

GALENOS

MAGAZINE

WWW.GALENOSELSALVADOR.COM

MUJERES EXITOSAS

CREATIVAS

NEUROCIRUJANA

CIRUJANA-ORTOPEDA
ONCÓLOGA

PROFESIONALES

PASIÓN POR
SU PROFESIÓN

LÍDERES

MÉDICOS

EXITOSAS



**03**

SALUDO
DÍA INTERNACIONAL
DE LA MUJER

**08-09**

CONSEJO PARA EVITAR EL
SÍNDROME DE LA CLASE
TURISTA

**14-15**

LA IMPORTANCIA DE
PREVENIR EL CÁNCER DE
VESÍCULA

**20-21**

ENFERMEDADES POR
FLUJO GASTROESOFÁGICO

**04-05**

LA IMPORTANCIA DE LA
CITOLOGIA CERVICAL

**10-11**

LA DIABETES Y LA
INSUFICIENCIA RENAL

**16-17**

PREVENGAMOS LA
OSTEOPOROSIS

**22-23**

TUBERCULOSIS

**26-27**

PUBLICIDAD

**06-07**

CÁNCER DE PULMÓN

**12-13**

EL HUESO COMO
ÓRGANO DIANA DE
METASIS

**18-19**

REPRODUCCIÓN
ASISTIDA Y LA BENDICIÓN
DE SER PADRES

**24-25**

IMPLANTES DISCALES
PARA EL DOLOR DE
ESPALDA BAJA

Créditos

El contenido de cada uno de los artículos es responsabilidad del médico que lo redacta.

Editores Propietarios



Editora

Licda. Brenda Rodríguez

Diseñador

Licda. Ana Díaz

Fotografía "FOTO ESTUDIO
EL SALVADOR"

Cesar Rosales

Escríbenos a

magazine@galenoselsalvador.com

Encuentra tu revista online

www.galenoselsalvador.com

DRA. KARLA PRESIDENTE

ANA L. NOCHEZ DE PRESIDENTE



8

DE MARZO
DÍA INTERNACIONAL

De la Mujer

Es el día internacional de la mujer donde nos recuerda lo importante que somos en esta sociedad. Desarrollamos diferentes roles, Madre, Esposa, Abuela, Hija, Hermana, Vecina, todo aquello que nos proponemos llenamos el mundo de luz y alegría.

“

CON TU TALENTO
PUEDES LLEGAR MUY LEJOS,
PERO CON DIOS
"PODRÁS SUBIR MUY ALTO"



LA IMPORTANCIA DE LA CITOLOGÍA CERVICAL (TEST DE PAPANICOLAU)



Dr. Stanley Alvarado
Ginecólogo-Oncólogo
Tel: +(503)2661-8313

El cérvix o cuello uterino es la parte más baja del útero, y se localiza en el interior de la vagina. El cáncer de cuello uterino es causado en más del 90% de los casos por un virus llamado virus del papiloma humano (VPH). Este virus se contagia por contacto sexual. El cuerpo de la mayoría de las mujeres es capaz de combatir la infección de VPH. Para abordar este tema se entrevistó al especialista **Dr. Stanley Alvarado Ginecólogo-oncólogo. Y conocer la importancia que tiene en nuestra vida un examen citológico y las ventajas que tiene la citología líquida.**

¿Qué es el cáncer de cuello uterino?

El cáncer de cuello uterino tiende a ocurrir en la mediana edad y se diagnostica más frecuentemente en mujeres entre las edades de **35 y 44 años**. Rara vez se desarrolla en mujeres menores de 20 años. Muchas en edad avanzada no se dan cuenta que el riesgo de cáncer de cuello uterino aún existe a medida que envejecen. **Más del 15% de los casos se detecta en mujeres que tienen más de 65 años.**

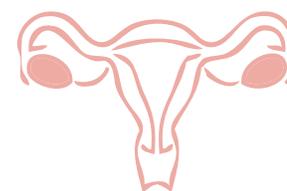
Sin embargo, estos cánceres rara vez ocurren en pacientes que se hacen pruebas regulares para detectar el cáncer de cuello uterino antes de cumplir los 65 años.

¿Qué es la citología?

La **citología** cervical es una prueba que se lleva a cabo para el estudio de las células pertenecientes al **cuello uterino de la mujer**. Para ello, se le introduce un cepillo y una espátula con el objetivo de realizar un raspado suave en el cervix. A partir de esta prueba, se puede detectar la posible existencia de lesiones pre malignas o malignas como el cáncer cervico uterino e **incluso infecciones vaginales.**

El estudio de citología del cuello de útero o cérvix, (papanicolaou), está catalogado como esencial en la revisión ginecológica, está recomendado realizarse al inicio de la vida sexual y posteriormente una vez al año. Sigue siendo aun la prueba con mayor aceptación para la detección temprana del cáncer de cérvix, a pesar de que se ha demostrado que el papanicolaou tiene una tasa de más del 40% de resultados erróneos, debido a las limitaciones que tiene este estudio.

Actualmente se dispone de un nuevo estudio para detección del cáncer de cuello uterino, que se llama citología en base líquida, dicho estudio es más eficaz y sobre todo con una mejor tasa de seguridad (95%), comparándolo con el papanicolaou tradicional.



Ventajas de la citología líquida vs. Papanicolaou tradicional

La muestra obtenida con el cepillo especial para cérvix es colocada en un vial con preservante celular lo que reduce las muestras no satisfactorias por ausencia de células endocervicales.

La fijación de las células es inmediata por lo que no hay cambios secundarios a la mala fijación de la muestra que dificulten su estudio.

En la base líquida, todas las células obtenidas con el cepillo pueden ser estudiadas y no se pierde material.

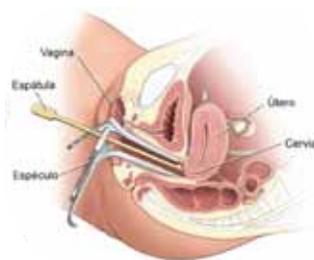
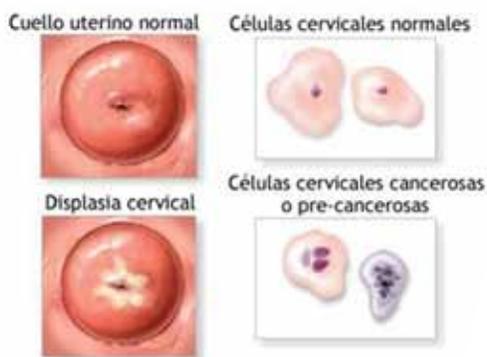
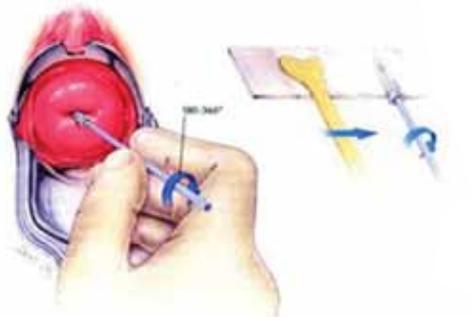
En el papanicolaou tradicional muchas células se pierden debido a que no se puede tomar toda la muestra del cepillo.

En el papanicolaou tradicional, en la laminilla obtenida para su evaluación, las células del cuello van mezcladas con sangre y secreción vaginal, que en muchos casos dificulta una correcta evaluación de las células, en cambio en la citología líquida, las células se disponen en una sola capa sin superposición ni artefactos que dificulten su diagnóstico.

En la citología líquida, se permite conservar el resto de las células obtenidas, permitiendo hacer más preparados citológicos para su estudio o la realización de otras pruebas moleculares tales como tipificación del virus del papiloma humano (VPH), sin necesidad de realizar una nueva toma.

65%

Incremento en hasta un 65% en la detección de lesiones precursoras del Cáncer de Cérvix, comparado con el método convencional de Papanicolaou que nos da muchos falsos negativos.



La citología cervicouterina en frotis a la citología convencional, ha sido en las últimas 3 a 4 décadas el método más exitoso para prevenir y detectar tempranamente el Cáncer de Cuello Uterino, y su realización ha prevenido el desarrollo de dicha enfermedad.

¿Cómo se toma una muestra de citología líquida?

- Se introduce un cepillo en el canal endocervical, se presiona ligeramente contra la superficie y se rota entre los dedos en el sentido de las agujas del reloj.
- Se preserva toda la muestra presionando la base del cepillo separando la cabeza del cepillo y depositándola en el vial con el líquido preservante;
- Se cierra el vial, se identifica y envía al laboratorio.
- La muestra se puede mantener hasta por 60 días a temperatura ambiente hasta ser procesada.
- Las células se separan por centrifugación o filtración y son depositadas en una lámina para ser analizadas.



DR. STANLEY ALVARADO

Ginecólogo Oncólogo

Especialista en Cáncer de mama,
Cáncer de cuello uterino,
Endometrio,
Ovario

CENTRO
INTEGRAL
ONCOLOGICO
DE LA MUJER

EXPERIENCIA CERTIFICADA

- Ginecología y Obstetricia: Hospital Materno Infantil 1o de Mayo ISSS ●
- Hospital Universitario Vall de Hebron, Barcelona, España ●
- Ginecología Oncológica: Hospital Medico Quirúrgico y oncológico ISSS ●

CÁNCER DE PULMÓN



Dra. Edda Velásquez
Neumóloga-Internista
Tel: +(503)2669-7850

El cáncer de pulmón se considera el tumor maligno que más muertes produce en el mundo por encima de otros cánceres (mama, colon) ya que su detección en etapas tempranas es difícil y en el 90% de los casos se diagnostica en estadios avanzados donde el tratamiento ya no es tan eficaz.

