

ISSN: 0210-1238
e-ISSN: 2695-463X

Volumen 31 • Suplemento 1 • 2020

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGÍA

Publicación Oficial del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos

50 Congreso Nacional de Podología 2019 y IV Encuentro Iberoamericano

Resúmenes de comunicaciones



SANTANDER, 18-19 DE OCTUBRE DE 2019

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGÍA

Publicación Oficial del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos

COMITÉ EDITORIAL

Editor Jefe

- Javier Pascual Huerta (Podólogo, Doctor, Práctica Privada, Bilbao, España)

Editores Asociados

- Alicia Gavillero Martín (Podóloga, Doctora, Profesora de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España)
- Pedro V. Munuera (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Alfonso Martínez Nova (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de Extremadura, Cáceres, España)
- Gabriel Domínguez Maldonado (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España)

COMITÉ ASESOR

- David Alonso Peña (Médico, Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Valladolid, España)
- Gabriel Gijón Noguero (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de Málaga, Málaga, España)
- Guillermo Lafuente Sotillos (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Francisco Javier García Carmona (Podólogo, Profesor de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España)
- Juan Antonio Díaz Mancha (Fisioterapeuta, Doctor, Profesor del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Alejandro Luque (Fisioterapeuta, Doctor, Profesor de la Universidad de Málaga, Málaga, España)
- José Ramos Galván (Podólogo, Doctor, Profesor jubilado del Departamento de Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Juventino Ruedas Trujillo (Médico, Práctica Privada, Ciudad Juárez, México)
- Luke D. Cicchinelli (Doctor in Podiatric Medicine, Podólogo, Práctica Privada, Vigo, España; Profesor Podiatry Institute, Decatur, Georgia, Estados Unidos)
- Kevin A. Kirby (Doctor in Podiatric Medicine, Adjunct Associate Professor, California School of Podiatric Medicine at Samuel Merritt College, Oakland, California, Estados Unidos)
- Alan S. Banks (Doctor in Podiatric Medicine, Práctica Privada, Atlanta; Decatur, Georgia, Estados Unidos)
- Anthony Redmond (Podólogo, PhD, Section Head for Clinical Biomechanics and Physical Medicine Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine and Leeds NIHR Biomedical Research Unit, Leeds, Reino Unido)
- Daniel López López (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de A Coruña, Ferrol, A Coruña, España)
- Beatriz Gómez Martín (Podóloga, Doctora, Profesora de la Universidad de Extremadura, Cáceres, España)
- Carles Vergés Salas (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de Barcelona, Barcelona, España)

- José Luis Lázaro Martínez (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España)
- Lourdes María Fernández Seguí (Podóloga, Fisioterapeuta, Doctora, Profesora del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Roberto Pascual Gutiérrez (Podólogo, Profesor de la Universidad Miguel Hernández, Alicante, España)
- Javier Ferrer Torregrosa (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España)
- Antonio Zalacain Vícuña (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de Barcelona, Barcelona, España)
- Ángel González de la Rubia (Podólogo, Presidente de la Asociación Española de Podología Deportiva, Práctica privada, Madrid, España)
- José Antonio Cervera Marín (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de Málaga, Málaga, España)
- Carolina Rosende Bautista (Podóloga, Profesora de la Universidad de A Coruña, Ferrol, A Coruña, España)
- Elena Escamilla Martínez (Podóloga, Doctora, Profesora de la Universidad de Extremadura, Cáceres, España)
- Joris de Schepper (Podólogo, Profesor Artevelde University School, Gante, Bélgica)
- Cynthia Formosa (Podóloga, Doctora, Profesora de la Universidad de Malta, Malta)
- Antonio Córdoba Fernández (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Yves Lecure (Profesor del Intitute National Podologie, París, Francia)
- Devid Biscontini (Podólogo, Profesor de la Università di Perugia, Perugia, Italia)
- Dionisio Martos Medina (Podólogo, Práctica Privada, Beas de Segura, Jaén, España)
- Rafael González Ubeda (Podólogo, Práctica Privada, El Puerto de Santa María, Cádiz, España)
- José Miguel Morales Asensio (Enfermero, Doctor, Profesor de la Universidad de Málaga, Málaga, España)
- Manuel Mosqueira Ourens (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad Católica de Murcia [UCAM], Práctica Privada, A Coruña, España)
- Eduardo Nieto García (Podólogo, Práctica Privada, Logroño, España)
- Emmanuel Navarro Flores (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad de Valencia, Valencia, España)

JUNTA DIRECTIVA COGECOP

José García Mostazo	Presidente
Pedro Villalta García	Vicepresidente
Rafael Navarro Féliz	Secretario
Jesús Marcos Villares Tobajas	Tesorero
Manel Pérez Quirós	Vocal I
María Teresa García Martínez	Vocal II

Publicación semestral

Publicación Oficial del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España. Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.

Incluida en COMPLUDOC, ENFISPO, DIALNET, INDIICES-CSIC, LATINDEX (Catálogo v1.0 y v2.0), MIAR, DOAJ (Directory of Open Access Journals).

Esta revista y las contribuciones individuales contenidas en ella están protegidas por las leyes de copyright y los siguientes términos y condiciones se aplican a su uso, además de los términos de cualquier licencia Creative Commons que el editor haya aplicado a cada artículo concreto.

Todos los artículos de la revista se publican en Acceso Abierto bajo la Licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Esta licencia permite la distribución y reproducción de los artículos en cualquier medio o formato sin ningún tipo de restricción, siempre y cuando se asegure dar crédito a los autores de manera adecuada, se brinde un enlace de la licencia Creative Commons y se indique si se han realizado cambios.

Igualmente, se aplica una de Dedicación de Dominio Público (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) respecto a los datos disponibles aportados en cada artículo individual. Los autores son los propietarios de los derechos de Copyright de los artículos publicados en la revista. El autor concede al Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos el derecho no exclusivo a publicar su trabajo en Revista Española de Podología bajo los términos de la licencia anteriormente descrita.

Nota. Ni Inspira Network ni la revista tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en la presente revista.

Disponible en internet: www.revesppod.com

Protección de datos: INSPIRA NETWORK, declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Correspondencia: INSPIRA NETWORK c/ Irún, 21. 28008 Madrid. Tel.: +34 607 82 53 44. Fax: +34 915 470 570. e-mail: manuel.santiago@inspiranetwork.com

Impreso en España

Depósito legal: CA 331-2011

ISSN: 0210-1238

e-ISSN: 2695-463X



ISSN: 0210-1238

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGÍA



Publicación Oficial del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos

SUMARIO / SUMMARY

Volumen 31 • Suplemento 1 / Volume 31 • Supplement 1

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

Comunicaciones orales	1
Comunicaciones pósteres	11



COMUNICACIONES ORALES

1

TERMOGRAFÍA INFRARROJA PARA LA DETERMINACIÓN DEL PERFIL TÉRMICO EN FASCITIS PLANTAR: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Antonio Gómez Bernal^{1,2}, Ismael Fernández-Cuevas^{3,4}, José Javier Alfaro-Santafé^{1,2}, Aitor Pérez-Morcillo^{1,2}

¹Facultad de Ciencias de la Salud de Manresa. Barcelona, España. ²Departamento Investigación Podoactiva, Parque Tecnológico Walqa. Cuarte, Huesca, España. ³Departamento de Deportes, Facultad de Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (INEF), Universidad Politécnica de Madrid. Madrid, España. ⁴Olympiastützpunkt Niedersachsen, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), Instituto de Medicina Deportiva. Hannover, Alemania

Correspondencia: Antonio Gómez Bernal
Correo electrónico: antoniogomez@podoactiva.com

Introducción: La termografía infrarroja es una técnica segura, no invasiva y de bajo coste que permite registrar rápidamente la temperatura de la piel. La fascitis plantar es el resultado de la irritación degenerativa de la fascia plantar y uno de los trastornos musculoesqueléticos más comunes. El objetivo de este estudio es determinar si los pacientes con fascitis plantar tienen un perfil térmico específico de la planta del pie que podría detectarse mediante termografía infrarroja.

Pacientes y métodos: Se analizaron 35 sujetos, a los que se les realizó una fotografía térmica con la cámara modelo FLIR T-335®. Todos los sujetos fueron diagnosticados de fascitis plantar por un podólogo mediante ecografía. Solamente se incluyeron sujetos con primer episodio de fascitis plantar unilateral y hubieran pasado como máximo dos semanas de evolución del dolor desde la aparición. Las temperaturas de la planta del pie se dividieron en nueve regiones de interés y se

extrajeron de los termogramas mediante un software específico (Thermohuman®) con el objetivo de obtener asimetrías térmicas entre las regiones del pie derecho e izquierdo. Respecto a los grupos, se utilizaron como grupo casos los pies que sufrían fascitis plantar y como grupo control los pies sin fascitis plantar. El test de T-Student fue utilizado para determinar diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos y regiones.

Resultados: Los pies con fascitis plantar tuvieron un aumento significativo de las temperaturas en la planta del pie lesionado, principalmente en las regiones del arco interno ($p = 0,002$) y el talón medial ($p = 0,001$).

Conclusiones: Los pies con fascitis plantar tienen un perfil térmico específico con aumento de temperatura que puede detectarse de manera efectiva mediante el uso de termografía infrarroja para evaluar y diagnosticar esta patología. Son necesarios más estudios que analicen el patrón térmico evolutivo de la fascitis y fasciosis plantar.

2

CIRUGÍA ECOGUIADA PARA LA DESCOMPRESIÓN DEL TÚNEL TARSAL: UNA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA MEJORAR LA NEUROPATÍA Y LA CICATRIZACIÓN DE ÚLCERAS EN DIABÉTICOS

Alejandro Fernández-Gibello

Clínica Vitruvio. Madrid, España

Correspondencia: Alejandro Fernández-Gibello
Correo electrónico: alejandrofernandezgibello@gmail.com

El síndrome del túnel del tarso (TTS) fue descrito por primera vez por Keck y cols. y Lam y cols. en 1962, pero actualmente no tenemos una prevalencia de su incidencia en la población general; sin embargo, sí hay unos datos que sí conocemos, ya que entre el 11 y el 15 % de los adultos con problemas en los pies sufren de dolor plantar o talalgia, y un gran número



de estos pacientes crónicos tienen algún grado de atrapamiento. En relación con los pacientes diabéticos crónicos e independientemente de su subtipo, el 44,9 % presenta compresión del nervio tibial y un 29,9 % presenta un síndrome del túnel del tarso.

Por otro lado, la diabetes afecta a 246 millones de personas en el mundo y se estima que entre 20 y 30 millones de personas sufren de neuropatía diabética de los cuales un 15 % de ellos tiene riesgo de padecer una úlcera en el pie a lo largo de su vida y el 80 % de las mismas serán neuropáticas. Esto, solo en los EE. UU., supone un gasto sanitario de 245 billones de dólares destinándose la mayor parte al tratamiento de complicaciones por úlceras que, desgraciadamente, el 15 % de ellas requerirán una amputación y el riesgo de mortalidad a los 5 años tras una amputación mayor es casi del 50 %.

Tras la curación de una úlcera el riesgo de recurrencia es del 30 % anual, y se ha demostrado en varias investigaciones que el riesgo de sufrir úlceras y amputaciones tras una descompresión o neurólisis es muy baja, más del 80 % de reducción de la recurrencia presentando excelentes resultados a largo plazo y pudiendo llegar a: “cambiar la historia natural de esta enfermedad”. Además, la descompresión quirúrgica del túnel del tarso en pacientes diabéticos que sufren neuropatía ha demostrado mejorar la sensibilidad en un 93 %, resolver el signo de Tinel en un 98,6 % y curar completamente las úlceras en un 90,4 % de los pacientes intervenidos.

Sin embargo, este tipo de cirugías puede crear serias complicaciones en pacientes de riesgo, como son los diabéticos, y ya que la cirugía de mínima invasión ha demostrado ser igual de efectiva, pero con menores complicaciones que la cirugía abierta, creemos que la cirugía ecoguiada o ultramínimamente invasiva cumple un papel fundamental en la población que neuropatía diabética.

3

LESIONES PROLIFERATIVAS ÓSEAS SUBUNGUEALES: UNA REVISIÓN DE LA CLASIFICACIÓN

Laura Pérez-Palma

Departamento de Ciencias Clínicas (Podología), Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona. Barcelona, España

Correspondencia: Laura Pérez Palma

Correo electrónico: lperez@ub.edu

Introducción: Las onicodistrofias, o alteraciones de las uñas, del primer dedo del pie (hallux) son muy frecuentes en la práctica clínica de los podólogos/podiatras, pudiendo llegar a representar el 43,2 % de las consultas. Del mismo modo, la coexistencia de la alteración ungueal con patología ósea subungueal es reportada por algunos colegas podólogos con porcentajes variables que pueden llegar al 22,34 %.

El conocimiento de los diferentes tipos de lesiones que afectan comúnmente a estos huesos es fundamental para su clasificación y manejo terapéutico.

