

Resúmenes SIIC de trabajos recientemente editados por revistas, generales y especializadas, de alcance internacional.

Prevalencia de tenosis y cisticercosis en empleadas domésticas

American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 73(3):496-500, Sep 2005



Lima, Perú

La cisticercosis y la tenosis por *Taenia solium* (causa de convulsiones y otros síntomas neurológicos) son endémicas en la mayoría de los países en desarrollo y representan un grave problema de salud pública. Esta patología se adquiere al consumir cerdo infectado o por transmisión fecal-oral de los huevos excretados por un portador de la tenia adulta; es posible que las empleadas domésticas que migran desde las zonas endémicas de cisticercosis transmitan la parasitosis si están infectadas.

Para determinar la prevalencia de esta patología entre las empleadas domésticas que trabajan en Lima, Perú, los autores realizaron estudios serológicos y de coprocultivo a partir de 1 178 empleadas domésticas con una edad promedio de 22.7 años; 966 trabajaban en 5 de los distritos de mayor poder adquisitivo de esa capital. Se recogieron datos demográficos de las participantes y se realizaron tomografías computarizadas cerebrales de todas las portadoras de la tenia y

de las primeras 26 voluntarias que tenían serología positiva. La prevalencia de anticuerpos serológicos específicos para *Taenia solium* fue del 14.6%, una cifra elevada si se tiene en cuenta que la seroprevalencia en zonas endémicas varía entre el 5% y el 20%. El coprocultivo detectó 12 portadoras del parásito, con una prevalencia de tenosis del 1.2%. Esta última cifra es comparable a los niveles encontrados en zonas endémicas, lo que pone a estas personas y a las familias para quienes trabajan en riesgo de contraer cisticercosis. La distribución específica de la prevalencia de tenosis por grupos etarios mostró un descenso abrupto hasta desaparecer por completo a partir de los 22 años. Esto se corresponde a la corta vida del parásito, estimada entre 3 y 5 años. La tomografía computarizada puso de manifiesto que el 50% de la muestra de participantes seropositivas presentaban lesiones compatibles con neurocisticercosis, pero no hubo correlación entre las imágenes y los síntomas.

Las familias de clase socioeconómica elevada fueron reticentes a participar en la investigación; de los 26 sujetos cuya serología fue analizada, se detectaron anticuerpos específicos en 6 casos (23%), lo que sugiere una fuerte asociación entre el contacto cotidiano con las portadoras de la tenia y la seropositividad para cisticercosis.

Los autores señalan el riesgo de reinfección de las empleadas cuando visitan sus hogares de origen o cuando consumen alimentos porcinos enviados por sus familiares; también indican que pueden existir más empleadores expuestos a las portadoras de la tenia debido al cambio frecuente del personal doméstico, por lo que sugieren investigar esta parasitosis intestinal en todas las empleadas provenientes de zonas endémicas.

+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d14002.htm

Elevada frecuencia de ansiedad en residentes de hogares para ancianos

Journal of Affective Disorders 88(2):145-153, Oct 2005

Amsterdan, Países Bajos

Es poco lo que se sabe acerca de la prevalencia y las características de la ansiedad en pacientes residentes en hogares de ancianos ya que la mayoría de los datos disponibles se obtuvieron de la población general. Teniendo en cuenta que los trastornos de ansiedad (TA) inciden negativamente en el bienestar de las personas, los autores buscaron obtener información adecuada para mejorar la detección y el tratamiento de la ansiedad en los residentes de los hogares de ancianos.

La ansiedad se midió con el cuestionario *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* en una muestra de 333 residentes en salas clínicas de 14 hogares de ancianos en Holanda. Los pacientes eran mayores de 55 años, tenían un puntaje > 14 en la *Mini Mental State Examination* (MMSE) y podían comunicarse. Los datos demográficos, psicosociales y relacionados con la salud y su cuidado se obtuvieron de las entrevistas con los participantes y de la información proporcionada por personal del establecimiento.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad fue del 5.7%, mientras que los trastornos subclínicos de ansiedad estuvieron presentes en el 4.2% de los participantes; asimismo se encontró una prevalencia de síntomas ansiosos del 29.7%. Los dos primeros se asociaron significativamente a la presencia de depresión, accidente cerebrovascular y un puntaje > 23 en la MMSE, mientras que los síntomas de ansiedad se relacionaron con una educación superior a los 6 años, con la depresión, los trastornos visuales, el dolor y con eventos vitales recientes y

negativos. No se encontró asociación entre las características del cuidado de la salud y la ansiedad.

La relativamente baja prevalencia de ansiedad en esta investigación puede deberse al uso de estrictos criterios diagnósticos y a las características de los establecimientos participantes y su personal, ya que pueden generar sentimientos de seguridad que disminuyen la ansiedad. Además es posible que los pacientes excluidos por sus trastornos cognitivos, de comunicación y físicos presenten ansiedad con mayor frecuencia.

Los autores señalan que la asociación entre los síntomas ansiosos y los trastornos subclínicos de ansiedad con la presencia de depresión y un puntaje en la MMSE > 23 apoyan parcialmente la hipótesis de que la ansiedad no es un fenómeno categórico sino continuo y comentan que las intervenciones en los períodos tempranos de esta patología podrían evitar una pérdida innecesaria de calidad de vida. Por otra parte, la importante asociación entre la ansiedad y la depresión (observada en 51.5% de los pacientes) podría indicar que estos dos trastornos son distintas representaciones de la misma patología en los ancianos.

Finalmente, agregan que la ansiedad parece ser un problema común en los pacientes residentes en hogares para ancianos, por lo que sugieren comenzar un tratamiento adecuado cuando estas personas reciben un diagnóstico de trastorno de ansiedad, para evitar que la calidad de vida se vea afectada innecesariamente.

+ Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d05000.htm

Participación de *Mycoplasma pneumoniae* en las infecciones respiratorias agudas

Journal of Tropical Pediatrics 51(4):232-235, Ago 2005

Manipal, India

Mycoplasma pneumoniae, una causa importante de infecciones de vías respiratorias superiores e inferiores, es resistente a los antibióticos betalactámicos que se emplean con frecuencia para el tratamiento de estas enfermedades. El diagnóstico clínico de este microorganismo es complejo debido a que produce un cuadro clínico similar al de otras neumonías. Por otra parte, su cultivo es difícil y lleva tiempo, por lo que se desarrollaron pruebas serológicas rápidas para la detección de anticuerpos IgM como indicadores de infección reciente.