Sin embargo, a pesar de su alta mortalidad es posible evitar su aparición ya que su origen está vinculado directamente al consumo de tabaco. DEJAR DE FUMAR es la mejor prevención posible. Así comentó la especialista en Neumología Dra. Edda Velásquez.

¿Causas del cáncer de pulmón?

La causa principal es la exposición al humo de tabaco por inhalación de las sustancias cancerígenas que este contiene.

El 90%

de los casos de cáncer de pulmón se dan en fumadores, el consumo de tabaco aumenta hasta 30 veces las posibilidades de desarrollar un carcinoma pulmonar y entre los fumadores pasivos, el riesgo de padecerlo es casi dos veces mayor que una persona no expuesta.

La cantidad de cigarros que se fumen y los años de consumo también influyen decisivamente en el aumento del riesgo. También la genética o ambientales como la inhalación de asbesto, amianto o hidrocarburos aromáticos y padecer otras enfermedades pulmonares como EPOC o fibrosis pulmonar, también pueden ser origen de tumor pulmonar.

¿Cuáles los síntomas?

El síntoma principal es la tos persistente puede o no estar acompañada de expectoración. Se da en 3 de cada 4 pacientes, pero no es un síntoma específico del cáncer de pulmón porque el tabaco, de por sí, produce una irritación bronquial con síntomas respiratorios que puede llevar a que un fumador diagnosticado de bronquitis aguda o enfermedad pulmonar obstructiva crónica reste importancia al agravamiento de sus síntomas.





Tos persistente o cambios en la tos crónica habitual



Disnea (sensación de falta de aire)



Dolor torácico



Hemoptisis (sangre con la tos)



Disfonía (cambios en la voz)

Además, de estos síntomas respiratorios, el **cáncer de pulmón avanzado** produce una serie de síntomas comunes a cualquier **cáncer** que afectan al estado general: **pérdida de peso, anorexia (falta de apetito), astenia (alude a la falta de energía).**

Si el cáncer ha diseminado afectando a otros órganos a distancia (metástasis) puede acompañarse de síntomas locales por donde se ha extendido. Preferentemente estos órganos son el cerebro, el hígado, las glándulas suprarrenales y los huesos, manifestándose en dolores de cabeza, vómitos, convulsiones, déficits neurológicos, debilidad extrema y dolores óseos.

¿Cómo se diagnostica?

Para confirmar la sospecha de **cáncer de pulmón** son necesarias pruebas de imagen como la radiografía de tórax y el TAC de tórax con el fin de ver la localización exacta y su extensión, pero es imprescindible realizar una biopsia del tumor por la técnica necesaria en cada caso, según el tumor esté más o menos profundo, para identificar el tipo histológico del cáncer.

Es importante aclarar que existen diferentes tipos de cáncer de pulmón.

Tras una biopsia al tumor, el estudio determinará el tipo de tumor pulmonar desarrollado, dependiendo del resultado así será el tratamiento que se dará al paciente.

Dentro de los distintos tipos de tumores pulmonares malignos, pueden aparecer algunos por su gravedad, frecuencia y relación, lo que parece reflejar un mecanismo de carcinogénesis distinto en hombres y mujeres.

El Carcinoma microcítico o de células pequeñas en granos de avena es el más agresivo de todos por su rápido crecimiento y su tendencia a producir metástasis. Representa el 20 % de todos los cánceres de pulmón.

El Carcinoma escamoso o epidermoide es el más relacionado con el tabaco y el más frecuente en los hombres fumadores crónicos. **Representa el 30% de los cánceres de pulmón y su crecimiento es relativamente lento.**

El Adenocarcinoma de pulmón es más frecuente en mujeres. No tiene una relación tan estrecha con el tabaco, aunque también aparece más entre personas fumadoras. Como su diseminación a distancia es habitual, sus primeros síntomas muchas veces no son los típicos pulmonares. **Representa el 25% del total de cánceres pulmonares.**

¿Cuáles son los tratamientos?

Dependiendo del tipo y estadio del cáncer en el que se encuentra el tumor, el tratamiento será más o menos agresivo y se basa en la cirugía para extirpar la masa tumoral y en la quimioterapia y la radioterapia.

En estadios precoces cuando el tumor no se ha extendido, la resección quirúrgica puede ir desde la extirpación del lóbulo pulmonar afectado hasta la resección del pulmón entero, siendo el pronóstico en estos casos muy bueno, pero si hay invasión de ganglios linfáticos o metástasis a distancia, la cirugía no es útil y el tratamiento consiste en combinaciones de quimioterapia y radioterapia.

Como el riesgo de recidiva del cáncer de pulmón es alto, aunque se haya resecado completamente (reaparece en un porcentaje elevado de pacientes), la quimioterapia también puede administrarse tras la cirugía para evitar posibles recidivas y mejorar el pronóstico.

¿Cómo podemos prevenirlo?



No consumo de tabaco



Adecuado estado nutricional



Ejercicio físico



Chequeos médicos anuales*

*Estos son indispensables en personas con antecedentes familiares de cáncer.

Nunca es tarde para dejar el cigarrillo. Sólo se requiere tu decisión y buscar ayuda de un profesional.



CONSEJOS PARA EVITAR EL SÍNDROME DE LA CLASE TURISTA



Dr. Fernando Martínez Irigoyen
Cirujano general
Tel: +(503)2519-3339/ 2263-2463

Quien ha viajado en avión sabe que el espacio entre asientos es reducido y que si el vuelo es largo el viaje puede ser muy incómodo. Sin embargo, las consecuencias pueden ir más allá de una experiencia desagradable y dar lugar a lo que se conoce como **“el síndrome de clase turista”**, uno de los problemas vasculares derivado de una situación de inmovilidad prolongada que, si bien no es frecuente, puede llegar a ser muy grave, así comentó el especialista Dr. Fernando Martínez Irigoyen.

El problema vascular que puede producirse debido a la inmovilidad prolongada cuando se hace un vuelo de larga duración en clase turista ya que, generalmente, conlleva estar mucho tiempo sentado y con poco espacio para estirar las piernas.

El problema vascular **“se pueden producir en una trombosis venosa en las piernas, con hinchazón y dolor en las pantorrillas. Una posible complicación es el tromboembolismo pulmonar, es decir, se suelta un trombo de la pierna y se desplaza hasta el pulmón, quedando enclavado allí”**. Se trata, por tanto, de una situación que, si bien es poco frecuente, puede llegar a ser muy grave.



¿A quién puede afectar el Síndrome de la clase turista?

4.000
personas al año

Aunque puede afectar a cualquier persona, lo cierto es que, en población sana, subraya el Dr. Martínez, es algo excepcional porque “el organismo tiene mecanismos de compensación suficientes para evitarlo”. De hecho, la incidencia es de un caso por cada 4.000 personas al año, aunque a partir de las ocho horas de vuelo la incidencia se multiplica hasta por 6 y por 8 veces.

Sin embargo, presentan un riesgo incrementado aquellos que tienen:

- Problemas circulatorios como insuficiencia venosa o enfermedades que faciliten la coagulación de la sangre, llamadas trombofilias
- Insuficiencia cardíaca
- Diabetes Mellitus
- Tumores
- Edad avanzada
- Alguna intervención quirúrgica reciente
- Traumatismos importantes en las piernas
- Algún episodio de trombosis venosa

Además, hay que tener en cuenta que cuanto más largo sea el viaje mayor es el riesgo, **especialmente si se sobrepasan las 6-8 horas de vuelo**. Por eso, explica el Dr. Martínez, los problemas vasculares asociados al síndrome de clase turista **“son prácticamente exclusivos de viajes transoceánicos en avión”**

¿Cómo se puede prevenir?



Si se pertenece a un grupo de riesgo aumentado, hay que consultar con el médico para que informe y aconseje con el fin de evitar al máximo los riesgos derivados de problemas vasculares. En estos casos, **la utilización de calcetines o medias de compresión puede ser muy útil.** También puede estar indicado el tratamiento con antiagregantes como aspirina e incluso la administración de una dosis de heparina de bajo peso molecular.



Evitar la inmovilidad prolongada durante el vuelo: levantarse y caminar, por lo menos, cada dos horas.



En el asiento: intentar estirar las piernas todo lo que se pueda.



En la medida en que sea posible, mientras se esté sentado, **no se debe mantener las piernas dobladas o cruzadas durante mucho tiempo.**



Estar bien hidratados durante el vuelo.

Estos consejos son de gran ayuda con el fin de evitar problemas vasculares que pueden surgir tras un viaje de larga duración en avión.



¿Cuáles son síntomas?

Los síntomas no suelen aparecer durante el vuelo sino ya en el lugar de destino, durante los días siguientes. **Los más comunes son dolor en la pantorrilla, hinchazón y edema en la pierna e incluso cierta dificultad para caminar.** Y, como advierte el Dr. Martínez, "si se complica con un embolismo pulmonar puede aparecer dolor en el pecho y sensación de dificultad para respirar" por lo que habría que acudir inmediatamente a los servicios de emergencias.