Material y métodos: Para llegar a la clasificación propuesta se realizó, en primer lugar, revisión bibliográfica sistemática y metanálisis en múltiples bases de datos, fuentes de podología y otros, y se seleccionaron palabras clave sobre exostosis subungueal para lograr una estrategia de búsqueda amplia. En una segunda fase se realiza disección anatómica en cadáveres para explicar y discutir sobre la verdadera naturaleza de la exostosis diagnosticada por podólogos.

Resultados: La patología ósea subungueal intervenida con mayor frecuencia en los últimos 8 años en el Hospital Podológico de la Universitat de Barcelona es la denominada por la especialidad podológica como exostosis subungueal, y no cumple con los criterios epidemiológicos, etiológicos, clínicos y radiológicos de la exostosis subungueal de Dupuytren. Representa un 21 % de todas las cirugías ungueales y un 95 % de cirugías óseas subungueales. Se evidencia como una lesión de predominio femenino, abarcando el 88 % de los casos, siendo la edad promedio de 58 años.

Conclusiones: Proponemos una nueva clasificación morfológica de las lesiones proliferativas óseas benignas subungueales del hallux y las dividimos en dos grandes grupos: las lesiones tumorales y las reactivas, siendo estas últimas las más frecuentes. Proponemos la modificación del término de “exostosis subungueal de Dupuytren” por la de “lesión subungueal de Dupuytren”. Proponemos el cambio terminológico de “osteofito de tracción” definido por algunas especialidades y “exostosis subungueal” en la de Podología por “exostosis dorsal de la falange distal” debido a su verdadera naturaleza lesional y por estar relacionada con las “exostosis medial y lateral de la falange distal”. Continuamos trabajando en su naturaleza histológica y tipo de osificación.

4

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE LAS AGUJAS KIRSCHNER ABSORBIBLES Y NO ABSORBIBLES PARA LAS FIJACIONES DE CIRUGÍA DEL HALLUX

Luis L. Durán¹, M.^a Teresa García², Gregorio Durán³

¹Clinica privada Centros Durán. España. ²Clinica privada Aquilesia Podología. Profesora asociada Universidad de Valencia. Miembro Asociación Española de Cirugía Podológica (AECV). Valencia, España. ³Clinica privada Centros Durán. España

Correspondencia: M.^a Teresa García

Correo electrónico: maiteg12@hotmail.com

Introducción: El uso de materiales de fijación reabsorbibles para la cirugía de hallux se ha vuelto más frecuente durante estos últimos años debido al desarrollo de materia-

les de osteosíntesis que se centran en el área de la cirugía. Entre los más comunes, encontramos las agujas, los tornillos y las placas. La técnica es tan simple como la metodología de aplicación, pero hay una diferencia en el periodo de curación de la herida, así como el producto que se ofrece al paciente en algunas situaciones y el riesgo de infección. Para la corrección óptima de las deformidades, es igualmente importante seleccionar la técnica quirúrgica correcta como material de osteosíntesis.

Las agujas reabsorbibles están fabricadas por un polímero sintético llamado polidioxanona. Miden 1.5 y 2.0 mm de diámetro y 40 mm de longitud. Resultan muy útiles en zonas de difícil acceso, ya que no precisan ser retiradas. Su ritmo gradual de absorción permite un soporte óptimo al hueso mientras este cura. En cuanto a su uso, este está contraindicado cuando los fragmentos que se unen están sujetos a mucho estrés, cuando existe presencia de infección y cuando el paciente tiene una historia de reacciones adversas a materiales reabsorbibles, como por ejemplo suturas.

Actualmente no existe ningún estudio comparativo sobre el uso de agujas kirshner absorbibles y no absorbibles, aunque un estudio muestra la comparación del uso de agujas absorbibles y tornillos absorbibles, concluyendo que las agujas pueden dar mayor estabilidad en correcciones acentuadas si no precisamos de compresión en nuestra fijación. Nuestro estudio retrospectivo trata de evaluar la viabilidad de la fijación de osteotomías. Por lo tanto, nuestro objetivo se centra en enumerar los tipos de osteosíntesis que existen para la cirugía podológica y justificar la intencionalidad de la necesidad de realizar un estudio descriptivo sobre la osteosíntesis en podología, enumerando las ventajas y desventajas sobre el uso de osteosíntesis absorbible y no absorbible.

Pacientes y métodos: En este estudio retrospectivo se escogieron 100 pacientes operados de hallux abductus valgus por el mismo autor mediante técnica Reverdin o Chevron-austin, y su fijación mediante agujas absorbibles de la misma marca. Se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos como Pubmed y Cochrane, utilizando como criterio de inclusión la bibliografía que contemplaba osteosíntesis absorbible.

Resultados: Destacamos solo dos casos de rechazo, en cuyo momento se pudo extraer la aguja por completo, encontrando la satisfacción del cirujano en la estabilidad y fijación, y destacando la satisfacción del paciente al no tener que retirar las agujas.

Conclusiones: Nos permite calzar al paciente a los 20 días, evitando una cura dolorosa al retirar las agujas no reabsorbibles. Mejora la estabilidad de la osteotomía al mantenerse el 70 % de su fuerza y el 50 % al cabo de mes, reabsorbiéndose a los 6 meses aproximadamente. El hecho de poder suturar la incisión nos reduce la posibilidad de infección postquirúrgica y la satisfacción del paciente es buena si no aparece ningún rechazo a la misma.

6

SESAMOIDEOS: CULPABLES O INOCENTES

María del Mar Ruiz Herrera¹, Elena Carrascosa Romero²

¹Especialista en cirugía de pie y tobillo. *Práctica privada. Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España.* ²Práctica privada. *Albacete, España*

Correspondencia: María del Mar Ruiz Herrera
Correo electrónico: clinicamariadelmarruiz@gmail.com

Introducción: La mayoría de los dolores en la zona sesamoidea de la 1.^a AMF se diagnostican o catalogan de sesamoiditis sin necesidad de serlo, por tanto exponemos la necesidad de realizar un correcto diagnóstico para el abordaje terapéutico más adecuado en cada caso. El síntoma principal es el dolor, que aumenta con la presión y al andar o correr. Entre las pruebas complementarias se encuentran: RX en proyecciones DP y axial, gammagrafía con tecnecio 99 y ecografía, RMN. Es importante realizar una ecografía para visualizar partes blandas, que nos ayudará en el diagnóstico y tratamiento.

Las lesiones en la zona de los sesamoideos suponen un 9 % de las lesiones en el pie y un 1.2 % entre corredores y deportes de impacto (tenis).

Patología sesamoidea de la 1.^a AMF: Las lesiones más importantes son: fractura, sesamoideos bipartitos, ausencia congénita de sesamoideos, hipertrofia, queratosis plantar resistente al tratamiento, bursitis, neuropatía compresiva, artropatía, luxación (dedo de césped o *turf toe*), osteocondritis, osteonecrosis, necrosis avascular o enfermedad de Renander.

El tratamiento conservador consiste en reducir la carga al andar o andar de puntillas, plantillas termoconformadas, zapato de suela rígida, vendaje inmovilizando el dedo, reducir la altura del tacón, AINE, terapia física o aplicación de hielo. En presencia de fractura puede colocarse un yeso o un calzado quirúrgico.

Infiltración intrarticular de un AINE: preferentemente guiado con el ecógrafo. Está contraindicada en los casos de osteonecrosis o fractura y es preferible la inyección ecoguiada de PRP intrarticulares.

Casos clínicos: Se presentan varios casos clínicos con dolor en la zona de los sesamoideos, tratados como sesamoiditis por otros profesionales, sin mejoría. Los pacientes fueron evaluados, y la mayoría no tenían sesamoiditis. Se presenta una nueva opción quirúrgica, realizada en 5 pacientes que resolvió el dolor, y dio buenos resultados.

Desarrollo: El dolor en la zona de los sesamoideos puede deberse a múltiples causas. Se presenta el tratamiento conservador en varios casos, incluyendo la inyección ecoguiada de plasma rico en plaquetas por fractura en los sesamoideos. En otros casos el diagnóstico fue neuropático.

Se exponen las técnicas quirúrgicas realizadas a estos pacientes que resolvió la neuropatía, tanto de forma ecoguiada como de forma abierta, así como técnicas quirúrgicas reconstructivas.

Discusión:

1. El dolor en la zona de los sesamoideos de la 1.^a AMF no siempre es por una sesamoiditis. Es clave realizar un buen diagnóstico diferencial, ya que no todos los dolores en la zona sesamoidea implican sesamoiditis.
2. Los tratamientos conservadores pueden resolver algunos casos. El uso de PRP debe tenerse en cuenta para un mejor pronóstico y evolución de la patología.
3. Los casos en los que fracasó el tratamiento conservador se trataron mediante distintas técnicas quirúrgicas.
4. En 5 pacientes se realizó una liberación quirúrgica no usual, que resolvió el dolor por completo, por lo que esta técnica puede tenerse en cuenta cuando haya dolor en los sesamoideos, incluida la sesamoiditis.

8

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA RESECCIÓN DE COALICIONES ASTRÁGALO-CALCÁNEA MEDIANTE ARTROSCOPIA EN EDAD PEDIÁTRICA

Marta Vinyals Rodríguez¹, Anna Ey Batlle^{1,2}, Bernat Cabestany Perich³, David Moreno Romo²

¹Ortopedia Pediátrica Internacional Dra. Ey. Barcelona, España. ²Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona, España. ³Clinica Novamedicum. Sabadell, Barcelona, España

Correspondencia: Marta Vinyals Rodríguez
Correo electrónico: marta@annaey.com

Introducción: Las coaliciones tarsales son la causa más frecuente de pie plano rígido en época de crecimiento. El tratamiento quirúrgico se realiza para eliminar el dolor y restaurar el movimiento de la articulación subtalar. El objetivo principal es describir nuestra experiencia con la técnica artroscópica para la resección de la coalición astrágalo-calcánea en edad pediátrica.

Pacientes y métodos: Estudio de tipo observacional transversal de 8 pacientes intervenidos. Hemos analizado un total de 10 pies sometidos a tratamiento quirúrgico por la presencia de coalición astrágalo-calcánea entre enero del año de 2016 y octubre de 2018.

Resultados: 10 pies fueron incluidos en el estudio cumpliendo los criterios de inclusión. Tras la confirmación diagnóstica por TAC se someten a intervención quirúrgica. El tiempo medio quirúrgico es de 57 min con 1 día de ingreso. Se permite carga inmediata según tolerancia. No se describen complicaciones quirúrgicas. Los pacientes precisaron una recuperación de 3 meses. Un 100 % de los sujetos experimentaron un incremento en el test de calidad de vida tanto del componente físico como mental. El

tiempo medio de seguimiento de los pacientes se sitúa en los 14 meses.

Conclusiones: La técnica artroscópica es la alternativa quirúrgica a la cirugía abierta convencional por las ventajas que ofrece: seguridad de las vías de acceso, iatrogenia mínima a los tejidos y reparación directa de las estructuras afectas, aunque precisa un entrenamiento previo en la técnica artroscópica y curva de aprendizaje. Este estudio preliminar concluye la necesidad de más estudios con una muestra mayor para poder establecer recomendaciones más válidas.

9

EFICACIA DEL LÁSER S30 PODYLAS™ (1064 NM) Y APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE ONICOMICOSIS, VERRUGAS PLANTARES Y HELOMAS

Maribel Castro¹, Elizabeth Tió²

¹Clinica Podológica Centre. Terrassa, Barcelona, España. ²Centre de Podologia Anem. Masnou, Barcelona, España

Correspondencia: Maribel Castro Roldán
Correo electrónico: belcarvic@gmail.com

Introducción: Desde hace ya algunos años el láser se ha introducido en el mundo de la podología con finalidades terapéuticas, dando respuesta a patologías como la onicomicosis, las verrugas y los hongos.

Con este trabajo se pretende demostrar la eficacia de los tratamientos realizados en nuestras consultas con láser 1064 S30PODYLAS en el tratamiento de las onicomicosis y, por otro lado, se pretende mostrar los resultados obtenidos en consulta en los tratamientos de verrugas y helomas con el mismo láser.

Material y métodos: Se utiliza la base de datos Pubmed para buscar artículos publicados con las palabras onicomicosis y láser que presenten resultados de curación diferenciando aquellos artículos en los que se ha utilizado láser de 1064 nm frente al resto. Los criterios de exclusión de la revisión bibliográfica fueron artículos que no presentan resultados finales de curación en los últimos 5 años. En consulta se utiliza láser S30PODYLAS™ de 1064 nm y 40 W de potencia para el tratamiento de onicomicosis. El tratamiento, protocolizado, consiste en asegurar, mediante cultivo, que existe onicomicosis y posteriormente se realizan 4 sesiones, una cada quince días, previo fresado de la lámina ungueal a tratar. Se realiza seguimiento del crecimiento y claridad ungueal durante un año. Los 40 w de potencia permiten alcanzar gran cantidad de energía con poco tiempo de exposición para así reducir el dolor significativamente. En el tratamiento de verrugas y helomas se utiliza láser S30PODYLAS™ 1064 nm y 30 w de potencia. Actúa en superficie fotocoagulando las papilas y en profundidad cauterizando los capilares que la nutren. En el tratamiento de verrugas se realiza siempre fotocoagulado de la lesión, utilizando un

cromóforo externo; en el tratamiento de los helomas podemos fotocoagular o no la lesión en función de si se pretende romper la fibrosis interna o fotocoagular capilares. En todos los casos fueron utilizados métodos de analgesia mediante el uso de frío seco aplicado sobre la lesión antes de cada disparo o anestesia local.

