

Medias de Compresión

En 2010 casi un tercio de los españoles tendrá varices

Patología

Úlcera venosa: una cruz sobre las piernas

Tratamiento

Cirugía endoscópica de varices

Prevención

Presoterapia: prevenir, curar y mantener

Viaje y sedentarismo

UN CÓCTEL DE RIESGO
CARDIOVASCULAR

OBJETIVO FESPREV
PREVENIR LA
PATOLOGÍA
CARDIOVASCULAR



FUNDACIÓN MAZ

DE PREVENCIÓN Y MEDICINA

La Fundación MAZ de Prevención y Medicina está especializada en el tratamiento de las patologías laborales y cuenta en la actualidad con las siguientes unidades:

- Cirugía de la mano, reimplantación y Transposición de nervios amputados
- Hipertensión Arterial
- Terapia Ocupacional
- Psicología
- Patología Funcional del Sistema Motor
- Patología de Raquis
- Paraplégicos



FUNDACION MAZ DE PREVENCIÓN Y MEDICINA
Avda. Academia General Militar, 74
50015 ZARAGOZA Tfno. 976748000
www.maz.es

laVena

Publicación Oficial de la Fundación para el Estudio y Prevención de Enfermedades de las Venas, y del Foro de Enfermedades Vasculares.

Objetivo FespreV:
Prevenir la patología cardiovascular

Comité Científico

M.A. Santos Gastón · Cirujano Cardiovascular
Francesc Casals Solé · Hematólogo
Javier Pérez Monreal · Angiólogo

Comité de Redacción

Miguel A. Santos Gastón
Gabriel Plaza Molina
Jesús Ibáñez Montoya
Carmen Salvador López
Pilar López García-Franco

Director: Gabriel Plaza Molina

Secretaría de Redacción:
Concepción García García

Director de Arte: GPG

Publicidad: Ernesto Plaza Gajardo

Bravo Murillo, 81, 4º C
28003 Madrid
Telf. 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62
E-mail: lavena@fundacionesprev.com
Web: www.fundacionesprev.com

Impresión
Neografis, S.L.
Políg. Ind. San José de Valderas I
Calle del Vidrio, 12 y 14
28918 Leganés (Madrid)

SopORTE Válido: 25/03-R-CM
Depósito legal: M-9721-2003

Instituciones y entidades que han colaborado con FespreV en este número de **laVena**:

- ▶ Autoergon
- ▶ Bayer
- ▶ CINFA
- ▶ MAZ
- ▶ Ibáñez&Plaza



Más calor, más riesgo para las piernas

Al margen de los plausibles consejos sobre velocidad, alcohol cinturón de seguridad, etc, no estaría de más que la Dirección General de Tráfico advirtiese alguna vez a los conductores sobre la conveniencia de hacer una paradita al menos cada dos horas de viaje para estirar las piernas y beber agua frecuentemente.

Por desgracia no hay estadísticas sobre la influencia de los accidentes vasculares en la conducción y, por eso, el problema oficialmente “no existe”. Y, sin embargo, está ahí, bajo el nombre de “síndrome de la clase turista” en lo que se refiere a los viajes aéreos, o bajo la denominación más amplia de “accidentes vasculares del tiempo libre”.

En el presente número, que conecta ya con la temporada veraniega y la historia viajera, dedicamos un amplio reportaje a este tema capital.

No nos cansaremos de recordar que los tradicionales factores negativos para la salud (hipertensión, colesterol, triglicéridos, tabaquismo, estrés, genética...) multiplican hoy los accidentes vasculares en todas las circunstancias de la vida cotidiana, pero particularmente en el amplio contexto de situaciones que abarca el concepto de “tiempo libre”.

Les invitamos a repasar, en el aludido reportaje sobre viaje y riesgo vascular, los consejos que FespreV ha consagrado como sus tablas de la ley. El primero de estos consejos, insistimos una vez más, es la conveniencia de protegerse a diario las piernas con medias o calcetines largos de compresión, que son herramienta tan sencilla como eficaz para evitar la aparición y el desarrollo de las varices desde la edad joven hasta la senectud. Un trabajo sobre esta cuestión, que asimismo publicamos en estas páginas, recuerda que para el año 2010 casi un tercio de los españoles tendrá varices. Las cifras que nosotros hemos venido manejando hasta ahora hablan de un 25% de la población con este trastorno actualmente.

Aunque parezca chocante, en la época calurosa del año, cuando cada cual tiende a desvestirse, es precisamente cuando nuestras piernas están necesitando mucho más una compresión elástica que las proteja frente a la dilatación provocada por el calor. Y ello es aplicable no sólo a la mujer sino asimismo al hombre, como insistí en mi último libro “Varices en el hombre”, habida cuenta de que, si bien las varices son más frecuentes en la mujer en razón de 2 a 1, sin embargo en el hombre pueden ser más agresivas precisamente porque el varón tiende más a descuidarlas, identificándolas como un problema de orden más bien estético.

Miguel Ángel Santos-Gastón
Cirujano cardiovascular
Presidente de FespreV

Fundación
espreV
Estudio y Prevención de
Enfermedades de las Venas



Playa exótica que presupone un viaje de larga duración, calor, sedentarismo: la temporada veraniega brinda grandes atractivos que, si no se controlan adecuadamente pueden pasar factura al sistema vascular. Es, obligadamente por las fechas, el tema central de este número.

Nuestros criterios de prevención se ilustran esta vez con un amplio repaso al importante papel de las medias de compresión para evitar o controlar las varices y poner freno a la estadística que anuncia un futuro nada halagüeño en este sentido. Una concreta descripción de las ventajas de la presoterapia se añade al apartado de prevención. El dramático problema de las úlceras en las piernas es tratado por el Dr. Santos Gastón con lenguaje sencillo, al tiempo que riguroso, del mismo modo que lo hace con una interesante descripción de la técnica de cirugía endoscópica.

Ciencia

1 · Editorial

Más calor, más riesgo para las piernas

3 · Simposio

Viaje y sedentarismo

Factores de riesgo que multiplican los accidentes cardiovasculares

9 · Patología

Úlcera venosa: una cruz sobre las piernas

Afectan al 1% de la población

12 · Tratamiento

Cirugía endoscópica de varices

Con imágenes reales de operaciones

18 · Prevención

Medias de compresión

En 2010 casi un tercio de los españoles tendrán varices

22 · Prevención

Presoterapia

Prevenir, curar y mantener

24 · Noticias

Humanidades

27 · Viajes

Pisando Totora

A casi 4.000 metros de altura, en el lago Titicaca, viven los uros, un pueblo que hace siglos ideó construir unas islas flotantes con juncos cortados para mantenerse alejados de otras culturas invasoras.

32 · Área de Descanso

LIBROS · Una historia de amor en el Portugal de la Inquisición - **Memorial del convento** - José Saramago; Una intriga a lo largo de 2.000 años - **La Hermandad de la Sábana Santa** - Julia Navarro · PINTURA · Se cumple el centenario de su nacimiento - **Caneja en el Reina Sofía** - Del 1 mayo a 28 de agosto

34 · Internet

La nueva imagen de Fundacionesprev.com

www.fundacionesprev.com
Descarga de videos, consulta de preguntas frecuentes, ejercicios recomendados, autotest...

36 · Boletín de Suscripción

Asegúrese la recepción de la revista y colabore con la Fundación EspreV.

La Fundación para el Estudio y Prevención de Enfermedades de las Venas (FespreV), presidida por el cirujano cardiovascular Dr. Miguel A. Santos Gastón, tiene como objetivo promover y desarrollar actividades destinadas a frenar la evolución y prevalencia de las enfermedades vasculares en la comunidad, mejorar la vida de los pacientes y mentalizar a la Administración para que disminuyan los costes sociales y humanos.
Fundación constituida en 2002 -nº 712 del Registro de Fundaciones, B.O.E. 2 de mayo de 2002.-

Factores de riesgo que multiplican los accidentes vasculares

Viaje y sedentarismo

un cóctel de riesgo cardiovascular

El propio acto de viajar conlleva una actitud más o menos prolongada de permanencia prolongada en el mismo sitio, muy frecuentemente en circunstancias de incomodidad que repercuten negativamente en el organismo de uno u otro modo.

Viaje/sedentarismo conforman así un binomio con ingredientes de alto riesgo para la población en el terreno de la patología arterial/venosa. Abido es que la patología arterial es causa de mortalidad de primer orden en nuestros días. A ello ha contribuido decisivamente la acelerada irrupción de cambios sociales y hábitos emergentes que han potenciado la presencia de una serie de factores deletéreos: hipertensión, colesterol, triglicéridos, tabaquismo, estrés..., a los que hay que sumar, en su caso, el determinante factor genético.

Estos factores de riesgo multiplican hoy los accidentes vasculares en todas las circunstan-

Por paradójico que parezca, los viajes, que en la estación calurosa incrementan su frecuencia drásticamente, **van ligados en muchas ocasiones a un alto grado de sedentarismo**. El propio acto de viajar conlleva una actitud más o menos prolongada de permanencia prolongada en el mismo sitio, muy frecuentemente en circunstancias de incomodidad que repercuten negativamente en el organismo de uno u otro modo.

(H) (H) (H)	<i>Heparina altamente recomendada</i>
(A) (A) (A)	<i>Aspirina altamente recomendada</i>
(A) (A)	<i>Aspirina muy recomendada</i>
(A)	<i>Aspirina recomendada</i>

cias de la vida cotidiana, pero particularmente en el amplio contexto de situaciones que abarca el concepto de "tiempo libre":

La Fundación EspreV (Estudio y Prevención de Enfermedades de las Venas) redactó en su día un documento de consenso, estableciendo pautas de actua-

ción personal y social orientadas a disminuir el impacto de los accidentes vasculares, básicamente trombosis –con embolia pulmonar en ocasiones– y, en el mejor de los casos, aparición de varices, piernas hinchadas y daños diversos en el sistema venoso/vascular. Con vistas a los meses estivales, Fes-

Reportaje [Riesgos vasculares de viaje y sedentarismo]

preV considera de interés recordar los aspectos básicos y más útiles de los contenidos en el documento de consenso, referidos a viajes aéreos, transporte, turismo, deporte, ocio y sedentarismo.

1 Viajes aéreos

1.1. Síndrome de la clase turista

El llamado síndrome de la clase turista por complicaciones tromboembólicas en los desplazamientos aéreos de larga duración (más de 6 horas) viene causando alarma justificada en los últimos tiempos. Los factores desencadenantes de este fenómeno son los siguientes:

- ➔ Reducción del nivel de oxígeno en la aeronave (hipoxia).
 - ➔ Abuso del alcohol y el tabaco (cuando se permite) durante el vuelo por miedo, angustia, estrés o hábito cotidiano.
 - ➔ Presión atmosférica alterada (la presión higrométrica del aire ambiental disminuye).
 - ➔ Deshidratación, si el pasajero no bebe agua.
 - ➔ Inmovilidad en un espacio generalmente reducido.
- Todos estos factores provocan una concentración elevada de hematíes, una mayor viscosidad sanguínea y una tendencia más acusada a la hipercoagulabilidad. Cuando tales factores



El turismo sexual, cada vez más frecuente, suele conllevar el abuso de sustancias tóxicas, deletéreas para el sistema vascular

se citan en pacientes con piernas hinchadas o con varices, las posibilidades de formación de coágulos en las venas aumentan sensiblemente.

Prevención

En los supuestos que se relacionan a continuación, siempre que hayan sido previamente diagnosticados, la Fundación EspreV (Estudio y Prevención de Enfermedades de las Venas) recomienda la inyección subcutánea de heparina preventiva, según protocolo que asimismo se describe:

Grupos de riesgo diagnosticados:

- Patología varicosa
- Insuficiencia venosa crónica



- Insuficiencia bombeo profundo
- Edemas
- Cor pulmonare crónico
- Enfisema pulmonar y otras secuelas pulmonares

Protocolo aconsejado por Fundación EspreV:

1 inyección subcutánea de 0,4 ml de heparina cada uno de los días siguientes:

- Día previo al viaje
- Día del viaje
- 3 días posteriores al viaje

En el viaje de regreso, idéntica pauta.

(H) (H) (H)

Prevención adicional: medias o calcetines compresivos.

Para el resto de pasajeros sin riesgos venosos potenciales, se

considera beneficioso el consumo de una aspirina infantil al inicio del viaje. (A)

1.1.1.

Accidentes vasculares asociados al síndrome de la clase turista

En el segmento de población de 55-75 años se aprecia un aumento de la morbilidad, con desarrollo de arteriosclerosis, en forma

Determinadas prácticas deportivas, algunas de amplia difusión, conllevan riesgos vasculares con frecuencia escasamente divulgados

- ➔ Desarrollo de trombosis in situ.
- ➔ Desplazamiento de elementos formes desde una placa de ateroma ulcerada.

Consideremos el caso de la aorta o la carótida en estas circunstancias: el resultado va a ser una microembolia cerebral. Esta complicación suele producir un ictus transitorio de pocos segundos, con todo el cortejo sintomático acompañante: pérdida de conciencia, obnubilación, tras-



de lesiones ateromatosas localizadas en las estructuras arteriales (aorta, coronarias, carótidas y vertebrales). Este aumento está con frecuencia asociado a factores socio-económicos ligados a la edad, con profunda influencia en los hábitos personales, como es principalmente el caso de las jubilaciones, anticipadas o no, que suelen dar lugar a ociosidad y depresión. El resultado es un aumento del tabaquismo y el consumo de alcohol, con el consiguiente incremento de la tensión arterial, el colesterol y los triglicéridos.

¿Qué sucede cuando personas con este perfil vascular de riesgo realizan viajes aéreos de larga duración? El estrés del viaje suele potenciar los citados

hábitos nocivos, a los que suman su acción deletérea las circunstancias desfavorables inherentes al vuelo, ya descritas en 1.1. Todo ello va a incrementar el riesgo, especialmente si el viajero sufre ya alguna pequeña lesión ateromatosa, al aumentar el nivel del hematocrito y la viscosidad de la sangre, que en la práctica sufre un estancamiento. En una arteria ya lesionada se producen cambios hemodinámicos en forma de remolinos, lo que contribuye a que los factores implicados en la coagulación, fundamentalmente las plaquetas, se aproximen a las íntima de la pared arterial. A partir de ese momento se pueden producir dos fenómenos fisiopatológicos:

tornos de memoria, disartria, hemiparesias (pequeñas parálisis en el rostro). Los afectados suelen recuperarse en algunos días sin sufrir apenas secuelas. Pero, pese a su aparente levedad, esta complicación supone un aviso alarmante de que existe una lesión seria a tratar.

Prevención

En este amplísimo grupo de personas que hemos descrito (segmento de edad de 55-75 años en vuelos prolongados) la aspirina es la única herramienta protectora a recomendar, por su eficacia científicamente demostrada, para evitar la microembolia.

(A) (A) (A)

Prevención adicional: medias o calcetines compresivos.

Reportaje

2 Transporte

2.1. Viajes por carretera

Los viajes en autobús durante largos trayectos pueden reproducir algunas de las circunstancias ya comentadas para los desplazamientos aéreos, por lo que los casos de riesgo deberán ser considerados de forma individual. En términos generales el uso de aspirina se aconseja como muy recomendable para viajes de larga duración en autobús. (A) (A) Prevención adicional: medias o calcetines compresivos, según riesgo).

Por lo que se refiere a los viajes en automóvil, nos remitimos a las normas y consejos, sobradamente conocidos y reiterados, en relación con los riesgos sanitarios de los trayectos prolongados en este tipo de desplazamiento. En el segmento de edad madura (55-75 años), aplicar las normas preventivas referidas al viaje prolongado en autobús.

2.2. Motorismo

El motorista en viaje de ocio llega a consumir largas horas inmovilizado sobre su máquina en una postura que mantiene oprimido el sistema vascular en zonas estratégicas del cuerpo. Por ello, conforma un grupo de riesgo a considerar, para el que debe recomendarse una pauta de aspirina en términos genera-

El "síndrome de la clase turista" no es exclusivo de los viajes aéreos

les, sin perjuicio de lo que cada caso particular pudiera aconsejar. (A)

2.3. Profesionales del transporte

Aunque la actividad de este grupo de población no se encuadra precisamente en el concepto de "tiempo libre", las circunstancias en que se desarrolla remiten claramente a las de otros grupos ya citados. Por ello, es de interés sanitario establecer unas pautas preventivas en los términos siguientes:

- Pilotos de líneas aéreas (A) (A) (A)
- Conductores de autobuses (A) (A)
- Taxistas (A) (A)
- Camioneros (A)

3 Turismo

3.1. Factores climáticos y geográficos

Una vez en destino, el turista puede encontrarse en unas circunstancias geo-climáticas distintas de las de su lugar de procedencia, y que pueden representar para él factores de riesgo vascular, relacionados con la temperatura, la altura y la humedad ambiental.

Prevención

El consumo preventivo de aspirina está recomendado para los viajeros sometidos a las circunstancias descritas. (A)

3.2. Turismo sexual

El turismo con propósito de relación sexual -especialmente orientado hacia el Caribe y el Sudeste asiático- es una realidad

No se presta atención adecuada al riesgo vascular de mayores y jubilados, en permanente sedentarismo

constatada, que desde años atrás se manifiesta en proporción considerable, muy a tener en cuenta desde el punto de vista sanitario. Este tipo de turismo, protagonizado por personas que viajan en busca de una pareja o, simplemente, de placer in situ, se ve generalmente amenazado por abuso de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y drogas (generalmente de diseño o cocaína), que actúan de forma muy nociva sobre posible lesiones coronarias previas, no diagnosticadas.

Prevención

Estas personas deben estar informadas de que con una pauta preventiva de aspirina diaria alejarían el riesgo de muerte súbita o de lesiones vasculares con mal pronóstico posterior. (A) (A)

4 Deporte

4.1. Deportistas con riesgo

El deportista con riesgo de accidente vascular suele registrar alguno de estos perfiles:

- ➔ Deportista ocasional o "de fin de semana".
- ➔ Individuo que practica un deporte -máxime si es de riesgo- sin método ni entrenamiento.
- ➔ Deportista de tipo competitivo, que traslada a la pista el estrés y la agresividad de su ambiente laboral.

4.2. Deportes de riesgo

Determinadas prácticas deportivas, algunas de amplia difusión, conllevan riesgos vasculares con frecuencia escasamente divulgados. Una regla de oro que debería conocer cualquier practicante de los deportes que a continuación se mencionan es que la pulsación cardiaca nunca debe sobrepasar los límites establecidos como frontera de riesgo cardiovascular, a saber:

- ➔ 220 menos los años de edad, en el hombre
 - ➔ 210 menos los años de edad, en la mujer
- (Ejemplo: un hombre de 60 años debe cuidar que sus pulsaciones

no excedan de 160 en ningún caso. Para una mujer de esas edad, no deben pasar de 150).

4.2.1. Deportes de riesgo por cansancio excesivo en piernas o por agotamiento: esquí (*), senderismo (*), trekking (*), bicicleta de montaña (*).

4.2.2. Deportes de riesgo cuando la práctica es en lugares cerrados: tenis (*), squash (*), frontón (*), fútbol sala (*).

4.2.3. Deportes de riesgo por vasoconstricción brusca:

Se produce por frío en el medio en que se practican, con la consiguiente subida de tensión: buceo, submarinismo, piragüismo, kayak, windsurf.

(*) En los deportes indicados con asterisco el riesgo aumenta si se practican con afán competitivo, y es aún más marcado si ya existen otros factores o antecedentes de riesgo: estrés, tabaquismo, hipertensión, sobrepeso.

Prevención

El consumo de aspirina, como prevención de accidentes vasculares, es aconsejado antes de comenzar la práctica de los deportes de riesgo descritos. (A)

Reportaje [Riesgos vasculares de viaje y sedentarismo]

5 Ocio

Característico de nuestra época es también la proliferación de locales de diversión para unas y otras edades, donde es común el abuso de alcohol, tabaco, drogas, baile y ajeteo hasta altas horas de la madrugada. El cansancio del día después, sumado al estrés de la incorporación al trabajo cuando el organismo aún no se ha liberado de las toxinas acumuladas, puede provocar el accidente cardiovascular.

Prevenición

La aspirina juega un indudable papel preventivo en estos casos,

tanto si se trata de individuos jóvenes como maduros. (A)

6 Sedentarismo

El riesgo cardiovascular del sedentarismo, de la inactividad ajena al mínimo ejercicio saludable, es objeto permanente de advertencia por parte de la medicina. Pero existe un grupo social afectado por este riesgo concreto, que no suele recibir la atención que merece, pese a su creciente importancia. Nos referimos al segmento de población englobado en el concepto de "tercera edad" y muy especialmente a quienes habitan o frecuentan residencias, clubes de

mayores y jubilados o, sencillamente, bares en ambiente cerrado, con atmósfera cargada y acompañamiento de alcohol.

Es evidente que el transcurso de cuatro o seis horas frente al televisor, practicando juegos de mesa o simplemente haciendo ganchillo, representa un claro riesgo paralelo al descrito en 1.1.1.

Prevenición

En ninguna residencia de la tercera edad debería faltar la presencia de una batería de normas saludables para la vida cotidiana, con el consejo específico de una aspirina diaria para estos grupos de edad, generalmente afectados por trastornos vasculares de diversa índole. (A) (A) (A)

Diabetes, un caso muy especial

La patología diabética está estrechamente ligada a la vascular y presenta unas características peculiares que merecen atención especial a la hora de programar un viaje de larga duración.

Antes del viaje:

- Tomar las medidas preventivas necesarias en función del destino. Si se viaja a un país exótico, en principio la diabetes y los fármacos necesarios para su tratamiento no contraindican ninguna vacuna, ni siquiera la medicación antimalárica aconsejada en zonas tropicales.
- Llevar por duplicado, tanto en el equipaje de mano como en la maleta, la medicación y el material necesario para el control de la glucosa y su tratamiento (jeringas o plumas desechables, viales de insulina, lancetas, glucómetro y tiras reactivas para glucosa).
- Disponer de medicación suficiente para la duración del viaje e incluso para una semana más. Es posible que en lugar de destino tenga un nombre diferente o una composición distinta.
- Portar identificación accesible que permita conocer que se padece diabetes.

- Tener siempre a mano tabletas de glucosa y alimentos (sandwich y frutos secos) así como una ampolla de glucagón para prevenir o tratar las hipoglucemias.

Durante el viaje:

- Respetar horarios de comidas.
 - Si se realiza un trayecto largo en avión, caminar 10 minutos cada 2 horas.
 - Mantener los viales de insulina a una temperatura adecuada. No congelarla ni exponerla a temperaturas elevadas o a la luz.
 - Si se adquieren viales en el país de destino, comprobar la concentración de insulina, ya que puede ser distinta.
 - En el caso de que durante un viaje largo se atraviesen 6 husos horarios, habrá que ajustar las dosis de insulina. En los viajes hacia el oeste, en los que se "ganan" varias horas, es preciso administrar dosis suplementarias. En los viajes hacia el este habrá que reducir la dosis.
- El ajuste exacto lo deberá realizar el endocrinólogo o un especialista en medicina del viajero.

Miguel Ángel Santos Gastón

Cirujano Cardiovascular

Úlcera venosa: una cruz sobre las piernas

De todos los aspectos clínicos de la patología venosa destaca por su componente social la aparición de la úlcera flebotática, padecimiento crónico que deteriora gravemente la salud tanto física como psíquica del enfermo.

Las úlceras de las extremidades inferiores son una de las afecciones más frecuentes que se dan en la práctica médica diaria. Dada su importancia, no solamente clínica sino eminentemente social, por lo que tiene de crónica y penosa, da lugar a una semi-impotencia asociada a dolor y a una grave tara socio-económica.

La úlcera es una complicación cutánea que se caracteriza por una pérdida de sustancia dermo-epidérmica (piel) pudiendo destruir los tejidos profundos hasta la aponeurosis. No cicatriza en condiciones normales y tiene tendencia a la cronicidad. Habitualmente es una lesión secundaria a otros procesos generales patológicos. De este hecho emana la idea de rechazar un criterio localista ante la presencia de una úlcera. Si exceptuamos la post-traumática pura que tiene ese ca-



Las úlceras flebotáticas afectan al 1% de la población adulta en la mayoría de países occidentales

rácter, el resto de úlceras son la expresión de una enfermedad general que debemos conocer para su mejor tratamiento; así

pues, en modo alguno nos conformaremos con realizar un tratamiento tópico, que en definitiva retrasaría su evolución hacia una curación tan deseada.

Lo único importante es averiguar ante qué tipo de úlcera nos encontramos, porque no hay que olvidar que las causas son múltiples: origen venoso, arterial, por enfermedades debilitantes, hipertensas, neurotróficas, neoplásicas, hematológicas, diabéticas, atípicas.

Solamente después de analizar esta clasificación, comprendemos que el problema de la úlcera no es tan fácil como parece, encontrándose el médico con más dificultades de las previstas para intentar establecer un diagnóstico diferencial causal, que es para mí la clave del problema.

Topografía lesional

Las úlceras venosas afectan al 1% de la población adulta, en la mayoría de países occidentales. Típicamente el lugar para el desarrollo de la úlcera venosa es el tercio inferior de la pierna y con preferencia la región maleolar in-

Patología [Úlceras en la pierna]

terna (porción supra y retro maleolar), allí donde se ejercen las presiones más fuertes en la insuficiencia venosa crónica, siendo por otro lado el lugar donde asienta el estancamiento venoso; una zona donde el tejido celular subcutáneo es más débil.

Estas úlceras tienden a volverse rebeldes si reciben reflujo por fallo valvular de las venas perforantes bajas de la pierna. Estas venas ponen en comunicación el sistema venoso profundo (vena tibial posterior) con la afluyente posterior de la safena interna, llamada también vena de Leonardo (en honor a Da Vinci que además de ser un sabio y artista, fue un célebre anatomista del Medievo). Esta vena está situada paralela a la safena, por tanto no se extirpa cuando se practica una flebo-extracción de varices ("stripping"). Es por ello que las lesiones ulcerosas en este territorio se eternizan.

En la región externa de la pierna por encima y detrás del maléolo, cercano al tendón de Aquiles, hay otra perforante que comunica el sistema profundo (vena peronea) con la safena externa, lugar donde asientan úlceras muy dolorosas y crónicas.

Por qué se produce la úlcera

Generalmente, el origen es un mínimo traumatismo que afecta a un territorio cuya piel ya está muy deteriorada por un padecimiento venoso crónico. La hipertensión venosa existente va a generar una serie de trastornos tróficos en esa zona del tobillo, en forma de pigmentación lipoder-



Se trata de un padecimiento crónico que deteriora gravemente la salud

matoesclerosis, hipodermatitis, eczema y atrofia blanca. Sobre un territorio tan debilitado, el mínimo trauma va a provocar una úlcera.

La génesis de la úlcera reside en un trastorno de la micro-circulación, unido a una deficiente irrigación de O₂, alteración en el sustrato tisular y disturbios en el mecanismo de intercambio biológico de sustancias de desecho, procesos que van a jugar un papel primordial para el progresivo y gradual deterioro de los tejidos de una pierna que ya está sufriendo una sobrecarga por hiperpresión venosa.

La repetida interrupción de la micro-circulación altera el equilibrio intersticial ya de por sí muy frágil por el edema y acumulo de proteínas. El metabolismo celular se modifica, se acidifica el medio intersticial y la reacción inflamatoria-enzimática produce una

extravasación de corpúsculos hemáticos con producción de fibrina, estableciéndose un círculo vicioso que termina por dañar los tejidos de la pierna. Una teoría muy reciente expuesta por Dormandy (noviembre de 1990) explica la patogenia de estos trastornos tróficos al producirse una isquemia cutánea (deficiente irrigación de O₂) consecutiva a una oclusión capilar por leucocitos y así en ese medio alterado la piel se dañaría ocasionando una úlcera.

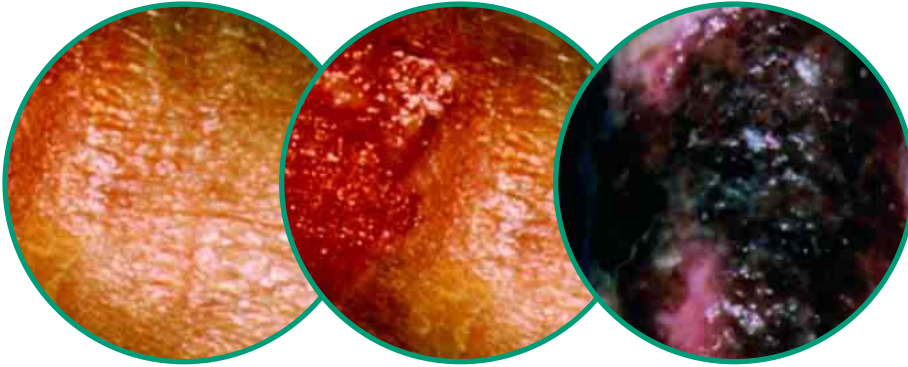
Además de la insuficiencia venosa crónica, no hay que olvidar otros procesos que inciden en el desarrollo de una úlcera como son la hiperpresión profunda por recanalización y avalvulación típica de una secuela postflebítica, la insuficiencia linfática y la deficiente perfusión arterial que explicaría la gran cantidad de úlceras en personas de edad avanzada. También hay que citar la ausencia de higiene que provoca una infección microbiana cuya consecuencia es una debilitación de las defensas naturales locales.

Aunque tradicionalmente la úlcera se asocia a la vejez, recientes estudios señalan que cerca de la mitad de úlceras en el hombre y la cuarta parte en la mujer se producen por debajo de los 65 años.

Características morfológicas

Para que una úlcera sea varicosa, debe estar localizada en el territorio perimaleolar interno, supra o infra-maleolar.

■ El tamaño es variable, desde pequeños orificios puntiformes



La úlcera de extremidad inferior no cicatriza en condiciones normales y tiene tendencia a la cronicidad

hasta la lesión circunferencial, que abarca todo el diámetro del miembro, lo que se denomina úlcera en calcetín pasando por la ulceración redondeada. La más típica tiene de 5 a 10 cm de diámetro y está situada en región maleolar, como he mencionado anteriormente. Los bordes están bien dibujados, encuadrando perfectamente el cráter.

■ El fondo puede tener varias tonalidades:

■ Blanca-amarilla, atónica y fibrosa cuando lleva mucho tiempo de evolución.

Hay ausencia de tejido de granulación y presencia de falsas membranas o depósito de anti-guas pomadas. El conjunto recuerda a una zona de esclerosis dermo-hipodérmica o de hipo-

dermitis con agujero en el centro. En la periferia existe una dermatosis más o menos extendida, a menudo con escamas muy secas que al levantarlas dejan ver una frágil película de piel. A veces la infección sobreañadida ha provocado un eczema e incluso manifestaciones alérgicas. En resumen, nos encontramos con una úlcera que no evoluciona, está muerta y parece un volcán sin actividad

■ Rosa con aspecto de que la úlcera está granulando.

■ Infectada con secreciones importantes. Casi siempre se debe a que se han realizado las curas sin asepsia.

■ Necrótica.

■ Los tejidos peri-ulcerosos pueden presentar las características siguientes:

■ Edema por insuficiencia venosa causal.

■ Hipodermis crónica retráctil en polaina.

■ Dermatitis ocre lenticular.

■ Atrofia blanca.

■ Eczema eritemo-escamoso.

■ Esclerosis subcutánea localizada en el tercio inferior interno (aspecto de botella de champán).

■ Anquilosis del tobillo que altera la estática y perturba la dinámica de la bomba muscular en la pantorrilla.

■ Otro tipo de úlcera es un pequeño punto negro debido a necrosis arterio-capilar.

Casi siempre está situada en una placa de atrofia blanca y en el territorio retromaleolar. La evolución es crónica y, si cura finalmente, las recidivas son frecuentes.

Los dolorosos síntomas de la úlcera

A las típicas molestias, se asocia el edema, que es un factor agravante. El origen de esa hinchazón es venoso, pero luego se transforma en linfático, debido a una sobrecarga en la evacuación de las gruesas moléculas proteicas existentes en los tejidos situados debajo de la piel y que se han extravasado desde los capilares.

En ocasiones el dolor es insufrible y sorprende cómo una pequeña ulceración puede ser tan dolorosa. A nivel articular hay una disminución de la flexión-extensión del pie con la consiguiente disminución de la hemodinamia circulatoria, circunstancia que agrava el trofismo cutáneo y empeora la cicatrización. Por tanto, una ulceración situada sobre un tobillo bloqueado o anquilosado es incapaz de cicatrizar. Una úlcera de estas características provoca fibrosis en los tejidos profundos, pudiendo afectar esta reacción hasta el periostio; por eso la ulceración tiende a pegarse al hueso.

Tratamiento [Cirugía endoscópica de varices]

Miguel Ángel Santos Gastón

Cirujano Cardiovascular

Cirugía Endoscópica de varices

Máximo exponente de la cirugía mínimamente invasiva

La cirugía endoscópica de varices surgió con fuerza en el año 1990, siendo el exponente de la cirugía minimalista también denominada mínimamente agresiva o invasiva. Esta cirugía es un nuevo concepto que se abrió camino en muchos campos de la medicina, para tratar enfermedades utilizando para ello una asociación de óptica y transmisión de imágenes. Esta técnica se realiza a través

de nuevas vías de acceso escasamente traumáticas.

Antecedentes históricos

En los pacientes con patología del sistema venoso ya se venía utilizando la endoscopia desde hace años, en los mejores hospitales europeos, pero solamente como método de diagnóstico. Con ella se conseguían visualizar fallos valvulares y focos de trombosis, pero nunca hasta la

década de los 90 se había considerado la posibilidad de utilizarla en cirugía. Es a partir de esa fecha cuando surgen varios especialistas: Sattler y Hach en

El fundamento de la técnica consiste en desconectar el sistema venoso profundo del superficial en la pierna



Alemania, Fisher en Suiza, Glowinsky en USSA y Santos Gastón en España, que aplicamos el procedimiento para solucionar problemas venosos importantes. Las indicaciones terapéuticas ocupaban un amplio espectro, desde los "blow out" (variz localizada) para evitar la rotura y trombosis hasta complicaciones de la dermatosis de éxtasis; algunos como Sattler utilizan la endoscopia desde el principio para tratar cualquier caso de variz como cirugía moderna y sin complicaciones. Personalmente, la he aplicado en los casos clínicos donde existía una dermatofibroesclerosis, en úlceras venosas y en la insuficiencia venosa crónica, proceso clínico que lesiona la piel de la pierna produciendo eczema, sideroesclerosis (pigmentación) y atrofia.

En qué casos se practica

Generalmente, estos enfermos sufren una patología en cierto modo invalidante, sobre todo cuando padecen secuela postflebítica o insuficiencia venosa crónica.

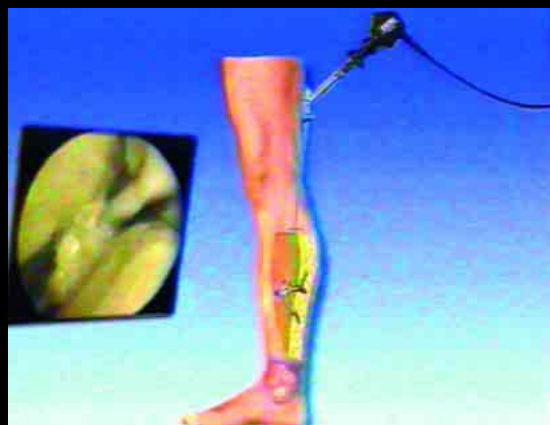
¿Por qué se producen estas lesiones? Debido a la persistencia varicosa, se forman en la extremidad unas reacciones tisulares, motivadas por los mecanismos siguientes: isquemia, hiperpresión venosa y éxtasis linfático. La consecuencia fisiopatológica va a ser funesta para el área dérmica. El tercio inferior de la pierna se pigmenta y es lugar frecuente de eczemas y placas de atrofia blanca surcadas en los tejidos profundos por gruesas varices que reciben un reflujo venoso

alto a través de unas varices perforantes insuficientes, a veces trombosadas. En estas varices la piel es tan fina y delicada que el riesgo de rotura con la consiguiente hemorragia al menor golpe es muy elevado. La cirugía convencional, no puede realizarse, dado el grado de aceptación en los tejidos que rodean estas lesiones. Allí sería peligroso utilizar el bisturí por el riesgo de lesiones venosas, al estar tan pegadas y profundas; por otra parte, la escleroterapia (técnica no quirúrgica) tampoco sería eficaz dada la gran hipertensión venosa local y existente considerando el reflujo que procedente del sistema venoso profundo atraviesa las varices perforantes insuficientes.

Repercusión social

Estos pacientes se convierten, por los motivos ya explicados, en "portadores" de una enfermedad crónica "incurable" al estar impedidos para realizar

Practico esta cirugía en los casos donde existe dermatofibroesclerosis, úlceras venosas y en la insuficiencia venosa crónica



Tratamiento [Cirugía endoscópica de varices]

su trabajo habitual con eficacia. La importancia social de esta patología es incuestionable debido al absentismo y la incapacidad laboral. En los países escandinavos que tienen una vocación social más arraigada hacia este tipo de padecimientos, presentan unas cifras de incapacidad laboral por secuela post-flebítica e insuficiencia venosa crónica que superan el 70%. La insuficiencia venosa, como cualquier afección crónica, evoluciona por estadios, cuyos síntomas son bien conocidos por todos los especialistas. En el estadio I hay un ligero edema, pero suficiente para que el calcetín o la media dejen una pequeña huella.

En el II el edema ya es más acusado, interesa a toda la pierna, ya no se distinguen los contornos óseos; en esta fase aparecen varices.

En el III surgen las complicaciones dermatológicas en forma de pigmentación, sideroesclerosis, atrofia blanca, dermoepi-

La incisión que hay que realizar en la piel para pasar el endoscopio no supera 1 cm, lo cual deja en el futuro muy poca huella

dermitis exfoliativa, paquidermitis, liquenificación. Finalmente aparece la úlcera en la pierna.

Además de las complicaciones dérmicas no hay que olvidar la enfermedad tromboembólica, que puede aparecer en cualquier estadio de la enfermedad, debido a la estasis venosa, pero con mayor incidencia en grados avanzados, como el III.

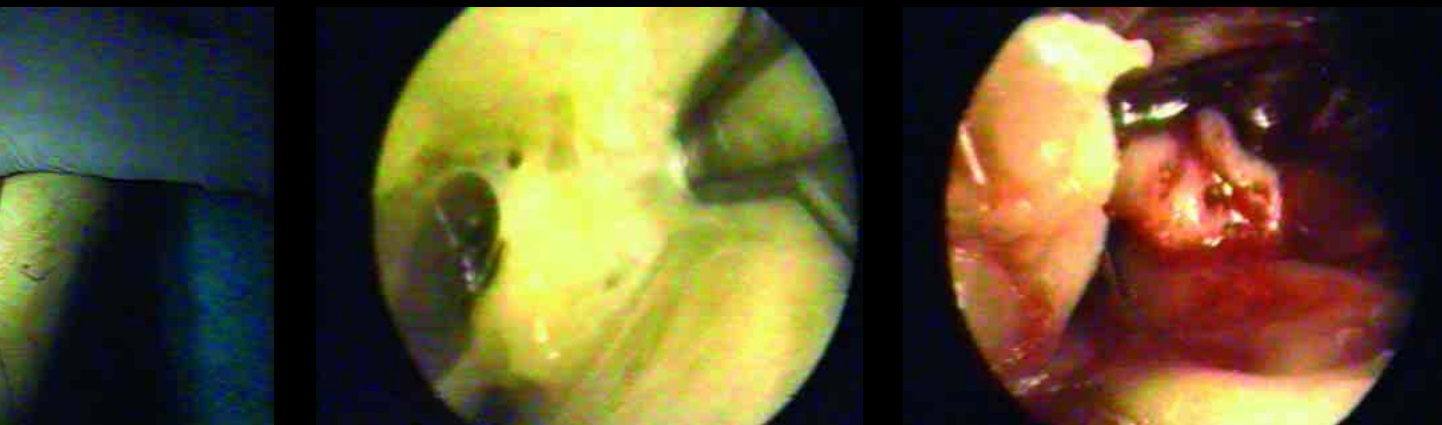
Habitualmente, el médico general, e incluso el especialista, para intentar mejorar esta patología, somete al paciente a la toma de fármacos llamados venotónicos, que únicamente mejoran los síntomas subjetivos, aparte de que la terapia debe persistir durante meses para que sea eficaz, dado su efecto fugaz y temporal; no

obstante, a pesar de tomar medicamentos, ese paciente va a sufrir una evolución desfavorable y los trastornos tróficos aparecen.

Personalmente siempre me han preocupado estas complicaciones varicosas tan abandonadas a su suerte por una medicina poco sensible a este padecimiento.

Fundamento de la técnica

El fundamento de la técnica consiste en desconectar el sistema venoso profundo de la pierna del superficial. Para interrumpir esta unión hay que actuar sobre las venas perforantes insuficientes. La cirugía endoscópica incide precisamente



Una intervención rápida (no pasa de media hora), sin anestesia general, muy poco traumática, con resultados satisfactorios en todos los casos realizados, y sin complicaciones

por vía sub-fascial. De esta manera al eliminar estas venas perforantes que son las responsables de transmitir el reflujo profundo, se evita que la hipertensión venosa continúe llegando a las venas periféricas, solucionándose definitivamente el problema.

Podría surgir la discusión en el sentido de que hay otros métodos que pueden suplir a esta novedosa técnica. Efectivamente, a partir de los años 30 se empiezan a practicar intervenciones directas para ligar las venas perforantes de la pierna. Hay que citar a Linton, Cockett, Felder, Piulach, y Cigorraga, que practicaban una cirugía muy agresiva abrien-

do casi toda la pierna de arriba abajo por la cara interna que es donde se encuentran las perforantes más importantes. Los cortes eran impresionantes, siendo unas veces solamente de la piel y en otras también de la fascia. En ocasiones, además del mal resultado estético y funcional, dejaban una secuela linfática definitiva. Se podría decir que era peor el remedio que la enfermedad.

Con la cirugía endoscópica se obvia este problema puesto que la incisión que hay que realizar en la piel para pasar el endoscopio no supera 1 cm, lo cual deja en el futuro muy poca huella.

Técnica

El procedimiento es poco traumático, se realiza a través de una incisión de 1 cm por debajo de la rodilla, en la cara interna de la pierna. Una vez que se ha separado el tejido celular graso, se abre la aponeurosis (fascia latta), y así se alcanza el plano profundo muscular sub-aponeurótico. A ese nivel están alojadas las venas perforantes, que son el motivo de esta cirugía. Cuando esas venas están dilatadas (varicosas) por haber fallado la válvula que las hacía continentes, entonces envían toda la presión desde el territorio de las venas tibiales hacia la periferia.

Por esa incisión de la piel introduzco el endoscopio, un instrumento metálico hueco donde va alojada una óptica especial, que permite captar todos los tejidos al avanzar en profundidad con el aparato. El endoscopio lleva adosada una cámara que se conecta a un circuito ce-

Tratamiento [Cirugía endoscópica de varices]

A todos los pacientes se les somete a una terapia preventiva de heparina de bajo peso molecular durante una semana, para evitar el desarrollo de una trombosis venosa y complicación tromboembólica

rrado de televisión y esto permite visualizar toda la patología venosa profunda.

Una vez localizada una variz perforante, origen de la hiperpresión venosa superficial, se introduce por el hueco del endoscopio una pinza especial que puede accionarse desde el exterior, permitiendo liberar la vena de las estructuras vecinas (arterias, linfáticos, nervios) para después clampar y coagular.

Sólo la experiencia puede diferenciar los diversos elementos (venas, arterias, nervios, músculos, aponeurosis ...) situados a nivel profundo de la pierna, fundamental para evitar errores y riesgos innecesarios. Terminado este tiempo, se retira la pinza y se introduce otra que lleva en la punta una tijera, que permite cortar y reseca las varices objeto de esta cirugía.



Eliminadas todas las varices insuficientes se retira el endoscopio y se cierra con un punto la incisión de la piel, después de haber suturado la fascia.

Es una intervención rápida, que no pasa de media hora, la realizo sin anestesia general, es muy poco traumática y realmente da resultados satisfactorios en todos los casos realizados. No ha habido complicaciones.

A todos los pacientes se les somete a una terapia preventiva de heparina de bajo peso molecular durante una semana, para evitar el desarrollo de una trombosis venosa y complicación tromboembólica. A la semana, se retira el punto de la incisión y ya comienza a cambiar el aspecto de la piel, que se vuelve más sonrosada, allí donde estaba oscura y pigmentada y se va descamando hasta la eliminación total del eczema. La úlcera se aprecia más vascularizada y en pocas fechas asistimos a su cicatrización.

Conclusión

Con la cirugía endoscópica se ha podido mejorar la calidad de vida a muchos pacientes que no podían llevar una actividad social adecuada.

Hay que considerar la desgracia que supone ser portador durante años de una úlcera, no teniendo otra posibilidad de tratamiento que no sea tomar de por vida unas pastillas y llevar puesta una media en la pierna.

La vocación de esta cirugía es triple: social, para acabar con esa marginación a que estaba abocado el paciente; humana, porque van a mejorar sus expectativas, considerando que en bastantes casos he podido asociar una microcirugía de las varices colaterales que por reflujo contribuyen a deteriorar todavía más la piel de esa dermatosis de estasis; finalmente, económica, pues el ahorro de gasto público podría ser impresionante si se practicara en todos los casos indicados.

10 consejos básicos



para prevenir el Síndrome de la Clase Turista

- Si tiene que realizar un vuelo de larga duración, procure escoger asientos situados en el pasillo, ya que permiten mayor libertad de movimientos.
- No coloque equipaje debajo del asiento delantero, pues disminuirá el espacio y la capacidad de movimiento de sus piernas.
- Si está dentro del grupo de personas con alto riesgo de trombosis, utilice medias elásticas compresivas durante el vuelo para ayudar a que las venas dilatadas recuperen su forma original.
- Si quiere dormir durante el vuelo, hágalo con las piernas estiradas y relajadas.
- Evite la ropa ajustada, ya que impide la adecuada circulación sanguínea.
- La baja presión atmosférica en cabina hace que el cuerpo pierda fluido corporal y que la sangre se vuelva más espesa, con el consiguiente riesgo de trombosis. Para evitarlo, beba abundante agua.
- Evite bebidas alcohólicas antes y durante el vuelo, así como aquellas que contengan cafeína, ya que provocan deshidratación.
- No se siente con las piernas cruzadas, ya que impide el buen riego sanguíneo.
- Realice paseos cortos por la cabina cada 1 ó 2 horas. Haga ejercicios de contracción y estiramiento de la musculatura de la pantorrilla (elevando los dedos del pie, como para andar con tacones y, al revés, elevando los tacones como para andar de puntillas).
- Tome un comprimido de Aspirina una hora antes del vuelo, si no existen contraindicaciones.

En 2010 casi un tercio de los españoles tendrán varices

Para el año 2010 casi un tercio de la población general tendrá varices, la consecuencia más directa de la insuficiencia venosa crónica. Aunque existen tratamientos farmacológicos y quirúrgicos para las varices, se dispone de una solución cómoda y eficaz para prevenirlas y controlar los síntomas, tanto en fases tempranas como avanzadas. La terapia de compresión elástica, el tratamiento no quirúrgico que mayor alivio proporciona al paciente, aumenta la velocidad del flujo sanguíneo al reducir el diámetro venoso y mejora la función capilar.

Según datos del último Libro Blanco de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar, las varices afectan al 19,7% de los hombres y al 39,8% de mujeres, por lo que el sexo masculino no es, ni mucho menos, inmune a su aparición ya que el porcentaje de prevalencia es del 65% - 35% a favor de las féminas.

Las varices, a pesar de lo que puedan pensar las personas

que las padecen, son un problema que va mucho más allá de lo estético y que influye negativamente en la salud de las pacientes. "Indudablemente, la preocupación de muchas personas que consultan por varices es la estética. No obstante, las molestias que causan las varices

rotura (varicorrugia) y, en fases avanzadas de la enfermedad, alteraciones en la piel con la aparición de heridas y úlceras de difícil tratamiento". La consecuencia última y más grave de las varices es el desarrollo de embolia pulmonar, una enfermedad de extrema gravedad

Las medias de compresión elástica son eficaces en prevención de las varices y control de los síntomas, tanto en fases tempranas como avanzadas

para el desarrollo de la vida normal nos hace considerarlo como un problema de salud que, en ocasiones, es muy limitante por las molestias que produce", explica el Dr. Rodrigo Rial, cirujano vascular del Hospital Clínico de Madrid.