El objetivo del presente trabajo fue determinar la prevalencia de infecciones por *M. pneumoniae* en niños con infecciones respiratorias agudas. Se realizó un estudio prospectivo en 93 niños que presentaban signos clínicos de esta enfermedad de menos de 4 semanas de duración, que ingresaron al departamento de pediatría del hospital. A todos los niños se les extrajo sangre para realizar la determinación serológica de anticuerpos contra *M. pneumoniae* mediante un equipo comercial de ELISA.

La prueba de anticuerpos IgM dio resultados positivos en 22 niños (23.9%) y en ninguno de los niños del grupo control. La mayor prevalencia de infección se observó en los grupos de 2 a 5 y de 5 a 10 años y la menor en los niños menores de 2 años. La

forma más frecuente de presentación de la infección fue la existencia de focos de infección de las vías respiratorias superiores (45.3%), seguida por bronconeumonía (27.2%) y bronquitis sibilante (22.7%); las menos comunes fueron hemólisis intravascular y gastroenteritis aguda, presentes en dos pacientes.

La fiebre, la tos y la linfadenopatía cervical constituyen las manifestaciones predominantes entre los pacientes del grupo positivo para *Mycoplasma*, mientras que el ruidos bronquial fue más frecuente en los pacientes del grupo negativo para la micobacteria (12.5%), lo que sugiere indirectamente que la consolidación pulmonar es poco frecuente en las infecciones con *M. pneumoniae*. En cuanto a los hallazgos radiológicos, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos.

Los autores concluyen que los resultados indican que *Mycoplasma pneumoniae* cumple un papel importante en las neumonías extrahospitalarias en los niños. Se requieren estudios a futuro para confirmar estos hallazgos y describir el espectro de la enfermedad y la estacionalidad de la infección por este agente.



Información adicional en

www.sicisalud.com/dato/dat047/06201007.htm

Alta incidencia de morbilidad psiquiátrica en pacientes con asma de difícil control

Respiratory Medicine 99(9):1152-1159, Sep 2005

Belfast, Reino Unido

En los pacientes con asma de difícil control existe una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica sin diagnosticar, con la depresión como entidad particularmente prevalente.

La mayoría de los pacientes con asma responden al tratamiento con dosis moderadas de corticoides inhalados solos o agregados a una terapia con agonistas beta-2. Sin embargo, aproximadamente el 5% de los pacientes adultos presentan un cuadro difícil de controlar, a pesar de la administración de altas dosis de esteroides inhalados. Estos pacientes son objeto de preocupación debido a la persistencia de los síntomas y la disminución de su calidad de vida, su función pulmonar alterada, riesgo aumentado de muerte por asma y los efectos adversos de las altas dosis de corticoides. Es probable que varios factores contribuyan a la falta de un adecuado control en estos pacientes, el trastorno psiquiátrico fue propuesto como un factor modulador del asma de difícil control. Varios estudios demostraron asociación entre el asma crónico persistente y la presencia de ansiedad, depresión y baja capacidad para enfrentar el problema.

Dada la asociación entre el asma grave y la morbilidad psiquiátrica, los autores del presente trabajo formularon la hipótesis de que podría existir una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica subdiagnosticada en la población de pacientes con asma de difícil control. Por otro lado, sostienen que si el cuadro psiquiátrico fuera identificado y apropiadamente manejado, se observaría una mejoría en la evolución del asma. Finalmente, analizaron la relación entre la entrevista diagnóstica psiquiátrica formal y la herramienta comúnmente empleada para la búsqueda de morbilidad psiquiátrica en los pacientes que concurren al hospital (*Hospital Anxiety Depression Scale* [HADS]).

Los pacientes fueron sometidos a una evaluación sistemática según un protocolo para identificar la comorbilidad. La ansiedad y la depresión fueron medidas a través de la HADS, y se evaluó la calidad de vida relacionada con el asma a partir de un cuestionario con puntajes. A todos los pacientes se les ofreció una entrevista psiquiátrica formal como parte del protocolo de

evaluación. Participaron 65 pacientes asmáticos, de los cuales el 51% presentaba un cuadro de difícil control.

Entre los pacientes que concurren a una entrevista diagnóstica psiquiátrica, el 49% recibió algún diagnóstico según la clasificación internacional ICD-10 (sólo el 9% tenía un diagnóstico psiquiátrico previo), de los cuales el diagnóstico de depresión fue el más común (59%). La evaluación por parte de los médicos clínicos mostró una discriminación escasa con respecto a las enfermedades psiquiátricas. Los puntajes de ansiedad y de depresión según la HADS fueron significativamente mayores en los pacientes con diagnóstico según la ICD-10. La HADS mostró bajo valor predictivo positivo para las enfermedades psiquiátricas, pero un buen valor predictivo negativo para la depresión. No se observó una relación entre el diagnóstico según la ICD-10 y la evolución del asma.

Entre los pacientes que respondían al tratamiento del asma se observó una mejoría significativa y clínicamente relevante de su calidad de vida relacionada con la enfermedad; sin embargo, esto no se observó en el grupo definido como resistente a la terapia, aun después de la investigación y el manejo de todos los factores. Los puntajes de ansiedad y depresión mejoraron significativamente en el grupo resistente al tratamiento entre el inicio y el seguimiento del estudio, lo cual no se observó en el grupo que sí respondió a la terapia para el asma.

La presente investigación demuestra que existe una alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica en las personas con asma de difícil control. Al respecto, la depresión parece ser la entidad más frecuente. La aplicación de un cuestionario simple de pesquisa de morbilidad psiquiátrica, como la HADS, se asocia con una alta tasa de falsos positivos cuando se compara con las entrevistas formales de la especialidad, pero pueden ser de utilidad para la exclusión de la depresión. Por su parte, parece existir una asociación muy débil entre la identificación y el manejo de morbilidad psiquiátrica y la evolución del asma.



Información adicional en

www.sicisalud.com/dato/dat046/06120014.htm

Variación circadiana con patrón matutino para el accidente cerebrovascular

International Journal of Clinical Practice 59(11):1272-1275, Nov 2005



Camarthen, Reino Unido

Existen datos que sugieren la existencia de un patrón de variación circadiana en las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, especialmente en los eventos isquémicos. Se demostró que el accidente cerebrovascular (ACV) isquémico se produce más frecuentemente durante la mañana, pero todavía no existe suficiente información acerca de la variabilidad horaria de los subgrupos clínicos de ACV.