Dr. Martínez Irigoyen

Cirujano General y ULP

J.V.P.M 7978



CIRCULACION
LABORATORIO VASCULAR



Tratamiento de Várices de Piernas con Terapia Fotodinámica
Diagnóstico por Ultrasonografía Doppler.



*Dr. Fernando Javier
Martínez Irigoyen Médico-Cirujano
* CIRCULACION Iv

EMERGENCIAS

24 Hr

Calle al Mirador No 20 entre la 91 y 93 Av. Norte, Colonia Escalón, una cuadra y media arriba de la Torre Futura

Clinica 2519-3339 / 2263-2463 E-Mail: ferjamd@hotmail.com

Clinica San Nicolas, frente al parqueo Daniel Hernández, Santa Tecla, 2ª Planta
Clinica 2102-3791 / Cel: 7140- 9723

LA DIABETES Y LA INSUFICIENCIA RENAL



Dr. Cristhian Martínez
Nefrólogo-internista
Tel: +(503)7877-8216

Una de las posibles complicaciones de la diabetes es la enfermedad renal diabética o nefropatía diabética. Aunque la mayoría de las personas con diabetes no sufren alteraciones en la función de los riñones, es un hecho conocido que **la diabetes es la causa más frecuente de insuficiencia renal**, así comentó el especialista en nefrología Dr. Cristhian Cruz Martínez.

La enfermedad renal diabética (nefropatía diabética) tarda años en desarrollarse. En algunas personas diabéticas con el paso de los años pequeñas cantidades de albúmina (una proteína de la sangre) empiezan a pasar a la orina. Esta primera etapa de afectación renal se conoce como microalbuminuria. Durante este periodo las funciones de filtración del riñón generalmente permanecen normales. A medida que la enfermedad progresa pasa más albúmina a la orina. Esta etapa se puede denominar macroalbuminuria o proteinuria. Según va transcurriendo el tiempo y mientras aumenta la cantidad de albúmina en la orina, se suelen deteriorar las funciones de filtración de los riñones, y algunas sustancias como la urea y la creatinina se elevan en la sangre por falta de eliminación en la orina. Mientras progresa el daño renal, frecuentemente aumenta también la presión arterial. Esta hipertensión es a su vez causa de empeoramiento de la función renal, de tal manera que ambos mecanismos, diabetes e hipertensión, se suman en su acción sobre los riñones.

En las personas que desarrollan enfermedad renal el daño rara vez ocurre durante los primeros 10 años de padecer diabetes, y normalmente pasan entre 15 y 25 años antes de que se presente la insuficiencia renal. **Las personas que han padecido diabetes durante más de 25 años sin presentar signo alguno de insuficiencia renal corren menos riesgo de presentarla.**



¿podemos prevenir la insuficiencia renal, cuando se es diabético?

De la misma manera que se previenen otras complicaciones relacionadas con la diabetes, un control estricto de la glucosa es el principal factor para evitar la aparición de la nefropatía diabética. Es lo que se denomina "prevención primaria". Una vez que la lesión renal está instaurada, la prevención secundaria va dirigida al control de la hipertensión arterial, en especial con fármacos que bloqueen el llamado sistema renina-angiotensina-aldosterona, el dietético con disminución de la cantidad de proteínas para "reducir la carga de trabajo a los riñones", los chequeos de glucosa y creatinina son importante para medir los niveles del paciente.



¿Qué es la diálisis?

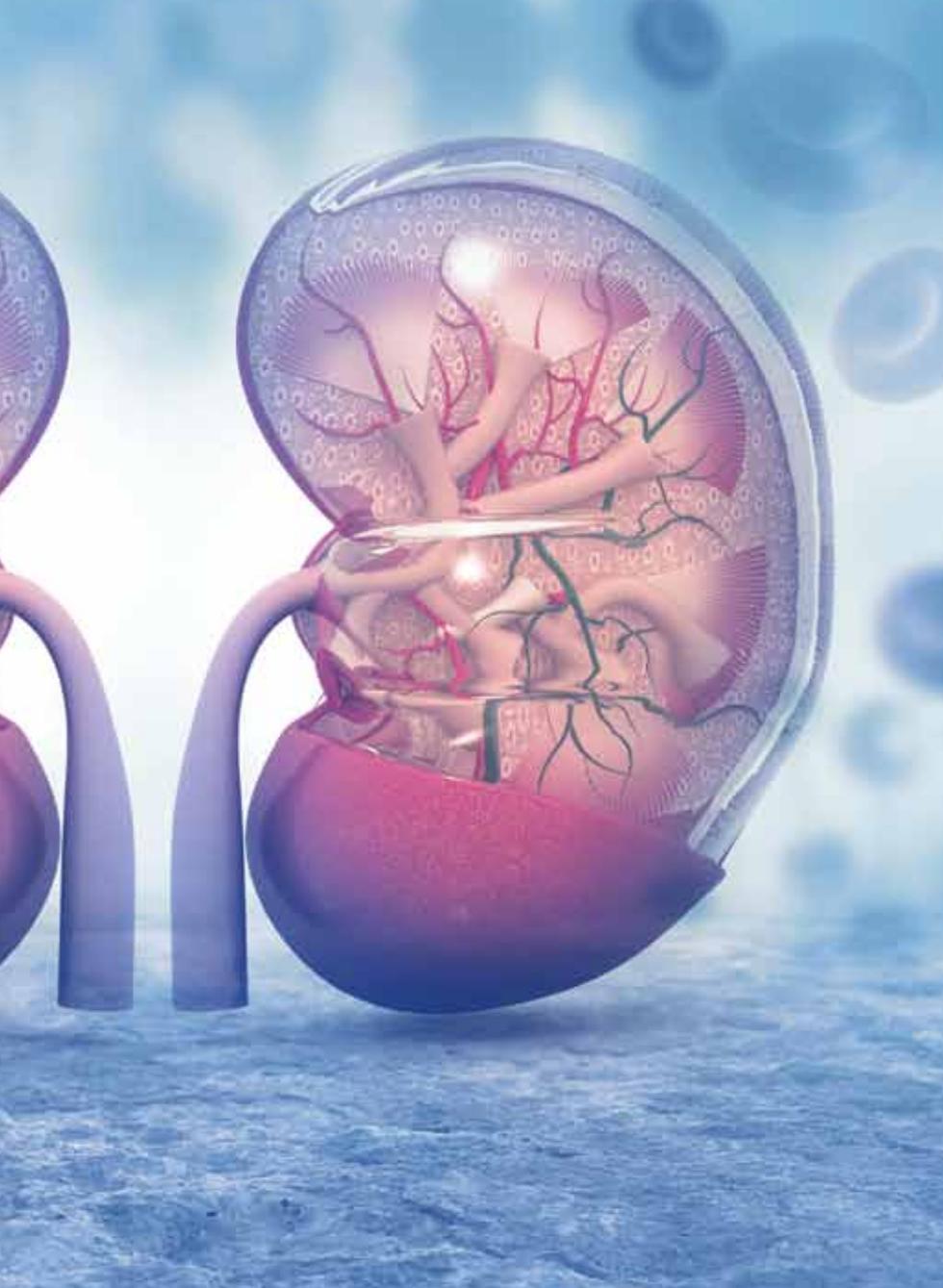
La diálisis es un proceso por medio del cual se produce un filtrado artificial de la sangre sustituyendo algunas de las funciones del riñón. De esta forma conseguimos eliminar las sustancias tóxicas acumuladas en la sangre y el exceso de líquido cuando los riñones ya no pueden hacerlo.

Existen dos tipos de diálisis: **la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.**



Diálisis peritoneal

Para este tipo de diálisis la membrana que utilizamos como filtro es natural y se denomina peritoneo. Esta membrana se encuentra recubriendo todas las vísceras y paredes del abdomen y forma la cavidad peritoneal. Para realizarla necesitamos implantar en el abdomen un pequeño tubo blando y flexible llamado catéter. Se coloca por debajo del ombligo mediante de una intervención de cirugía menor con anestesia local, y se mantiene mientras dure la técnica. A través de este catéter se introduce el líquido de diálisis en la cavidad peritoneal.



Otros cuidados que debe tener el paciente en diálisis:

La diálisis no es suficiente para los pacientes. Para sustituir otras funciones de los riñones se dejan medicamentos para bajar la tensión, corregir la anemia, proteger los huesos y la circulación, entre otros. La alimentación es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento. Un plan adecuado puede mejorar mucho el estilo y la calidad de vida de los pacientes, así como prevenir las complicaciones propias de la enfermedad.

1

Prevenir los déficits nutricionales y procurar un buen estado nutricional, aportando suficientes proteínas.

2

Mantener las cifras de glucemia dentro de los parámetros normales.

3

Proporcionar la energía suficiente a través de grasas e hidratos de carbono complejos. Estos últimos deben suponer la base de su alimentación.

4

Coordinar el horario de las comidas con el ejercicio físico, la medicación para la Diabetes y la sesión de diálisis.

Este líquido se mantiene en el abdomen durante varias horas (permanencia). Una vez que ha pasado este tiempo el líquido de diálisis se extrae (drenaje) y se reemplaza por una solución de diálisis nueva (infusión).



Hemodiálisis

Esta técnica se realiza mediante un circuito extracorpóreo a través del cual la sangre del paciente pasa por un filtro que tiene una membrana artificial especial para poder eliminar las toxinas junto con el exceso de líquido.

La sangre, una vez limpia de dichas toxinas es devuelta al paciente. Este proceso se realiza mediante la máquina de hemodiálisis. Para poder realizar la hemodiálisis necesitamos tener un acceso a la sangre.

Para que ésta pueda pasar en la cantidad necesaria por el filtro de la máquina de diálisis. Las venas normales no son suficientes. El acceso vascular ideal es la fístula arteriovenosa que consiste en la conexión de una arteria y una vena mediante una pequeña operación que se realiza en la muñeca, codo o brazo, con anestesia local y que va a permitir que se desarrollen las venas del brazo para poder puncionarlas sin dificultad.

Este proceso dura unos 20 minutos, se denomina intercambio y se realiza tres o cuatro veces al día. Con esta técnica se consigue la eliminación de sustancias tóxicas y del líquido retenido en exceso en el organismo que pasan al líquido de diálisis a través de la membrana peritoneal durante el tiempo de permanencia.

La hemodiálisis se realiza habitualmente en centros especializados y es llevada a cabo un equipo de profesionales que atiende al paciente en todo momento. La frecuencia y duración variable en función de las necesidades de cada paciente. habitualmente es de cuatro horas por sesión y tres sesiones a la semana. Ambas técnicas de diálisis son aplicables al paciente con diabetes. Durante la permanencia en diálisis es importante mantener la mayor actividad física e intelectual posibles.

EL HUESO COMO ÓRGANO DIANA DE METASTASIS



Dra. Karla Presidente
Cirujana Ortopeda- Oncóloga
 Tel: +(503)2213-1960/ 7180-6997

El cáncer no es sólo una enfermedad. Afecta a la persona en su conjunto y a su entorno a nivel global, tanto físicamente como a nivel psicológico y social. Tras el impacto del primer diagnóstico, empieza una etapa llena de angustia e incertidumbre. La información, el apoyo y los consejos de los profesionales van a ser determinantes en este proceso lleno de incertidumbres y temores.

Ahora bien, cuando un paciente con antecedente de cáncer recibe la noticia de una **metástasis ósea**, hacer frente a ello requiere algo más que soportar el dolor óseo. También implica aceptar la noticia de que el cáncer se ha diseminado más allá de su lugar original.



¿Qué es la metástasis ósea?

La metástasis ósea se produce cuando las **células cancerosas se propagan desde su lugar original a un hueso**. El hueso es el órgano más comúnmente afectado con metástasis, seguido de los pulmones y el hígado. Las metástasis pueden ocurrir por alguna de tres rutas: principalmente hematológica (venosa y arterial), seguida de la linfática o por extensión directa.

Casi todos los tipos de cáncer pueden propagarse (hacer metástasis) a los huesos. **Pero algunos tipos de cáncer son especialmente más propensos a propagarse, como el cáncer de mama y el cáncer de próstata**, esto en parte debido al curso prolongado y a la alta incidencia de dichas neoplasias. Se estima que el 70% de los pacientes con cáncer de mama y próstata, que aproximadamente 30 a 65% de los pacientes con cáncer de pulmón, el 47% con cáncer de tiroides y 30% con carcinoma renal avanzado evolucionarán a metástasis.

Importancia de la manifestación metastásica ósea.

La enfermedad ósea metastásica es relevante por su alta incidencia en las neoplasias y la repercusión en la morbilidad en un paciente que, pese a que se encuentra con un pronóstico sombrío para la vida y sus actividades habituales; además de la mortalidad asociadas que implica, pues el cáncer que ha hecho metástasis puede ser muy difícil de curar, aunque las personas pueden vivir varios años con metástasis ósea.

El dolor que producen las metástasis óseas es de intensidad variable e intermitente al principio, pero progresa a un grado continuo de baja intensidad con episodios de dolor intenso, que luego se convierte en crónico.

Incluso puede haber alodinia mecánica, en la que una actividad normalmente no dolorosa, como la tos y los movimientos suaves de los miembros, puede percibirse como dolorosa, lo que resulta en limitación importante de la actividad.

Es posible que la metástasis ósea sea el primer signo de cáncer o puede aparecer años después del tratamiento oncológico.



Sintomatología

La distribución de la metástasis ósea está influida por el tipo específico de malignidad primaria; sin embargo, es predominantemente cercana al esqueleto axial (área con abundante médula ósea roja), por lo que la columna vertebral, el sacro, la pelvis, los fémures y humeros proximales son las áreas más comunes de localización de la enfermedad metastásica. En la columna, el segmento más afectado es el lumbar, seguido del torácico y cervical. Las metástasis óseas suelen causar pocos o ningún síntoma, o bien, se diagnostican de manera fortuita. La mayoría de ellas se manifiestan por destrucción del hueso en el que se asientan (osteolíticas), otras por el depósito excesivo de hueso nuevo (osteoblásticas) y otros en condiciones mixtas. Dentro de los principales eventos relacionados al esqueleto con las metástasis tenemos:



EL DOLOR

Es el principal síntoma, de hecho, la metástasis es la **causa más común de dolor crónico** en los pacientes con cáncer, cuyo grado va de intermitente e indolente a punzante, severo e irradiado. Tiende a ser peor durante la noche y disminuye parcialmente con la actividad. La infiltración directa, las fracturas o la invasión al tejido adyacente resultan en dolor progresivo y constante.



HIPERCALCEMIA

Un alto nivel de calcio en sangre ocurre en 10% de los pacientes con metástasis al hueso, y puede causar náuseas, vómitos, estreñimiento y confusión. Esta se observa predominantemente en pacientes con cáncer de mama, mieloma múltiple y cáncer pulmonar de células escamosas.



FRACTURA PATOLÓGICA

Es el principal signo, suele deberse a **lesiones líticas** y deberá sospecharse, inicialmente, de cáncer de mama o próstata según el sexo del paciente.



SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

Algunas veces el paciente debuta con esta sintomatología que se originan por metástasis vertebral, resultantes de **compresión medular o inestabilidad en los segmentos vertebrales**. La pérdida de la capacidad de marcha es un factor de pobre pronóstico en pacientes con enfermedad metastásica ósea.



Diagnóstico y Tratamiento

Las pruebas de diagnóstico por imágenes se utilizan para investigar los signos y síntomas que pueden indicar una metástasis ósea. Las pruebas a realizar dependen de la situación específica de cada paciente. El objetivo de los estudios de imagen es identificar los sitios de metástasis y evaluar la coexistencia de fracturas o síndromes de compresión, además de guiar biopsias y evaluar la respuesta al tratamiento. Algunas pruebas que se pueden mencionar son: **Radiografía, Gammagrafía ósea (centellografía ósea), Tomografía computarizada (TC), Resonancia magnética (RM)**.

Con escasas excepciones, el cáncer que se diseminó a los huesos no tiene cura. **Los tratamientos pueden ayudar a disminuir el dolor y otros síntomas de la metástasis ósea**. Las posibilidades de tratamiento de las metástasis óseas se basan en el empleo de los regeneradores óseos, la radioterapia y la cirugía. Los dos primeros tienen su indicación en las lesiones ya detectadas en la radiología, sintomáticas o no, si no existe riesgo previsible de fractura.

La cirugía tiene su indicación en situaciones de pobre o nula respuesta a estos tratamientos, cuando el riesgo de fractura es alto o ya se ha producido una fractura patológica.

Antes de cualquier planificación terapéutica se debe realizar una valoración minuciosa del paciente, tanto a nivel local (tamaño, localización, extensión de la metástasis) como general (tipo de tumor primario, fase de tratamiento y respuesta, supervivencia estimada), así como un **análisis multidisciplinario oncológico**, que repercutirá favorablemente en la calidad de vida del paciente.

LA IMPORTANCIA DE PREVENIR EL CÁNCER DE VESÍCULA



Dr. David Otoniel Sánchez
Cirujano Oncólogo

Tel: +(503)2661-2450 / 7885-8822

Una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel mundial, es el cáncer de la vesícula biliar. Este cáncer se presenta más frecuentemente en personas mayores de 50 años, afectando de dos a seis veces más a mujeres que hombres. De esta manera, el cáncer de vesícula es la segunda causa de mortalidad oncológica en mujeres después del cáncer de mama.

Los tumores en la vesícula se desarrollan a partir de la capa más interna de la pared y con el paso del tiempo van avanzando y penetrando en diferentes capas, pudiendo terminar invadiendo el hígado y otros órganos adyacentes, generando tempranamente metástasis a los linfonodos y a otros órganos a través de la sangre”, así comentó el cirujano oncólogo Dr. David Otoniel Sánchez de la clínica oncológica de San Miguel.

1

¿Cómo se puede prevenir el cáncer a la vesícula?

La progresión del cáncer a la vesícula y su diagnóstico tardío se deben, principalmente, a que se trata de un cáncer con un comportamiento muy agresivo y que presenta pocos síntomas. Por ello, el doctor Sánchez recomienda que, **a partir de los 30 años, todas las personas se realicen una ecografía abdominal** preventiva al menos cada tres años, con la finalidad de detectar factores de riesgo, o condiciones que tienen una relación con el desarrollo del cáncer de la vesícula. En este sentido, **los cálculos de la vesícula representan el factor de riesgo más del 90% de los casos**, pero también existen otras condiciones, como los pólipos de la vesícula, desde los cuales se puede desarrollar un cáncer.

Otra condición a considerar es la obesidad, presentándose el cáncer de vesícula más en pacientes obesos que en pacientes sin sobrepeso, por lo que se recomienda mantener una dieta sana y baja en grasas, y realizar ejercicio regularmente.

2

ETAPAS DEL CÁNCER VESICULAR

Lamentablemente, cuando esta enfermedad se presenta con síntomas, como dolor abdominal o dorsal, “color amarillo de la piel”; y “orina de color oscuro como el té”; la mayor parte de las veces se trata de etapas muy avanzadas, en las que se hace más difícil enfrentar esta patología.

3

¿Cuáles son tratamientos?

Esta patología, cuando se encuentra en su etapa inicial, puede curarse mediante la colecistectomía, el tratamiento quirúrgico que extrae la vesícula.

Este escenario generalmente está en el contexto de un hallazgo en la biopsia de la vesícula luego de una colecistectomía que se realiza en forma electiva por cálculos de la vesícula biliar.

En etapas más avanzadas del tumor, algunos pacientes pueden ser candidatos a un tratamiento más agresivo, con un fin curativo que, junto con remover la vesícula, se realiza una cirugía mayor que incluye remover una parte del hígado, y en ocasiones, remover

otros órganos adyacentes, junto con la extirpación de ganglios regionales (cercanos a la vesícula). Posterior a esta cirugía, según el caso, puede ser necesario complementar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia, para optimizar el control de la enfermedad.

Sin embargo, en estadios muy avanzados en que existen tumores muy extensos o con metástasis. Las opciones de tratamiento se limitan, es decir, a tratamientos que tienen como finalidad ayudar al paciente, pero no de curar el cáncer. ¿La razón? **“Se trata de una enfermedad de una biología agresiva, de diagnóstico tardío y por ende de muy mal pronóstico. Por ello, uno como especialista quiere de sobremanera prevenirlo y, en caso de diagnosticar un cáncer de vesícula, esperamos que se encuentre en etapas iniciales o no muy avanzadas para poder ofrecer un tratamiento con un fin curativo”.**

4

¿Cuáles son los cuidados Post-operatorio de la cirugía de vesícula?

El paciente debe tener una dieta líquida o tipo puré y tener cuidado para no moverse excesivamente, garantizando que la herida quirúrgica cicatrice bien, para facilitar la adaptación del hígado a la nueva situación. Esa dieta y los cuidados deben prolongarse durante al menos 4 a 6 semanas.

¿Qué alimentos recomiendas después de la cirugía?



Carnes bajas en grasa como pescados blancos, pollo sin piel y pavo.



Frutas todas excepto aguacate y coco.



Granos cocidos



Granos integrales como avenas, arroz, pan y pasta integral



Leches y yogures descremados



Quesos blancos como ricotta, cottage, requesón light.

En dos o tres semanas, dependiendo de la tolerancia de cada persona, se deben ir incorporando alimentos más grasos de forma gradual, hasta llegar al mes de la intervención con una dieta normal. Posteriormente el paciente que NO tiene vesícula, no suele padecer problemas o notar limitaciones digestivas. Algunos pacientes pueden tener molestias con ingestas muy abundantes o excesivamente grasas, especialmente las saturadas, no todos somos iguales, eso ya dependerá de cada paciente.

Por ello, es importante "enfatar nuevamente que la prevención de este cáncer es lo más importante. Es necesario hacerse chequeos preventivos. Todos deberíamos hacernos una ecografía abdominal, una vez cada tres años, independientemente de si tenemos o no síntomas, y antes de ese plazo si es que aparecen síntomas como dolor abdominal superior o dorsal o si existen antecedentes familiares de cáncer. Y en cuanto aparezcan cálculos, pólipos o algún otro tipo de anomalía en la vesícula, consultar rápidamente al especialista que es el cirujano Oncólogo", así enfatizo el especialista de la Clínica oncológica.

PREVENGAMOS LA OSTEOPOROSIS

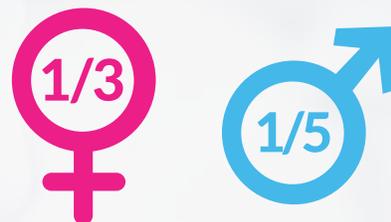


Dr. David Matamoros
Cirujano-Ortopeda
Tel: +(503)2226-3040

La alimentación y el sedentarismo favorecen la aparición de osteoporosis. Nuestros huesos son un tejido vivo que constantemente absorbe o libera calcio, según necesite el organismo. La osteoporosis surge cuando el cuerpo no es capaz de producir suficiente hueso o reabsorbe demasiado, y en ello influye mucho la alimentación. Así manifestó el especialista en ortopedia Dr. David Matamoros cirujano ortopeda.

La osteoporosis es una de las enfermedades crónicas más comunes. Hace que los huesos de una persona se tornen más porosos y frágiles, lo que aumenta en gran medida su riesgo de sufrir una fractura. Las víctimas de este tipo de lesiones graves y en gran medida previsible, experimentan dolor severo, pérdida de movilidad a largo plazo e incluso, muerte prematura.

Las estadísticas son alarmantes:



- 1 cada 3 mujeres y 1 cada 5 hombres **mayor a 50 años sufrirá una fractura por osteoporosis.**
- En el mundo, se quiebra un hueso debido a osteoporosis cada 3 segundos.
- En América Latina, la osteoporosis y las fracturas relacionadas son generalizadas y están en aumento debido al **envejecimiento de la población y los cambios en el estilo.**
- **Las mujeres son las más afectadas por el uso de esteroides,** la menopausia, desequilibrios hormonales, y una alimentación escasa en cuanto a frutas y verduras, entre otros.

¿Cómo prevenir la Osteoporosis?



Hacer ejercicio: Está confirmado al realizar 30 minutos de ejercicio de resistencia, como cargar las mancuernas o realizar aeróbicos, incrementas hasta en 5% la masa ósea.



Tomar el sol: Al exponernos al sol durante 20 minutos tres veces a la semana (con las medidas adecuadas de protección solar), ayudamos al cuerpo a sintetizar y mejorar la vitamina D, que es vital para la salud de los huesos.



Deja de fumar: Una de cada ocho fracturas en las mujeres está relacionada con el tabaquismo. Las personas mayores que fuman tienen hasta un 50% más de riesgo de sufrir una lesión de cadera.



Evitar alcohol: Quienes lo ingieren de forma frecuente son más propensos a la descalcificación y a las fracturas óseas; no tienen una correcta alimentación y corren el riesgo de sufrir más caídas.



Las personas que toman medicamentos como corticosteroides.

¿Qué exámenes podemos hacernos para saber cómo estamos?

Los principales estudios para detectar la osteoporosis son la **densitometría ósea, que se puede realizar a partir de los 30 años**, así como la prueba de composición corporal, la tomografía axial computarizada y la ecografía.

Si existen antecedentes familiares, de osteoporosis u osteopenia, lo ideal es realizar una densitometría antes de los 30 años.

¿Cuáles los síntomas de esta enfermedad?

1. Fragilidad ósea que aumenta el riesgo de fracturas.
2. Fracturas frecuentes, principalmente en las vértebras de la columna y del fémur.
3. Diminución de la altura 2 a 3 cms.
4. Dolor de espalda, causado por una vértebra fracturada o colapsada.
5. Postura encorvada con hombros caídos.

Nuestros huesos están formados por calcio, proteínas, entre ellas colágeno, agua y otros minerales como magnesio y fósforo. Ciertas vitaminas como la K2 y la D ayudan a fijar el calcio en el hueso. Por otra parte, el exceso de azúcar y de proteínas, los refinados, el café, el alcohol y la sal pueden hacer perder masa ósea.

¿Cuáles son alimentos ricos en calcio, para prevenir o frenar la osteoporosis? Existen varios, algunos no son habitual en la comida salvadoreña, pero lo podemos encontrar y harán una diferencia en nuestro organismo.

Tradicionalmente se nos ha dicho que para fortalecer nuestros huesos hemos de aumentar nuestro consumo de lácteos. El problema de los lácteos es que además de calcio, tienen mucho fósforo. Este es indispensable, pero en exceso compite con el calcio y evita que se fije correctamente en los huesos. Es decir, los lácteos no solo son prescindibles, sino que pueden llegar a ser contraproducentes.



Sésamo negro. Estas semillas son ricas en antioxidantes y calcio, el mineral más necesario para los huesos. Lo ideal son 2 cucharadas al día.



Almendras. Los frutos secos contienen altos niveles de calcio, especialmente las almendras.



Col kale. Las coles en general son especialmente ricas en calcio de alta disponibilidad. Puedes hacerse al vapor, marinada en ensalada o en forma de chips deshidratados, por poner unos ejemplos. Se recomienda comer 4-5 hojas cada día.



La Naranja. Tomar con frecuencia alimentos ricos en vitamina C, como la naranja, favorece la formación de colágeno, necesario para la formación de hueso.



Nueces. Son una buena fuente de omega-3. Estos ácidos grasos influyen en la actividad de las células formadoras de hueso, con lo que pueden disminuir el riesgo de fracturas.



Dátiles. Son muy nutritivos, comerlos dos veces al día, aporta minerales, proteínas y vitaminas que favorecen la formación de tejido óseo y el buen funcionamiento del organismo. Además, satisfacen la necesidad de dulce a cualquier hora. Lo recomiendo de 2-3 al día.



Cereales integrales. Son nutritivos que las versiones refinadas. Algunos aportan más proteínas que otros, y todos resultarán más digestivos si se remojan en agua mineral 8 horas.



Reproducción Asistida y la “Bendición de Ser Padres”



Dra. Griselda de Matamoros
Ginecóloga-Embrióloga
Tel: +(503)2226-3040

¿Cuáles son las técnicas que existen para ser padres y en qué consisten?



La Inseminación Artificial:

es una de las técnicas usadas por la Medicina Reproductiva cuando existe un problema de fertilidad y consiste en la colocación de una muestra de semen, previamente preparada en el laboratorio, en el interior del útero de la mujer con el fin de incrementar el potencial de los espermatozoides y las posibilidades de fecundación del óvulo.

De esta manera, se acorta la distancia que separa al espermatozoide del óvulo y facilitamos el encuentro entre ambos, aumentando las posibilidades de conseguir el tan deseado embarazo. A diferencia de la Fecundación in vitro, no es necesario la extracción previa de los óvulos de la mujer.



Fecundación In Vitro (FIV)

es la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio-in vitro-, con el fin de obtener embriones ya fecundados para transferir al útero materno y que evolucionen hasta conseguir un embarazo.

La fecundación de los óvulos puede llevarse a cabo mediante técnica de FIV convencional o Inyección Intracitoplasmática de Espermatozoides (ICSI). Es una de las técnicas de Reproducción Asistida más utilizada. Aunque cada procedimiento se aplica dependiendo del estudio previo sobre las posibles causas de la infertilidad.

Más de 8 millones de bebés han nacido en el mundo mediante técnicas de reproducción asistida. Pero desde hace años en El Salvador también es posible realizar esta técnica y así muchos pueden tener la bendición de ser padres. Para conocer de primera mano se entrevistó a la única Ginecóloga- Embrióloga Dra. Griselda Ramírez de Matamoros.

Muchos aún piensan que el mundo de la Reproducción Asistida se trata únicamente de las mujeres dado que es ella es la que pone el cuerpo desde la aplicación de la medicación hasta el momento de dar a luz. Hasta podría pensarse que el hombre adquiere en este mundo un papel más secundario, como de acompañante. “Lo que la mayoría de las personas, que nunca han realizado un tratamiento de fertilidad no están contemplando es que el hombre tiene un rol tan importante como el de la mujer durante el tratamiento” añade la especialista. Su rol no solo se ve afectado por la calidad de su semen, sino también por la dificultad de lograr un sueño que tienen ambos miembros de la pareja.



La estimulación ovárica en la FIV o Fecundación in vitro

consiste en la administración de unas inyecciones diarias que conseguirán que los ovarios, en vez de producir un único óvulo que es lo que hacen de forma espontánea cada mes, produzcan más ovocitos para poder llegar a obtener un mayor número de embriones, por lo tanto, mayor posibilidad de conseguir el embarazo.

10-20 días

El tratamiento se realiza en las clínicas de reproducción y dura entre 10 y 20 días, en función del protocolo utilizado y la velocidad de respuesta de cada paciente. Durante el mismo, se realizan ecografías de seguimiento (entre 3 y 4) y se va midiendo el estradiol en sangre para comprobar que el crecimiento y la evolución de los folículos es el adecuado durante todo el proceso.

La paciente debe seguir en casa la pauta de inyección de hormonas. Es importante que se realice siempre a la misma hora, es decir, que, si la primera estimulación la realiza a las 21h, el resto de inyecciones también sean en esa franja horaria. Una vez que los folículos y el endometrio de la paciente se encuentran en el momento óptimo, se procede a programar y preparar la punción de los ovocitos.

Cuando se comprueba por medio de ecografía que los folículos han alcanzado el tamaño adecuado y se considera que ya hay disponibles se programa la punción folicular alrededor de 36 horas después de la administración de una inyección de hormona hCG que induce la maduración ovocitaria de forma similar a como tiene lugar en el ciclo natural.

Es importante que la paciente no se salte esta inyección porque es absolutamente necesaria para poder realizar la punción.

La punción se realiza en quirófano y bajo sedación, con el fin de que la paciente no sienta ningún tipo de molestia durante el procedimiento, cuya duración es de 15 minutos aproximadamente.



Fecundación de óvulos

Una vez disponemos de los óvulos tras la realización de la punción folicular y de los espermatozoides, que normalmente se obtienen tras la recogida de una muestra de semen por parte de la pareja, se procederá a la fecundación de los óvulos.

Este proceso puede realizarse por la técnica de fecundación in vitro (FIV) convencional, que consiste en colocar en la placa de cultivo un óvulo rodeado de espermatozoides o por la técnica de ICSI,

que consiste en introducir un espermatozoide vivo dentro del óvulo mediante punción del mismo con la ayuda de una pipeta.



El transfer

consiste en la introducción de los mejores embriones dentro del útero materno con la ayuda de una cánula especialmente diseñada para ello. El procedimiento se lleva a cabo en el quirófano, aunque en este caso no es preciso realizar sedación, ya que es un proceso rápido e indoloro. Después de la transferencia, se programa la fecha para la realización de la prueba de embarazo. Durante este tiempo, normalmente son 15 días, se recomienda hacer una vida normal y en la medida de lo posible, no obsesionarse con el resultado.

Vitrificación de embriones restantes

Una vez realizada la transferencia embrionaria, se lleva a cabo la vitrificación de los embriones de buena calidad no transferidos con el fin de poder ser utilizados en un ciclo posterior sin necesidad de una nueva estimulación ovárica.

Si el proceso termina en un embarazo, los embriones restantes vitrificados podrán usarse si se desea volver a intentar tener un hijo.



DRA. GRISELDA RAMÍREZ DE MATAMOROS

Gineco-obstetra y Embrióloga / Máster en Reproducción Humana Asistida/
Universidad de Valencia, España Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI)

Estudio de pareja Infértil
Inseminación artificial
Fecundación INVITRO + ICSI

Congelación de semen
Espermograma y más.



ENFERMEDADES POR FLUJO GASTROESOFÁGICO



Dr. José Napoleón Ventura
Gastroenterólogo
Tel: +(503)2637-0117

ácido estomacal suele volver al conducto que conecta la boca con el estómago (esófago). Este flujo en sentido contrario (reflujo ácido) puede irritar el revestimiento del esófago. Así comentó el especialista Dr. José Napoleón Ventura Gastroenterólogo.

Muchas personas padecen reflujo ácido. La enfermedad por reflujo gastroesofágico **puede ser un reflujo ácido leve**, que ocurre al menos dos veces por semana, o un **reflujo ácido moderado a grave**, que ocurre al menos una vez por semana.

La mayor parte de las personas pueden controlar la molestia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico con cambios en el estilo de vida o medicamentos. Sin embargo, otros pacientes podrían necesitar medicamentos más fuertes o cirugía para aliviar los síntomas.

¿Cuáles son los síntomas?

- Una sensación de ardor en el pecho (ardor de estómago), generalmente después de comer, que podría empeorar por la noche
- Dolor en el pecho
- Dificultad para tragar
- Regurgitación de alimentos o líquidos agrios
- Sensación de tener un nudo en la garganta

Otros presentan reflujo ácido por la noche, es posible que también presenten síntomas:


Tos crónica


Asma nueva o que empeora


Laringitis


Alteración del sueño

¿Qué factores desencadenan esta enfermedad?

- Obesidad
- Protuberancia en la parte superior del estómago que sube hasta el diafragma (hernia de hiato)
- Embarazo
- Trastornos de tejido conjuntivo, como esclerodermia
- Retraso del vaciado estomacal
- Fumar
- Comidas abundantes o comer tarde por la noche
- Comer ciertos alimentos (detonantes), como alimentos fritos o grasosos
- Ciertas bebidas, como alcohol o café
- Tomar ciertos medicamentos, como aspirina

¿Qué factores desencadenan esta enfermedad?

● **Estrechamiento del esófago** (estenosis esofágica). Las lesiones en la parte inferior del esófago provocadas por el ácido estomacal producen la formación de tejido cicatricial. El tejido cicatricial estrecha el camino que recorren los alimentos, lo que causa dificultad para tragar.

● **Una llaga abierta en el esófago** (úlcera esofágica). El ácido estomacal puede desgastar el tejido del esófago y causar la formación de una llaga abierta. Una úlcera esofágica puede sangrar, causar dolor y dificultar el paso de alimento de boca a la faringe.

● **Cambios precancerosos en el esófago.** El daño ocasionado por el ácido puede provocar alteraciones en el tejido que reviste la parte inferior del esófago. Estos cambios se asocian con un riesgo mayor de padecer cáncer de esófago.

¿Cómo se diagnostican?

● **Endoscopia superior.** Ayuda a evaluar los síntomas de dolor abdominal superior, náuseas, vómitos o dificultad para tragar que aparecen en forma persistente. Es la mejor prueba para encontrar la causa del sangrado del tracto gastrointestinal superior. También es más preciso que las radiográficas para detectar inflamación, úlceras y tumores del esófago, el estómago y el duodeno

● **Prueba ambulatoria de ácido (pH) con sonda.** Se coloca un monitor en el esófago para determinar cuándo, y durante cuánto tiempo, el ácido estomacal regurgita al esófago. El monitor se conecta a una pequeña computadora que se usa alrededor de la cintura o con una correa sobre el hombro.

● **Manometría esofágica.** Esta prueba mide las contracciones musculares rítmicas en el esófago cuando comes. La manometría esofágica también mide la coordinación y la fuerza que ejercen los músculos del esófago.

● **Radiografía del aparato digestivo superior.** Se toman radiografías el paciente toma un líquido blanquecino que recubre y llena la mucosa interna del tubo digestivo. Este recubrimiento permite que el médico vea el contorno del esófago y estómago.

TRATAMIENTOS

La clave es una dieta equilibrada, un estilo de vida saludable



● Dieta variada y equilibrada, con un contenido alto de fruta, verdura y fibra vegetal de cereales y legumbres.



● Distribuir la ingesta total del día en 5, ya que lo habitual es 3, para evitar comer entre horas. Comer lentamente y masticar bien los alimentos.



● Evitar el café y el descafeinado, ya que aumenta la acidez del estómago. Se recomienda té de Manzanilla, anís verde etc.



● Las comidas y las bebidas. como las grasas (especialmente fritos), pimentados y especias, además. chocolate, alcohol, bebidas con gas, frutos cítricos, tomate y productos mentolados. Los consumos de estos alimentos irritan la superficie del esófago como ciertos condimentos (vinagre pimienta, pimentón, guindilla) y alimentos ácidos (tomate, frutas o zumos cítricos)



● Evitar comidas copiosas y alimentos ricos en grasa. Son difíciles de digerir y retrasan el vaciado gástrico y aumentan la inflamación de la mucosa gástrica como las salsas y los guisos.



● Evitar el consumo de carminativos (ajo, el hinojo, la menta, albahaca, el cilantro, la cebolla, zanahoria, la nuez moscada o salvia).



● Cenar mínimo 2- 3 horas antes de ir a dormir. Elevar la cabecera de la cama unos 10 cm para conseguir una inclinación mínima de todo el tronco que evite aumentar el riesgo de reflujo.



● No utilizar ropa ajustada, principalmente después de las comidas.



● No fumar Consumir los líquidos entre las comidas y no durante las mismas para evitar aumentar el volumen del estómago.



● Perder peso en caso de presentar sobrepeso u obesidad.



● Evitar el estrés por nerviosismo, debemos mejorar nuestras actitudes, pensamientos o realizar alguna terapia relajante (yoga, meditación, etc).



LA TUBERCULOSIS



Dra. Edda Velásquez
Neumóloga-Internista
Tel: +(503)2669-7850

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más importante que existe en el mundo, se considera la más antigua, estimada entre 15,300 a 20,400 años.

A lo largo de toda la historia de la humanidad se ha desarrollado una lucha para erradicarla.

Cada año se producen en el mundo 8 millones de nuevos casos y mueren anualmente por esta infección casi 3 millones de pacientes.

¿TIPOS DE TUBERCULOSIS?

A pesar de que la localización pulmonar es la más frecuente, la bacteria de la tuberculosis puede crecer en otros muchos lugares del organismo.

Algunos de estos son, además del pulmón: piel, tracto gastro-intestinal (estómago, intestino y otros órganos asociados), riñón y cerebro.

La bacteria puede alcanzar el cerebro produciendo una meningitis tuberculosa, que es muy peligrosa y muy difícil de tratar.



¿QUE ES?

Es una infección producida por una bacteria de la familia de las micobacterias; principalmente, *Mycobacterium tuberculosis*.

¿COMO SE TRANSMITE?

La transmisión del bacilo de Koch (bacilo tuberculoso) se produce directamente de persona a persona, habitualmente a partir del enfermo con enfermedad pulmonar que exhala bacilos por vía aérea con la tos, expectoración (flema) y al hablar.

El riesgo de adquirir la infección dependerá del grado de respuesta del paciente; aquellos con SIDA, diabetes y aquellos que presenten una enfermedad pulmonar previa o un estado de inmunodepresión, niños, individuos mayores de 65 años, personas desnutridas, alcohólicos, el riesgo de infección por tuberculosis es mayor.

¿CUALES SON SUS SINTOMAS?



¿COMO SE DIAGNOSTICA?

- Síntomas clínicos.
- Hallazgos en radiografía de tórax.
- La prueba cutánea de la tuberculina (prueba de Mantoux).
- Baciloscopia (muestra de esputo) en tuberculosis pulmonar y biopsia en las otras formas de tuberculosis.



¿ES CURABLE?

Es una enfermedad tratable y curable ya que la forma activa es sensible a una combinación de 4 antibióticos administrados desde 6 meses a 2 años, en función de la afectación.

PREVENCION



Vacunación BCG



Mantener abiertos y ventilados los ambientes.



Permitir el ingreso de la luz en sus casas.



Cubrir su boca al estornudar.



Lavado frecuente de manos.



Para impedir la propagación se recomienda la detección precoz de estos casos y, por consiguiente, el tratamiento adecuado de los mismos.

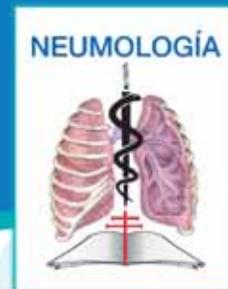
24
de Marzo

Día Mundial de la Lucha contra
la Tuberculosis



CLÍNICA ESPECIALIZADA EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Dra. Edda Leonor Velásquez de Cortéz
Neumóloga Internista



Atención Especializada:

- Electrocardiografía
- Evaluación Preoperatoria
- Espirometría
- Videobroncoscopia
- Oxigenoterapia Domiciliar

Especialidad en Jóvenes y Adultos:

- Diabetes Mellitus
- Hipertensión Arterial
- Enfermedades de la Tiroides
- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Gastrointestinales
- Enfermedades del Sist. Nervioso

Diagnóstico y Tratamiento de enfermedades respiratorias:

- EPOC
- ASMA
- EPID
- Tos Crónica
- Sinusitis
- Cáncer
- Derrame Pleural
- Tuberculosis
- Masa Mediastinales



Estamos localizados en:



Hospital San Francisco, Clínicas Médicas 3er Nivel, Local 23. Avenida Roosevelt Norte, # 408, San Miguel. Teléfono: 2669-7850.

IMPLANTES DISCALES PARA EL DOLOR DE ESPALDA BAJA



Dra. Norma Sánchez Ruiz
Neurocirujano

Tel: +(503)2514-2813 / 7609-4719

Cada año, miles de personas sufren molestias de espalda por desgaste o falta de elasticidad de los llamados discos vertebrales. El mundo de la tecnología evoluciona constantemente y la medicina no es la excepción más cuando se unen para el beneficio de la humanidad. Con la nueva generación de implantes de discos lumbares artificiales cuya tecnología de movimiento inteligente permite al paciente una rápida recuperación, surge así desde hace años una novedosa operación de columna que también se realiza en el país permitiendo estabilizar la columna de una forma más exacta con un procedimiento de fijación posterior con disco artificial, tornillos y barras. Así comentó la especialista en Neurocirugía Dra. Norma Sánchez.

Generalmente, las molestias que provocan las enfermedades degenerativas de la columna vertebral son tratadas con medicamentos antiinflamatorios, fisioterapia o infiltraciones con anestesia y medicamentos en el área más dolorosa. Sin embargo, en ocasiones la única forma de aliviar el dolor y recuperar la movilidad es a través de una cirugía.



¿Qué es la cirugía de disco en la columna vertebral?

Es un procedimiento quirúrgico practicado desde 1990, aprobado por la FDA desde entonces con todas las modificaciones a los implantes, ¿En qué consiste? se extrae el disco por completo y reemplazarlo por un implante hecho de una combinación de metal (titanio) y plástico, con el objetivo de imitar el movimiento normal de los discos de la zona de la columna lumbar. Para brindar más estabilidad se colocan tornillos a cada lado y sus barras, cubiertas con injerto de hueso. Desde una perspectiva biológica, los nuevos discos ponen una gran ventaja sobre los implantes tradicionales, debido a cómo se integran a las vertebrae y conservan el movimiento. Esta cirugía es más segura y tendría menos efectos secundarios a largo plazo para el paciente, pues se evitaría reintervenciones. Pero es de aclarar al paciente que tendrá que adaptarse a la nueva mecánica de movimientos permitidos por los implantes.



¿Cómo es el procedimiento de esta operación?

Se trata de varias técnicas para realizar una fijación intervertebral (artrodesis intervertebral).

Este espaciador se denomina caja (cage o mesh) y los hay de diversas formas, tamaños y materiales. Esta caja se puede colocar por vía posterior directa (PLIF) la más utilizada y practicada en el país, la posterior oblicua -transforaminal- (TLIF y L-TLIF), anterior directa (ALIF) pero en todos los casos cumple la misma labor. Se puede realizar por técnica abierta o mínimamente invasiva.

La decisión de la vía de acceso quirúrgico y del tipo de implante a colocar depende muchos factores, como las condiciones de cada paciente individual (anatómicas, tipo de enfermedad a tratar, entre otras), y de las preferencias, experiencia de su equipo quirúrgico

Con la operación de reemplazo de disco y fijación posterior (que dura de una a 2 horas), el paciente permanece en el hospital menos tiempo y al día siguiente "caminan sin la necesidad de ningún tipo de bastón o asistencia, y la mayoría sin usar faja.