Resultados: Se trataron 143 pacientes de onicomicosis y un total de 363 uñas. De estas, un 78 % se curan al final del tratamiento después de un año de seguimiento. Los porcentajes de curación obtenidos de realizar la media de resultados publicados son: aquellos tratados con láser 1054 nm tiene un resultado de éxito del 77,76 % y los resultados con otras longitudes de onda diferentes al 1064 nm son del 66,42 %. En el tratamiento de verrugas se obtiene un 89 % de curación de una muestra de 192 pacientes, un 3 % abandonan, un 4 % fracasan y un 4 % están en tratamiento. En el 82 % de los casos fueron necesarias entre una y cuatro sesiones, en un 15 % fueron necesarias entre cinco y ocho sesiones y en un 3 % fueron necesarias 9 o más sesiones. En un 95 % de los casos solo fue necesaria analgesia y en el 5 % restante se utilizó anestesia local. En el tratamiento de helomas se obtuvo una muestra de 87 pacientes obteniendo el 100 % de porcentaje de éxito. En el 87 % de los casos fueron necesarias entre una y cuatro sesiones, entre cinco a siete sesiones en el 7 % de los casos y nueve o más sesiones en un 6 % de los casos tratados, siendo la analgesia el método de control del dolor el más utilizado en un 92 % de los casos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en consulta son equiparables a los obtenidos con láser 1064 nm encontrados en Pubmed y ligeramente superiores a los resultados con otras longitudes de onda, por lo que se puede concluir que los tratamientos con láser para las onicomicosis son una alternativa eficaz, así como los resultados obtenidos en el tratamiento de verrugas y helomas aunque, en estos casos, serían necesarios más estudios para poder validarlos. Son necesarios más estudios homogeneizando parámetros con el fin de poder comparar resultados de manera más eficaz en los tratamientos de onicomicosis con láser. Tienen baja o nula sensación de dolor y ausencia de dolor residual, permite sustituir otros tratamientos que no se permiten utilizar según la actual Ley del Medicamento pueden sustituir a la cirugía, ofrecen prestigio profesional. Es necesario respetar siempre los protocolos establecidos.

12

VARIACIÓN ECOGRÁFICA DE LA FASCIA PLANTAR EN CORREDORES

Raquel Alabau Dasí^{1,2}, Joaquín Alfonso Beltrán^{1,3}, Carlos Barrios Pitarque^{1,3}, Pilar Nieto Gil^{2,4}

¹Instituto de Investigación de Enfermedades Musculo-esqueléticas UCV. Valencia, España. ²Podóloga. España.

³Doctor en Medicina y Cirugía. España. ⁴Fisioterapeuta. España

Correspondencia: Raquel Alabau Dasí

Correo electrónico: raquelalabau12@gmail.com

Introducción: El aumento en la participación de las carreras populares ha motivado un auge a esta modalidad deportiva. Los corredores son pacientes habituales en las consultas debido a las lesiones que presentan. La fascitis plantar es fruto de la repetición continua y el impacto constante del mismo gesto deportivo y superficie. Parece importante saber anticiparse a esta patología, así como saber en qué estadio se encuentra las estructuras de mayor exigencia biomecánica de los deportistas. El objetivo del presente trabajo plantea determinar los cambios en el grosor de la inserción de la fascia plantar medidos mediante ecografía musculoesquelética en una población de corredores asintomáticos antes y después de un entrenamiento controlado basado en carrera.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal con muestra de población correspondiente a corredores populares. A un total de 24 corredores se les valoró el grosor la fascia plantar mediante ecografía antes y después de un entrenamiento basado en carrera (10 min a 12 km/h). Se valoraron posibles relaciones entre variaciones en el grosor de la FP y factores individuales modificables y no modificables, datos que se recogieron previamente mediante cuestionario.

Resultados: Al realizar una comparación entre las medias para observar variaciones entre las medias antes y después en la anchura de la fascia plantar, se observa que el fascículo central ($p = 0,001$; IC 95 %) de los pies izquierdos y el fascículo medial y lateral ($p = 0,000$; IC 95 %) de los pies derechos son estadísticamente significativos. Además, existe una relación significativa entre la altura ($p = 0,000$) y el peso ($p = 0,004$) y la talla de la zapatilla ($p = 0,000$) y el peso de la zapatilla ($p = 0,016$).

Conclusiones: Existe una variación del grosor de la fascia plantar después de realizar un entrenamiento basado en carrera, más significativo en hombres que en mujeres.

13

ANÁLISIS DE LAS LESIONES DEPORTIVAS EN LA DISCIPLINA DE LA GIMNASIA ARTÍSTICA FEMENINA EN DEPORTISTAS ENTRE 3 Y 30 AÑOS DE EDAD

Jessica Ruiz Toledo

Profesora asociada del Departamento de Ciencias Clínicas, Escuela de Podología, Facultad de medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Barcelona. Barcelona, España

Correspondencia: Jessica Ruiz Toledo

Correo electrónico: ruiztoledo@ub.edu

Introducción: La gimnasia artística femenina es una disciplina deportiva que requiere resistencia, flexibilidad, equilibrio,

movilidad y coordinación muscular. Consta de cuatro aparatos en ser olímpica: la barra de equilibrio, salto, suelo y barras asimétricas. Tiene tres momentos importantes: la carrera, el gesto motor principal y la recepción o aterrizaje. El objetivo del presente trabajo es identificar la prevalencia de lesiones más frecuentes en la gimnasia artística femenina según el tipo de entrenamiento y la categoría de sí o no competición. Analizar los factores de riesgo y medidas ante las lesiones en este deporte.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo mediante un cuestionario difundido a 180 gimnastas del Club Gimnàstic Barcelona en marzo y abril del 2019. Inclusión de nivel de competición y de no competición, con edades comprendidas entre 3 y 30 años. Las variables de estudio fueron: edad, peso, altura, patologías del sistema locomotor previas al inicio a la gimnasia artística, años de práctica deportiva, actividades deportivas, nivel de competición actual, años en categoría de competición, dedicación en horas semanales, lesiones sufridas pre o durante la temporada de competición, tipos de lesiones, grados, localización, momento de la lesión (en entrenamiento o en competición) y alimentación durante los entrenamientos

Resultados: El 45 % de las deportistas encuestadas presentaron una edad entre 9 y 12 años, el 75 % estaban federadas y no han sufrido lesiones previas al inicio en esta disciplina. La mayoría (48 %) compite en categoría base. La dedicación por semana de las deportistas fue de 8-12 h (35 %). El 30 % ha sufrido lesiones ligamentosas y tendinosas durante su práctica deportiva, de carácter leve (80 %). El 72,1 % de las lesiones se localizan en el pie y pierna (20,69 %) y en el 56 % de los casos acuden al traumatólogo como profesional de la salud para su tratamiento. El 19,64 % de las lesiones se trataron con reposo y medicación. Para prevenir las lesiones las deportistas utilizan calleras (89 %).

Conclusión: La gimnasia artística femenina es un deporte que presenta lesiones del aparato locomotor, con un elevado número de horas de dedicación. La mayoría de las gimnastas recurren al traumatólogo ante lesiones, pautándoles medicación y reposo, así como protecciones locales como método preventivo. Las lesiones tendinosas, ligamentosas, musculares y sobrecargas son las más comunes; la mayoría de las lesiones tiene lugar en el pie. El profesional sanitario al que acuden en primera instancia es al traumatólogo y ante lesiones leves emplean como tratamiento el reposo, medicación y cremas naturales. Finalmente, el 40 % de las deportistas utilizan protectores para sus articulaciones (calleras).

15

EFECTO DEL CALZADO SOBRE LA RIGIDEZ A FLEXIÓN DE TOBILLO DURANTE LA MARCHA

Enrique Sanchís-Sales¹, P. J. Rodríguez-Cervantes², Alba Roda-Sales², Carles Vergés-Salas³, Joaquín L. Sancho-Bru²

¹Departamento de Enfermería y Podología, Universitat de València. Valencia, España. ²Departamento de Ingeniería

Mecánica y Construcción, Universitat Jaume I. Castellón, España. ³Departament Ciències Clínicas, Secció departamental de Podologia. Universitat de Barcelona. Barcelona, España

Correspondencia: Enrique Sanchís Sales
Correo electrónico: ensansa@uv.es

Introducción: Las lesiones en el pie se producen por fuerzas anormales sobre sus componentes estructurales (hueso, ligamentos, cartilago y músculos) y no únicamente por movimiento anormal. Por tanto, a la hora de buscar relaciones causa-efecto de patologías del pie es necesario realizar estudios dinámicos. Para ello, durante la última década se ha introducido el análisis de la rigidez articular dinámica como herramienta de valoración del comportamiento dinámico de las articulaciones de la extremidad inferior para el desarrollo de prótesis y ortesis. Los trabajos se han centrado en estudiar a sujetos descalzos como aproximación a la actividad real, pero para mayor representatividad se debería acometer el estudio con sujetos calzados.

Pacientes y métodos: En este trabajo se analizan las diferencias en la dinámica de pies calzados y descalzos en el plano sagital, a partir del registro de la dinámica del tobillo de 5 sujetos sanos, con índice postural del pie normal, caminando a lo largo de un pasillo de 7 m, en 5 repeticiones. Para el registro cinemático se utilizó un sistema de cámaras infrarrojas Vicon® y marcadores reflectantes, y se obtuvieron los ángulos articulares de acuerdo con el modelo de Bruening. Y para el cálculo de momentos articulares se registró la componente normal de las fuerzas reactivas del suelo (FRS) mediante una plataforma de presiones Podoprint®. Para cada sujeto se representaron gráficamente los valores medios de momentos frente a ángulos articulares, expresados en función del porcentaje de la fase de apoyo, y sobre ellos se determinó la rigidez (pendiente del gráfico) de la fase inicial de apoyo medio (Fase 1) y fase propulsiva (Fase 3) en ambas condiciones. El efecto del calzado sobre la rigidez articular se analizó mediante sendos ANOVAs, con variable dependiente la rigidez en cada fase, y factor fijo 'descalzo/calzado'.

Resultados: Se observa mayor área dentro del gráfico en descalzado, lo que significa que la marcha calzada es más eficiente (balance entre trabajo absorbido y generado). Los valores de rigidez son significativamente mayores ($p = 0,0003$) en la Fase 1 en sujetos descalzos (4,04 Nm/kg/rad) que calzados (2,01 Nm/kg/rad). Se observa mayor rango de momentos en descalzo, con mayor pico dorsiflexor.

Conclusión: Que la rigidez en la Fase 1 sea el doble para descalzo parece indicar que las estructuras blandas que se encargan de fijar la articulación (tríceps sural y tibial posterior) producen mayores momentos plantarflexores para contrarrestar los momentos dorsiflexores producidos por las FRS sobre tobillo. Esto no ocurre en la situación calzado, con menor rigidez como consecuencia de menores momentos dorsiflexores, probablemente debido al efecto amortigua-

dor del calzado. Estos resultados son inéditos; hasta la fecha no se había estudiado el efecto del calzado sobre la rigidez dinámica durante la marcha.

17

CAMBIOS EN LA ESTÁTICA Y DINÁMICA DE LOS PIES DE PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ana María Pérez Pico^{1,2}, Ester Mingorance Álvarez^{2,3}, María Ángeles Gómez González^{2,4}, María Isabel Alarcón González⁵, Raquel Mayordomo Acevedo^{2,3}

¹Profesora del Grado en Podología, Universidad de Extremadura. Badajoz, España. ²Miembro del grupo de Investigación DEDAP. España. ³Profesora del Grado en Podología, Universidad de Extremadura. Badajoz, España. ⁴Servicio de Prevención, Hospital Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres, España. ⁵Servicio de Cirugía, Hospital Virgen del Puerto. Plasencia, Cáceres, España

Correspondencia: Ana María Pérez Pico
Correo electrónico: aperpic@unex.es

Resumen: La obesidad mórbida (OM) es un problema de salud pública que está aumentando en gran parte del mundo. El valor para definir la obesidad es presentar un IMC ≥ 30 kg/m² o superior, limitando el rango para la normalidad a valores de IMC entre 18,5-24,9 kg/m², y el de sobrepeso a valores de IMC entre 25-29,9 kg/m². La obesidad provoca alteraciones vasculares y metabólicas que condicionan la salud de los pies. Además, puede conllevar la pérdida de autonomía y limitaciones para el cuidado de los pies. Numerosos estudios demuestran que el exceso de peso puede provocar afectación en los pies. En la edad adulta, las principales consecuencias son dolores plantares, debido a que soportan más carga y de forma desigual, lo que conlleva al individuo a modificar o compensar la postura, aumentando las posibilidades de sufrir problemas en las articulaciones. El presente trabajo recoge el análisis mediante una plataforma de presiones, de la bipedestación en estática y dinámica de los pacientes antes y después de ser sometidos a cirugía bariátrica. Además se analizó, mediante un cuestionario, la calidad de vida para observar si había mejoras después de la cirugía.

