

REVISTA ESPAÑOLA DE PODOLOGÍA

Publicación Oficial del Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos

49 Congreso Nacional de Podología 2018

Resúmenes de comunicaciones libres



SANTIAGO DE COMPOSTELA, 5-6 DE OCTUBRE DE 2018,

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, Clínica del Pie Elcano, Bilbao, España)

Editores Asociados

- Pedro V. Munuera (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Alfonso Martínez Nova (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura, Cáceres, España)
- Gabriel Gijón Noguero (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Enfermería y Podología, Universidad de Málaga, Málaga, 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)
- Guillermo Lafuente Sotillos (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Francisco Javier García Carmona (Podólogo, Profesor de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España)
- Juan Antonio Díaz Mancha (Fisioterapeuta, Osteópata, Doctor, Profesor del Departamento de Fisioterapia de la Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Alejandro Luque (Fisioterapeuta, Doctor, Profesor del Departamento de Fisioterapia, 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, Policlínico del Pie, Ciudad Juárez, México)
- Luke D. Cicchinelli (Doctor in Podiatric Medicine, Podólogo, Práctica Privada, Vígo, 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; Profesor Podiatry Institute, 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 del Departamento de Enfermería 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, Universidad de Sevilla, Sevilla, España)
- Roberto Pascual Gutierrez (Podólogo, Profesor de Podología, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España)
- Alicia Gavillero Martín (Podóloga, Doctora, Profesora de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España)
- Javier Ferrer Torregrosa (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España)
- Antonio Zalacain Vicuña (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Podología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España)
- Ángel González de la Rubia (Podólogo, Presidente de la Asociación Española de Podología Deportiva, Madrid, España)
- Jose Antonio Cervera Marín (Podólogo, Doctor, Profesor del Departamento de Enfermería y Podología, Universidad de Málaga, Málaga, España)
- Carolina Rosende Bautista (Podóloga, Profesora del Departamento de Ciencias da Saúde, Facultad de Enfermería y Podología, Universidad de A Coruña, Ferrol, A Coruña, España)
- Elena Escamilla Martínez (Podóloga, Doctora, Profesora del Departamento de Enfermería 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, Vicepresidente de la AACP, Práctica Privada, Beas de Segura, Jaén, España)
- Rafael González Ubeda (Podólogo, Práctica Privada, Clínica del pie Zulika Riveros, El Puerto de Santa María, Cádiz, España)
- José Miguel Morales Asensio (Enfermero, Doctor, Profesor del Departamento de Enfermería y Podología, Universidad de Málaga, Málaga, España)
- Manuel Mosqueira Ourens (Podólogo, Doctor, Profesor de la Universidad Católica de Murcia [UCAM], Práctica Privada, Factor Biomecánico, A Coruña, España)
- Eduardo Nieto García (Podólogo, Director del Máster de Cirugía de Mínima Incisión, UCV, Práctica Privada, Clínica E. Nieto Podólogos, Logroño, España)

JUNTA DIRECTIVA COGECOP

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

Publicación semestral

© Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España, 2019. Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.

Incluida en ENFISPO, IME (Índice Médico Español), LATINDEX, DIALNET, Catálogo RIBUIN.

Esta revista y las contribuciones individuales contenidas en ella están protegidas por las leyes de copyright y las 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:

Fotocopiar. Se pueden fotocopiar artículos individuales para uso personal según lo permitido por las leyes de copyright. No se requiere permiso para fotocopiar los artículos publicados bajo la licencia CC BY ni para fotocopiar con fines no comerciales de conformidad con cualquier otra licencia de usuario aplicada por el editor. Se requiere permiso de la editorial y el pago de una tasa para todas las demás fotocopias (puede dirigirse a CEDRO [www.cedro.org]).

Productos derivados. Los usuarios pueden reproducir tablas de contenido o preparar listas de artículos, incluyendo resúmenes de circulación interna dentro de sus instituciones o empresas. A parte de los artículos publicados bajo la licencia CC BY-NC-ND, se requiere autorización de la editorial para su venta o distribución. Para cualquier artículo o artículos suscritos publicados bajo una licencia CC BY-NC-ND, se requiere autorización de la editorial para todos los demás trabajos derivados, incluyendo compilaciones y traducciones.

Almacenamiento o uso. Excepto lo indicado anteriormente, o según lo establecido en la licencia de uso correspondiente, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistemas de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

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

Todos los artículos de la revista se publican en open access bajo licencia CC BY-NC-ND.

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



1 TÉCNICA RUIZ HERRERA: DE LA TEGULOPLASTIA A LA MIS, PARA CORREGIR LA UÑA INVOLUTA

María del Mar Ruiz Herrera

Clinica María del Mar Ruiz. Podóloga. Especialista en Cirugía de Pie y Tobillo. Práctica privada. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

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

Introducción: Se presenta una nueva técnica para corregir, no solo la uña involuta sino también la uña incarnada, mediante una técnica innovadora con incisiones de 1-2 mm y sin necesidad de dar puntos de sutura. La teguloplastia fue la primera técnica creada por la autora para resolver definitivamente la uña en teja. Posteriormente ha realizado una nueva técnica propia a la que ha denominado técnica Ruiz Herrera.