Los autores buscaron determinar el patrón circadiano de la instauración de ACV hemorrágico (ACVh) e isquémico (ACVi) con sus subtipos clínicos y la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular con las características circadianas de los ACVi. Para ello analizaron 132 pacientes que fueron hospitalizados por ACV entre septiembre y noviembre de 2001. Se registró la hora del inicio de los síntomas isquémicos de acuerdo con el relato del paciente o un testigo del episodio; cuando el ACV se produjo durante el sueño se consideró el tiempo intermedio entre la última ocasión en la que el paciente estaba despierto y la primera vez que los parientes notaron los síntomas. También se registraron los datos demográficos y la presencia de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, tabaquismo y antecedentes de

ACV y accidentes isquémicos transitorios (AIT). Se realizaron tomografías computarizadas en el 95% de los pacientes para determinar el origen isquémico o hemorrágico del episodio y los ACVi se clasificaron según su presentación clínica en infarto total o parcial de la circulación anterior, infarto de la circulación posterior e infartos lacunares.

Quince pacientes fueron excluidos del análisis debido a la imposibilidad para determinar en ellos el horario de la instauración del ACV. De los 117 pacientes restantes, 100 padecían ACVi y 17 cursaban un ACVh. El 47% de los pacientes con ACVi comenzó su sintomatología entre las 6.01 h y el mediodía, mientras que entre las 18.01 h y la medianoche se registró el menor riesgo para la aparición de esta enfermedad.

Los individuos con antecedentes de cardiopatía isquémica o hipertensión tenían más probabilidades de presentar un ACV entre las 6.01 h y el mediodía, este último factor de riesgo fue más significativo en los casos de ACVi.

La pequeña cantidad de pacientes con ACVh y en cada subgrupo clínico de la presentación isquémica no permitió analizar estadísticamente sus características. Por otra parte, no se encontraron diferencias en la distribución de ACV por edad ni sexo.

El patrón matutino de ACV y su asociación con la hipertensión y la cardiopatía isquémica coinciden con el patrón observado en otros eventos vasculares como el infarto agudo de miocardio; esto sugiere la presencia de un mecanismo fisiopatológico común.

Los autores señalan la concordancia entre la bibliografía disponible y sus hallazgos de una mayor incidencia de ACV entre las 6.01 h y las 12 h. Destacan además la asociación entre los episodios isquémicos matinales y los factores de riesgo vasculares como la cardiopatía isquémica y la hipertensión. Sugieren que la variabilidad circadiana de estas dolencias puede indicar una asociación fisiopatológica con la preponderancia matutina del ACV y que, al conocer mejor estos mecanismos, se podrán desarrollar intervenciones preventivas para disminuir el riesgo de ACV.

 Información adicional en www.siicsalud.com/des/des046/05d26003.htm

Frecuencia de bacteriuria asintomática en pacientes añosos

Drugs and Aging 22(10):801-807, 2005

Giessen, Alemania

La prevalencia de infecciones del tracto urinario inferior (ITU) se incrementa en personas de ambos sexos por encima de los 65 años. Se estima que en aproximadamente el 25% de las mujeres y el 10% de los varones en este grupo etario las ITU cursan con bacteriuria asintomática, y el porcentaje tiende a crecer conforme se avanza en edad. Ahora bien, pese a que numerosas bacteriurias asintomáticas se acompañan de complicaciones, su tratamiento sólo se recomienda si el paciente va a ser sometido a una intervención urológica. Incluso, aquellos pacientes que presentan piuria no tienen indicación de tratamiento antimicrobiano. A propósito, si se considera realizar tratamiento antibiótico, deben considerarse otros factores presentes con frecuencia en los ancianos, como la insuficiencia renal.

El término bacteriuria asintomática se refiere a la presencia de un mismo microorganismo, el que se logra cultivar y desarrollar, en pacientes sin síntomas urinarios. Tanto en pacientes añosos con bacteriuria asintomática como en aquellos que presentan infección urinaria, se han propuesto diversos factores como facilitadores para adquirir alguna de estas condiciones.

En la mujer, la deficiencia de estrógenos causa disminución del glucógeno producido por las células vaginales. El glucógeno es metabolizado a ácido láctico por lactobacilos, creando un

medio desfavorable para que los microorganismos responsables puedan colonizar la vejiga. Adicionalmente, otro factor predisponente está representado por el cistocele, situación que resulta en vaciado vesical incompleto.

En tanto, en los hombres, la obstrucción prostática desempeña un papel similar. Otros eventos favorecedores para ambos sexos y vinculados con la edad son la diabetes tipo 2, el incremento de mediadores inflamatorios y las maniobras instrumentales utilizadas para tratar patologías urológicas.

Con todo, si no se presentan síntomas relacionados con bacteriuria, los autores opinan que ésta no debería tratarse, salvo cuando el paciente va a ser sometido a procedimientos urológicos invasivos, como cistoscopia o resección transuretral de próstata. La posibilidad de insuficiencia grave de hígado y riñón, señalan, debe ser considerada en momentos de indicar antibióticos a pacientes que no presentan síntomas, en particular en los añosos. En ese sentido, es importante incrementar la excreción de orina aumentando el aporte de líquidos, ya que esta circunstancia dificulta la adherencia de los microorganismos al tracto urinario.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/06113015.htm

Importancia de la leptina, la insulina y la composición corporal en la esteatosis hepática

Parma, Italia

La enfermedad del hígado graso no alcohólico (HGNA) es frecuente en presencia de obesidad y otros factores asociados a los síndromes insulinoresistentes como hipertrigliceridemia, bajos niveles de lipoproteínas de alta densidad, hiperlipidemia posprandial e hipertensión. Si bien tradicionalmente se la consideraba un hallazgo benigno, en la actualidad se sabe que una proporción mínima de individuos con esteatosis hepática de origen metabólico puede evolucionar a esteatohepatitis no alcohólica (ENA) e insuficiencia hepática. Recientemente se sugirió que la leptina derivada de los adipocitos puede impedir la acumulación de grasa en el hígado. La deficiencia de leptina en ratones transgénicos y en seres humanos con lipodistrofia induce una marcada resistencia a la insulina. Además se vio que la hiperleptinemia se correlaciona con esteatosis hepática en individuos con ENA y hepatitis crónica. Pero el papel exacto de la hiperleptinemia en la patogénesis del HGNA es controvertido.

El papel que desempeñan la obesidad, la resistencia a la insulina y la hiperleptinemia en el desarrollo de esteatosis hepática no ha sido dilucidado. Los autores se propusieron investigar la relación entre leptina sérica, insulina, obesidad y esteatosis hepática en un grupo de hombres no diabéticos y mujeres posmenopáusicas. Los resultados del estudio confirmaron la asociación entre los niveles de leptina e insulina

plasmática, independientemente del nivel de grasas en los hombres pero no en las mujeres posmenopáusicas, en las cuales esta relación parece estar mediada por el compartimiento de grasa corporal.

En este estudio, la grasa magra corporal se correlaciona con los niveles de leptina en las mujeres posmenopáusicas, y junto con la grasa corporal constituyen los valores predictivos de la leptina sérica.