Materiales y métodos: Se les realizó un estudio baropodométrico con una plataforma de presiones "PodoPrint" a 3 individuos (2 mujeres y 1 hombre) de edades comprendidas entre 32 y 48 años, con obesidad grado 2 o 3 (IMC entre 36,1 y 51), antes de comenzar a perder peso para poder ser sometido a cirugía bariátrica y después de la cirugía. También se les realizó el cuestionario (EQ-5D) sobre calidad de vida. Estos individuos consiguieron una pérdida de peso desde la primera a la última medida entre 22,8 y 56 kg.

Resultados: Tras analizar los resultados se observan cambios en los siguientes parámetros en bipedestación en estáti-

ca: reparto de cargas que se concentran en retropié, cambios en la huella plantar en todos los casos, ya que disminuye el área de apoyo, variaciones en el baricentro y disminución de la presión media excepto en el individuo con el peso más elevado que partía de una obesidad mórbida de grado III. También se registraron los cambios en bipedestación dinámica como el tiempo de apoyo que disminuye en uno de los casos, el periodo propulsivo y despegue digital que aparece en uno de los casos (el individuo que partía del menor peso y obesidad II), cuando antes de la cirugía no existía dicho despegue. Los resultados de la encuesta EQ-5D indican mejoras en el dolor de pies y en el estado de salud general después de la gran pérdida de peso.

Conclusiones: Los pacientes sometidos a una gran pérdida de peso por cirugía bariátrica sufren cambios en sus pies a lo largo del proceso pre y postquirúrgico. Debido a esto, el podólogo debe reevaluar todos los parámetros de la bipedestación en estática y dinámica con la finalidad de controlar la necesidad de pautar y reajustar los tratamientos personalizados y específicos de cada individuo, y así mejorar su calidad de vida.

19

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DEL PACIENTE CON PIE DIABÉTICO

Almudena Cecilia Matilla¹, Sandra Redondo López¹, Mariano Bermejo Martínez¹, José Luis Moreno de la Fuente², José Luis Lázaro Martínez³, Claudio Gandarias Zúñiga¹

¹Unidad Pie Diabético, Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid, España. ²Grado Podología, Universidad Alfonso X El Sabio. Madrid, España. ³Unidad Pie Diabético, Clínica Universitaria de Podología, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España

Correspondencia: Almudena Cecilia Matilla
Correo electrónico: alcecilia@hotmail.es

Introducción: Las úlceras de pie diabético (UPD) presentan una prevalencia del 6,4 %, con una incidencia del 2-4 % en países desarrollados, calculándose que un tercio de los costes de la diabetes están relacionados con el pie diabético (PD). Dentro de algoritmos terapéuticos de las UPD, realizar un correcto control metabólico, una correcta descarga y la implicación del paciente en su tratamiento son imprescindibles para restablecer la integridad de los tejidos, estén o no asociados a presencia de enfermedad arterial periférica. La "OMS" alerta que la adherencia a los tratamientos a largo plazo en enfermedades crónicas es del 50 %, y añade que la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga, estando asociado con el desarrollo de complicaciones, en nuestro caso, el pie diabético.

El objetivo del presente trabajo consiste en evaluar la adherencia terapéutica del paciente con PD al tratamiento farmacológico de la diabetes y a los dispositivos de descarga. Valorar si dicha adherencia terapéutica influye en la evolución de la UPD.

Pacientes y métodos: Se realiza un estudio observacional prospectivo en 50 pacientes diabéticos ulcerados de la Unidad de Pie Diabético del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid. Se incluyeron paciente diabéticos tipo 1 o 2, ambos sexos, mayores de edad con úlceras a nivel infra-maleolar, grado 1A, 2A, 1C o 2C según clasificación de Texas y que precisaran mecanismos de descarga. Se registraron las variables clínicas en base a la historia clínica y los antecedentes médicos personales. Se definió afectación neurológica y/o vascular según los parámetros descritos por el Grupo Internacional de Pie Diabético (IWGFD), excluyéndose aquellos pacientes con isquemia crítica. El tratamiento de la úlcera incluyó seguimiento individualizado del paciente, desbridamiento de los tejidos no viables y cura local en base a los consensos y guías internacionales (IWGDF). La adherencia terapéutica se evaluó mediante el Test Morisky-Green-Levine. En base a la sistemática del test, se adaptaron las preguntas para poder evaluar la adherencia terapéutica al dispositivo de descarga; posteriormente se determinó si la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico o de descarga influía en la evolución de la úlcera.

Resultados: De los 50 pacientes a estudio, tan solo 28 (56 %) presentaban una adecuada adherencia terapéutica al tratamiento hipoglucémico y tan solo 24 pacientes (48 %) al dispositivo de descarga. Observando que los pacientes con adherencia farmacológica para el control de la diabetes presentaban una mejor evolución de la lesión $p < 0,001$, siendo la toma adecuada de la dosis y el no olvidar tomar la medicación los parámetros asociados $p < 0,005$. La adherencia a la descarga tiene un efecto positivo en la evolución de la úlcera $p < 0,001$. Observándose que retirar el dispositivo de descarga al llegar a casa o en actos sociales afecta negativamente a dicha evolución $p < 0,001$.

Conclusiones: La correcta adherencia terapéutica al control glucémico y de descarga en UPD influye en la evolución de la lesión, siendo imprescindible la colaboración del paciente para mejorar resultados terapéuticos. El test de Morisky-Green-Levine modificado es una herramienta útil para valorar la adherencia a la descarga y al tratamiento farmacológico en la práctica clínica.

20

ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA DE CARGAS TRAS CIRUGÍA DE RESECCIÓN METATARSAL: ¿PREDICEN LAS PRESIONES PLANTARES LA LOCALIZACIÓN DE LA REULCERACIÓN?

Marta García-Madrid¹, Esther García-Morales^{1,2}, Francisco Javier Álvaro-Afonso^{1,2}, Yolanda García-

Álvarez^{1,2}, Aroa Tardáguila-García^{1,2}, José Luis Lázaro-Martínez^{1,2}

¹Unidad de Pie Diabético, Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid, España

Correspondencia: Marta García-Madrid
Correo electrónico: magarc28@ucm.es

Introducción: La resección metatarsal ha demostrado ser un procedimiento seguro y eficaz en el tratamiento de úlceras de pie diabético (UPD) localizadas a nivel de antepié. Una de las principales complicaciones tras cirugía de resección metatarsal es la reulceración por transferencia de cargas. El análisis de las presiones plantares tras resección metatarsal ha demostrado la disminución de presión en el sitio de resección y un aumento de presión en localizaciones adyacentes, por lo que el objetivo del presente estudio fue evaluar la localización de la cabeza metatarsal (CMT) que soporta la máxima presión tras resección de una determinada cabeza metatarsal y su relación con la reulceración.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo entre septiembre de 2017 y marzo de 2019 en un total de 20 pacientes que fueron sometidos a la primera cirugía de resección metatarsal. Los criterios de inclusión establecidos fueron los siguientes: pacientes diabéticos > 18 años, pacientes que sufren la primera cirugía de resección metatarsal, pacientes sin UPD activa en el momento de inclusión. Los criterios de exclusión establecidos fueron los siguientes: pacientes con ayudas para la marcha o incapacidad para caminar de forma autónoma, pacientes con antecedentes de amputación mayor. El protocolo de evaluación de las presiones plantares se llevó a cabo con el sistema Foot Scan 7.x Gait Interfaz (Rscan International, Oren, Valium). Se realizaron tres registros con el paciente descalzo a partir de los cuales se obtuvo la media de presión máxima en todas las cabezas metatarsales. Para la estratificación de la muestra se crearon tres grupos a partir de la identificación de la CMT que soportaba la mayor presión: columna interna (1.ª CMT), columna central (2.ª y 3.ª CMT) y columna externa (4.ª y 5.ª CMT).

Resultados: De las 20 resecciones metatarsales llevadas a cabo, 6 (30 %) se realizaron sobre la 1.ª CMT (columna interna), 7 (35 %) sobre CMT centrales y 7 (35 %) sobre la 4.ª y 5.ª CMT (columna externa). Tras resección de la 1.ª CMT se observó una presión máxima bajo 2.ª o 3.ª CMT ($p 0,02$ [7,44-77,5]). La resección de la 2.ª o 3.ª CMT produjo una presión máxima bajo la 1.ª CMT (p valor 0,002 [IC 0,992-5,489]). Por último, tras resección de la 4.ª o 5.ª CMT se observó una presión máxima bajo CMT centrales ($p < 0,001$ [32,36-59,50]). Además, la presión máxima bajo 1.ª CMT tras resección de una CMT central se asoció con el desarrollo de un evento de reulceración durante el seguimiento en esta localización (p valor 0,001).

Conclusiones: La resección de la 1.ª CMT genera una presión máxima bajo CMT centrales (2.ª o 3.ª CMT). La resección

de una CMT central genera una presión máxima bajo columna interna asociándose esta en un seguimiento a medio-largo plazo con la aparición de un evento de reulceración en esta localización. La resección de la 4.^a o 5.^a CMT genera una presión máxima bajo CMT centrales. El análisis de las presiones plantares predice el sitio de máxima presión en pacientes sometidos a una única resección metatarsal.

22

VALORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN INFECCIONES EN PODOLOGÍA: VPH Y ONICOMICOSIS

Alberto Aldana Caballero^{1,2}, Félix Marcos Tejedor^{1,3}, Raquel Mayordomo Acevedo^{1,2}

¹Grupo de Investigación DEDAP. ²Departamento de Anatomía, Biología Celular y Zoología, Universidad de Extremadura. Plasencia, Cáceres, España. ³Grupo de Investigación DEDAP, Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Castilla La Mancha. Talavera de la Reina, Toledo, España

Correspondencia: Alberto Aldana Caballero
Correo electrónico: albertoaldana@unex.es

Introducción: Las infecciones son uno de los principales motivos de consulta en podología, y en concreto las infecciones por hongos y el virus del papiloma humano (VPH). El diagnóstico y abordaje terapéutico de estas infecciones, principalmente, se realiza de forma empírica. El tratamiento inadecuado de estas patologías fomenta las resistencias a medicamentos, toxicidad farmacológica innecesaria para el paciente u obtener resultados insatisfactorios. Las manifestaciones clínicas de ambas infecciones cursan con sintomatología común a otras dermatopatías, y tan solo el 50 % de las alteraciones ungueales son producidas por hongos. De igual forma ocurre con las infecciones por VPH que, a menudo, entidades patológicas de etiología diferente, toman forma similar a estas, pudiendo dar lugar a un error diagnóstico. El objetivo de nuestro estudio fue valorar la capacidad diagnóstica clínica de forma visual de estas dos patologías infecciosas en podólogos y comprobar su predisposición al uso de pruebas complementarias de diagnóstico para su confirmación y la instauración del tratamiento basada en la evidencia.

Material y métodos: Se realizó un cuestionario que incluía un espectro completo de dificultad de diagnóstico visual de patología onicomíctica y de lesiones causadas por virus del papiloma humano. Dicho espectro incluía patología fácilmente descartable atendiendo a los signos y síntomas reflejados en la literatura científica como patognomónicos, patología con los mismos signos y síntomas de etiología diferente, y patología fácilmente identificable atendiendo a las mismas razones. Se llevó a cabo un estudio estadístico descriptivo para la obtención de resultados.

Resultados: El número de sujetos que participaron fue 262. El 84.7 % de los podólogos considera que las pruebas

de laboratorio para confirmación del diagnóstico de las onicomicosis son necesarias, pero solo las realizan el 19.4 %. En el caso de las lesiones causadas por VPH consideran que son necesarias el 12.6 % de los participantes. Sin embargo, el 56.9 % dejaría por tratar una onicomicosis y el 32.4 % trataría una psoriasis ungueal como onicomicosis. El 75.6 % trataría como verruga plantar un neuroma dermal.

Conclusiones: Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de investigar en el desarrollo de pruebas complementarias, lo más sensibles y eficaces posibles, que garanticen el diagnóstico certero de la patología, dado que un porcentaje considerable de profesionales necesitan de ellas para un correcto diagnóstico y tratamiento.