Pacientes y métodos: La técnica se ha realizado previamente en 12 uñas involutas de cadáver, adaptándola a la anatomía y verificando la correcta colocación de los implantes-guía. Los pacientes elegidos son aquellos que presentan una uña en teja leve u onicocriptosis crónica sin tejido inflamatorio. Fueron seleccionados 10 pacientes, 6 mujeres y 4 hombres, siendo 16 las uñas intervenidas desde mayo de 2016 y realizando seguimiento hasta julio de 2018. El acto quirúrgico se realizó bajo anestesia local. La técnica Ruiz Herrera se realiza mediante una técnica mínimamente invasiva, con incisiones de 1-2 mm que no requieren sutura posterior. Para la realización correcta de la técnica Ruiz Herrera es necesario un ecógrafo, rayos X, motor quirúrgico e implantes-guías absorbibles. Comienza con el aplanamiento de la falange distal con una fresa, desde dos incisiones de 1-2 mm en la zona distal del dedo. Seguidamente se despegan los bordes laterales hasta la zona matricial. Posteriormente visualizamos y localizamos la matriz ungueal con el ecógrafo, realizando dos nuevas incisiones de 1-2 mm por las que elevamos la matriz ungueal. Desde las incisiones distales en el pulpejo, introduci-

mos las agujas-guías metálicas por debajo de la matriz ungueal y las insertamos en los cóndilos de la falange proximal. Comprobamos con Rx su perfecta colocación y medimos la distancia. Retiramos la aguja-guía metálica e introducimos el implante-guía absorbible definitivo, pasando por debajo de la matriz ungueal e insertándolo en el cóndilo de la falange proximal. Ajustamos desde distal el implante-guía absorbible. Protegemos las incisiones con puntos adhesivos y vendaje semicompresivo del dedo.

Resultados: El resultado de los 16 casos tratados ha sido de satisfacción entre los pacientes, y la corrección de la uña involuta en todos los casos excepto dos, en los que se produjo la salida del implante-guía a los 4 meses postoperatorios. En otros dos casos se retiró la guía a los 24 meses, ya que se movió de su lugar de colocación, produciendo molestias, pero se mantuvo la corrección de la uña involuta. Por este motivo, en los últimos pacientes se ha cambiado el implante-guía por otro, con el propósito de conseguir una mayor sujeción al implantarlos.

Conclusión: La técnica requiere seguir los pasos indicados y no realizarla "a ciegas", con el riesgo de dañar la matriz ungueal, y colocar adecuadamente los implantes-guía. La falta de estabilidad del implante-guía y su salida temprana en dos pacientes son el motivo de la no corrección en estos dos casos. Con la colocación de un adecuado implante-guía se solucionan las dificultades de la técnica. Se da a conocer esta técnica a los profesionales como una nueva alternativa quirúrgica para la uña involuta.

2 EXOSTOSIS SUBUNGUEAL: DIFERENTES CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE QUIRÚRGICO ENTRE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS. UN GRAN ERROR TERMINOLÓGICO

Laura Pérez Palma, Germán Álvarez Martínez, Enric Giralt de Veciana

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



Correspondencia: Laura Pérez Palma
Correo electrónico: lperez@ub.edu

Introducción: La coexistencia de deformidad del lecho ungueal y la exostosis subungueal es un hallazgo frecuente en la práctica podológica en la cuarta y quinta décadas de la vida. Sin embargo, ha sido descrito por otros especialistas como un tumor osteocartilaginoso poco frecuente, más prevalente durante la segunda y la tercera década de la vida. Este estudio intenta determinar las causas de esta discrepancia. Para ello se realiza revisión sistemática y disección en cadáver en respuesta a las siguientes preguntas: 1) ¿la exostosis subungueal diagnosticada por podólogos es una patología diferente de la exostosis subungueal de Dupuytren?; 2) ¿existen diferencias significativas en el rango de edad, los criterios de diagnóstico y el tratamiento de las muestras estudiadas, diagnosticadas como exostosis subungueal por diferentes especialidades médicas?

Material y métodos: Se realizó, en primer lugar, una revisión bibliográfica sistemática y metanálisis en múltiples bases de datos, fuentes de podología y otros, y se seleccionaron palabras clave para lograr una estrategia de búsqueda amplia. Se seleccionaron estudios que informaron sobre la epidemiología y el tratamiento de las lesiones de exostosis subungueal en las extremidades inferiores en 10 o más pacientes. Siete artículos con las edades de cada uno de los pacientes se incluyeron en el análisis de datos de edad. A continuación, se hizo una comparación entre los criterios de diagnóstico para los seleccionados. En una segunda fase se realizó disección anatómica en cadáveres, seleccionando tres especímenes para explicar y discutir sobre la verdadera naturaleza de la exostosis diagnosticada por podólogos. Se realizó paralelamente localización de pacientes/participantes diagnosticados de exostosis subungueal por el servicio de Cirugía del Hospital Podológico de la Universidad de Barcelona de 2014 a 2018, exéresis de la lesión ósea completa y colocación en formol para posterior estudio histopatológico.

Resultados: Los resultados del modelo revelan que, aunque existen algunas diferencias significativas entre los estudios individuales, el factor principal probado en la revisión bibliográfica (edad del paciente) fue claramente significativo ($F1; 5,2 = 78,12; p < 0,001$), lo que muestra que se realizaron estudios provenientes de la especialidad Podología en individuos con una edad media de 37 años, mayor que en estudios de otras especialidades. Las características clínicas, radiológicas y el tratamiento descrito en Podología también contrastan con los de las otras especialidades. El estudio histopatológico muestra una lesión completamente diferente de la exostosis subungueal de Dupuytren.