La hiperleptinemia como indicador indirecto de resistencia a la acción de la leptina endógena podría mediar la acumulación de triglicéridos en el hígado, en estado de insulinoresistencia en el contexto de moderada a baja ingesta alcohólica.

Los autores concluyen que las concentraciones séricas de leptina e insulina se correlacionan positivamente, en forma independiente de la composición corporal en los hombres, pero no en las mujeres posmenopáusicas. En los primeros, el efecto esteatogénico de la hiperinsulinemia y la resistencia a la insulina en el contexto de consumo bajo a moderado de alcohol parece estar mediado por altas concentraciones de leptina, mientras que la grasa corporal parece ser suficiente para identificar mujeres posmenopáusicas con riesgo de esteatosis hepática.

 Información adicional en www.siicalud.com/dato/dat047/06206011.htm

Actualizan aspectos de la hipertrofia ventricular izquierda

Journal of International Medical Research 33(Supl. 1):3-11, 2005

Bordeaux, Francia

La hipertrofia del ventrículo izquierdo (HVI) es un factor predictor de riesgo cardiovascular. El uso de agentes antihipertensivos no sólo reduce la presión arterial asociada con esta entidad, sino que además puede producir una regresión de la hipertrofia propiamente dicha.

La HVI es una respuesta adaptativa a la exposición crónica del corazón a una carga aumentada, de la cual una causa frecuente es la hipertensión arterial (HTA). A nivel celular, los cardiomiocitos se expanden en grosor y longitud (aunque no se observa un incremento en el número de células, o es muy escaso) para compensar el estrés hemodinámico aumentado sobre la pared ventricular. Por otro lado, los fibroblastos proliferan con una acumulación anormal de colágeno que lleva a una fibrosis. El efecto global de estos cambios histológicos es un incremento de la masa ventricular izquierda.

En la HVI, la función cardíaca normal se ve comprometida. La acumulación de colágeno fibrilar dentro de la adventicia de las arterias coronarias miocárdicas y en los espacios intersticiales determina rigidez ventricular y reduce la reserva de flujo coronario. La rigidez puede determinar una función diastólica anormal, con preservación de la función sistólica, mientras que el flujo coronario reducido aumenta el riesgo de isquemia cardíaca, arritmias potencialmente letales e infarto de miocardio. La HVI es ampliamente reconocida como un fuerte, aunque reversible, factor de riesgo para la morbilidad y mortalidad cardiovasculares. Su diagnóstico no es simple. Resulta indetectable en un examen físico y los electrocardiogramas pueden identificarla con alta especificidad pero, al mismo tiempo, con baja sensibilidad. El ecocardiograma es 8 veces más sensible, y se ha convertido en el método de referencia para la identificación de esta entidad, ya que muestra la anatomía y la función cardíacas.

Más recientemente, las imágenes por resonancia magnética han posibilitado la visualización de alta resolución de todo el corazón y una precisa medición de la masa ventricular izquierda.

La definición de HVI depende del método a partir del cual se evalúa la masa ventricular. Numerosos estudios demostraron una correlación entre la masa ventricular izquierda y la presión arterial. Esto se deduce al considerar que la masa ventricular aumentada es una respuesta a una mayor carga asociada con HTA, y puede ser interpretada como una adaptación útil a un incremento crónico de la tensión miocárdica. La presión arterial sistólica se relaciona más con la masa ventricular izquierda que la presión diastólica. Otros factores hemodinámicos que pueden contribuir a la HVI son la rigidez aumentada de la aorta y la viscosidad incrementada de la sangre.

Se demostró que la HVI es reversible y responde bien a la disminución de la presión arterial. Un metaanálisis demostró que los tratamientos dirigidos al sistema renina-angiotensina-aldosterona producen las reducciones más sustanciales de la masa ventricular izquierda. Otros estudios clínicos demostraron que el tratamiento de la HTA leve con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o con bloqueantes del receptor de angiotensina II (BRA) produce una regresión de la HVI a través de mecanismos que parecen ser parcialmente independientes de su habilidad para reducir la presión arterial. Los datos sugieren que el uso de BRA podría ser una mejor opción terapéutica para el manejo de la HVI con relación a los IECA, ya que la angiotensina II generada por vías enzimáticas presentes, entre otros tejidos, en el corazón, no es susceptible a la acción de los IECA.

La HVI es una causa importante de enfermedad y muerte cardiovascular; su regresión a partir del control de la presión arterial puede contribuir a mejorar el pronóstico. El uso de BRA parece ser la mejor opción de tratamiento, aunque futuros estudios deberán proveer datos concluyentes acerca de los efectos beneficiosos de estos agentes farmacológicos en la HVI.

 Información adicional en www.siicalud.com/dato/dat047/06201004.htm

Metodología para la detección del abuso de hormona de crecimiento en los deportistas



Southampton, Reino Unido

La naturaleza competitiva de la raza humana no sólo es innata sino que es esencial en términos de evolución y supervivencia. En el ámbito deportivo, se manifiesta como un impulso por ganar. Las enormes ganancias financieras que los deportistas exitosos pueden percibir, además de los aspectos relacionados con su pertenencia nacional determinan que algunos atletas profesionales acudan a la trampa con el propósito de ganar; en este sentido, el uso de sustancias que aumentan el rendimiento es cada vez más sofisticado. El dopaje se define como la administración o el uso, por parte de un atleta de competición, de cualquier sustancia extraña al cuerpo o de cualquier sustancia fisiológica en una cantidad anormal o ingresada al cuerpo por una vía anormal, con el propósito de aumentar, artificialmente, su rendimiento competitivo.

La hormona de crecimiento (HC) es una hormona péptida, y se encuentra dentro de la lista de sustancias prohibidas para los deportes de competición. Hasta hace poco tiempo no existían estudios que permitieran la detección del abuso de esta sustancia, por lo que su prevalencia sólo podía asumirse. No existen ensayos clínicos en humanos sanos que demuestren que la HC posee un efecto reforzador del rendimiento. Sin embargo, los antecedentes históricos sugieren que su abuso se encuentra

Clinical Chemistry 51(9):1587-1593, Sep 2005

ampliamente difundido debido a sus propiedades anabólicas y lipolíticas. Las acciones anabólicas se encuentran mediadas en su mayor parte por el factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1), e incluyen aumentos en el recambio proteico corporal y en la síntesis muscular. Por otro lado, la HC induce la lipólisis en el tejido adiposo y determina la reducción de la masa grasa.