23

APLICABILIDAD CLÍNICA DE LA TEORÍA DEL ESTRÉS DE TEJIDOS EN EL PIE DIABÉTICO EN LA ETIOPATOGENIA DE LAS LESIONES

Dionisio Martos Medina¹, María Elena Martos Villalba², Antonio Rangel Hernández³, Bernardino Fuentes Aceituno⁴, Fernando Martínez Merino⁵, Antonio Rubio Medina⁶

¹Clínica privada Beas de Segura, Jaén, España. ²Clínica privada Sol y Luz. San Vicente de Raspeig, Alicante, España. ³Clínica privada Podomed. La Carolina, Jaén, España. ⁴Clínica privada Valdepeñas, Jaén, España. ⁵Clínica privada Indapodólogos. Almería, España. ⁶Clínica privada Villanueva del Arzobispo, Jaén, España

Correspondencia: Dionisio Martos Medina
Correo electrónico: dionisioartostmedina@gmail.com

La diabetes mellitus es una enfermedad endocrino-metabólica crónica con importantes implicaciones a nivel sistémico que, en caso de un pobre control metabólico, se producen efectos biomoleculares desencadenados por la hiperglicemia, y pueden desarrollar complicaciones crónicas como serían la angiopatía, neuropatía, nefropatía y retinopatía. Los productos de glicación avanzada (AGE) son un grupo heterogéneo de compuestos generados por la glicación no enzimática de las proteínas, lípidos y ácidos nucleicos. Los cambios químicos estructurales de estos compuestos a nivel proteico hacen que las moléculas de los órganos de sostén y tejido conectivo sufran un deterioro morfológico que conduce a una alteración en su funcionalidad. Las fascias, tendones, ligamentos y cápsulas articulares se engrosan y pierden elasticidad y funcionalidad fundamentalmente por los efectos deletéreos del aumento de AGE.

El estrés o fuerzas que actúan sobre los tejidos provocan tensión. Todas las estructuras que tienen un protagonismo importante en la biomecánica del sistema musculoesquelético soportan tensión, como describen los autores Mc Poil y Hunt en su artículo "Evaluation and management of foot

and ankle disorder: present problems and future directions” (J Orthop Sport Phys Ther. 1995;21(6):381-8). El comportamiento de las estructuras vivas al soportar tensión en primer lugar se deforman; si las fuerzas cesan las estructuras vuelven a su forma original, pero si las fuerzas continúan las estructuras superan su límite elástico y ya no vuelven a su estado original, y si aún continúan las fuerzas tensiles, las estructural sobrepasan el punto de ruptura y se producen lesiones macro y microscópicas que, si finalizan cicatrizando, lo hacen de forma anárquica provocando fibrosis, disminuyendo su funcionalidad y empeorando el pronóstico.

En las fascias, tendones, cápsulas, ligamentos, etc., que han sufrido alteraciones estructurales por efecto de los AGE, por estar sometidos a cambios moleculares, el límite de elasticidad se hace menor, y el punto de ruptura también llega antes, con lo que el riesgo de sufrir lesiones aumenta considerablemente.

El motivo de la comunicación presente es realizar una aplicabilidad clínica de la Teoría del estrés de tejidos en la biomecánica del pie diabético, etiopatogenia de las lesiones en el ámbito biomecánico, lo que aumenta el riesgo de sobrecargas, puntos de presión, desarrollo de hiperqueratosis y úlceras.

En el ámbito clínico de la prevención es fundamental realizar un control de marcadores de AGE en sangre midiendo la hemoglobina glicosilada (HbA1c), un estudio ecográfico para valorar el grosor de fascias (cambios estructurales) y los balances goniométricos para valorar la amplitud de flexión articular (cambios funcionales), para discriminar el riesgo de sufrir ulceraciones y realizar un tratamiento integral electivo, preventivo o curativo, desde el punto de vista de la podiatría médica, ortopodología y cirugía podológica/podiátrica.

COMUNICACIONES PÓSTERES

1

EL CORE DEL PIE: NUEVO PARADIGMA ACERCA DE LA VALORACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PIE

Álvaro Gómez del Pino¹, Alejandro Castillo Domínguez^{1,2}, Antonio Cortés Rodríguez¹, Luís Pacheco Pérez³, Marcelino Torrontegui Duarte⁴, Joaquín Páez Moguer²

¹Podólogo. Facultad de Medicina del Deporte. Málaga, España. ²Podólogo. Universidad de Málaga. Málaga, España. ³Podólogo. Vithas Salud Rincón. Málaga, España. ⁴Podólogo y Fisioterapeuta. Málaga C. F. Málaga, España

Correspondencia: Álvaro Gómez del Pino
Correo electrónico: agpodologia@gmail.com

La prevención y el tratamiento de las lesiones musculoesqueléticas en los atletas es una preocupación principal de los entrenadores, los profesionales y los propios atletas. Esto ha llevado a investigar las circunstancias y las características de las lesiones sin contacto (por factores intrínsecos del atleta) en mayor detalle, con el objetivo de identificar posibles factores de riesgo y enfocar las iniciativas hacia la prevención de lesiones.

Hace más de una década se propuso que la estabilidad central desempeña un papel importante en las lesiones y el rendimiento. Hoy la aceptación de entrenar el CORE lumbopélvico como parte de los programas de prevención o rehabilitación de lesiones para los atletas es generalizada. Esa sincronía de elementos anatómicos puede observarse en el pie. El desarrollo evolutivo del arco interno del pie coincidió con un aumento de las demandas funcionales cuando los humanos comenzaron a correr. El movimiento y la estabilidad del arco están controlados por músculos intrínsecos y extrínsecos. Los músculos intrínsecos del pie desempeñan un papel crucial en la regulación de la absorción de impactos y la propulsión durante las actividades dinámicas. La disfunción de estos puede conducir a una mayor demanda en los componentes restantes dentro del CORE del pie para mantener el control dinámico del mismo, lo que lleva a una descomposición más rápida de ellos y de los que interaccionan próximos al pie. Sin embargo, los médicos e investigadores ignoran en gran medida los músculos intrínsecos. Como tal, estos músculos rara vez se abordan en los programas de rehabilitación.

El entrenamiento de los músculos intrínsecos del pie va desde un sistema de aislamiento analítico progresivo de los mismos, a través del "short foot exercise", hasta su integración en carga, con diferentes escenarios. La función y contribución de la musculatura intrínseca del pie es:

- La fatiga o disfunción de los músculos intrínsecos plantares da como resultado una postura alterada del pie.

- El entrenamiento muscular intrínseco del pie mejora la postura del pie.
- La activación de la musculatura intrínseca del pie aumenta a medida que aumentan las demandas posturales.
- El momento de la activación y el área transversal del músculo influye en la función muscular intrínseca del pie.
- El entrenamiento dirigido mejora el área transversal del músculo intrínseco del pie.
- La estimulación eléctrica mejora la función de los músculos intrínsecos del pie como estabilizadores del arco longitudinal medial.

Finalmente, llamamos a una mayor conciencia de la importancia de la estabilidad del CORE del pie en la normalización de su función y, en consecuencia, la del miembro inferior, debido a su repercusión tanto en la estabilidad como en la función motora y sensitiva.

2

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA: RELACIÓN ENTRE EL AUTISMO Y LA MARCHA EN PUNTILLAS EN NIÑOS

Blanca García Podadera¹, Paula Gil Pinzón¹, David Hurtado Bermúdez¹, Joaquín Páez Moguer²

¹Estudiante del Grado de Podología. Universidad de Málaga. Málaga, España. ²Profesor Departamento Enfermería y Podología. Universidad de Málaga. Málaga, España

Introducción: El autismo es una alteración del desarrollo neurológico caracterizado por dificultades de aparición temprana, afectando a 1 de cada 68 niños. Más del 70 % de la población con Trastorno de Espectro Autista (TEA) presenta algún tipo de afección médica, psiquiátrica, del desarrollo o motora.

Los niños más tardíos en el diagnóstico de TEA muestran mayores retrasos de los hitos motores, lo que conlleva a asimetrías posturales y alteraciones de la marcha. Estas alteraciones de la deambulación se producen con el fin de lograr una mayor estabilidad para contrarrestar las alteraciones del equilibrio y de la propiocepción que presentan. Una de las variaciones consiste en la marcha en puntillas, la cual es un tipo de marcha en la que no existe contacto inicial de talón.

Este póster trata de establecer la relación entre el autismo y la marcha en puntillas, con el fin de conocer este trastorno cada vez más frecuente para poder orientar al paciente hacia el mejor tratamiento.

Materiales y métodos: La búsqueda bibliográfica se realizó en diversas fuentes y bases de datos como son *Pubmed*, *Medline*, y libros, pasando positivamente los criterios CASPe la bibliografía obtenida.

Resultados: La marcha en puntillas se encuentra presente en un 15-45 % de los niños con TEA; la etiología de esta alteración está relacionada con la desregulación de los reflejos infantiles, si estos no se desarrollan con naturalidad provocarán alteraciones del sistema vestibular y visual; ambos

problemas generan cambios posturales y de la marcha. La prevalencia de la torsión tibial externa en niños con TEA es de 32.9 %, lo cual aumenta el riesgo de aparición de MP.

Conclusión: La revisión bibliográfica realizada ha demostrado las diversas causas que ocasionan la marcha en puntillas en niños con autismo, las cuales se deben a un recuerdo permanente de reflejos residuales, alteraciones somatosensoriales y una torsión externa aumentada. La importancia de este trabajo estriba en el aumento de la prevalencia del TEA, ya que la mayoría de las alteraciones motoras aparecen antes del déficit social y de comunicación, por lo que es de importancia conocer los síntomas, tanto para el tratamiento como para la mejora del TEA, e incluso en la ayuda del diagnóstico temprano.

3

AUTOPERCEPCIÓN DOLOROSA EN LA LAMINACIÓN DE LAS HIPERQUERATOSIS PLANTARES EN ADULTOS MAYORES

Caleb Araguas García, Francisco Corbi Soler

Universitat de Lleida. Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya. Lleida, España

Correspondencia: Caleb Araguas García
Correo electrónico: cag11@alumnes.udl.cat

Introducción: Las lesiones hiperqueratósicas plantares afectan a un 30-65 % de la gente mayor de 65 años. El 76 % de las personas con hiperqueratosis plantares visitará al podólogo en alguna ocasión para su tratamiento; debido a su simplicidad, el tratamiento de elección suele ser la laminación mediante bisturí.

Solo dos estudios han tratado de analizar la efectividad de la laminación de las hiperqueratosis comparado con un grupo placebo, constatándose en ambos casos que no existían diferencias significativas.

El objetivo de este estudio es valorar la efectividad de la laminación de hiperqueratosis plantares en la autopercepción del dolor en adultos mayores.

Pacientes y métodos: Ensayo clínico aleatorizado. 200 participantes > 65 años fueron asignados en dos grupos. La aleatorización de los pacientes se realizó utilizando códigos de números aleatorios, método recomendado por el Statement Consort. El tratamiento consistió en:

- Grupo A: laminación de las hiperqueratosis plantares mediante bisturí hasta poder observar la piel subyacente "rosácea".
- Grupo B: placebo, no se lamina hiperqueratosis, se produce una simulación utilizando el borde romo del bisturí.

El dolor de las hiperqueratosis plantares se midió utilizando una escala visual analógica (EVA) antes, después del tratamiento, a las 24 horas y a los 7 días.

Resultados: Los participantes en este estudio presentaron una media de edad de 76.4 años (DE ± 5.8) y un nivel de

dolor EVA de 58.2 mm (DE ± 16.3), siendo la mayoría de ellos mujeres (63 % de la muestra).

Se observaron diferencias significativas respecto al grupo placebo, tanto justo después de terminar el tratamiento ($p < 0.05$) como a las 24 horas ($p < 0.03$) y a los siete días posteriores a su realización ($p < 0.04$).

Conclusiones: Estos resultados concuerdan con los observados en otros estudios en los cuales se produjo una disminución significativa ($p < 0.001$) de 35 mm a 60 mm en la EVA, entre antes y después de la laminación de las hiperqueratosis. El alivio inmediato del dolor parece estar relacionado con la eliminación de las hiperqueratosis, ya que se ha constatado que una formación local excesiva de queratina actúa como un agente extraño irritante físico.

Los resultados de este estudio demuestran la efectividad de la laminación de las hiperqueratosis plantares en el nivel de autopercepción dolorosa en personas adultas mayores.

4

EFFECTOS ADVERSOS UNGUEALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Cristina Laso-Leizcano¹, Tomás García-Lozano T², Virtudes Soriano-Teruel², Alicia Gavillero-Martín¹, Eduardo Nagore²

Escuela de doctorado. Universidad Católica de Valencia. Valencia, España. ²Instituto Valenciano de Oncología. Valencia, España

Correspondencia: Cristina Laso Leizcano
Correo electrónico: cristina.laso@ucv.es

Introducción: En las uñas, los efectos adversos de la quimioterapia se producen por citotoxicidad directa debido a elevadas concentraciones de los quimioterápicos. La toxicidad puede manifestarse con alteraciones ungueales como las líneas de Beau, las líneas de Muehrke, la onicólisis, la onicomadesis, el dolor, la fragilidad, el engrosamiento, las leuconiquias, las melanoniquias, las hemorragias en astilla, los granulomas y la paroniquia. Dichas alteraciones pueden simular una onicomiosis o ser un factor predisponente para padecerla.