Conclusiones: La exostosis subungueal descrita por los podólogos, de acuerdo con los parámetros de una verdadera exostosis, es diferente de la exostosis subungueal de Dupuytren, y debe considerarse como una entidad patológica diferente. Presentamos valoración final de clasificación dentro de patologías óseas subungueales y ampliación algoritmos terapéuticos.

3

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LA MATRICECTOMÍA PARCIAL CON LÁSER 1064NM Y LA MATRICECTOMÍA PARCIAL CON FENOL-ALCOHOL, EN CIRUGÍA UNGUEAL PARA ONICOCRIPTOSIS

Luis Castillo Sánchez^a, Antonio Jesús Zalacain Vicuña^b

^aProfesor Asociado de Cirugía Podológica. Campus de Ciències de la Salut de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Universitat de Barcelona. ^bProfesor Titular Director Departament de Podologia. Campus de Ciències de la Salut de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Universitat de Barcelona

Correspondencia: Antonio Jesús Zalacain Vicuña
Correo electrónico: azalacain@ub.edu

Introducción: La onicocriptosis es una afección de las uñas de los pies muy frecuente en la consulta del podólogo. Actualmente, el nuevo láser 1064 nm nos permite, mediante una fibra óptica de 400 micrómetros de diámetro, el poder cortar, coagular y vaporizar, aplicándolo para realizar una matricectomía física con mayor precisión y minimizando las diferentes variables del periodo posquirúrgico. En este estudio se va a describir la matricectomía parcial mediante láser 1064 nm y la modificación mediante la resección quirúrgica del tejido cauterizado, comparándolas con la técnica del fenol-alcohol y la modificación realizada por Ogalla, durante el periodo postquirúrgico en onicocriptosis estadios I y IIa según la clasificación de Mozena.

Pacientes y métodos: Este trabajo es un estudio analítico experimental tipo ensayo clínico aleatorio prospectivo y longitudinal.

La muestra se compone de 84 pacientes, entre 10 y 70 años, que hayan tenido una onicocriptosis de primer dedo en estadio I y IIa, dentro de la clasificación de Mozena, y que hayan cumplido los criterios de inclusión.

Las variables del estudio han sido el tiempo de cicatrización, el dolor postquirúrgico, la inflamación postquirúrgica, la infección postoperatoria y la recidiva postquirúrgica, aunque también se han valorado las variables edad, diabetes, lateralidad y el canal ungueal donde se ha hecho la cirugía.

Técnicas quirúrgicas: en todas las técnicas quirúrgicas se procedía a la asepsia, anestesia y extracción de la espícula de igual forma. A continuación, con el láser 1064 nm y fibra óptica de 400 micrómetros en modo continuo y 10 w de potencia, se procede a la cauterización de la zona matricial dos veces durante 5 segundos y se irriga con solución salina. En el caso de la matricectomía con fenol, se aplica el fenol al 92 % con torunda durante 60 segundos y posterior dilución con alcohol durante dos veces y se deja un drenaje con mupirocina 20 mg/g. Y en el caso de las técnicas con resección, se procede a continuación con la escisión del tejido cauterizado con la hoja del 15 para transformar una herida por quemadura y cicatrización por segunda intención en una herida incisional que cicatrice por primera intención, cerrando la herida con

un punto de sutura con seda 4 ceros a nivel de eponiquio y el resto con tiras de aproximación.

Resultados: En el estudio de la variable “tiempo de cicatrización”, siendo el objetivo principal de nuestro trabajo, hemos obtenido el resultado de que el tiempo de cicatrización en los pacientes intervenidos con la técnica del láser 1064 nm y resección es la menor con 11,9 días.

La variable dolor posquirúrgico ha sido similar, utilizando la técnica de láser puro y fenol puro, sin embargo, la media utilizando láser con resección es inferior a la media utilizando fenol con resección.

En cuanto a la variable inflamación posquirúrgica, obtenemos que la técnica del láser con resección presenta una media de -0,1286 y es inferior a la media 0,0381 de la técnica del fenol con resección, siendo además la media más baja de las cuatro técnicas, tanto en la variable inflamación a las 48 h como a los siete días.

La tasa de infección ha sido del 11,7 % a las 48 h de la cirugía, y de una tasa del 3,6 % a los siete días de la cirugía.

En cuanto a las variables cualitativas “recidiva a los seis meses” y “recidiva a los 12 meses”, el resultado obtenido para el total de la muestra es de una tasa de recidiva del 1,2 % a los seis meses y a los 12 meses de la cirugía.

Conclusiones: La técnica de la matricectomía parcial con láser y resección del tejido cauterizado reduce el tiempo de cicatrización, reduce el dolor postoperatorio y la inflamación postquirúrgica respecto al resto de técnicas a estudio. El índice de infección es bajo a todas las técnicas y no depende de ninguna técnica en concreto. El índice de recurrencia postquirúrgica es bajo en todas las técnicas, por lo que todas las técnicas son seguras y eficaces.

4

PAUTA ANTITROMBÓTICA PERIOPERATORIA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA. ADAPTACIÓN A LOS NUEVOS FÁRMACOS ANTICOAGULANTES

Santiago Nieto Farrán^a, Edurne Nieto San Martín^b

^aPodólogo. Profesor Máster de Cirugía Podológica Minimamente Invasiva. Universidad Católica de Valencia.

^bPodóloga. Postgrado en Patomecánica por la Universidad de Barcelona.