La detección del abuso de HC presenta varios desafíos. Contrariamente a otras sustancias de las que se abusa, como los esteroides anabólicos sintéticos, la HC es una sustancia natural. Por eso, la demostración de su administración exógena debe basarse en la detección de concentraciones excesivas con respecto a un intervalo establecido de referencia. En el presente trabajo, se analizaron las metodologías actuales creadas para la detección del abuso de esta hormona. Se llevó a cabo una revisión de artículos relacionados en bases informáticas de datos científicos y en forma manual.

Se observó que se desarrollaron dos enfoques con el propósito de detectar este abuso; el primero se basa en la detección de diferentes isoformas de la HC pituitaria, mientras que el segundo mide las proteínas dependientes de la HC. En el método del análisis de las isoformas de la hormona, se evalúa la relación entre la isoforma de 22 kDa y las isoformas diferentes de ésta; un alto valor de este cociente indica una administración exógena, ya que la HC recombinante contiene sólo la isoforma de 22 kDa. El método de detección de las proteínas generadas por la acción anabólica de la HC se denomina «método marcador»; un marcador ideal lo constituye el IGF-1.

Los autores concluyen señalando que, debido a sus propiedades anabólicas y lipolíticas, la HC ha sido empleada durante varios años en el ámbito del deporte de competición. Sin embargo, recientemente se desarrollaron metodologías para la detección de su abuso, las cuales han sido establecidas por primera vez para los Juegos Olímpicos de Atenas.

Información adicional en www.siiic.com/dato/dat046/05d06006.htm

La tomografía computarizada en el enfoque prequirúrgico de la perforación diverticular

European Journal of Radiology 56(1):78-83, Oct 2005

Freiburg, Alemania

La enfermedad diverticular constituye una patología frecuente del colon sigmoideo que, en el mundo occidental, afecta a más del 65% de las personas mayores de 65 años. Se estima que cerca del 25% de los pacientes con diverticulosis presentan síntomas, incluso aquellos que consultan en los servicios de emergencia por complicaciones, tal como ocurre con la perforación.

En este punto, la tomografía axial computarizada (TAC) se revela como método valioso para determinar el grado de compromiso de la diverticulitis aguda perforada de sigmoides, al permitir la clasificación de los pacientes según la gravedad de la enfermedad. De este modo, se convierte en una herramienta precisa para el enfoque de la estrategia quirúrgica.

Así lo determinaron los autores de esta investigación realizada sobre 30 pacientes con diverticulitis aguda perforada, a quienes se les realizó una TAC previamente a la reparación quirúrgica. Los hallazgos tomográficos fueron luego comparados con los resultados operatorios. En todos los pacientes se realizaron procedimientos de contraste que consistieron en la aplicación oral de 500 ml de sustancia de contraste yodada, 200 ml por el recto y en 25 pacientes se efectuó además, contraste endovenoso con iopromida. De acuerdo con el cuadro clínico quirúrgico, los pacientes fueron categorizados según la escala de

Hinchey en 4 grupos: estadio 1, pacientes con absceso pericólico; estadio 2, absceso pélvico, intraabdominal o retroperitoneal; en el grupo 3 se ubicó a los pacientes con peritonitis purulenta, mientras que se reservó el 4 para aquellos con peritonitis fecal. Las imágenes obtenidas de divertículos, presencia de aire o contraste dentro de la cavidad e inflamación pericólica, fueron comparadas con los hallazgos quirúrgicos. De acuerdo con los resultados, 28 pacientes tuvieron correlato clínico tomográfico.

A propósito, numerosos estudios dan cuenta de que la perforación de los divertículos se produce con elevada frecuencia en los últimos años. Probablemente esté vinculado a la edad avanzada y a dietas pobres en fibras. Esta circunstancia deviene en mayor incidencia de consultas por divertículos perforados en los servicios de emergencia y, en ese sentido, destacan los autores, la TAC se muestra con mayor eficacia que los exámenes con enemas, ya que no sólo es capaz de demostrar inflamación intramural y extramural, sino que ayuda en la estadificación de la gravedad de la enfermedad, de tal modo que facilita el abordaje del planteo quirúrgico.

Información adicional en www.siiic.com/dato/dat046/05d05004.htm

Diagnóstico neurorradiológico de la recurrencia de los gliomas

Neurosurgery 57(3):505-511, Sep 2005

Munich, Alemania

En los pacientes con gliomas que son sometidos a tratamientos multimodales o a diversas formas de irradiación el seguimiento convencional con imágenes de resonancia magnética (RM) resulta insuficiente para la distinción entre los efectos adversos benignos de la terapia y la recurrencia tumoral. Sin embargo, para este diagnóstico diferencial, existe una poderosa herramienta.

Con el creciente número de opciones terapéuticas para los pacientes con gliomas de bajo y alto grado, la interpretación de las imágenes por RM postoperatorias se torna dificultosa. Más aun, varios tumores y estrategias terapéuticas pueden determinar cambios similares en los hallazgos en la RM durante el seguimiento.

Debido a la necrosis por radiación, las reacciones inflamatorias locales o las alteraciones en la barrera hematoencefálica, pueden aparecer refuerzos por el contraste que no representan la presencia de tejido tumoral maligno en todos los casos. A su vez, no puede excluirse la presencia de residuos tumorales o de su progresión ante la ausencia de nuevas áreas reforzadas por el contraste. Existe un método no invasivo dirigido al diagnóstico diferencial: se trata de la tomografía por emisión de positrones (TEP) que emplea ^{11}C -metionina (MET), y que evalúa el metabolismo de los aminoácidos. Sin embargo, la corta vida media (20 minutos) de este marcador ha dificultado su aplicación. Por su parte, la O-(2-[^{18}F]fluoroetil)-L-tirosina (FET) es un marcador con una vida media significativamente superior (110 minutos) y que puede ser empleado en centros sin un ciclotrón. El presente estudio retrospectivo fue llevado a cabo con el objeto de analizar la relevancia diagnóstica diferencial de la TEP-FET en los pacientes con glioma luego de la radioterapia, la radiocirugía o el tratamiento multimodal. El estudio incluyó 36 pacientes con gliomas y diagnóstico neurorradiológico de

recurrencia tumoral, y 9 sujetos que habían sido sometidos a radioinmunoterapia. Los pacientes fueron tratados entre septiembre de 2001 y mayo de 2003. En cada uno de ellos se realizó un estudio de TEP-FET y otro de RM. Se realizó un diagnóstico tisular, con fines comparativos, en todos los pacientes con hallazgos neurorradiológicos o clínicos de progresión ($n = 32$). En aquellos con deterioro transitorio neurorradiológico o clínico ($n = 13$) se empleó el seguimiento clínico para comparar el diagnóstico por imágenes.