Hay recomendaciones que deben cumplirse: Tras la cirugía es necesario reposar por algunos días, aunque se recomienda levantarse precozmente, **Está absolutamente prohibido fumar desde al menos 3 semanas antes de la cirugía y posterior a ella porque existen componentes en el tabaco que impiden la consolidación ósea.** Evitar flexionar la espalda entre 6 a 12 semanas",





¿Cómo saber si un paciente es candidato para esta cirugía?

No todas las personas con dolor de espalda que necesiten una cirugía de la columna van a ser **candidatos**, sino los pacientes que les ha fallado un tratamiento no operatorio realizado al menos durante 6 meses y ameriten fijación por inestabilidad de las vértebras lumbares (listesis, fracturas y discopatías degenerativas) Usualmente los pacientes con osteoporosis no son elegibles por la Dra. Norma Sánchez.

La mayoría de pacientes sienten mejoría total, o gran reducción en el nivel de dolor y, si este queda, es menor, y sin limitaciones de las actividades normales diarias. Así enfatizo la especialista. **Puede incorporarse a su trabajo entre 8 y 12 semanas.**

Los discos también contribuyen a la flexibilidad y movimiento de la columna vertebral. Los discos están formados por dos partes: **1) la porción interna del disco, que se llama núcleo pulposo y es un material gelatinoso; 2) la parte externa del disco, que es un material más resistente y más fibroso y se llama anillo fibroso. El anillo fibroso rodea y da soporte al material gelatinoso interno.**

Debido a las complicaciones asociadas con la fusión lumbar, resurgió el interés en el remplazo de disco artificial en la década de 1990. **El propósito y la ventaja del remplazo de disco artificial es remplazar el disco desgastado y, al mismo tiempo, preservar el movimiento del segmento vertebral operado.** Esto tiene el potencial no sólo de tratar el dolor de espalda subyacente, sino también de proteger a los pacientes del desarrollo de problemas en los niveles vertebrales adyacentes.



Dra. Norma Sánchez Ruiz

Neurocirujano
J.V.P.M. 6058

Clinica: 2514-2813 • 2502-9527
Celular: 7609-4719

Clinica de Enfermedades Neuroquirúrgicas del Dolor
Enfermedades del Sistema Nervioso en Niños y Adultos
Columna Vertebral - Neurocirugía

Edificio de Profesionales 4º Nivel, Local No. 401,
Col. Médica, costado Norponiente
Hospital Ginecológico

Consultas por cita:
Lunes a Viernes 2:00 p.m. a 6:00 p.m.
Sábado 9:00 a.m. a 12:00 p.m.

Dr. Miguel Ángel Ruiz Rivas

NEUMÓLOGO-BRONGOSCOPISTA-INTERNISTA.

- Tos, Cansancio, Chillido de pecho, Asma, bronquitis, enfisema.
- Cáncer de Pulmon, derrames pleurales.
- Sinusitis, Síndrome Rinosinobronquial, fibrosis pulmonar. Enfermedades intersticiales (EPID), paciente oxígeno-dependiente.
- Espirometría forzada, terapias respiratorias.
- Endoscopias bronquiales diagnósticas y terapéuticas.
- Biopsias pleurales, toracocentesis diagnósticas y descompresivas.
- Colocación de sondas pleurales, pleuracant y pleurodesis.
- Evaluaciones Neumológicas y cardiovasculares.



Consultas por citas : Lunes - Viernes: 3:30 p.m a 6:30 p.m. Sábado: 9:00 a.m. - 12 md.
Visita domiciliar y emergencias 7672-7672 Clínica: 2263-3955 7ª calle pto.No 4021 entre 77 y 79 Av. Norte Col. Escalón, San Salvador.



david_matamoras@yahoo.com

DR. DAVID ERNESTO MATAMOROS B.

Cirujano Ortopeda y Traumatólogo

JVM 10,663

Consultas por la tarde y Sábados por la mañana

Edificio Diagonal, 2. Nivel Local 202 Col. Médica, San Salvador. Tél: 2226-3040, cel: 7160-7718, 7883-0741

CLÍNICA DEL CÁNCER

La prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer es nuestro objetivo

**NO LO ESPERE MÁS,
EL CÁNCER PODEMOS EVITARLO**

- **Cabeza y cuello:** Tiroides, Paratiroides, Cavidad oral, Glándula Salival, Laringe, Nasofaringe, Piel Cabelluda.
- **Tórax:** Cáncer de Pulmón, Mediastino, Pleura, Tráquea.
- **Aparato Digestivo:** Cáncer de Esófago, Estómago, Hígado, Vías Biliares, Páncreas, Intestino Delgado, Colón, Recto y Ano.
- **Aparato Genitourinario:** Cáncer Renal, Glándula Suprarrenal, Ureter, Vejiga, Próstata, Testículo y Pene.
- **Aparato Ginecológico:** Cáncer de Cervix, Endometrio, Ovarios, Vagina, Vulva, Tumores de mama.
- **Piel y Anexos, Tejidos Blandos, Huesos:** Cáncer de piel. Melanoma Maligno, Tumores de partes Blandas y huesos.
- **Tumores de origen Primario Desconocido**



Cirujano Oncólogo
Dr. David Otoniel Sánchez Hernández

Post-Grado de Cirugía Oncológica en El Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional "SIGLO XXI" del Instituto Mexicano.

CITAS: 2661-2450, EMERGENCIAS: 7885-8822 CORREO: sanchezotoniel@hotmail.com
Centro de Especialidades ,Médicos Santa Gertrudis 9 Av. Sur #201. Bo. La Merced, San Miguel.

GASTROENTERÓLOGO



ENDOSCOPISTA

EXPERTOS EN SALUD DIGESTIVA

J.V.P.M. 10058

Dr. Napoleón Ventura

Gastroenterólogo - Endoscopista

Especialista en:

- Enfermedades Digestivas
- Detección temprana de Cáncer Gástrico y de Colon
- Tratamiento terapéutico de varices esofágicas
- Reflujo gastroesofático gastritis
- Hígado graso y cirrosis
- Úlceras, Gastritis
- Estreñimiento, Colitis
- Colangio pancreatografía retrógrada endoscopia
- Enfermedad del tracto digestivo superior e inferior
- Enfermedades hepáticas, vías biliares y páncreas
- Endoscopia diagnóstica y terapéutica
- Colonoscopia diagnóstica y terapéutica

GASTRO
CENTER**CONSULTAS:**

Lunes - Viernes:
8:00 a.m. a 6:00 p.m.
Sábados:
8:00 a.m. a 12:00 m.d.



Clinica San Miguel: Final 9a. Ave. Sur #415 Local 1 Edificio Multiclínica, contiguo a Farmacia San Rey. Tel.: 2637-0117

San Francisco Gotera: 1a. Calle Oriente #17, media cuadra al poniente del Super Selectos. Tel.: 2654-2379

Barrio el convento 6 calle oriente y 4 av sur contiguo a EEO Santa Rosa de Lima, La Unión. Cel.: 6013-4943

Postgrado: Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras La Habana - Cuba. Email: napovent@hotmail.com.

VENOCENTER

DR. JUAN CARLOS VALENZUELA

CENTRO LÁSER ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO
DE VENAS Y ARAÑAS VASCULARES

HOSPITAL SAN FRANCISCO LOCAL #47, SAN MIGUEL, EL SALVADOR
Tel.: (503) 2669-8101 Correo: jvalenzuelav@hotmail.com

**« DR. CRISTHIAN GREGORIO CRUZ MARTÍNEZ »**

NEFRÓLOGO- INTERNISTA

- INSUFICIENCIA RENAL • HEMODIÁLISIS • GLOMÉRULONEFRITIS
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL • DIÁLISIS PERITONEAL • TRASPLANTE RENAL
- ATENCIÓN CON Y SIN DIÁLISIS DE ENFERMEDAD DEL SISTEMA RENAL

Hospital, San Francisco, 4 Nivel, Local D2, San Miguel, El Salvador.
TEL: 2645-2900 (Ext 3078) CEL: 7877-8218

**Dra. Karla Geraldine Presidente de Marroquín**

JVPM 10317

- Cirugía de tumores musculoesqueléticos (Primarios o secundarios)
- Preservación de extremidades y reconstrucción compleja de tipo oncológico.
- Tratamiento de fracturas en adultos y niños
- Tratamiento de lesiones deportivas
- Viscosuplementación de artrosis

Col. Escalón, Calle Juan José Cañas y 81 Av. Sur, Block # 8, Clínica No. 1, 3º Nivel, Torre Hospital de la Mujer
Tel.: 2213-1960 • 2264-8643



Palapas , Bungalows y Suites

Disponibles ...

Tel. 7602 7947



LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA

Tu mejor opción en la Destrucción de Piedras o Cálculos Renales

¿En que consiste?

Es un procedimiento con ondas de choque que atraviesan tu cuerpo hasta destruirlos en menos de una hora.



Hospital Central: sobre Calle Guadalupe entre Blvd. Tutunichapa y Alameda Juan Pablo II, frente a Parqueo Ministerio de Hacienda.

Tel.: 2523-8000