Correspondencia: Santiago Nieto Farrán
Correo electrónico: sanifa3@gmail.com

Este trabajo se basa en dos realidades perfectamente contrastadas, como son la alta prevalencia de pacientes sometidos a terapia de anticoagulación que precisan tratamiento quirúrgico en podología y la aparición de cuatro fármacos anticoagulantes de nueva generación:

- Dabigatrán (Pradaxa[®]).
- Rivaroxabán (Xarelto[®]).
- Apixabán (Equilix[®]).
- Edoxabán (Lixiana[®]).

El primero es un inhibidor directo de la trombina y los tres siguientes actúan inhibiendo el factor Xa de la coagulación.

La finalidad de su empleo es conseguir un equilibrio entre el riesgo de trombosis en caso de eliminar la terapia anticoagulante en el perioperatorio o el riesgo hemorrágico en caso de su mantenimiento, evitando así la TVP y las consecuencias de FA.

Todos estos fármacos comparten cuatro características comunes:

- No precisan de una monitorización rutinaria.
- Poseen un efecto anticoagulante predecible.
- Tienen bajo potencial de interacciones.
- Su eficacia es similar a lo anticoagulantes inhibidores de la vitamina K.

En relación con su empleo e indicaciones, se ha realizado una revisión de las diferentes guías confeccionadas por prestigiosas sociedades científicas, como son:

- Sociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEDAR).
- American College of Chest Physicians (ACCP).
- European Society of Cardiology (ESC).
- American College of Cardiology (ACC).
- American Heart Association (AHA).
- Asociación Francaise du Anestesiology (SFAR).

De su análisis, obtenemos las siguientes conclusiones:

- La pauta más habitual consiste en suspender la pauta antitrombótica 24/48 horas previa intervención, y se repondrá a las 12/24 horas siguientes a su finalización.
- El mayor riesgo lo componen pacientes con stent coronario reciente o infarto agudo de miocardio menor a seis meses.
- El menor riesgo lo tenemos en pacientes afectados por ictus o infarto en un periodo superior a 12 meses.
- La calificación de la cirugía podológica como de bajo riesgo, tanto hemorrágico como trombotico.
- La existencia de múltiples estudios observacionales de gran variabilidad en la práctica clínica que no permiten obtener resultados concluyentes.
- La importancia de mantener una relación profesional próxima entre el podólogo y el especialista vascular.
- Decisión de cómo y cuándo instaurar terapia puente heparínica, si se precisase.
- La dosificación adecuada en relación con el fármaco y patología tratada.
- El empleo de antídotos en caso de riesgo hemorrágico inminente de probada efectividad (idarucizumab y andexanet alfa).

5

ANSIEDAD POSTQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PODOLÓGICA

Dolors Arxé Planella^a, Sílvia Edo Izquierdo^b, Núria Espada Martín^c, Jordi Fernández Castro^d

^aPodóloga. Máster en Psicología de la Salut i de l'Esport.

^bCatedrática del Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación. Universitat Autònoma de Barcelona.

^cProfesora Asociada Podología. Universidad de Barcelona.

^a*Catedrático del Departamento de psicología básica, evolutiva y de la educación. Universitat Autònoma de Barcelona.*

Correspondencia: Núria Espada Martin
Correo electrónico: nuriesma@gmail.com

Introducción: La literatura sugiere que las cirugías ambulatorias pueden aumentar la ansiedad del paciente durante el periodo postquirúrgico. La ansiedad que el paciente puede experimentar desde el momento que finaliza la cirugía hasta el alta quirúrgica ha recibido una atención insuficiente en la literatura médica y en la práctica habitual.

El objetivo de esta investigación es estudiar la ansiedad durante el proceso postquirúrgico temprano en pacientes sometidos a cirugía podológica y su relación con aspectos relevantes para su recuperación, como son: el dolor, los días de recuperación y la satisfacción con la atención recibida. Analizaremos también la relación de la ansiedad postquirúrgica con aspectos congestivos propios de la situación, como son la percepción de control y las preocupaciones.

Pacientes y métodos: Para responder a los objetivos marcados se diseñó un estudio observaciones longitudinal de medidas repetidas. Este estudio se realizó en el Hospital Podológico de la Universidad de Barcelona. Participaron un total de 116 pacientes. Incluye solamente cirugía ambulatoria de pie bajo anestesia local y sin sedación. Los pacientes incluidos en este estudio no tenían patología psicológica previa y no necesitaron tomar ninguna medicación ansiolítica ni relajante el día de la cirugía ni durante el periodo quirúrgico.

Se realizaron cuatro recogidas de datos, una el día de la cirugía y tres postquirúrgicas: a las 48 horas, a los 10 días y a las tres semanas.

Se utilizó el cuestionario STAI (E) para medir la ansiedad, una escala análogo visual para medir el dolor, un registro de medicación para controlar el consumo de medicación y se creó un cuestionario propio para estudiar el control percibido, las preocupaciones y la satisfacción.

Resultados: Los resultados obtenidos en este estudio indican que la ansiedad durante el periodo postquirúrgico temprano en cirugía podológica existe, aunque de forma moderada y variando según la persona. La ansiedad registrada el día de la intervención quirúrgica decrece con el paso del tiempo hasta los 10 días.

La relación de esta ansiedad con el dolor resultó ser especialmente importante a los 10 días postquirúrgicos, mientras que no se encontró relación entre la ansiedad y el consumo de analgésicos.