El objetivo principal del estudio fue describir la prevalencia de las lesiones ungueales en el pie en pacientes oncológicos. Los objetivos secundarios fueron describir la prevalencia de onicomiosis, el tipo clínico y las especies fúngicas aisladas. Por último, identificar qué fármacos producen cada lesión.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a quimioterapia en el periodo de tiempo del 1 de agosto de 2018 al 31 de diciembre de 2018. Los pacientes fueron observados en el Servicio de Dermatología y en hospital de día de la Fundación IVO (centro monográfico dirigido a la Oncología que consta de 150 camas). Para el diagnóstico de las lesiones

nes se realizó un examen clínico minucioso que incluyó la exploración de las uñas y piel. Se identificaron los agentes quimioterápicos utilizados y se determinó la localización de la lesión y los signos clínicos. En los casos de sospecha de onicomycosis, se efectuó una biopsia (estudio histológico con H&E tratamiento con KOH 5 %, técnica PAS y técnica Grocott) y un cultivo. El estudio micológico incluyó visualización de cultivos macroscópicos, observación con microscopía óptica, identificación fúngica y secuenciación ITS que permite la identificación por ampliación de PCR de las regiones no codificantes del rADN nuclear ITS-1 e ITS-2.

Resultados: Durante el periodo de estudio incluimos 100 pacientes en tratamiento con quimioterapia de los cuales el 60 % presentaron lesión ungueal. La mediana de edad de los pacientes fue de 62,50 años. El 29 % fueron hombres y el 71 % mujeres. La lesión ungueal más frecuente fue la onicólisis (33 %), seguida de la pigmentación ungueal (21 %), la distrofia (11 %), las estrías longitudinales (4 %), las líneas de Muehrcke (3 %), la onicomadesis (3 %) y las líneas de Beau (2 %).

Hubo sospecha de onicomycosis en 26 pacientes de los cuales se confirmó mediante cultivo micológico en un 65,38 %. Las especies fúngicas aisladas más frecuentes fueron los mohos (64,69 %), seguidos de las levaduras (29,41 %) y por último los dermatofitos (5,9 %). El tipo clínico de onicomycosis más frecuente fue la OSLD (75 %), seguida de ODT (18,8 %) y de la OBS (6,3 %).

El grupo de fármacos más frecuentemente relacionado con la onicólisis fue el de los antimetabolitos, seguido de los complejos del platino. Los fármacos más frecuentemente relacionados con la distrofia ungueal fueron los taxanos. Y, por último, los fármacos más frecuentemente relacionados con la pigmentación ungueal fueron los taxanos y los anticuerpos monoclonales.

Conclusión:

- Más de la mitad de los pacientes oncológicos presentan efectos adversos ungueales.
- Un 17 % de los pacientes oncológicos presentó onicomycosis.
- Un 82,35 % de los cultivos positivos han desvelado especies "no habituales" descritas en la literatura (mohos y levaduras).
- Los grupos de fármacos que más lesiones han presentado son los fijadores de la tubulina, anticuerpos monoclonales, complejos del platino y los antimetabolitos.

5

EL VIENTO, EL HIOIDES Y LOS ASTRÁGALOS

Gerardo Ruales Suárez

Neurodental Group. Vilassar de Mar, Barcelona, España

Correspondencia: Gerardo Ruales Suárez

Correo electrónico: rualesclinicadental@gmail.com

Introducción: La posición en el espacio de los astrágalos es el signo clave para la colocación de los demás huesos de los pies. La posición en el espacio del hueso hioides es fundamental en el proceso de deglución. En bipedestación el ser humano oscila sobre la articulación tibio-peroneo-astragalina mediante un movimiento oscilatorio reflejo de control extrapiramidal. Un ser humano en condiciones fisiológicas realiza entre 1800 y 2500 degluciones diarias. Se pretende encontrar la relación entre la deglución y la posición de los astrágalos en bipedestación.

Pacientes y métodos: Se confeccionó una estructura en vinilo de 25 x 50 cm, en la cual se distribuyeron las huellas de dos pies separados en posición divergente de 30 grados y separados entre los talones en 5 cm equidistantes a la línea media. Se realizaron tres huellas, en la posición uno (1) o central sin ningún aditamento. A la posición dos (2) se le pegaron dos cuñas externas. A la posición tres (3) se le pegaron dos cuñas internas. Las cuñas utilizadas fueron tipo varo-valgo bilateral de 8 mm de espesor, 1,25/0,95 g/cm², 70/75 30-35° Shore A de la casa Flexor. Se dispuso de una diana visual móvil para colocar a la altura de la posición de mirada.

Se le dieron las siguientes instrucciones a cada participante:

- Sin zapatos ubique la diana visual y coloque sus pies en la huella de la posición 1 y trague la saliva.
- Sin moverse y sin dejar de mirar la diana visual, levante el mentón y trague la saliva.
- Sin moverse y sin dejar de mirar la diana visual, descienda el mentón y trague la saliva.
- Desplace sus pies y adopte el cambio de posición forzada que realizan las cuñas externas (posición 2), ubique la diana visual y repita las tres primeras indicaciones.
- Desplace sus pies y adopte el cambio de posición forzada que realizan las cuñas internas (posición 3), ubique la diana visual y repita las tres primeras indicaciones.
- Escanee el código QR y rellene la encuesta.

En la encuesta se realizaron las siguientes preguntas:

- Es usted hombre o mujer.
- Su rango de edad es: menor de 20, de 20 a 30, de 30 a 40, de 40 a 50, de 50 a 60, mayor de 60.
- Moví el cuello y sentí diferente al deglutir: Sí/No/No lo sé/No sentí nada.
- Moví los pies a la posición 2 y sentí diferente al deglutir: Sí/No/No lo sé/No sentí nada.
- Moví los pies a la posición 3 y sentí diferente al deglutir: Sí/No/No lo sé/No sentí nada.
- Sentí diferente en las dos posiciones: Sí/No.
- Creo que cualquier cambio en la posición de los pies afecta a la deglución: Sí/No/No lo sé.

Resultados: 98 participantes, todos podólogos, en el 50.º congreso de Podología celebrado en la ciudad de Santander en octubre del 2019, realizaron el test y contestaron la encuesta. Los resultados obtenidos fueron tan relevantes y estadísticamente significativos que se decidió ampliar la muestra para poder corroborar los datos.

Conclusión: El cambio de posición en el espacio de los astrágalos mediante una cuña en bipedestación realiza un movimiento (varo o valgo) del pie y crea en esa nueva posición una sensación nueva o diferente al deglutir. El estudio permite crear una línea de investigación en este sentido.

6

RIESGOS LABORALES EN LA PODOLOGÍA

Irene García-Payá¹, Alicia Fernández-Mengíbar², Ángel Lendínez-Castro³

Universidad de Málaga. Málaga, España. ²Podóloga. ³Estudiante de Podología, Universidad de Málaga. Málaga, España

Correspondencia: Irene García-Payá
Correo electrónico: irenegpaya@uma.es

Introducción: El auge actual de la profesión podológica y el incremento de accidentes laborales en el medio sanitario propician la necesidad de investigar los diferentes factores de riesgo a los que están expuestos los podólogos dentro de su sector, y darlos a conocer para concienciar sobre la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz. El objetivo del presente estudio pretende llevar a cabo una enumeración y presentación del gran abanico de riesgos a los que está expuesta la profesión de la podología.

Material y método: El material utilizado para realizar este trabajo han sido artículos científicos, siguiendo una metodología cuantitativa. Se realizó una revisión bibliográfica en base de datos científicos.

Resultados: En total se han utilizado 6 artículos científicos y un libro especializado en la prevención de riesgos laborales en podología. Como principales afectaciones a las que se puede ver expuesto un profesional en el ámbito de la podología son afectaciones musculoesqueléticas, cognitivas, visuales, auditivas, respiratorias, sistémicas y dérmicas.

Conclusiones: La profesión podológica está expuesta a riesgos derivados de la actividad laboral, los cuales pueden llegar a provocar alteraciones en la salud de forma crónica o aguda. Por lo general, la mayoría del personal podológico desconoce el riesgo al que se ve expuesto y, por consiguiente, su prevención o la importancia de esta. Como consecuencia, los podólogos son un perfil vulnerable a diferentes patologías propias de su ejercicio. De ahí la vital importancia de dar a conocer los riesgos de esta profesión para así obtener un diagnóstico precoz y establecer medidas preventivas básicas.

7

PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LAS ÚLCERAS DE PIE DIABÉTICO EN EL ESTADO DE QATAR EN LA UNIDAD SE PODOLOGÍA

María de la Esperanza Zanon Ruiz

Hamad Medical Corporación. Podiatry Unit. Qatar

Correspondencia: María de la Esperanza Zanon Ruiz
Correo electrónico: esperanzazon@gmail.com

Introducción: La diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes mundialmente. En el estado de Qatar la prevalencia de diabéticos es del 17 %. El pie diabético es la razón más frecuente de hospitalización en pacientes diabéticos. El 15-25 % de pacientes con diabetes desarrollan una úlcera de pie diabético durante su vida.

Pacientes y métodos: El estudio se realizó durante los seis primeros meses del año 2019, todos los pacientes que acudieron a la unidad de podología. Un total de 9270 visitas de pacientes y 576 úlceras de pie diabético.

Resultados: El 91,72 % de los pacientes vistos tenían diabetes mellitus tipo II. La edad media de los pacientes fue de 59 años. El 46,16 % de los pacientes tenían historias de úlcera previas. La prevalencia de ulceración es del 29,68 %. El 33 % de las úlceras se encontraban en el primer dedo y primera articulación metatarso falángica. En escala de riesgo 0 a 3, el riesgo medio de los pacientes que visitan la clínica era de 1,99. El ratio de cura de heridas, cierre completo de la herida o disminución al 50 % de tamaño en 4 semanas fue de un 91,9 %.

Conclusión: La diabetes es una enfermedad crónica silenciosa. La podología debe estar presente en la prevención y tratamiento de las complicaciones de la diabetes. La recurrencia de úlceras en nuestro estudio es del 46,16 % y la prevalencia del 29,68 %.

8

OBESIDAD MÓRBIDA. EL APORTE PROFESIONAL DEL PODÓLOGO EN EL EQUIPO DE SALUD

María Inés Eusebi

Podóloga del equipo de salud de la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot. Buenos Aires, República Argentina

Correspondencia: María Inés Eusebi
Correo electrónico: podologamariaines.mie@gmail.com

Introducción: La obesidad es una enfermedad considerada como una epidemia global, pudiendo comenzar a manifestarse a temprana edad. Se llama obesidad mórbida al exceso de 35 kilos o más y un índice de masa corporal (IMC = peso dividido altura x altura) igual o mayor a 30. Según el grado de peso existen 2 grandes grupos, el de la hiperobesidad mórbida, compuesto por la obesidad de III grado con un IMC de 30-39.9 y un sobrepeso de 35 a 50 kg, la obesidad de IV grado con un IMC de 40-49.9 y un sobrepeso de 50 a 80 kg, y el de la superobesidad mórbida formado por los siguientes 4 grados: obesidad V grado con un IMC de 50-64.9 y un sobrepeso de 80 a 110 kg; obesidad VI grado con un IMC de 65-79.9 y un sobrepeso de 110 a 150 kilos; obesidad VII grado IMC de 80-99.9 y un sobrepeso de 150 a 200 kg y la obesidad de VIII

grado con un IMC de 100 o más y un sobrepeso mayor a 200 kilos. El exceso de sobrepeso pone en peligro la salud, convirtiéndose en la segunda causa principal de muerte evitable (aproximadamente 400.000 casos por año).

El objetivo del presente trabajo de investigación tiene como finalidad tomar conciencia de los problemas que afrontan diariamente las personas que padecen obesidad mórbida con respecto al cuidado de sus pies, siendo imprescindible la atención del profesional podólogo para mantenerlos sanos.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio observacional y analítico retrospectivo durante un año, de casos y controles de 22 pacientes adultos con obesidad mórbida sin distinción de sexo ni edad, internados para su recuperación en la Clínica de Nutrición y Salud Dr. Cormillot.

Resultados: Se observó en la totalidad de los casos estudiados que todas las complicaciones que presentaron los pacientes afectan a la salud de los pies, provocando patologías dermatológicas, principalmente micosis, onicomiosis, onicocriptosis, celulitis y erisipela. Circulatorias: varices, linfedema, filariasis linfática o elefantiasis. Osteoartromusculares ocasionadas principalmente por traumatismos y microtraumatismos y pie plano por descenso del arco interno.

Conclusiones: El exceso de sobrepeso provoca en las personas problemas de movilidad, que imposibilitan el correcto cuidado de sus pies, resultando importante el aporte profesional del podólogo a los equipos interdisciplinarios de salud, para colaborar con el tratamiento y la prevención de patologías en los pies.

9

DISTROFIA UNGUEAL COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ARTRITIS REACTIVA

Paola Martínez García

Técnico universitario en Podología. UNL Santa Fe, Argentina

Correspondencia: Paola Martínez García

Correo electrónico: martinezgpaola@outlook.com

Introducción: La artritis reactiva (ARe) es un proceso inflamatorio articular secundario a un proceso infeccioso fuera de la articulación, generalmente localizado en el aparato genitourinario o gastrointestinal. Las vías respiratorias altas y la piel también constituyen puertas de entrada al proceso infeccioso. También conocida como síndrome de Reiter, es un espondilo artropatía seronegativa que clásicamente se define por la tríada artritis, uretritis y conjuntivitis. Las manifestaciones cutáneas que se observan con mayor frecuencia son la balanitis circinada, queratodermia blenorragica y la distrofia ungueal, pero existe diversidad en los síntomas presentados y en la secuencia temporal de estos.

La forma postdisentérica afecta a hombres y mujeres con la misma frecuencia, mientras que la forma postvenérea ocurre más frecuentemente en varones.

La artritis reactiva es un proceso sistémico que puede afectar a cualquier sistema, y el cuadro clínico, incluyendo diarrea y uretritis, se puede observar en forma post-enterica y post-venérea.

Las manifestaciones clínicas por lo general se presentan entre una a cuatro semanas de inicio del proceso infeccioso tanto en el tracto gastrointestinal como en el genitourinario. En gran mayoría, puede no ser definida o pasa desapercibida, lo que origina que el diagnóstico no se haga con precisión.

Descripción del caso clínico: Describimos el caso clínico de un paciente de 33 años de edad, que ingresa a consulta podológica manifestando su preocupación por el aspecto de las uñas, tratándola por micosis por cuenta propia con antimicóticos conocidos en el mercado.

Como resultado de la anamnesis realizada en consulta inicial obtenemos que: el paciente no presenta alteraciones para deambular, ni postural. Actividad laboral: realiza trabajo de escritorio, la mayor parte del tiempo sentado (calzado con zapatos de seguridad, estilo borceguíes). Actividad deportiva: fútbol 1 o 2 veces por semana (uso de botines, con predisposición al roce por la presión que los mismos ocasionan). Calzado en la vida diaria: zapatillas estilo deportivas. IMC: 25,30 (sobrepeso). Refiere no tener diabetes, sin alergias conocida, sin registros de hipertensión arterial, sin alteraciones vasculares ni arteriales. Comenta a modo informativo que está diagnosticado por un síndrome de Reiter desde el año 2012 con medicación específica de metotrexato y ácido fólico. Hábitos tóxicos no refiere. Nunca asistió al podólogo. No manifiesta dolor pero sí molestias en las uñas de Hx (hallux) derecho, al uso del calzado deportivo por estar sus uñas engrosadas (así lo expresa el paciente verbalmente).

Valoración podológica: al examen físico podemos apreciar:

- Que el paciente tiene un tipo de pie normal, con una fórmula digital griega. A la exploración se encuentra que su sensibilidad táctil es normal (n), dolorosa normal (n), térmica no se realizaron pruebas.
- El pulso pedio conservado, al igual que el tibial.
- Al tacto encontramos un tipo de piel de temperatura normal (n), color rosado.
- Lesiones: en el pie izquierdo (P/I) no se observan lesiones. En el pie derecho (P/D) Hx, onicodistrofia en Hx, tercer y quinto lecho ungueal, segundo y cuarto (n).
- Dedos: en el pie izquierdo (P/I) todos (n); en el pie derecho (P/D) Hx (n), segundo, tercer y cuarto (g) incipiente, quinto (n).

Sugerencias como primera medida: estudio complementario: estudio micológico directo y cultivo de uñas del pie.

Una vez obtenidos los resultados del análisis micológico, el hongo encontrado no se asume como patológico, sino como contaminación de la muestra, por lo que el profesional médico no recomienda tratamiento antimicótico. Solo tratamiento sintomático que consiste en el desbridamiento, fresado, higiene apropiada, nutrición de todo el pie y controles periódicos para mantenimiento del engrosamiento.

Discusión: El concepto de onicomiosis se encuentra muy desvirtuado en la actualidad y divulgado como algo corriente

en la población, englobando que toda uña engrosada y de color amarillento se trata de micosis, y bien sabemos que no es así y que no podemos considerar un autodiagnóstico, ya que es de suma importancia llevar a cabo un análisis micológico para tener certeza frente a qué microorganismo nos enfrentamos y de esta manera descartar o afirmar que estemos en presencia de una micosis. Para llevar a cabo este procedimiento es muy importante conocer la anatomía y el sistema de producción del órgano ungueal ya que, dependiendo del origen de la alteración funcional, se producen distintas anomalías.

Con el trabajo interdisciplinario de profesionales médicos y bioquímicos podemos contar con la medicación necesaria y correcta de vía tópica o administración oral. De esta manera profundizamos, efectivizamos y jerarquizando el tratamiento podológico.

10

INFLUENCIA DE LA CONCENTRACIÓN DE UREA EN LAS CREMAS SOBRE LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL DEL PIE

Paula Cobos-Moreno, José Luis Vela-Moreno

Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura. Badajoz, España

Correspondencia: Paula Cobos Moreno
Correo electrónico: paulacm11@hotmail.com

Introducción: La piel es el órgano más externo de nuestro cuerpo y una de sus funciones principales es la de aportarnos protección en cuanto a posibles infecciones. La hidratación está relacionada con el buen funcionamiento de la piel, siendo más difícil la aparición de heridas o grietas, las cuales conduzcan a la aparición de infecciones u otras alteraciones dermatológicas. La piel de los pies es más gruesa que en el resto del cuerpo, debido a la carga que soporta, siendo por ello más complicado mantenerla.

Con dicho estudio lo que se pretende es valorar la eficacia de distintas concentraciones de urea (5 % y 20 %) en la hidratación del pie. La medición de la hidratación del pie se llevará a cabo mediante métodos no invasivos novedosos en una muestra de pacientes jóvenes sin patología dermatológica en los pies, ya que así la hidratación de la piel no estará alterada por dichas patologías. Los objetivos del presente estudio son: 1. Valorar si existe diferencia en la hidratación de la piel tras la aplicación de distintas concentraciones de urea. 2. Establecer comparación entre la hidratación del pie en función del sexo.

Pacientes y métodos:

- Revisión de literatura y estudio de las técnicas de medición de las variables a utilizar.
- Búsqueda de marco teórico y bibliografía.
- Establecimiento de criterios de selección de pacientes, así como criterios de inclusión y exclusión.

- Recogida de datos y toma de muestras.
- Toma de medición con Corneometer 825.
- Trámite y obtención de registros.
- Análisis e interpretación de resultados.
- Conclusión.

Resultados: Tras el análisis de la hidratación de las diferentes zonas, se ha observado que no existe diferencia significativa entre el uso de placebo y urea al 5 % en primera cabeza metatarsal y talón, pero sí hay diferencia en la quinta cabeza.

Por otro lado, el placebo frente a la urea al 20 % en todas las zonas de estudio se observó que sí existe diferencia significativa en todas (p-valor menor a 0,05, Prueba de Mann-Whitney). Por el contrario, entre la crema de urea al 5 % y urea al 20 % no existe diferencia significativa en ninguna zona de estudio (p-valor mayor a 0,05, Prueba de Mann-Whitney). El comportamiento de la hidratación de todas las secciones de ambos pies es igual en función del sexo, es decir, no hay diferencia significativa.

Conclusiones:

- Con respecto a la hidratación de la piel en función del uso de cremas, sí existe diferencia de hidratación de la crema con urea al 20 % respecto al placebo, pero no existe diferencia entre placebo y urea al 5 %, al igual que tampoco existe diferencia de hidratación entre la crema al 20 % con la del 5 %.
- No existen hallazgos significativos que permitan afirmar que la hidratación depende del sexo.

11

PATOLOGÍAS PODOLÓGICAS EN SALUD MENTAL

M. Pilar Alfigeme García¹, Patricia Domenech Rondán², Almudena Titos García²

¹Universidad de Extremadura. Badajoz, España. ²Podóloga. Clínica podológica Titos-García. Granada, España

Correspondencia: M. Pilar Alfigeme García
Correo electrónico: palfamegemg@unex.es

Introducción: Se lleva a cabo un estudio de investigación en la Universidad de Extremadura que parte de la necesidad que observamos en una institución de pacientes con enfermedades mentales en cuanto a su cuidado podológico, dada la asociación que pueda existir entre fármacos específicos y su biomecánica, así como características propias de las enfermedades que conllevan deshidratación y patologías de la queratinización.

El estudio es observacional, transversal y descriptivo, donde se han analizado cuáles son las patologías más frecuentes y sus posibles asociaciones con fármacos.

Está aprobado por el Comité de bioética de la Universidad y por el SEPAD de la Junta de Extremadura. El Consentimiento

Informado fue autorizado por la Directora del Centro, y los pacientes analizados acudieron voluntariamente.

Los objetivos del presente estudio son conocer las distintas patologías que más afectan a los pies en un centro de estas características, analizar la asociación entre los fármacos y las patologías podológicas y crear un plan de prevención de patologías podológicas para Instituciones de enfermos en salud mental.

Pacientes y métodos: La muestra se compone de 41 sujetos (32 hombres y 9 mujeres) que lo realizaron voluntariamente. La edad media de la muestra global es de 64 años. Los participantes fueron pacientes ingresados en el Centro sociosanitario de Plasencia.

La muestra que se realizó no tenía ningún riesgo para el paciente.

Se diseña una hoja de recogida de datos: edad, sexo, enfermedad que presenta el paciente, medicación, queratopatías, onicopatías, deformidades óseas, lesiones dérmicas, prueba complementaria luz de Wood, tipo de pie, tipo y estado del calzado.

Las exploraciones se llevan a cabo con los auxiliares correspondientes delante en todo momento.

El análisis del estudio se ha realizado con el software SPSS, versión 15.0 para Windows. Las variables que se emplearon fueron: edad, sexo, diabético, tipo de enfermedad mental, medicaciones más utilizadas entre los sujetos.

Resultados:

1. De un total de 41 sujetos que participaron en el estudio, 9 fueron mujeres y 32 hombres. El objetivo de la muestra era elegir a los mismos sujetos de cada sexo, pero debido a que las mujeres han sido poco colaborativas no ha podido ser así.
2. Relación de enfermedades psiquiátricas encontradas en el estudio, de las cuales la que más prevalece es la esquizofrenia, teniendo un 36,6 % y con menor trastorno delirante con un 4,9 %.
3. Determinar los pacientes que presentan diabetes.
4. Pacientes institucionalizados con deshidratación en los pies. El 95,1 % de las personas presentan falta de hidratación en los pies.
5. Estado del calzado que presentan. El calzado está en mal estado en un 69 % de los casos analizados.
6. Presencia de onicogriposis: hay una frecuencia de onicogriposis del 58,5 %.
7. Luz de Wood: tras la prueba con luz de Wood observamos que existe un porcentaje elevado de individuos con bacterias. Un 41,5 % de los pacientes institucionalizados presentan infección por bacterias en los pies.
8. Deformidades óseas: un 73,2 % presentan deformidad ósea.

Conclusiones:

- La enfermedad más frecuente en esta población a estudio es la esquizofrenia.
- El 95,1 % de los casos presentan deshidratación en los pies.

- Se necesita un podólogo de forma continuada en instituciones de este tipo que pueda prevenir y tratar las patologías podológicas que se presentan.
- Es necesario seguir investigando en este campo de la salud mental.
- Futuras líneas de investigación:
- Trabajar con muestras de mayor tamaño.
- Incluir variables de salud física y consumo de sustancias.
- Analizar un mayor número de variables.
- Estudiar un posible vínculo entre patologías y autoestima.

13

ESTUDIO PRELIMINAR DE LA FRECUENCIA DE ESPINA IRRITATIVA DE APOYO PLANTAR INCONSCIENTE (EIAPI) EN LA INESTABILIDAD CRÓNICA DEL TOBILLO

Sophie Léost¹, Pierre-Olivier Morin²

¹Podóloga DE. Posturóloga. Barcelona, España. ²Podólogo DE. Posturólogo. Villebon sur Yvette, France

Correspondencia: Sophie Léost

Correo electrónico: sophie.podoposturo@gmail.com

Introducción: Este inicio de estudio propone abrir la reflexión sobre una posible causa de la inestabilidad crónica de tobillo (ICT). El esguince de tobillo tiene una frecuencia de 1/10000/día. En el 44 % de los casos, pasado un año el tobillo está inestable. En el examen clínico me parece constatar que en numerosos casos la gente con ICT al menos tiene una espina irritativa de apoyo plantar (EIAP) (patología cutánea neurosensorial).

En este estudio preliminar, el objetivo es comprobar la clínica para saber, dentro de la gente con ICT, ¿cuántos llevan EIAP?

Pacientes y métodos:

- 11 pacientes mayores de edad, no operados. Han tenido un esguince y han hecho rehabilitación.
- Cumberland test, cuestionario validado en castellano con 9 ítems para el pie izquierdo, para el pie derecho. En función de la puntuación, el sujeto está clasificado como si tuviera o no una ICT.
- Medición del cociente plantar sobre plataforma de estabilometría FUSYO de Médicapeurs.
- Presión sobre las cabezas metatarsianas para sacar el dolor.

Resultados: Casi un 50 % de los pacientes presentan al menos una EIAP. El 40 % de ellos presentan 2 EIAP en el mismo pie, por debajo de las cabezas metatarsianas 1 y 2.

Conclusión: Los primeros resultados muestran una presencia de EIAP con una tendencia a tener 2 en el mismo pie. El aumento de la muestra a 100 o más permitiría confirmar la hipótesis. Eso podría abrir el tratamiento de la ICT a una rehabilitación con fisioterapia y un tratamiento podológico de la EIAP.

14

**AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA DIGITAL CONSERVADORA
POSTRATAMIENTO PROLONGADO CON
VASOCONSTRICTORES. A PROPÓSITO DE UN CASO****María Lozano de la Hoz¹, Cristina Martínez Boix²,
Rut García Miralles³, Ramón Vicedo Cano⁴**¹Profesora asociada Universidad Miguel Hernández.²Podóloga. España. ³Grado en Podología Universidad Miguel Hernández. Elche, Alicante, España. España.⁴Profesor asociado Universidad Miguel Hernández. Elche, Alicante, España**Correspondencia:** María Lozano de la Hoz
Correo electrónico: marialozanodelahoz@gmail.com

Introducción: La vasoconstricción mantenida en el tiempo, y por ende la isquemia de los tejidos, provoca en mayor o menor medida la muerte y destrucción celular y de los tejidos. Se expone un caso clínico atípico de un paciente de 44 años que acudió a consulta buscando una terapia más conservadora que la ofrecida por cirugía vascular, amputación transmetatarsal.

Caso clínico: Se realiza una revisión de la bibliografía existente desde una perspectiva principalmente podológica para conocer las implicaciones de los vasoconstrictores sistémicos, de los protocolos existentes de amputación digital y de las adaptaciones terapéuticas necesarias de las amputaciones digitales en los últimos años.

Se explica el procedimiento quirúrgico realizado. También se explica el tratamiento postoperatorio, curas programadas y evolución de las lesiones. Se instaura un tratamiento ortopodológico funcional acorde a las necesidades biomecánicas del paciente y su actividad diaria, laboral y de ocio.

Ha habido secuelas físicas inducidas por el shock séptico sistémico de manera aguda y la necrosis distal digital ósea de varios dedos del pie. Existe una alteración muy acusada del patrón de la marcha.

Se ha realizado amputación de la porción ósea distal y desbridamiento de la falange distal del pie izquierdo. Curas posteriores con clorhexidina acuosa al 2 %. Se practica tratamiento quiropodológico de deslaminado hiperqueratósico y fresado de la hipertrofia corneal. Se instaura un tratamiento ortopédico con unos soportes plantares a medida con la sustitución de los elementos amputados además de favorecer la dinámica del paciente.

El estado actual del paciente es satisfactorio, aun cuando existe una inestabilidad de la dinámica por la falta de falanges distales, una tendencia a un exceso de presiones por la disposición de las estructuras restantes salvadas y una hiperestesia de la zona por la afectación unido a la carga y fricción que la región anatómica soporta.

Discusión: Las implicaciones prácticas de nuestro estudio expresan la necesidad de conservar la mayor cantidad de estructuras del pie para una mayor calidad de vida del pacien-

te. En el caso que presentamos ello era necesario, por edad y patología subyacente inexistente.

15

**EFFECTOS DEL ENTRENAMIENTO DE TÉCNICA DE
CARRERA EN LA CINEMÁTICA DEL MIEMBRO INFERIOR
EN CORREDORES DE RESISTENCIA****Alejandro Castillo Domínguez¹, Álvaro Gómez
del Pino², Jerónimo Carmelo García Romero³, José
Francisco Vico Guzmán³, Lorena Correias Gómez⁴,
Joaquín Páez Moguer¹, José Ramón Alvero Cruz³**¹Departamento de Enfermería y Podología, Universidad de Málaga. Málaga, España. ²Podólogo. Universidad de Málaga. Málaga, España. ³Facultad de Medicina, Andalucía TECH, Universidad de Málaga. Málaga, España. ⁴Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Málaga Málaga, España**Correspondencia:** José Ramón Alvero Cruz
Correo electrónico: alvero@uma.es

Introducción: La técnica deportiva se define como la forma en la que cada segmento corporal se mueve en relación con los otros durante una tarea de movimiento. El buen dominio de la técnica permitirá una mayor optimización tanto en la aplicación de la fuerza como en el aprovechamiento de la resistencia. La propuesta de estudio se basa en la intervención en factores neuromusculares a través del entrenamiento, como por ejemplo la acción del pie en el suelo, disminuyendo el tiempo de contacto y aumento de la propulsión, debido al apoyo del pie en el suelo con la parte externa del metatarso con el tobillo fijo y la acción de zarpazo. Los antecedentes previos sobre modificaciones producidas en el funcionamiento del aparato locomotor, concretamente sobre la técnica y economía de carrera, a través del entrenamiento, han demostrado cambios cuando se tratan de un programa específico a corto plazo, sin contemplar el uso de un programa de entrenamiento de ejercicios de técnica de carrera. Esta investigación busca analizar los efectos del trabajo específico de técnica de carrera en las variables cinemáticas de la carrera de resistencia.

Pacientes y método: Se presenta un estudio piloto de ensayo clínico aleatorizado. La muestra se compone de 7 corredores divididos en un grupo control y un grupo experimental, al que se le realiza una intervención mediante 8 semanas de trabajo de técnica de carrera específico 3 veces por semana (24 sesiones), y ambos grupos realizan carrera submáxima de resistencia durante 40 minutos, 5 veces por semana (40 sesiones). De los sujetos que comenzaron el estudio fueron descartados 3 por causas de lesión o incumplimiento del programa. Los ejercicios de técnica de carrera fueron 4 repeticiones de 20 segundos cada uno de braceo, y 4 repeticiones de 30 metros cada una de skipping anterior

o elevación de rodillas, skipping posterior o talón-Glúteo, carrera circular o skipping circular, carrera rusa, multsaltos horizontales, hope, elevación de rodilla alta y zancada profunda. Se analizan las variables cinemáticas de la carrera durante el tiempo de apoyo, y su subdivisión en tres fases, mediante grabación y sistema fotoeléctrico Optogait®.

Resultados: El grupo experimental obtuvo una reducción de la fase de contacto en un 7 % y un aumento de la fase de pie plano en un 6,5 %, mientras que en el grupo control se incrementaron las fases de contacto y propulsión en un 25 % y un 15 %, respectivamente.

Conclusión: El trabajo mediante ejercicios de técnica de carrera pueden generar modificaciones cinemáticas asociadas a una fase de contacto más breve y un aumento del tiempo de apoyo durante la fase de pie plano. En cuanto a las limitaciones, es necesario el aumento de la muestra estudiada, además de la adición de grupos que solo realicen técnica y otro al que no se le realice intervención ninguna.

16

EL PIE EN EL FOLCLORE EXTREMEÑO

María Pilar Alfageme García¹, Ana Isabel Pulido Rubio²

¹Grado de Podología Profesora de la Universidad de Extremadura. Badajoz, España. ²Podóloga

Correspondencia: María Pilar Alfageme García
Correo electrónico: palfamegemg@unex.es

Introducción: Folclore extremeño es un término que hace relación al conjunto de creencias, prácticas y costumbres tradicionales del pueblo extremeño. Además, este término también es usado para designar la disciplina que estudia dicha materia. En él se engloba: música, cuentos, leyendas, bailes, supersticiones, gastronomía y artesanía, entre otros, de una cultura local. Son tradiciones compartidas por la población que van a pasar de generación en generación.

Es muy complicado definir que una vestimenta pertenezca a un territorio concreto, excepto aquellos que son excepcionales y específicos de una zona (Montehermoso). Los grupos folclóricos han recopilado una gran parte del patrimonio cultural del vestuario extremeño, aunque también han realizado cambios en ellos para mejorar y realzar el vestuario. Tenemos una gran riqueza de vestuario en nuestro territorio y los designamos de una manera poco casual.

Dado nuestro amor por esta cultura popular hemos querido acercarnos desde la podología y analizar algunas cuestiones; además no existe bibliografía específica de este tema, lo que nos llama más la atención a la hora de estudiarlo.

Los diferentes pasos que realizamos van a influir en las cadenas musculares del cuerpo y con ello en el pie. Tendremos que diferenciar entre pasos más saltados o por el contrario

más pausados, ya que influirán de una manera distinta en las estructuras del pie.

En el baile folclórico, como en cualquier otra disciplina deportiva, aparecen problemas o lesiones de las diferentes estructuras corporales. Estos pueden aparecer tanto a nivel superficial (piel, uñas) como a nivel interno (huesos, articulaciones, músculos, etc.). El objetivo del presente estudio consiste en analizar las patologías podológicas más frecuentes en estos bailarines. El objetivo del presente estudio consiste en analizar las patologías podológicas más frecuentes en estos bailarines.

Pacientes y métodos: Estudio observacional en una muestra de 65 bailarines. Se realizó una hoja de toma de datos y se necesitó un metro y una báscula. La edad incluida es de 26 a 76 años.

Criterios de inclusión y exclusión: Es indispensable realizar la disciplina impuesta, es decir, danza regional. Además, otro de los requisitos fundamentales para la inclusión en el estudio es ser mujer.

El hecho de no firmar la hoja de consentimiento informado sería un criterio de exclusión, así como el sexo masculino (dos de los sujetos a los que se le realizó la encuesta).

Como hemos comentado anteriormente la muestra consta de 40 sujetos, de los cuales 35 son objetivo de estudio.

La edad media de los participantes de la muestra fue de 28,86 años (rango, de 16 a 55), una altura de tacón de 4,01 cm (rango, 1,5 a 6), el peso del traje de 6,65 kg (rango, de 6,2 a 7,1) y la dedicación a la disciplina en una media de 3,03 horas semanales (rango, de 1 a 6).

En la previa realización al estudio se informó al Comité de Bioética de la realización sobre el mismo. La respuesta de este fue positiva.

Todos los integrantes del estudio, además de recibir la información necesaria, participaron de manera voluntaria y firmaron el consentimiento informado.

Resultados: Los resultados obtenidos del estudio referidos a las deformidades digitales muestran que un 62,8 de estos bailarines presentan este tipo de patología en sus pies.

Por el contrario, la presencia de helomas en los pies de los bailarines de folclore extremeño es bajo, solo el 28,5 % de esta población lo presenta.

Las hiperqueratosis es la patología dérmica que más frecuentemente aparece en estos bailarines, en un 97,14 %. Un porcentaje muy alto.

De las patologías analizadas que se presentan en este tipo de baile, los esguinces de tobillo son los más frecuentes con un 49 %, mientras que la fascitis plantar solo aparece en un 10 % de los bailarines.

Es bastante significativa la aparición de esguinces (siendo un total de 21 los casos que aparecen en nuestro estudio) en las personas de menor edad, con un máximo de aparición en los sujetos de 23 años (4 casos). Mientras que en los sujetos de mayor edad de la muestra su aparición disminuye hasta desaparecer, como ocurre con las personas de edades comprendidas entre los 50 a 55 años (excepto 54). La segun-

da patología que más afecta a los sujetos de nuestro estudio es la fascitis plantar con un número de 5 casos, comenzando su aparición a los 23 años de edad.

Conclusiones: La realización del baile o danza folclórica extremeña puede dar lugar a la aparición de diferentes lesiones o patologías en los pies, como hemos podido comprobar en los datos extraídos del estudio realizado.

La aparición de las mismas está relacionada con una mala práctica de la disciplina estudiada, además de una mala concienciación del uso del calzado apropiado.

El peso del traje puede afectar a la aparición de lesiones, así como la altura de tacón.

Aparecen en un mayor porcentaje los sujetos que presentan la lesión de esguinces en un 49 %, así como la aparición de hiperqueratosis la muestran un 97,14 % de total de los

sujetos a los que se le ha realizado el estudio. Las lesiones que aparecen en menos proporción son la onicocriptosis y la desviación del astrágalo en un 2 %.

Este estudio es un primer acercamiento a este tipo de baile tan arraigado en Extremadura. Pretendemos seguir analizando distintos grupos de la región con distintos trajes y tipos de calzado, que nos puedan servir para crear un plan de prevención a la hora de realizar esta danza popular sin presentar patologías podológicas y, por ende, en otras articulaciones del cuerpo.

Dada la importancia del pie en cualquier actividad física que se realice, queremos dar visibilidad a nuestro folclore extremeño, además de estudiar cómo se comporta el pie en este tipo de calzado tan específico y que se pueda seguir utilizando de forma segura.