El diagnóstico de recurrencia tumoral por RM se realizó en 36 pacientes; en 29 de ellos, el diagnóstico neurorradiológico se confirmó histológicamente. La especificidad y la sensibilidad de la RM fueron estimadas en 50% y 93.5%, respectivamente. Por su parte, la TEP-FET mostró recurrencia tumoral en 32 casos; el diagnóstico realizado sobre la base de este estudio fue confirmado por evaluación histológica en 31 pacientes. Su especificidad y su sensibilidad fueron de 92.9% y de 100%, respectivamente. En total, la RM y la TEP-FET revelaron un diagnóstico correcto en 36 y 44 pacientes, respectivamente. La diferencia entre ambas técnicas fue estadísticamente significativa.

De acuerdo con los resultados del presente trabajo, la RM convencional por sí sola no parece apropiada para el seguimiento de los pacientes con gliomas luego de haber sido sometidos a tratamientos multimodales o varias formas de irradiación.

Al respecto, la TEP-FET posee altos valores de especificidad y sensibilidad para la diferenciación entre los efectos benignos del tratamiento y la recurrencia del tumor.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01008.htm

Validan método no invasivo para detectar várices esofágicas

Digestive and Liver Disease 37(10):779-785, Oct 2005

Génova, Italia

La presencia de várices esofágicas (VE) es una complicación grave de la cirrosis hepática que debe ser tratada con particular atención. El único método para diagnosticar y clasificar las VE es la endoscopia, pero debido a la gran demanda de este procedimiento, los autores buscaron un método alternativo que permitiera descartar la presencia de VE.

El parámetro más frecuentemente asociado a la presencia de VE es la trombocitopenia. Debido a que este hallazgo puede ser de origen multifactorial, los investigadores postularon que la relación entre el recuento de plaquetas y el diámetro esplénico (RP/DE) es un parámetro que permite descartar la presencia de VE ya que estaría relacionado con la existencia de hipertensión portal, principal causa de la formación de VE. Si bien esta relación fue validada en estudios previos, con la presente investigación analizaron la utilidad de este método en el seguimiento de los pacientes con cirrosis a lo largo del tiempo.

Luego de ser sometidos a una endoscopia inicial, 106 pacientes con cirrosis y sin VE fueron estudiados endoscópicamente una vez más a los 12 o 24 meses. Durante las evaluaciones programadas, se analizó también el recuento de plaquetas y el diámetro esplénico de los pacientes mediante ecografía abdominal. Del total de los participantes 68 completaron el estudio en forma regular y el 40% de éstos ($n = 27$) desarrolló VE.

La exactitud en la predicción de la presencia de VE fue de 93.5%, 92.1% y 75.2% cuando se usó la relación RP/DE, el recuento de plaquetas y el diámetro esplénico, respectivamente. Los pacientes con una RP/DE basal elevada (> 909) eran menos

propensos a desarrollar VE; cuando esta relación tuvo valores ≤ 909 , su sensibilidad fue del 100% y su especificidad del 73%, mientras que su valor predictivo negativo y positivo fue del 100% y del 71%, respectivamente. Su eficiencia para identificar la presencia de VE fue del 84%.

Los pacientes que abandonaron el estudio no diferían del resto en sus características demográficas, lo que sugiere que es poco probable que estas ausencias afecten los resultados de la investigación. Por otra parte se evidenció la importancia de adherirse a los programas de detección, ya que las personas que no fueron regulares en sus controles presentaron VE de mayor magnitud al momento diagnóstico.

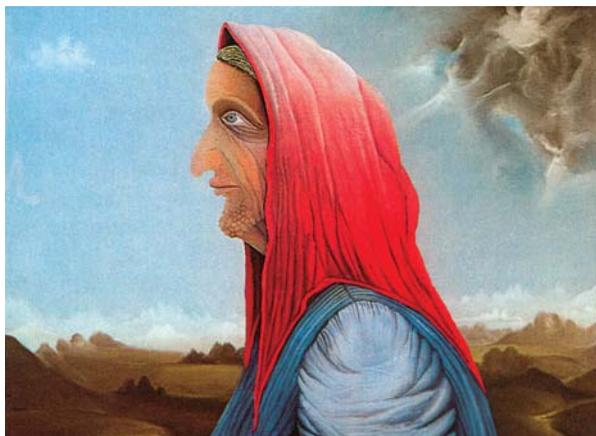
El diseño longitudinal permitió observar que las personas con RP/DE ≤ 909 y sin VE al comienzo del estudio eran más propensas a presentar esta complicación, por lo que los autores sugieren vigilar estrictamente a los pacientes que presenten estos valores. Además, señalan que el tratamiento con betabloqueantes, indicado para disminuir el crecimiento y el sangrado de las VE, puede ser prescrito racionalmente a los pacientes cuya relación RP/DE indica un mayor riesgo de padecer VE.

Los autores concluyen que la valoración de la proporción RP/DE tiene un valor pronóstico con precisión diagnóstica para descartar la presencia de VE y señalan que la validación de este parámetro con cohortes independientes permitirá proponer esta herramienta como un método de detección en la práctica clínica.

 Información adicional en www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01001.htm

Alternativas terapéuticas para las verrugas causadas por el HPV

American Journal of Clinical Dermatology 6(6):365-381, 2005



Londres, Reino Unido

La exposición al papilomavirus humano (HPV) es difícil de evitar por la ubicuidad del virus; el adecuado funcionamiento del sistema inmune erradica el virus luego de un período variable de tiempo, pero algunas personas con inmunosupresión pueden tener infección activa durante muchos años, llegando a presentar neoplasias asociadas al HPV. La duración y la intensidad del tratamiento se relacionan con la cantidad de verrugas, el área que cubren y el tiempo de su evolución.

Dentro de las opciones para el tratamiento de las verrugas comunes se encuentra la crioterapia, aunque puede causar dolor y ampollas. Esta técnica permite congelar las células en forma localizada, pero no tiene una acción sobre el ADN viral como, por ejemplo, el ácido tricloroacético y el podofilo.

Para el tratamiento específico de las verrugas comunes, el ácido salicílico demostró ser igualmente eficaz que la crioterapia, pero ocasiona menos molestias y su costo es inferior. Sin embargo, se desaconseja su uso en lesiones extensas, especialmente en niños, debido al riesgo de intoxicación sistémica. La bleomicina intralesional es un tratamiento de tercera elección, pero los análisis de su eficacia arrojaron resultados dispares.