Se encontró una relación significativa entre la ansiedad del día de la cirugía y los días de recuperación. Destaca que la mayoría de los pacientes sometidos a cirugía podológica en este estudio se muestran satisfechos.

Discusión: La percepción de control se relaciona con la ansiedad, siendo los niveles máximos de control sobre la medicación, las curas y la detección de signos de alerta los que garantizan unos menores niveles de ansiedad.

La preocupación manifestada por la recuperación en el periodo postoperatorio también se relaciona con el nivel de ansiedad.

Los resultados obtenidos se han recogido en una serie de recomendaciones clínicas para que los podólogos puedan mejorar su práctica diaria.

6

EFFECTO DE LAS ORTESIS PLANTARES REALIZADAS A MEDIDA *VERSUS* ORTESIS PLANTARES AMORTIGUADORAS REALIZADAS SIN MOLDE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO

María Reina Bueno^a, Pedro V. Munuera Martínez^a, Carmen Vázquez Bautista^a, Sergio Pérez García^b, Carolina Rosende Bautista^b

^a*Departamento de Podología. Universidad de Sevilla.*

^b*Departamento Ciencias da Saúde. Universidade da Coruña.*

Correspondencia: María Reina Bueno
Correo electrónico: mreina1@us.es

Introducción: La artritis reumatoide (en adelante, AR) afecta entre un 0,3-1,5 % del total de la población mundial.

La afectación del pie se da en más del 85 % de todas las personas con AR y se relaciona con deformidades en antepié y retropié valgo.

Se han realizado diversos estudios para comprobar el efecto de las ortesis plantares en pacientes con AR y sintomatología dolorosa en los pies. Los resultados de los mismos son contradictorios.

Los objetivos de esta investigación son comprobar el efecto de las ortesis plantares realizadas a medida *versus* las ortesis plantares amortiguadoras realizadas sin molde sobre el dolor y la función del pie y en la calidad de vida en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: Se trata de un ensayo clínico aleatorio que se llevó a cabo en la Universidad de Sevilla y de A Coruña entre enero de 2016 y febrero de 2018.

Previo firma del consentimiento informado, se comprometen a utilizar un calzado fisiológico y las ortesis plantares asignadas durante 7 días/semana, 8 horas como mínimo, durante 3 meses.

Se asignaron aleatoriamente a uno de los grupos de estudio: Grupo A Experimental (soporte plantar con una cubierta de Rovalfoam[®] de media densidad, polipropileno de 2 mm retrocapital, refuerzo en talón de etil vinil acetato de 5 mm de alta densidad y cresta subdigital de Rovalfoam[®] de media densidad) y Grupo B Control (soporte plantar confeccionado con Rovalfoam[®] de 5 mm de grosor de media densidad sin adaptar).

El Cuestionario de Salud SF-12, la Escala Visual Analógica del Dolor (EVA) autoadministrado, el Cuestionario de Manchester Modificado y el Foot Function Index (FFI) se administran en la primera visita y en la última revisión (a los 3 meses).

Resultados: La muestra inicial está formada por un total de 68 pacientes con AR; el 50 % el grupo A y el 50 % el grupo B. Hay una pérdida de 15 pacientes, lo que supone un 22,1 % del total; 7 (20,6 %) del grupo A y 9 (26,5 %) del grupo B. La muestra final está compuesta por 53 pacientes; 28 (52,8 %) del grupo A y 25 (47,2 %) del grupo B.

En ambos grupos hay una mejoría con respecto al dolor y la función del pie; esta mejoría no se refleja en la calidad de vida. Al comparar los valores iniciales y finales, en el grupo experimental existe una diferencia estadísticamente muy significativa respecto a la escala EVA y en el FFI (dolor y total); y una diferencia estadísticamente significativa respecto a los días de dolor, FFI discapacidad y en el cuestionario de Manchester Modificado Total. En el grupo control no existe diferencia estadísticamente significativa en los distintos cuestionarios, salvo en los días de dolor.

Conclusiones: Las ortesis plantares hechas a medida y las amortiguadoras realizadas sin molde tienen un efecto positivo en el dolor y la función del pie en pacientes con AR. Este efecto es mayor con las ortesis hechas a medida. Ambos tratamientos no presentan beneficios en la calidad de vida de estos pacientes.

7

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LA FISURA DEL 5.º METATARSIANO EN EL FÚTBOL

Antonio Gómez-Bernal^{a,b,c}, Aitor Pérez-Morcillo^{a,d,e}, Javier Alfaro-Santafé^{a,b,f}, Víctor Alfaro-Santafé^{a,b,g}

^aPodoactiva. Parque Tecnológico Walqa. Huesca. ^bFacultad CCSS. Dpto Podología Universidad de Manresa, Barcelona.

^cPodólogo del primer equipo de la Sociedad Deportiva Huesca.

^dFacultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Murcia.

^ePodólogo del primer equipo del Newcastle United FC.

^fPodólogo de la Selección Española de Fútbol Absoluta y del Real Zaragoza CF.

^gPodólogo del primer equipo del Real Madrid CF.

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

Introducción: Son diversos los trabajos que indican la dificultad en el tratamiento de la fractura proximal del quinto metatarsiano, reseñando principalmente los problemas en la consolidación ósea o los casos de refractura. Existen diferentes clasificaciones que describen las fracturas proximales en el quinto metatarsiano, siendo la más utilizada la clasificación propuesta por Dameron.

