe bibliografia que nos apóia.

CONCLUSÕES

A luz dos resultados podemos concluir que existe uma nova modalidade para o tratamento das úlceras diabéticas metatarsais.

O repouso para um paciente diabético é pouco aconselhável, por isto devemos considerar tratamentos que encurtem sua prolongação no tempo é permitir a atividade física precoce.

Enquanto a cirurgia é proposta, está comprovado o baixo índice de complicações da modalidade percutânea, e que a pesar de ser um grupo com uma patologia de base com compromisso imunológico se aborda por zonas sadias.

Observou-se também um índice de recidiva menor que no grupo B. Autores:

Dr. Claudio Gabriel Sapoznik
Dr. Gabriel Praninskis
Dr. Raúl Suarez

Servicio de Ortopedia y Traumatología del
Hospital Parmenio Piñero

Autor responsable:

Dr. Claudio Gabriel Sapoznik
claudiosapoznik@2vias.com.ar

BIBLIOGRAFÍA

1-Barouk LS. Reconstrucción del antepie. Pag 115-139. Ed Amolca. 2008.

2-Costa de Robert S. Metodología de la investigación en ciencias de la salud. Ed la Prensa Méd Arg. 2007.

3-Davidson MR. A simple method for correcting second, third, and fourth plantar metatarsal head pathology. J foot surg 1969.

4-de Prado M, Ripoll PL, Golanó P. Cirugía Percutánea del Pie. Masson. Cap 10. 2003.

5-Fleischli JE, Anderson RB, Hodges Davis W. Dorsiflexion metatarsal osteotomy for treatment of recalcitrant diabetic neuropathic ulcers. Foot ankle int. 80:85. 1999 .

6-Kitaoka HB, Alexander IJ, Adelaar RS, Adelaar RS, Nunley JA, Myerson MS, Sanders M. Clinical Rating Systems for the ankle-hindfoot, midfoot, hallux and lesser toes. Foot and ankle int. vol. 15 nº 7 jul 1994.

7-Levin ME. The diabetic foot. Mosby 6º edition chapter 9, pag 221. chapter 9, pag 231. chapter 23, pag 510. 2001.

8-Maestro M, Barouk et al. Bimécanique et réperes radiologiques du sésamoide latéral de l'hallux par rapport á la palette métatarsienne. Med chir pied. 1995.

9-Maggiore P, Echols RM. Infections in the diabetic foot. de: Disorders of the foot & ankle. Jahss M. W. B. Saunders Company. 1991.

10-Mc Dermott JE, Bowker J, Conti SF, Jannise D, Myerson M, Sammarco GJ, Tomaino M. The diabetic foot. AAOS monograph series. 1995. pag 18

11-Reverdin J. De la déviation en dehors du gros orteil et de son traitement chirurgical. Tans Internat Med Congress. 1881.

12-Thompson DE. Pathomechanics of soft tissue damage. In: Levin O'Neil "The diabetic foot. Mosby.

13-Trnka HJ, Nyska M, Parks BG, Myerson MS. Dorsiflexion contracture after the Weil osteotomy; results of cadaver study and three dimensional analysis. Foot ankle int. 22:47. 2001.

14-Viladot Pericé A. Patología del antepié. Springer 4º edición. Cap 5. 2001.

15-White DL. Minimal incision approach to osteotomies of the lesser metatarsals, for treatment of intractable keratosis. Clinics in podiatric medicine an surgery, vol. 8, nº 1, January 1991.



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

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



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gomage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.



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

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE