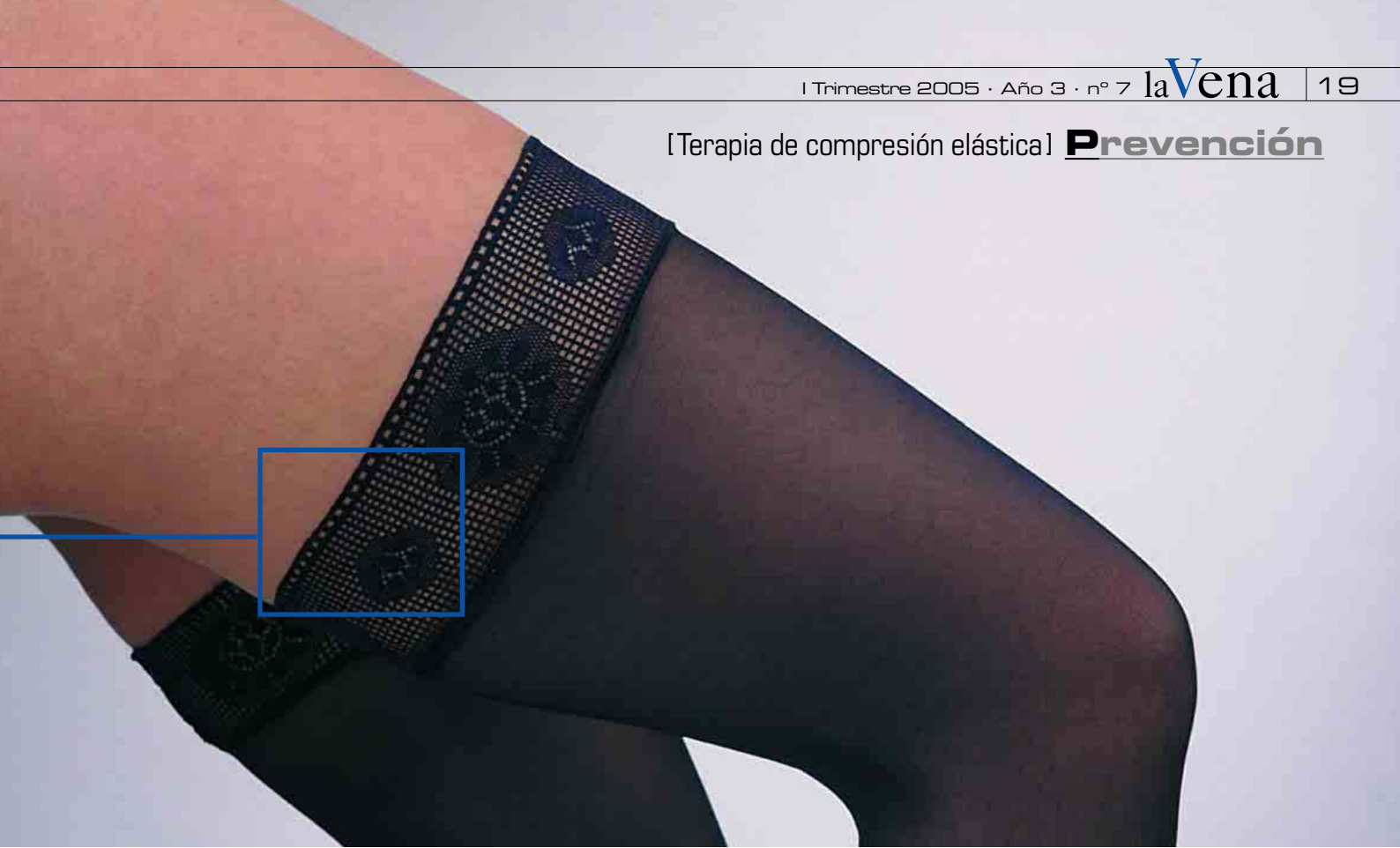
Por otra parte, como señala el Dr. Rial, "a medida que la enfermedad progresa, se puede producir hinchazón de tobillos y piernas (edema), coágulos (varicoflebitis), hemorragia por

que llega incluso a provocar la muerte.

Factores de riesgo

Aunque las varices pueden afectar a casi cualquier persona, existen algunos factores de riesgo que incrementan el riesgo de aparición:

- Sobrepeso.
- Vida sedentaria.
- Actividad profesional que implique permanecer sentado



**“La terapia de compresión proporciona el soporte que a la pared de la vena enferma le falta, aumentando el retorno venoso”
(Dr. Rodrigo Rial, cirujano vascular del Hospital Clínico de Madrid)**

o de pie mucho tiempo.

- Viajes largos diarios.
- Embarazo.
- Exposición al calor.
- Algunos tratamientos médicos hormonales.

“Se puede considerar factor de riesgo todo lo que contribuya a dificultar el retorno venoso, es decir, la ascensión de la sangre desde las piernas hasta el corazón o a debilitar las paredes de las venas y hacerlas proclives a su dilatación”, subraya el Dr. Rial.

Además de los factores de riesgo generales, existe una predis-

posición genética a sufrir este problema y los antecedentes familiares de varices son clave a la hora de prever su aparición. “Sin embargo, existen pacientes con antecedentes familiares que no desarrollan varices y otros, en cambio, presentan varices sin ningún antecedente previo.”

La relación entre la actividad profesional y las varices es muy estrecha y se puede afirmar casi con toda seguridad que hay profesiones en las que la aparición de varices es muy frecuente, si no se toman medi-

das preventivas.

Así, los sectores de hostelería, venta directa al público, telefonistas u otras profesiones que obligan al individuo a estar siempre de pie o permanentemente sentados, son los más proclives a padecer varices y en ellos se hace especialmente necesario el uso de terapias preventivas.

Pero ¿cómo puede alguien saber que tiene tendencia a padecer varices? Además de los factores genéticos ya mencionados existe una serie de síntomas de insuficiencia venosa, como: pesadez y cansancio en las piernas, dolor de distinta localización en trayectos venosos, pantorrillas, etc. calambres nocturnos, prurito, dermatitis eccematosa, cambio de coloración de la piel con distintas pigmentaciones, etc..

Por último, las personas que están dentro de uno de los gru-

Prevención [Terapia de compresión elástica]

pos de riesgo mencionados o padecen insuficiencia venosa crónica son candidatas a sufrir “síndrome de la clase turista”, que, como tantas veces hemos señalado, no es un fenómeno exclusivo de los vuelos aéreos, sino desenlace de factores de riesgo entre los que destaca la inmovilidad prolongada.

Diagnóstico y tratamiento de las varices

Una vez que la persona ha tomado conciencia de su riesgo de padecer varices, es importante que acuda en primer lugar a la consulta de su médico de atención primaria o a su farmacéutico, que le recomendarán lo que debe hacer.

Cuando el paciente presenta síntomas más avanzados y el médico de familia lo crea conveniente, le derivará a un cirujano vascular, quien llevará a cabo el proceso diagnóstico e indicará el tratamiento necesario. Lo primero que hace el especialista es una simple inspección de la pierna que, en algunos casos, se puede complementar con un eco-doppler (ecografía que permite determinar el estado de la circulación venosa, tanto superficial como profunda) y de una flebografía en casos extremos.

“Como en cualquier enfermedad, lo primero que hay que hacer es intentar controlar los factores de riesgo, evitar estar de pie de forma prolongada, hacer ejercicio moderado, adelgazar...”, subraya el Dr. Rial quien, no obstante, afirma que

“la orientación posterior del tratamiento depende del grado de evolución de las varices”.

Las armas terapéuticas de las



El verano es la época en que más necesaria se hace la compresión elástica debido a la dilatación de las venas por el calor

que dispone un cirujano vascular van desde la compresión elástica hasta la cirugía, pasando por tratamientos alternativos coadyuvantes como la esclerosis de las varices.

“Habrá casos en los que con un tratamiento conservador con medicación y medias elásticas logremos controlar los síntomas y frenar la evolución; y habrá otros casos en los que tendre-

mos que recurrir a la cirugía o tratamientos alternativos coadyuvantes”, explica el Dr. Rial.

Terapia de compresión elástica

La terapia de compresión elástica está indicada para la prevención de las varices y el tratamiento de las mismas, así como para controlar los síntomas, tanto en fases tempranas como avanzadas. Las medias de compresión elástica están diseñadas para tratar las situaciones crónicas, que son las que presentan la mayoría de los afectados por varices.

“De los tratamientos no quirúrgicos de que disponemos en la actualidad, la compresión elástica es la que proporciona el mayor alivio al paciente. Científicamente está comprobado (con el máximo nivel de evidencia y máxima recomendación) que es una terapia efectiva en la prevención de las varices y en el control de los síntomas, tanto en fases tempranas como avanzadas, incluso con úlceras”, comenta el Dr. Rial, quien subraya que “el motivo de la eficacia es que proporciona externamente el soporte que a la pared de la vena enferma le falta, aumentando el flujo ascendente de la sangre (el retorno venoso)”.

Las medias de compresión elástica deben ser recetadas por un facultativo y se venden en farmacias. Para Sara Alcázar, farmacéutica de Laboratorios Cinfa, existen dos factores que condicionan directamente el éxito de la terapia: que la talla

sea la adecuada y que el médico o el farmacéutico explique al paciente cómo ponerse la media que, al ser de uso terapéutico, tiene una peculiaridades especiales que el usuario debe conocer.

Para calcular la talla de la media, el paciente debe medirse la pantorrilla y el tobillo. "Es muy importante que la talla sea la correcta ya que, si no, el efecto terapéutico de las medias no es el adecuado", explica Sara Alcázar.

La terapia de compresión elástica ha sufrido una evolución cualitativa en los últimos años. La última generación de medias de compresión elástica, como las fabricadas por la divi-

sión Farmalastic de Cinfa, incluye todo tipo de tallajes, varios colores y distintas presentaciones: calcetín, media corta, media larga y pantys.

Una media para cada caso

No todos los pacientes deben llevar las mismas medias de compresión elástica. Según el estado de sus varices, deberán optar por distintos grados de compresión. Por ejemplo, la compresión ligera va dirigida a aquellas personas que tienen riesgo de sufrir varices, por padecer sobrepeso, estar de pie habitualmente o estar embarazada y que presentan piernas cansa-

das, dolor o hinchazón leve y varículas o arañas vasculares.

La compresión normal está indicada para pacientes que ya han desarrollado varices y/o presentan piernas cansadas, dolor o hinchazón moderados y tendencia a hematomas. También son las que se recomiendan a pacientes que van a hacer viajes largos en avión y que, por lo tanto, previenen el síndrome de la clase turista.

Por último, la compresión fuerte, está indicada para personas que presentan patología grave con varices importante, edema desde el inicio del día, así como gente que se ha sometido a operaciones de cirugía venosa o que ha sufrido úlceras graves.

¿Sabes ya cómo evitar el Síndrome de Inmovilismo?[*]



La falta de movilidad incide negativamente en una saludable circulación sanguínea y da lugar a patologías gravísimas cada vez más frecuentes: varices, trombosis, úlceras de variz, dolores crónicos causados por la inmovilidad...

[*] Happylegs es una máquina de gimnasia pasiva que utilizaremos siempre que estemos sentados, trabajando o descansando en nuestra casa.

[*] Happylegs desarrolla una innovadora solución especialmente diseñada para paliar los problemas derivados de la falta de movilidad.



[*] Happylegs soluciona eficazmente trastornos en piernas y espalda. Sin esfuerzo físico, gracias a su sistema motorizado de movimiento continuo.



happylegs 
La máquina de andar sentado

DOCUMENTO

MÓNICA SANTOS ORÚS

Presoterapia:

prevenir, curar y mantener

Ahora que llega el verano, suben las temperaturas y empezamos a pensar en el bañador, es el momento ideal para hacer un parón en nuestra rutina y prestar atención a nuestro cuerpo.

Existen distintos métodos de mejora corporal. Mi consejo es acudir a un especialista en medicina estética, que prepare un programa específico para conseguir la meta deseada: desde una dieta hipocalórica, si queremos bajar esos kilos de más que hemos ido acumulando durante el invierno, hasta un tratamiento de la celulitis mediante mesoterapia, presoterapia y ozono, para aumentar la seguridad y la autoestima al introducirnos en el bañador; o bien realizar ejercicio físico que nos ayude a quemar calorías y tonificar nuestros músculos...

En este artículo me gustaría hacer hincapié en la presoterapia.

Presoterapia: compresión de "alto espectro"

La presoterapia es un tratamiento de compresión muy utilizado en las siguientes patologías:



La presoterapia es un sistema de compresión altamente eficaz para numerosas indicaciones y cutáneas

- Estímulo de la circulación de retorno venosa y linfática.
- Linfoedemas y edemas venosos.
- Edemas post-quirúrgicos.
- Retenciones hídricas, sobre todo en personas con problemas de "piernas cansadas".
- Edemas post-traumáticos.
- Celulitis.
- Obesidad.
- Mejora del tropismo y recuperación de la elasticidad cutánea.
- Cuidado post-parto.
- Prevención de trombosis en encamados.
- Enfermedades neurológicas (hemiplejía, paraplejía...).
- Algoneurodistrofias musculares.
- Indirectamente, estimula la circulación general del organismo, ayudando a la relajación y

el bienestar general.

■ En la post-cirugía estética, es de gran utilidad por su acción sobre la circulación, para restablecer la normalidad en la zona. Fundamental después de la liposucción o la lipoescultura.

■ Desintoxicación general del organismo.

■ Prevención de trastornos circulatorios y mantenimiento de

Los factores básicos a considerar son:

■ Causas por las cuales se indica la presoterapia: circulatorias, musculares, nerviosas...

■ Posible existencia en la persona a tratar de alteraciones patológicas de otra índole, al margen de aquellas que indican la aplicación de presoterapia. Se debe prestar especial atención al estado cardiovascular.

Como corresponde a un buen tratamiento de drenaje, la presoterapia tiene un potente efecto diurético



una correcta circulación de retorno.

■ La programación y regulación de los parámetros de tratamiento deberá hacerse siempre de forma personalizada, en función del proceso y de las características individuales de la persona a tratar.

■ Estado físico general (edad, actividad física y psíquica, resistencia física...).

La presoterapia en estética corporal

La presoterapia podemos utilizarla de forma única o como

tratamiento complementario en el tratamiento de la celulitis con mesoterapia, con ozonoterapia, en escleroterapia de varices, ligada a las dietas alimentarias...