Como alternativa para eliminar las verrugas comunes también se han utilizado cremas con fluorouracilo, aunque se ha informado que pueden producir efectos adversos y no siempre son eficaces. Asimismo, se ha empleado electrocirugía, rayos láser y escisión quirúrgica, aunque estos procedimientos requieren anestesia local y mayor habilidad técnica; además, no deberían ser empleados en mujeres embarazadas. Las posibles complicaciones de estos tratamientos son: infecciones; sangrado intraoperatorio y posoperatorio; unión y estenosis del introito, el

ano y la vagina; fimosis; vitiligo; queloides y cicatrización hipertrófica. Por otra parte, el tratamiento con láser puede producir un aerosol de viriones activos de HPV que permanecen en la pluma láser, siendo potencialmente contagiosos.

Para mejorar la respuesta terapéutica de pacientes con verrugas resistentes también se utilizaron inmunomoduladores: cimetidina, inosina pranobex, interferón alfa e imiquimod. Este último agente tiene un tiempo de latencia para su acción, por lo cual se debe advertir al paciente que tardará en observar resultados.

En el caso específico de las verrugas genitales, dentro de los tratamientos utilizados con mayor frecuencia se encuentran el ácido tricloroacético y la podofilina, sustancias que destruyen eficazmente el ADN viral, pero presentan efectos adversos: el primero puede quemar la piel que circunda a la lesión y el uso en dosis mayores a las recomendadas del segundo puede causar graves secuelas, incluida la muerte, por lo cual se promueve el uso del podofilox (el principio activo de la podofilina), el cual es eficaz y más seguro. Sus efectos adversos locales son moderados.

Las lesiones resistentes pueden ser sensibilizadas con dinitroclorobenceno o difenciprona, o bien pueden ser abordadas mediante la combinación de inosina pranobex con crioterapia o electrocirugía, imiquimod con resección y oclusión, o bleomicina intralesional. Existen otras sustancias queratolíticas de bajo costo (glutaral, formaldehído), pero no han sido analizadas en investigaciones controladas.

Para tratar las verrugas de las mujeres embarazadas se puede utilizar el ácido tricloroacético, la crioterapia y el láser; además, se debe evaluar la conveniencia de efectuar una cesárea para evitar el contagio del neonato en el caso de que su madre presente lesiones genitales. Cuando se encuentran verrugas en el canal anal se suelen eliminar con cirugías, pero también se emplea el imiquimod, el podofilox y el cidofovir, aunque este último fármaco actualmente no está disponible para su comercialización. En el caso de niños con verrugas anogenitales se debe investigar si existe abuso sexual, aunque son posibles otras vías de contagio. En estos pacientes, los tratamientos tópicos con imiquimod y podofilox son eficaces y no presentan efectos adversos graves.

Por último, los autores señalan que los tratamientos que pueden ser aplicados por los mismos pacientes suelen ser indolores y más convenientes y recuerdan que la primera elección terapéutica para las verrugas genitales y extragenitales son el podofilox y el ácido salicílico, respectivamente.

 Información adicional
www.siic.salud.com/dato/dat047/06206002.htm

Seguridad de la reparación endovascular simultánea de lesiones aórticas

European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 28(3):478-482, Sep 2005

Varese, Italia

Las patologías aórticas en múltiples niveles constituyen un enorme desafío para los cirujanos cardiovasculares en términos de la elección del método de tratamiento más adecuado. Para algunos, éste debería realizarse en forma simultánea; para otros, en forma consecutiva. Numerosas investigaciones dieron cuenta de la alta incidencia de complicaciones en el primer caso. Y la segunda opción tiene el inconveniente de las sucesivas entradas a quirófano.

Bajo esas circunstancias, la cirugía endovascular ha sido sugerida como una tercera alternativa por su menor incidencia de complicaciones, de tal modo que pueden realizarse las reparaciones necesarias en el mismo acto quirúrgico. En ese sentido, los autores señalan que la reparación endovascular simultánea de lesiones de aorta torácica y abdominal es una práctica que debería tenerse en cuenta para el tratamiento de

pacientes con alto riesgo que no están en condiciones de soportar cirugía convencional en una etapa o dos.

Se basaron en los resultados obtenidos en 4 pacientes tratados en un centro especializado en cirugía cardiovascular. La edad promedio de los sujetos era de 70 años y todos presentaban patologías asociadas tales como hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipercolesterolemia, diabetes o antecedentes de infarto de miocardio e insuficiencia renal. Las lesiones de aorta torácica incluyeron en 2 casos úlcera aórtica y aneurisma y disección crónica tipo B en los 2 restantes. Por su parte, las lesiones abdominales consistieron en aneurismas infrarrenales en 3 casos y yuxtarenal en uno.

La colocación de endoprótesis vasculares fue exitosa en todos los procedimientos y ningún paciente falleció dentro del quirófano. Tres sujetos fueron tratados sólo con una prótesis endovas-

cular, mientras que se necesitaron 2 para el cuarto paciente. Un paciente falleció en el posoperatorio tardío a causa de una fuga de líquido (*endoleak*) tipo 1. Los 3 supervivientes se hallaban en buen estado general luego de más de 16 meses de seguimiento.

Los resultados obtenidos llevan a los autores a asegurar que la reparación endovascular de lesiones de aorta torácica y abdominal simultánea es posible y puede ser realizada con

amplia seguridad. El método ofrece a los pacientes, en particular a aquellos de alto riesgo, la posibilidad de disminuir el riesgo quirúrgico al utilizar sólo una etapa y al mismo tiempo evitar la agresividad que supone la técnica convencional.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat047/06202000.htm

Uso preventivo de betabloqueantes en cirugías programadas

BMJ 331(7522):932-934, Oct 2005

Ontario, Canadá

La indicación de betabloqueantes (BB) puede prevenir el infarto agudo de miocardio (IAM) en el período periquirúrgico de las intervenciones programadas, pero el abandono del tratamiento puede causar inestabilidad hemodinámica con la consiguiente isquemia cardíaca. Estos efectos de los BB varían de acuerdo a la rapidez de la eliminación del fármaco.

Los autores evaluaron el efecto del atenolol (BB de acción prolongada) y del metoprolol (BB de rápida acción) en la reducción del riesgo perioperatorio de 37 151 pacientes mayores de 65 años sin patología coronaria sintomática que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas programadas entre 1992 y 2002.

La proporción de indicaciones de atenolol y metoprolol fue de 5:3 (23 091 y 14 060, respectivamente); la dosis promedio del primer BB fue de 50 mg diarios, mientras que la del metoprolol fue de 50 mg dos veces al día. No hubo diferencias demográficas ni clínicas entre los pacientes de ambos grupos. Las cirugías más frecuentes fueron las ortopédicas y las abdominales.

Del total de los participantes, 1 038 experimentaron un IAM o fallecieron; esta frecuencia fue significativamente menor ($p < 0.001$) en quienes fueron medicados con atenolol (2.5%) con respecto a los pacientes tratados con metoprolol (3.2%).