La diáfisis está irrigada a través de una arteria nutriente, que proporciona aporte sanguíneo a la zona junto a un leve aporte de los vasos sanguíneos periósticos. No existe una continuidad con anastomosis de la irrigación de la base y de la diáfisis del quinto metatarsiano, generando una zona avascular responsable de los problemas de consolidación en las fracturas/fisuras.

Caso clínico: En este caso clínico presentamos a un paciente futbolista de élite, de 18 años, con un peso de 72 kg y una altura de 173 cm. Nunca había sido tratado mediante tratamiento ortopodológico por decisión propia. El paciente sufre una fisura en el quinto metatarsiano del pie izquierdo debido a un lance del juego. Debido a la necesidad de acortar los tiempos de recuperación y a las características y lugar de la fisura, se opta por tratamiento conservador.

Durante las dos primeras semanas, se evitó la carga total del antepié mediante muletas y aplicación de férula de inmovilización y descarga total Walker fijo corto (Orliman).

Desde la segunda semana hasta la cuarta, se realizó la transición del Walker fijo corto a la carga de marcha sin muletas con calzado deportivo tipo *running*. En este momento, después de realizar un estudio biomecánico de la marcha, se integró el tratamiento conservador consistente en unas plantillas personalizadas con una corrección de retropié consistente en un lateral heel skive de 5°/8 mm. Desde la cuarta semana hasta la sexta semana, se realizó una readaptación específica en terreno de juego con ejercicios dinámicos orientados al gesto deportivo específico del fútbol. Con nuevos estudios biomecánicos de la carrera y gesto deportivo, se establecieron diferentes tratamientos de plantillas en los calzados del paciente, según las sollicitaciones biomecánicas. Por un lado, una corrección de retropié consistente en un lateral heel skive de 10°/5 mm para el calzado de *running*, mientras que la graduación del calzado de fútbol consistió en un lateral heel skive de 10°/8 mm.

Conclusión: Destacamos este caso clínico con el objetivo de resaltar la importancia y el valor añadido aportado por el podólogo dentro de los servicios médicos de un equipo de fútbol profesional, así como la validez del tratamiento conservador para este tipo de lesiones en función de las consideraciones médicas y de las características y localización de la lesión.

8

MEDIAL Y LATERAL TAD

Moisés Pardos Barrado

Clinica Del Pie. Zaragoza

Correspondencia: Moisés Pardos Barrado
Correo electrónico: moisespbw@gmail.com

En la tesis doctoral realizada por Moisés Pardos que lleva por título *Efecto cinemático de la ortesis plantar en el pie plano flexible infantil*, se comparó el efecto de tres ortesis sobre un grupo de 24 niños con pie plano flexible. La ortesis por elementos de Lelièvre, la ortesis invertida de Blake con Medial Heel Skive de Kirby y la ortesis de resina con TAD (Dorca, Céspedes y cols.). En el estudio se utilizó un sistema de estereofotogrametría bajo la supervisión del grupo consolidado IDERGO de la Universidad de Zaragoza.

Los resultados de la cinemática de retropié reflejaron una significativamente menor eficacia de la ortesis de resina en el control de la pronación respecto de las otras dos ortesis. Incluso se detectó un efecto inverso de la ortesis de resina. La eficacia de la ortesis de resina sobre la cinemática de la articulación mediotarsiana no experimentó diferencias significativas sobre el registro más corrector de la ortesis por elementos. Una de las conclusiones extraídas fue que los resultados decepcionantes sobre la cinemática de retropié podrían estar relacionados con el diseño de la ortesis en su porción posterior. Una observación similar sobre la ortesis invertida de Blake, llevó a Kirby a describir su Medial Heel Skive. La conclusión fue: ¿se puede introducir un elemento medial o lateral posterior y convertir la ortesis de resina en una equivalente al medial o lateral Heel Skive?

Se propone un nuevo diseño de la ortesis de resina con una cuña supinadora intrínseca (Medial TAD) o pronadora intrínseca (Lateral TAD) realizada mediante una maniobra específica durante la realización de la técnica, y una variante de modificación tras la TAD tradicional. Conceptualmente el nuevo diseño se asemeja a las dos ortesis con las que se comparó (ortesis por elementos de Lelièvre y ortesis invertida de Blake con Medial Heel Skive de Kirby), en el plano inclinado de medial a lateral (medial TAD) o de lateral a medial (lateral TAD), en corte frontal y posterior de la ortesis. Podría concluirse que el diseño en plano inclinado de la ortesis en su porción posterior generaría más estabilidad en el choque de talón. En un estudio preliminar con un solo caso con retropié pronado se pudo cuantificar el efecto significativamente más corrector de la ortesis con MEDIAL TAD, respecto de una ortesis con TAD tradicional. Este efecto debería comprobarse con estudios posteriores.

9

DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES PREDISPONENTES DE LA ENFERMEDAD DE SEVER

Rosa Leyda Pineda^a, Ángel Manuel Orejana García^b, Julio Fernández Garrido^a

^aProfessor/a Departament d' Infermeria. Facultat d' Infermeria i Podologia de la Universitat de València. ^bProfesor Departamento de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: Rosa Leyda Pineda
Correo electrónico: rosa.leyda@uv.es

Introducción: El presente trabajo tiene como objetivo estudiar si los factores somáticos del individuo y las características del pie (factores intrínsecos), el tipo y horas semanales de deporte realizado, el drop del calzado deportivo utilizado y la pertenencia a un club deportivo federado (factores extrínsecos) determinan el riesgo para el desarrollo de la enfermedad de Sever.