La duración normal de una sesión de presoterapia con finalidad estética, preventiva y de mantenimiento es de 20 a 40 minutos y la pauta de sesiones es de 2-3 veces por semana, siempre que el proceso a tratar no recomiende otra metodología de trabajo, pues en determinados trastornos puede hacerse necesario el tratamiento diario.

Con la presoterapia podemos establecer un gradiente dinámico de presión, muy aconsejable en la mayoría de drenajes.

Como corresponde a un buen tratamiento de drenaje, la presoterapia tiene un potente efecto diurético.

Tratamiento individualizado

Gracias a los distintos programas a los que podemos acceder desde el aparato de presoterapia, podremos individualizar el tratamiento a seguir.

De este modo, no trataremos de la misma manera: una celulitis edematosa, una celulitis compacta, una celulitis blanda, la retención de líquidos en el embarazo, la obesidad o la obesidad con mala circulación.

Dra. Mónica Santos Orus
Centro Médico "Santos Gastón"
Medicina Estética. Varices.
Avda. Felipe II, 14. Madrid
Tfº 91 435 14 88
cmsantosgaston@yahoo.es

Noticias

La terapia anticoagulante, que contaba con la perspectiva de un nuevo avance de gran interés, el ximelagatrán, recibió meses atrás un jarro de agua fría por parte de la Agencia Europea del Medicamento, que ha impuesto la necesidad de nuevos estudios, por supuesto riesgo de toxicidad hepática. Estos nuevos requisitos significarán un retraso de al menos dos años antes de la llegada al mercado de este fármaco, llamado a simplificar la terapia anticoagulante, y al que se considera al menos tan eficaz como los tratamientos convencionales para prevenir el ictus y los trombos recurrentes.

A este respecto, un editorial de JAMA, la publicación oficial de la Asociación Médica Americana, subrayaba que "la precaución en torno al riesgo de hepatotoxicidad de ximelagatrán debería ser contrapesada con el serio riesgo de desanimar, si no cancelar indefinidamente, los intentos por mejorar la terapia oral anticoagulante, que continúa siendo

Ximelagatrán, decisivo avance en terapia coagulante, deberá esperar

una importante y creciente necesidad terapéutica".

Estudios de eficacia y seguridad

En un trabajo realizado en el Hospital Europeo Georges Pompidou, en París, se ha llevado a cabo un estudio en pacientes con trombosis venosa para determinar la eficacia y la seguridad de ximelagatrán oral comparado con enoxaparina y warfarina.

Según la información disponible, la terapia convencional para los pacientes con tromboembolismo venoso agudo consiste en cinco o siete días de anticoagulación con heparina se-

guida de anticoagulación oral con tratamientos como warfarina. La heparina se debe administrar de forma parenteral y su administración requiere diversos recursos sanitarios. El estudio denominado Thrive, ha incluido a 2.489 pacientes con trombosis venosa profunda seleccionados de forma aleatoria para recibir durante seis meses tratamiento ximelagatrán oral dos veces al día, o enoxaparina dos veces al día durante un periodo de entre cinco y veinte días, seguido de warfarina. La recurrencia de tromboembolismo se produjo en 26 y en 24 pacientes del grupo de ximelagatrán y enoxaparina/warfarina, respectivamente.

Conclusiones de un estudio prospectivo español

El riesgo cardiovascular por la terapia anti-VIH es escaso

El riesgo cardiovascular inherente a la terapia antirretroviral en los pacientes infectados por VIH sigue siendo escaso y nada comparable a los beneficios que aportan los tratamientos. Esta es la opinión de los doctores Santiago Moreno (H. Ramón y

Cajal, Madrid) y Esteban Martínez (Hospital Clínic, Barcelona) en la presentación de las conclusiones del primer estudio predictivo de riesgo cardiovascular realizado en España. Estas conclusiones han sido expuestas en el último congreso sobre Retrovirus e Infecciones Opor-

tunistas (Boston, febrero 2005). Los coordinadores del estudio ponen el acento en el hecho de que el tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular, si bien hay que prestar atención a los demás factores concurrentes, entre ellos la propia terapia. La encuesta ha tenido como objeto establecer una previsión a 10 años de posible incremento de eventos cardiovasculares, a partir de los hábitos de vida y de la propia terapia antirretroviral actual. Estudios internacionales

La diferencia absoluta entre el grupo de ximelagatrán y el de enoxaparina/warfarina era del 0,2 por ciento. El riesgo acumulado de hemorragia grave a los 6 meses era de 1,3 en el grupo de ximelagatrán y de 2,2 por ciento en el de enoxaparina/warfarina.

El 9,6 por ciento de los pacientes tratados con ximelagatrán presentaban niveles elevados de alanina amino-transferasa, tres veces por encima de lo normal comparado con un aumento dos veces superior a los niveles normales del otro grupo. En el segundo estudio, realizado en el Hospital Mount Sinai de Nueva York, se ha comparado la eficacia de ximelagatrán con warfarina en la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular. Los resultados del Sportif V, que incluyó a más de 3.922 pacientes, se presentaron en la Reunión Anual de la Asociación Americana del Corazón, celebrada en Orlando en 2003. El Sportif V es uno de los mayores estudios llevados a cabo con

un amplio número de pacientes con fibrilación auricular para la prevención del ictus y de embolismo sistémico. No obstante, se necesitan más trabajos para clarificar los efectos adversos hepáticos severos y para identificar las características predictivas que faciliten la selección adecuada del tratamiento con ximelagatrán.

El tercer trabajo, realizado en la Universidad de Washington, ha comparado la supervivencia y el coste del ximelagatrán, la warfarina y la aspirina en sujetos con fibrilación auricular crónica. Con el mismo perfil farmacocinético, la similar eficacia en cuanto a la prevención del ictus y una probable reducción del riesgo de hemorragia, ximelagatrán puede aumentar la supervivencia en comparación con warfarina.

Fuentes: Fissinger J-N, Halperin JL, O'Brien CJ. JAMA 2005; 293: 681-689/690-698/699-706.
Gurewich V. JAMA 2005; 293: 736-739.

Algunos analgésicos pueden aumentar el riesgo cardiovascular

Determinados calmantes pueden prevenir el cáncer bucal pero al mismo tiempo podrían aumentar el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, según datos recientes presentados por la Asociación Americana de Investigación en Cáncer.

Para los especialistas, estos hallazgos avalan la reciente decisión de la agencia estadounidense del medicamento (FDA) de advertir sobre el tratamiento a largo plazo con estos calmantes, excepto la Aspirina.

Los resultados también aluden a las sospechas de riesgo cardíaco en los llamados inhibidores de la Cox-2 y en los fármacos antiinflamatorios no esteroideos, excepto acetaminofeno o Tylenol.

establecen este riesgo para 1 de cada 1.000 pacientes, y el riesgo previsto por el estudio español se incrementaría hasta un máximo de 1,5 por cada 1.000 pacientes al cabo de 10 años.

De acuerdo con los datos de la encuesta, el perfil del paciente VIH en tratamiento en España es el de una persona mayoritariamente de sexo masculino, fumador (el 60% es adicto al tabaco, porcentaje muy superior a la población general) y promedio de edad de 40 años.

El riesgo, en el tabaco

En la rueda de prensa que acompañó a la presentación de los datos se aludió al Estudio de Veteranos norteamericano, realizado sobre factores de riesgo en la vida real, cuyas conclusiones indicaron que no existía diferencia en el riesgo cardiovascular entre los pacientes VIH y la población general, y se indicaba que el tabaco es el principal factor de riesgo, como también subrayó el Dr. More-

no. En este sentido se comentó la necesidad de reforzar las acciones de mentalización sobre hábitos de vida saludables entre la población seropositiva.

El Dr. Martínez concretó que en la actualidad las causas principales de mortalidad entre los seropositivos al VIH son, por este orden: el propio SIDA, la enfermedad hepática terminal, las neoplasias, especialmente el linfoma no Hodgking, y a continuación la enfermedad cardiovascular.

Noticias**23.000 bajas anuales por enfermedades cardiovasculares en España**

España registra unas 23.000 bajas laborales al año a causa de enfermedades cardiovasculares, según especialistas de la Sociedad Española de Hipertensión. Los datos sanitarios de más de 150.000 trabajadores han demostrado que el 6% de la población trabajadora presenta un riesgo cardiovascular alto y que el 1% presenta un riesgo intermedio.

Por otra parte, el riesgo de los trabajadores jóvenes de sufrir una enfermedad cardiovascular se sitúa en el seis por ciento, según datos recientes de la Sociedad Española de Arterioesclerosis. Sin los factores de riesgo habituales (tabaquismo, hipertensión, colesterol alto y diabetes) la posibilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular se reduciría hasta en un 80 por ciento.

La enfermedad tromboembólica, amenaza silenciosa

La prevención es la norma de oro recomendada por los especialistas para los grupos de riesgo de enfermedad tromboembólica, dado que en el proceso de esta patología la primera y única manifestación es con frecuencia la muerte.

El tabaco causa el 20 % de los infartos y duplica el riesgo de angina de pecho

El tabaco es la causa del 20% de los infartos y duplica el riesgo de angina de pecho al tiempo que disminuye significativamente la eficacia del tratamiento con fármacos antianginosos, según subrayan los doctores Eduardo Alegría y Ana Alegría en el manual "Te quiero para siempre corazón".

Entre las medidas preventivas que aconsejan los autores figuran el mejorar la alimentación, reducir los niveles de colesterol de baja densidad o "mal colesterol", normalizar el peso, controlar la hipertensión, aumentar la actividad física en la vida ordinaria y eliminar el tabaco. Sobre esta droga recuerdan que sólo el

40% de las personas fumadoras alcanzan la edad fijada por la esperanza de vida frente al 75% de la población no fumadora.

Para el control de la hipertensión y el colesterol los doctores Alegría recomiendan introducir cambios en el estilo de vida como reducir el peso, una dieta rica en frutas vegetales productos desnatados y pobre en grasas saturadas, disminuir los niveles de sodio, realizar ejercicio físico de manera regular (paseo de 30 minutos diarios) y moderar el consumo de alcohol (no más de 3 bebidas al día en la mayoría de los hombres y no más de 1 bebida al día en mujeres y personas de poco peso).

Aeróbic y control del estrés mejoran el corazón enfermo

Los riesgos cardiovasculares en enfermos cardíacos pueden ser reducidos mediante el ejercicio del aeróbic y el control del estrés. Así se expone en un estudio de investigadores de la Universidad Duke en Durham (EEE.UU), publicado en el "Journal of American Medical Association" (JAMA).

Mecanismos en estudio

El estudio proporciona información sobre los mecanismos potenciales por los que el ejercicio y la gestión del estrés podrían ser beneficiosos. Los resultados sugieren que el ejercicio y el control del estrés ofrecen una esperanza a los pacientes con enfermedad cardíaca isquémica estable a través de la mejoría en la adaptación psicosocial y la modificación de los indicadores de riesgo, que podrían traducirse en mejores resultados clínicos.



Achuta, de la etnia de los uros, sujeta su barca de totora en una isla flotante del lago Titicaca. Al fondo las montañas de Puno

¡VISANDO TOTORA

A casi 4.000 metros de altura, en el lago Titicaca, viven los uros, un pueblo que **hace siglos ideó construir unas islas flotantes con juncos cortados para mantenerse alejados de otras culturas invasoras.**

Hoy continúan allí y su vida sigue girando en torno a esta planta



Achuta es una mujer joven, aunque la piel quemada de su rostro pudiera hacernos pensar lo contrario. Mientras de totora a la que subimos hace unos minutos

desde una isla flotante de totora y dentro de muy poco bajaremos en otra, cómo no, de totora gobierna el timón de la barca de totora en la que nos movemos mansamente por el lago Titicaca, nos cuenta su vida. Corta, senc-

lla y tranquila, como ella. Aunque se siente muy orgullosa de pertenecer a la etnia de los uros, su nombre es aymara. Los uros perdieron hace mucho tiempo su lengua, el chimu. Y en aymara Achuta significa "La que nunca

abandonó su patria". Cuando le preguntamos que tal está, la respuesta es tan escueta como profunda. "Pues ya ve, aquí, pisando totora". Ninguna otra definición le encajaría mejor.

Como ellos, nosotros también nos encontramos aquí, en el altiplano peruano a casi 4.000 metros de altitud, pisando unos juncos que llaman totora. Ahora estamos sobre una embarcación. Siempre pisando una masa compacta hecha con brazadas de juncos fuertemente amarrados que se hunden un poco bajo nuestro peso. No demasiado, lo suficiente para que nos sintamos un poco inseguros, como flotando sobre las aguas. Poner pie en una isla de totora es como pisar una enorme colchoneta de aire a medio inflar.

Sin la totora ("schoenoplectus tatora" es su nombre científico) los uros no serían lo que son, un pueblo orgulloso y genuino anterior a los incas, que se ha mantenido sin grandes mestizajes durante siglos. A sí mismos se hacen llamar "kostuña", "el pueblo del lago", que no es otro que el Titicaca, el más grande entre los navegables por encima de los 2.000 metros. Viven en grupos de varias familias que no sobrepasan el medio centenar de personas en algunas de las 40 islas flotantes que han construido con esos juncos, en un principio para mantener su independencia frente a quechuas, aymaras y conquistadores españoles que construían sus fortalezas e iglesias en tierra firme. Hoy, aunque la emigración empieza a ser im-



La ciudad de Puno se desliza mansamente hacia el lago Titicaca

Una de las chozas típicas de los uros construida con los juncos de totora



portante, sus islas les siguen sirviendo de refugio, aunque también se las enseñan a los turistas, con lo que consiguen mantener también su independencia económica.

Fue precisamente con totora, aunque nuestra amiga Achuta no tenga ni idea de ello, con lo que el navegante noruego Thor Heyerdahl construyó en 1947 su

mítica "Kontiki", siguiendo la técnica de los uros, que zarpó del puerto del Callao (Lima) para navegar más de 8.000 kilómetros en 101 días y alcanzar Tahití, en la Polinesia.

Dice la leyenda que del Titicaca, un verdadero mar interior, emergió el Dios Sol, y que allí mismo creó al primer inca, Manco Capac. Y que éste, a partir del lago

buscó la tierra más propicia para fundar su nuevo imperio, yendo a parar al valle de Cuzco, toponímico que hoy nadie utiliza en el Perú, sustituyéndolo por Cusco, con “s” que se aproxima más a la fonética local. Pero los uros no se lo creen. “¿Quiénes han dominado siempre el lago?”, preguntan.

fuerece colérico con la fuerza de los vientos andinos. Pero no nos engañemos, el Titicaca no es normalmente gris. A estas alturas la luz solar es muy potente y la limpieza cristalina de unas aguas no contaminadas hace que lo veamos con un azul intenso, casi marino.



Campesina aymara con su llama, en un pueblo cercano a las Chullpas de Sillustani



Un anciano uro posa junto a su casa hecha con totora en una de las islas flotantes

Evidentemente ellos. “Titicaca nos pertenece”, aseguran. Una vez más hay que recurrir a la lengua aymara para buscar la etimología de este lugar. Así, resulta que “titi” significa “gato salvaje”, que es como por estas tierras se llama al puma. Y “caca” quiere decir “gris”. “Puma gris”, bello nombre para un lago majestuoso, que igual se muestra tranquilo, como se en-

Con más de 170 kilómetros de longitud por una anchura que llega a los 65, es sin duda el lago más grande de Sudamérica. En su cuenca, de más de 8.000 kilómetros cuadrados, cabrían 16 lagos como el de Ginebra. Hoy, el 60 por ciento de su superficie se encuentra en territorio peruano. El resto en Bolivia. Pero hace millones de años era un mar salado producido por el choque de las placas tectónicas de Nara y de los Andes. Ahora tiene una profundidad media de 107 metros, aunque hay puntos en los que se alcanzan los 460 y los uros aseguran que no tiene fondo. Lo cierto es que los expertos calcu-

lan que en los últimos siglos su profundidad ha ido decreciendo, teniendo hoy hasta 100 metros menos que en origen. La gran evaporación, debido al calor solar, es la culpable. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, sus aguas todavía conservan un 0,1 por ciento de sal, lo que no impide que allí vivan 29 especies de peces fluviales, de las cuales 24 son endémicas; 60 especies de aves nativas y migratorias; 18 de anfibios y 12 variedades de plantas.

Los uros, además de fabricar con totora todo tipo de utensilios desde islas a barcas, pasando por las casas que habitan, se dedican a la pesca, especialmente de pejerreyes y carachamas. ¡Y de ranas gigantes! Que son una delicia, a decir de la mayoría. Cuando el oceanógrafo francés Jacques Cousteau exploró el Titicaca en 1961 corroboró la existencia de “cientos de millones” de estas ranas (*telmatobius culeus*), exclusivas del lago, que llegan a pesar fácilmente un kilo y medir más de medio metro. Según los aborígenes, estos anfibios son tan grandes porque nacen y viven a sus anchas en las ruinas sumergidas de la legendaria ciudad de Wiñay Marca (Ciudad Eterna), donde apenas tienen depredadores.

“Mire usted, nos dice Achuta, cuando pisamos tierra firme, en Puno por poner un ejemplo, es cuando nos mareamos de verdad. Lo nuestro es la totora”. A los uros les pasa como a los marineros, su mar es el Titicaca, su navío en forma de barca o de isla, la totora.

Puno es una ciudad ni grande ni

Viajes [Totoral]

La pesca de algas es uno de los principales recursos del lago Titicaca

Mujeres aymara acarreando fardos de cebada en las proximidades del Lago

pequeña, a la medida del hombre. Tiene unos 80.000 habitantes y es la capital del departamento peruano del mismo nombre. Su origen en 1668 como San Carlos de Puno, viene de una mina de plata llamada Laikakota, explotada por los españoles. Se encuentra a “un par de leguas” (unos 9 kilómetros) de la ciudad y aunque hoy está cerrada, en su día llegó a competir con la renombrada explotación de Potosí (Bolivia).

Pero su verdadero interés radica en que es el puerto más importante del Titicaca. Como ciudad no deslumbrará al viajero, aunque ofrece perspectivas interesantes al estar construida en la pendiente que conduce a las aguas del lago. Sus casas grisáceas, la mayoría con tejado de calamina, no la hacen acreedora de ningún elogio, pero sus callejuelas intrínsecamente andinas guardan un especial encanto. Sobre todo las de Los Incas y Cahuide, donde se abre a diario desde las 8 de la mañana y hasta



bien entrada la noche un curioso mercadillo con ropas de alpaca, ya sean auténticas (carísimas) o más accesibles, dependiendo del porcentaje de lana de oveja que posea su mezcla.

Característica especial de Puno es su altura sobre el nivel del mar. Del mar de verdad, no del Titicaca. Exactamente 3.827 metros. Esto condiciona fuertemente al turista, especialmente al que acaba de llegar por avión y ha aterrizado en la cercana localidad de Juliaca, una de las más prósperas del Perú, pero posiblemente una de las más feas. Una urbe de aluvión en la que no parece haberse tenido en cuenta ningún plan de urbanismo y que crece y crece sin control en medio

del polvo y del caos.

Pues bien, esta altitud hace que el recién llegado sea un perfecto candidato al mal de altura o “soroche”, como lo llaman por aquellas latitudes. Sin embargo no hay que temer nada si se toman algunas precauciones. Lo más importante es no forzar el ritmo. Tomarlo todo con tranquilidad y descansar suficientemente, es decir, cada persona lo que necesite. Comer poco, algo fácil pues a esta altura no se suele tener mucho apetito. Y beber en abundancia, pero no alcohol. En todos los hoteles, bares y restaurantes se ofrecen “mates de coca”, inocentes infusiones de estas hojas que sirven para combatir el soroche gracias a su contenido de al-



única escuela del archipiélago. Aquí se enseña la antigua cultura de los uros, casi perdida, el ay-mara, la lengua franca de la zona, y el castellano, claro. La luz es extraordinariamente clara y potente. El cielo y el agua, muy azules. El viajero puede deambular a su antojo por el islote, aunque en su caminar parece que va pisando huevos. Ver a sus gentes en sus actividades cotidianas y preguntar a cualquiera en la seguridad de que será atendido con amabilidad. Inevitables los tenderetes de souvenirs. ¡Hay que reforzar la economía! Pero nunca son agobiantes las invitaciones a comprar alguna chuchería, alguna barquita de totora o algún "chullo", el típico gorro de lana con orejeras omnipresente en la región andina.

De Santa María se puede saltar a otras islas más pequeñas, más auténticas. Como Paraíso, Torani, San Miguel, Pacha Mama...

caloides. Aunque tampoco hay que pasarse, pues tomadas en exceso pueden tener efectos parecidos a los del abuso de la cafeína.

Según un dicho andino, para evitar el soroche sólo hay que seguir tres consejos sencillos, pero alguno difícil de realizar. Resuelva el lector cual de ellos: "Comer poquito, andar despacito y dormir solito".

Desde Puno tomamos bien temprano un transbordador que nos

lleva hasta las islas flotantes. Quince minutos de travesía por la bahía de Chucuito hasta Santa María, la isla flotante más grande, la mejor preparada para el turismo, pero seguramente la menos auténtica. Una caseta (de totora, ¡cómo no!) está coronada por un cartel que reza "Teléfono internacional", en otra pone "Correos". ¿Quién querrá hacer una llamada o enviar una postal desde estos suelos bambolenates y húmedos? Santa María tiene la



Airbus A-340/600 de Iberia sobrevolando los Andes

Un viaje de altura

La primera etapa de este viaje realmente de altura acaba generalmente en Lima, capital de Perú. Iberia (www.Iberia.es) nos transporta en confortables Airbus A-340/600 que tardan unas once horas. Procurad obtener asiento de ventanilla. Si el vuelo es de día, las cumbres de los Andes sobrevoladas a 10.000 metros ofrecen una vista difícil de olvidar. De Lima a Juliaca, con escala en Cusco, utilizamos la compañía Lan Perú (www.lan.com), otras dos horas más. Desde allí llegaremos a

Puno en coche, contratado a través de PromPerú (www.peru.org.pe) o Lima Tours (www.limatours.com.pe). Y en Puno tomaremos un transbordador para visitar las islas del lago Titicaca, a casi 4.000 metros sobre el nivel del mar. ¿Es o no es de altura? Lo más indicado es contratar los servicios de una agencia. Viajes El Corte Inglés (www.viajeselcorteingles.es) se encarga de todo. En su catálogo monográfico "Ven a Perú" propone una decena de paquetes de los que destacamos "Perú Imperial", 12 días (9 noches) recorriendo Lima, Puno (Titicaca) y Cusco (Machu Picchu) desde 1.706 euros.

Libros

**Una historia de amor
en el Portugal de la
Inquisición**

Memorial del convento

José Saramago

En una época y en un marco históricos, una historia de amor. Baltasar, un soldado que perdió una mano en la guerra contra los españoles y Blimunda, una mujer con poderes mágicos que ve dentro de las personas y cuya madre fue desterrada a Angola por tener poderes semejantes. La obra recorre un período de 30 años en la historia de Portugal durante la época de la Inquisición. No sólo registra hechos históricos, sino que reconstruye la vida popular de la época, en un recorrido por los diferentes pueblos de los alrededores de Lisboa. El rey D. Joao V necesitaba herederos y, como su mujer, doña María Ana, no los concebía, promete levantar un convento en Mafra a cambio de tener herederos. El soldado y Blimunda se convierten en ayudantes del padre Bartolomeu, que, bajo la protección del rey, trabajaba en inventar una máquina para volar.

Saramago da al lenguaje de esta novela el tono de las narraciones históricas y realiza



con él verdaderos malabarismos sintácticos.

Premio Nóbel de Literatura en 1998, Saramago nació en 1922 en Ribetejo (Portugal). A los tres años sus padres emigraron a Lisboa. José Saramago ejerció numerosos oficios relacionados con las letras, editor, traductor, periodista, crítico literario, comentarista político... Su primera novela, "Terra do pecado" fue publicada en 1947. Ha escrito desde entonces numerosas obras de todos los géneros, poesía, crónicas, diarios de viaje, teatro, cuento, novela, ensayos.

Viajes imaginarios

En "La balsa de piedra" la Península Ibérica se separa del continente europeo y navega a la deriva; fábula en la que el autor plantea sus dudas sobre la Unión Europea y propone una vinculación con África y América. "Viaje a Portugal" es una ruta que va más allá de los

itinerarios establecidos, un recorrido particular del autor desde el Alentejo al Algarbe y a las tierras del Duero. Particulares son también sus relatos de "Casi un objeto", o la historia de "El año de la muerte de Ricardo Reis".

"Memorial del convento" fue adaptada para la Ópera "Blimunda", del italiano Azio Corghi. Se ha traducido a numerosos idiomas y se encuentra en varios formatos.

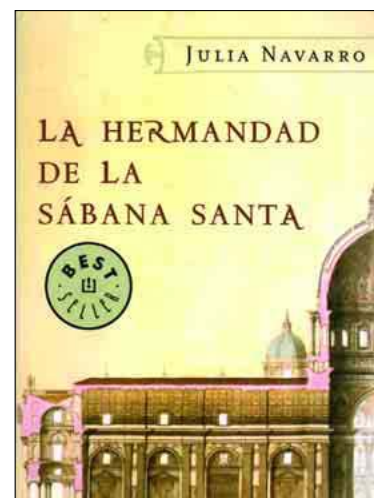
Punto de Lectura, Santillana

**Una intriga a lo
largo de 2.000 años**

La Hermandad de la Sábana Santa

Julia Navarro

Un incendio en la catedral de Turín, donde se venera la Sábana



Pintura

Se cumple el centenario de su nacimiento

Caneja en el Reina Sofía

Del 1 mayo a 28 de agosto

Santa, y la muerte en él de un hombre al que habían cortado la lengua son los detonantes de una trepidante investigación policial del Departamento de Arte, capitaneado por el detective Marco Valori, que deberá resolver un enigma que arranca de los templarios y llega hasta la actualidad. Los sucesos de la catedral están conectados con la Sábana Santa y con las vicisitudes que ha vivido a lo largo de la historia, desde Jesucristo al antiguo imperio bizantino, la nueva Turquía, Francia, España, Portugal...

Del análisis político a la novela de intriga

“La Hermandad de la Sábana Santa” es la primera novela de Julia Navarro, periodista (Madrid, 1953), de diversos medios en radio y televisión, analista política con varios libros publicados sobre actualidad política de nuestro país. Sin haber agotado el éxito de esta primera novela, ya ha publicado una segunda, “La Biblia de barro”, donde nos vuelve a atrapar con una serie de intrigas en las que están implicados una arqueóloga iraquí, ancianos con sed de venganza, traficantes de arte sin escrúpulos o asesinos a sueldo.

Ediciones Debolsillo

Juan Manuel Díaz- Caneja (Palencia, 1905 - Madrid, 1988), conocido como Caneja, es uno de los pintores más esenciales del siglo XX español. Hijo del gobernador civil de Zaragoza (antes de la guerra civil), iba para arquitecto, pero pudo más la poesía y sobre todo la pintura. En 1923 se trasladó a Madrid y recibió la influencia de Vázquez Díaz, sobre todo del cubismo o tardocubismo. En esa década conoció a Benjamín Palencia y Alberto Sánchez y estuvo unos meses en París.

En 1937, tras conocer a Isabel Fernández Almansa, su inseparable compañera, el pintor se afilió al Partido Comunista de España, en el que permaneció el resto de su vida. Entre 1948 y 1950 estuvo encarcelado por su compromiso social. Ocho años más tarde recibió el Premio Nacional de Pintura. La siguiente década su pintura se fue centrando casi exclusivamente en el paisaje, pero tomado cada vez más como espacio autónomo para la pura expresión pictórica de un mundo reducido a los mismos y pobres elementos - unas lomas, tierras labradas, un pueblo- continuamente reelaborados. En 1962 obtuvo la Primera Medalla de la Exposición Nacional de Bellas Artes, y en 1980



El Ministerio de Cultura le otorga el Premio Nacional de Artes Plásticas.

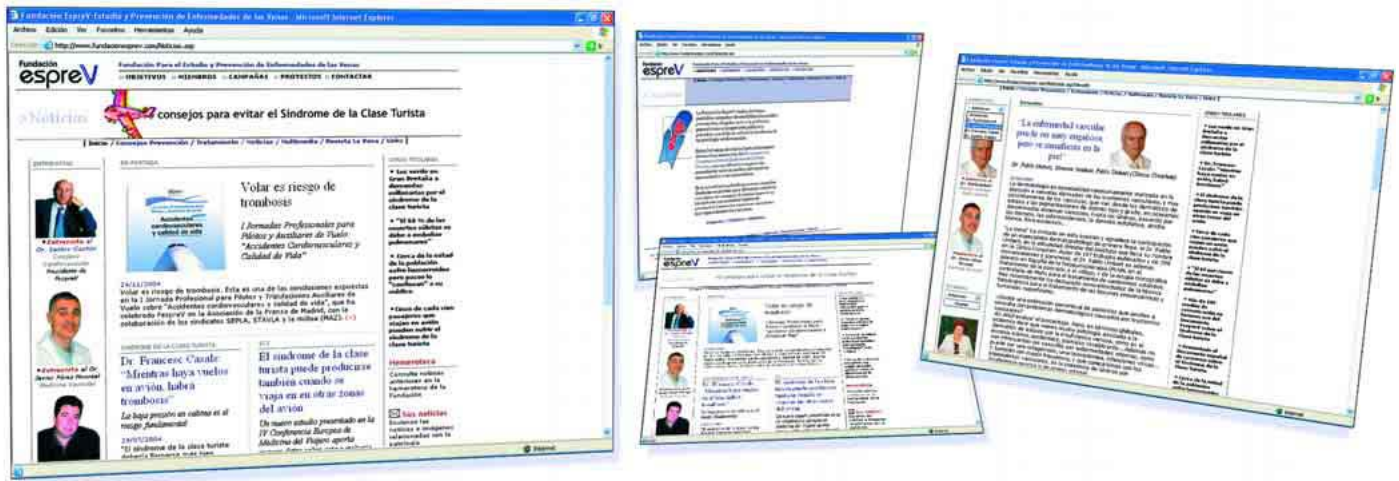
El paisaje, sobre todo el de Castilla, es su permanente inspiración a lo largo de toda su obra, “Pueblo”, “Paisaje”, “Fábrica”, “Tierra”, “Verano en Castilla”, “Casa”... más tierra que cielo, más paisaje que figura, más verano que primavera... Cada cuadro muestra un paisaje castellano, árido, de estepa. A veces alguna figura, una casa, una fábrica, un pueblo integrado en los colores del paisaje...

A finales de los años ochenta su pintura alcanza la más escueta depuración formal, junto a los tonos pardos y ocres explota con más colorido, es un Caneja más alegre, más vivo, pero sin salirse de sus campos de Castilla.

Descarga de videos, consulta de preguntas frecuentes, ejercicios recomendados, autotest...

La nueva imagen de fundacionesprev.com

<http://www.fundacionesprev.com>



FespreV ha incluido en los últimos meses mejoras y actualizaciones en su página Web, siempre con el objetivo de enriquecer el conocimiento sobre patología venosa del gran público.

Consejos de Prevención y Multimedia son las secciones que han incorporado más novedades, tanto en innovaciones técnicas como en contenido, presentando un aspecto dinámico y atractivo.

La página mantiene su estructura original, que se divide en dos áreas :

1) Acerca de la Fundación

Se exponen los objetivos de la Fundación, los miembros que la componen y colaboran, las campañas llevadas a cabo, los proyectos a realizar, y se invita a particulares, empresas e instituciones a colaborar con FespreV en sus actividades.

2) Sobre la patología

Zona dedicada a conocimientos y utilidades. En la sección de consejos de prevención se pueden consultar documentos

como los que resumen los factores de riesgo y las complicaciones de las Varices, los deportes más adecuados y la prevención de trombosis y tromboembolias. También, por supuesto, los "Accidentes vasculares del tiempo libre" (que incluye el documento de consenso sobre el síndrome de la clase turista), cuya finalidad es sensibilizar a la opinión pública acerca de los riesgos vasculares que conlleven actividades como los viajes (no sólo en avión sino también los trayectos largos en vehículos y su conducción profesional), el turismo a determinadas zonas,

algunas modalidades deportivas, el ocio y el sedentarismo.

Por otro lado, el visitante puede conocer la actualidad cardiovascular en el apartado "Noticias", descargar de forma gratuita los ejemplares completos de la revista oficial de FespreV en versión digital en la sección "La Vena", obtener recursos interesantes en "Multimedia" y consultar otras Web relacionadas en "Links".

■ Desplegable de Preguntas frecuentes para aclarar variadas cuestiones. Por ejemplo: ¿Por qué el embarazo puede provocar varices?, ¿Cuáles son las terapias y tratamientos más comunes?, ¿Por qué es tan peligrosa la formación de un trombo?...

■ Decálogo contra las varices. 10 breves consejos básicos sobre qué hacer y qué evitar.

■ Ejercicios antivarices. Sencillos hábitos para llevar a la práctica cuando estamos en casa, en

con pinza oriental, cirugía endoscópica, escleroterapia por espuma y complicaciones de la trombosis venosa.

■ Autotest interactivo. Permite al visitante conocer su nivel de riesgo frente a trastornos venosos y cardiovasculares.

■ Se ha incluido también un listado de 20 enlaces a diferentes páginas cardiovasculares que hemos seleccionado por disponer de interesantes o curiosos contenidos multimedia.



Las novedades

La idea de potenciar la oferta de información cardiovascular ha cristalizado en estos nuevos subapartados:

■ NOTICIAS

■ Hemeroteca. Para consultar todas las noticias publicadas a través de un listado y utilizar cómodos desplegados para seleccionar entrevistas a médicos y testimonios de pacientes.

■ CONSEJOS PREVENCIÓN

■ Nuevos Temas, como "Hemorroides", "Trucos contra el estreñimiento", "Malformaciones vasculares", etc.

El nuevo Autotest interactivo invita al visitante conocer su nivel de riesgo frente a trastornos venosos y cardiovasculares

la calle o durante los viajes.

■ ZONA MULTIMEDIA

■ Uno de los actuales apartados estrella es, sin duda, el de Videos. Pueden descargarse desde entrevistas acerca de la Tromboembolia en el deporte y el Síndrome de la Clase Turista, hasta ilustrativos resúmenes de intervenciones flebológicas: Flebectomía segmentaria, microcirugía sin cortes de varices perforantes y

■ LINKS

■ Nuevos Links. Ya son más de 250 los enlaces comentados a otras Webs especializadas en enfermedades de las venas y patología cardiovascular.

Próximamente se ampliarán los contenidos de la Web con la sección "Tratamientos" y se añadirá en la zona Multimedia un extenso banco de Imágenes sobre enfermedades varicosas.

Suscríbase a “La Vena”

La Vena es una revista de distribución gratuita. No obstante, si Vd. desea asegurarse su recepción habitual (4 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío más una aportación de ayuda a Fundación EspreV por la realización de la revista. El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Rellene por favor el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.

laVena Boletín de Suscripción · Particulares	
Apellidos	Nombre CIF
Dirección	Población
Provincia	C.P.
Teléfono	Fax E-mail
Suscripción anual	Fecha: __ / __ / 200__
<input type="checkbox"/> 2005-06 Números 8, 9, 10 y 11 ----- 10 €	Firmado:
Forma de pago	
Transferencia bancaria a: Revista La Vena (Fundación EspreV) Entidad: LA CAIXA Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID Nº de Cta. Cte.: 2100-0997-60-0200411435	
Una vez realizada la transferencia, rogamos nos envíen vía FAX, EMAIL o CORREO POSTAL este Boletín de Suscripción (o fotocopia) junto con el justificante de la transferencia bancaria para formalizar su inscripción:	
Revista la Vena · FUNDACIÓN ESPREV · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid Telf. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: lavena@fundacionesprev.com	



laVena Boletín de Suscripción · Entidades/Asociaciones	
Denominación social	CIF
Actividad principal	
Dirección	Población
Provincia	C.P.
Teléfono	Fax E-mail
Persona de contacto	Cargo
Suscripción anual	Fecha: __ / __ / 200__
<input type="checkbox"/> 2005-06 Números 8, 9, 10 y 11 ----- 18 €	Firmado:
Forma de pago	
Transferencia bancaria a: Revista La Vena (Fundación EspreV) Entidad: LA CAIXA Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID Nº de Cta. Cte.: 2100-0997-60-0200411435	
Una vez realizada la transferencia, rogamos nos envíen vía FAX, EMAIL o CORREO POSTAL este Boletín de Suscripción (o fotocopia) junto con el justificante de la transferencia bancaria para formalizar su inscripción:	
Revista la Vena · FUNDACIÓN ESPREV · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid Telf. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: lavena@fundacionesprev.com	





ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

Gabinete de Prensa · Editorial Técnica · Agencia de Publicidad
Diseño Gráfico / Audiovisuales · Gabinete Sociológico

Ibáñez&Plaza pone a su disposición 5 divisiones concebidas para resolver cualquier necesidad de Comunicación en Salud con la máxima calidad y eficacia.

Desde 1988 proporcionamos a nuestros clientes los mejores profesionales y las técnicas más avanzadas para apoyarles en sus objetivos.

Compruebe el estilo que nos caracteriza en www.ibanezyplaza.com



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

medias terapéuticas FARMALASTIC

Financiación directa
Receta normal

El tratamiento de
la insuficiencia venosa
diseñado para mayor
comodidad y cumplimiento

COMPRESIÓN FUERTE 30-40 mm Hg



Panty



Media Larga (A-F)



Media larga (A-F)
Blonda



Panty 1 pierna



Media Corta (A-D)



Panty Caballero



Media Corta (A-D)
Puntera Cerrada



Calcetín

COMPRESIÓN NORMAL 22-29 mm Hg



Media Corta (A-D)



Media larga (A-F)



Panty



Panty Embarazada



Calcetín



Panty Caballero

Financiado con
Visado de Inspección



laboratorios
cinfa, s.a.