Pacientes y métodos: Realizamos un estudio prospectivo para determinar los factores predisponentes de la enfermedad de Sever. Se tomaron muestras intrínsecas y extrínsecas al individuo a un total de 175 sujetos (350 pies) a inicios del curso escolar y se registraron los casos de enfermedad de Sever que surgieron durante el curso escolar, obteniendo una incidencia de la enfermedad en la población infantil del 10,9 %.

Resultados: El análisis estadístico determinó que factores intrínsecos al sujeto, como son el género, el índice de masa corporal y el rango de flexión dorsal de tobillo, suponen un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, no siendo factores predisponentes las alteraciones morfofuncionales del pie, ni el Foot Posture Index del sujeto. De los factores extrínsecos analizados, se concluye que el fútbol es el deporte con mayor casos de desarrollo de la enfermedad, y que tanto la ausencia de drop en el calzado deportivo, como el mayor número de horas de actividad física realizada a la semana y la pertenencia del sujeto a un club deportivo federado suponen un factor predisponente para el desarrollo de la enfermedad de Sever.

Conclusión: Los factores intrínsecos al individuo que suponen un factor de riesgo son la edad, el género y el IMC, siendo el género masculino el que presenta 2,84 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad. En cuanto a los factores extrínsecos al individuo estudiados, todos ellos suponen factores de riesgo, con aumentos de dicho riesgo muy significativos. La ausencia de drop en el calzado supone 4,63 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad, y la práctica deportiva más de 11 horas semanales aumento el riesgo en 7,23 veces.

10

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ECOGRÁFICO DE LA FASCITIS PLANTAR. EL ECÓGRAFO COMO HERRAMIENTA ESENCIAL PARA EL PODÓLOGO

Esther Caballé Pardo, Helena Fuguet Surroca

^aProfessor/a Departament d' Infermeria. Facultat d' Infermeria i Podologia de la Universitat de València. ^bProfesor Departamento de Enfermería. Universidad Complutense de Madrid.

Introducción: Este trabajo surge después de observar la alta prevalencia de diagnósticos de "Fascitis plantar" en pacientes con talalgia de uno o ambos pies sin una evidencia de diagnóstico testado previo de dicha patología.

Llegados a este punto se podría cuestionar lo siguiente: ¿hay alguna relación entre la práctica deportiva y una talalgia? ¿Cuál es la mejor manera de diagnosticarlo? ¿Realizando un buen diagnóstico obtendremos mejores resultados?

Pacientes y métodos: Realizamos un seguimiento de 40 pacientes, 17 hombres y 23 mujeres, de edades comprendidas entre los 30 y los 50 años y con un IMC dentro de la

normalidad. El 70 % de ellos acudieron a nuestra consulta diagnosticados previamente de fascitis plantar, mientras que el 30 % restante aún no había sido diagnosticado.

Todos los pacientes visitados tenían en común la ausencia de antecedentes traumáticos, una práctica deportiva de 2 a 3 días por semana, la existencia de talalgia próximo-distal o latero-medial y la ausencia de lesiones dérmicas en el área dolorosa.

Se realizó una exploración física en sedestación y bipedestación y una ecografía con dos sondas lineales músculo-esqueléticas, una de 6-10 MHz y otra de 6-12 MHz, tanto en un plano longitudinal como transversal.

Resultados: Los resultados fueron la presencia de espolón calcáneo en un 30 % de los pacientes, una fascitis plantar uni o bilateralmente en un 55 % de los casos, de las cuales en un 32 % iban asociadas a otras patologías, y finalmente un 45 % de los talalgias se debían a otras patologías como:

- Atrofia de la grasa plantar.
- Atrapamiento del nervio tibial posterior o sus ramificaciones (síndrome túnel tarsiano o atrapamiento del nervio de Baxter).
- Rotura fibrilar de la fascia plantar o del flexor corto de los dedos.
- Variz plantar o trombosis plantar venosa.
- Edema óseo calcáneo.

Conclusiones: Cuando nos encontramos frente un dolor talar, el uso de la ecografía músculo-esquelética es una buena herramienta para obtener un buen diagnóstico, en algunos casos por encima de la resonancia magnética y la radiografía.

La fascitis plantar se diagnostica en exceso, al ser confundida por otras patologías o no presentarse aisladamente, con lo que la evolución de los pacientes puede no ser la esperada.

11

DESARROLLO DE SISTEMA PORTÁTIL CUANTITATIVO DE LA ALTURA DEL TUBÉRCULO DEL ESCAFOIDES EN DINÁMICA

María Macarena Varela Castro^a, Carolina Rosende Bautista^b, María Teresa Seoane Pillado^c

^aGraduada en Podología por la Universidad de A Coruña.

^bProfesora colaboradora a tiempo completo de la Escuela de Enfermería y Podología. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña.

^cProfesora asociada de la Escuela de Enfermería y Podología. Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad de A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC).

Correspondencia: María Macarena Varela Castro
Correo electrónico: Macarena.varela@udc.es

Introducción: El aumento del recorrido del escafoides en el plano sagital, como consecuencia del exceso de pronación de la articulación subastragalina (ASA), se ha identificado en diversos metanálisis como factor de riesgo de sufrir lesiones

en el miembro inferior por sobreuso. En la terapéutica ortopodológica es habitual la prescripción de ortesis plantares, cuyo objetivo biomecánico es la disminución del recorrido en pronación de la ASA, que podemos valorar desde la movilidad en el plano sagital del escafoides. Actualmente no disponemos de dispositivos que nos permitan comprobar este movimiento en el plano sagital en situaciones reales, limitándose los análisis existentes a espacios artificiales o mediante el análisis de presiones en el plano transversal.

El presente trabajo describe el diseño y resultados preliminares de un sistema basado en sensores inerciales que permite la cuantificación del movimiento real del tubérculo del escafoides en el plano sagital de una manera portátil, permitiendo observar el movimiento real del mismo en los sujetos a evaluar.

Posteriormente y debido a la falta de equipación de la técnica actual, sería necesario la realización de procesos de validación, quedando pendiente de posteriores estudios en comparación con el Sistema de Análisis Secuencial de vídeo (MVSA) ya dotado de una precisión de 0,5-0,8 mm (1).

Pacientes y métodos: El sistema ha sido evaluado en diez sujetos asintomáticos a los que se les hizo caminar descalzos en un tapiz rodante, manteniéndose una velocidad constante durante tres minutos en cuatro ocasiones diferentes. El proceso se repitió en todos los sujetos con calzado del mismo modelo.

Previamente se les colocó el sistema en el pie derecho, marcándose el área del sensor gráficamente sobre la piel en cada medición.

Se cuantificó la confiabilidad mediante el Coeficiente de Correlación Interclase entre las mediciones de días y estados diferentes, entendiéndose como dichos estados, el encontrarse calzado o descalzo.

Resultados: Se ha obtenido una confiabilidad excelente, según los valores establecidos por Fleiss, un Índice de Correlación Interclase superior a 0,9, pudiéndose asegurar la detección de diferencias de 0,1 mm entre las mediciones mediante la comparación de datos pareados, con un nivel de confianza del 95 % y una potencia estadística del 90 %.

Conclusiones: Los resultados experimentales preliminares sugieren que el sistema es altamente sensible, quedando pendiente la validación de los mismos frente a los ya existentes.

Dicho sistema puede ser muy prometedor, tanto para la práctica clínica, comprobando la capacidad del efecto biomecánico de las ortesis plantares, como para futuras investigaciones, siendo necesario previamente afianzar y validar los resultados obtenidos.

12

VARIACIÓN DE LA TEMPERATURA PODAL TRAS CARRERA EN ASFALTO Y MONTAÑA

Víctor García Maqueda^a, Alfonso Martínez Nova^b

^aPodólogo. Universidad de Extremadura, España.

^bDepartamento de Enfermería. Podología. Universidad de Extremadura

Correspondencia: Víctor García Maqueda
Correo electrónico: victorgarciamaqueda@hotmail.com

Introducción: Según el tipo de superficie por donde el atleta corra, este interactúa con ellas de formas diferentes. Para estudiar esta interacción, hemos utilizado la termografía. En el presente trabajo estableceremos una relación entre el cambio de distribución de temperaturas en las distintas zonas del pie, con cambios biomecánicos a la hora de correr por superficies distintas.

Pacientes y métodos: La muestra del estudio fue de 10 individuos. Respecto a la metodología de medición se realizaron cuatro fotografías a cada atleta, una antes y otra después de correr en ambas superficies. Se eligió el pie izquierdo y se midieron 6 puntos: pulpejo del primer dedo, cabeza del primer y quinto metatarsiano, cabezas centrales, ALI y talón.

Resultados:

1. Antes de correr la temperatura mayor del pie se encontraba en el ALI. La temperatura más baja en el pulpejo del primer dedo.
2. Después de correr sobre asfalto, la temperatura más alta se encontraba en el ALI y la más baja en el pulpejo del primer dedo. Tras correr sobre tierra, las más altas se encontraban en cabezas centrales, cabeza del 5.º y ALI. La menor en el pulpejo del primer dedo.
3. Se observa cómo hay diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las medias pre-post carrera en todas las zonas que se han medido, en ambas superficies.

4. Existen diferencias significativas para las variaciones medias de las temperaturas en el pulpejo del primer dedo ($p = 0,003$) y la cabeza del primer metatarsiano ($p = 0,026$), siendo siempre mayor la diferencia de temperaturas en el asfalto que en la tierra.
5. Se observa que en los corredores con menor estatura, es mayor la variación térmica. Existen diferencias significativas en la cabeza del primer metatarsiano ($p = 0,019$), cabeza del quinto ($p = 0,021$) y del talón ($p = 0,015$).

Conclusiones:

1. Previo a la carrera, la zona más caliente del pie se encuentra en el ALI. Tras correr en asfalto, el ALI es la zona de mayor temperatura. Tras correr sobre tierra, el punto más caliente se encontró sobre las cabezas de los metatarsianos centrales. El punto más frío del pie siempre fue el pulpejo del primer dedo.
2. La diferencia más alta de temperatura tras la carrera en asfalto se concentró en el pulpejo del primer dedo. En tierra, se concentró en antepié, igualado a retropié. La zona que menos varió en asfalto fue el retropié, mientras que en tierra fue el ALI.
3. Las variaciones térmicas tras correr en asfalto fueron mayores que tras correr sobre tierra.
4. La variable antropométrica que afectó de una forma más significativa a la temperatura del pie tras correr sobre asfalto fue la estatura, encontrándose diferencias significativas en las zonas de 1.ª y 5.ª cabeza metatarsal y en el talón.