Otros factores independientes que predijeron estas consecuencias adversas fueron la edad y el sexo del paciente, el tipo de cirugía y la medicación con furosemida, bloqueantes de

los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o estatinas. Con todo, el menor riesgo cardíaco observado en los sujetos con indicación de atenolol se mantuvo incluso teniendo en cuenta los factores demográficos, médicos y quirúrgicos.

La mayoría de los fallecimientos ocurrieron al poco tiempo de la admisión, siendo más frecuentes al tercer día de la operación. Las diferencias entre el atenolol y el metoprolol se observaron especialmente entre los días 2 y 14 después de la cirugía, intervalo en el que suele presentarse estrés cardíaco agudo.

Teniendo en cuenta que los BB de acción prolongada proveen un mayor margen de seguridad para los pacientes en el período posoperatorio inmediato de las intervenciones no cardíacas programadas, los autores sugieren que los anestesiólogos que utilizan BB de rápida acción durante la cirugía expliciten su indicación en la historia clínica para disminuir el riesgo hemodinámico asociado a la suspensión de los BB en el período posquirúrgico.

Finalmente señalan que los pacientes que reciben atenolol no deberían cambiar esta indicación al momento de ser sometidos a intervenciones quirúrgicas no cardíacas programadas, mientras que las personas medicadas con metoprolol tal vez deberían considerar el uso de BB de acción prolongada, ya que este cambio puede prevenir los IAM o fallecimientos a razón de 1 cada 165 pacientes, sin aumentar el riesgo de otras complicaciones posquirúrgicas.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat046/05d26000.htm

La cirugía laparoscópica es el nuevo estándar para nefrectomías

Asian Journal of Surgery 28(4):277-281, Oct 2005

Kuala Lumpur, Malasia

La nefrectomía por vía laparoscópica crece en su utilización como una alternativa válida a los abordajes convencionales a cielo abierto. A las ventajas de la invasión mínima se agregan la reducción de la mortalidad y el menor período de convalecencia que requiere el método. Por cierto, la implementación de programas de cirugía renal por laparoscopia se ve afectada por diversos factores, entre otros, la experiencia del cirujano y la cantidad de casos que permiten adquirir esa experiencia.

Los investigadores se basan en los resultados obtenidos durante 3 años en un centro especializado en cirugía renal. Durante ese período se realizaron 187 nefrectomías, 107 por abordaje convencional y 82 por laparoscopia.

En los pacientes con tumores de igual magnitud se realizó la comparación de costos.

Entre los 34 pacientes con cáncer de células renales que fueron nefrectomizados utilizando la vía laparoscópica, el tamaño promedio del tumor era de 50 mm. En ningún caso hubo ganglios satélites y se logró la extirpación con amplio margen de seguridad. Por otra parte, en 21 pacientes se realizó nefroureterectomía por laparoscopia debido a que presentaban carcinoma de células transicionales del tracto superior. En todos los casos, excepto en 2, se lograron márgenes de seguridad. Además, se trataron también por vía laparoscópica diversas

patologías benignas tales como obstrucción pielocalicial, litiasis, pielonefritis crónica, angiomiolipoma y un paciente con tuberculosis crónica. Los resultados obtenidos fueron similares en ambos grupos de pacientes.

El promedio de tiempo de estadía hospitalaria en el grupo operado por laparoscopia fue de 5.8 días, mientras que en aquellos intervenidos a cielo abierto alcanzó los 8.1 días. A propósito, el costo del procedimiento laparoscópico fue, en la moneda de Singapur, de \$ 4 943 comparado con \$ 4 479 del método a cielo abierto. No obstante, el costo de días de internación fue de \$ 7 500 y \$ 7 907 respectivamente, lo que equipara los costos totales.

En esencia, los autores explican que el programa de nefrectomía laparoscópica y otros procedimientos por esta técnica ha sido introducido con éxito en la institución a la que pertenecen. Pese a tener que ir adquiriendo experiencia con el nuevo método, en 3 años lograron que la vía laparoscópica sea operativa. De tal modo, anticipan, las nefrectomías podrán realizarse íntegramente por vía laparoscópica en un futuro cercano convirtiéndose en el método estándar que ofrecerán a sus pacientes con patologías renales.



Información adicional en

www.siicsalud.com/dato/dat046/06116002.htm

Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por su utilidad para la actualización de los profesionales iberoamericanos.

 **33rd Congress of Cardiovascular Surgery Association**

Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
Salvador, Brasil
29 de marzo al 1 de abril de 2006
Tel: 11 - 38490341
Correo electrónico: meryt@sbccv.org.br
Dirección de Internet: www.sbccv.org.br
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o24022.htm

 **World Congress of Cardiology 2006**

European Society of Cardiology and World Heart Federation
Barcelona, España
2 al 6 de septiembre de 2006
Tel: +33 492 94 76 00
Correo electrónico: congress@escardio.org
Dirección de Internet: www.worldcardio2006.org
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n03028.htm

 **VI Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología - SADI 2006**

Sociedad Argentina de Infectología
Mar del Plata, Argentina
5 y 6 de mayo de 2006
Correo electrónico: Secretaria@sadi.org.ar
Dirección de Internet: www.bgruppe.com
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n14026.htm

 **61st Brazilian Congress of Dermatology**

Sociedade Brasileira de Dermatologia
Curitiba, Brasil
6 al 10 de septiembre de 2006
Tel: 55-21-2253-6747
Correo electrónico: sbd@sbd.org.br
Dirección de Internet: www.dermatocuritiba2006.com.br
www.siicsalud.com/dato/dat045/05915031.htm

 **XXVIII Congreso Internacional de la SERAM
XXIII Congreso Interamericano de Radiología CIR 2006**

Zaragoza, España
26 al 29 de mayo de 2006
Tel: + 34 91 575 26 13
Correo electrónico: secretaria@seram.es
Dirección de Internet: www.seram.es
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d20022.htm

 **II Congress «Cryosurgery in the Americas» and
IV Argentine and International Congress of Cryosurgery
and Radiofrequency**

Sociedad Argentina de Criocirugía
Buenos Aires, Argentina
20 al 22 de septiembre de 2006
Tel: 54-11-4658-4346 // 54-11-4654-7146
Correo electrónico: bturjan@speedy.com.ar
Dirección de Internet: www.ama-med.org.ar
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n15001.htm

 **12th ICID**

International Society for Infectious Diseases
Lisboa, Portugal
15 al 18 de junio de 2006
Tel: 00617-277-0551
Correo electrónico: info@isid.org
Dirección de Internet: www.isid.org
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n21034.htm

 **III Congreso ALACCSA del Cono Sur**

ALACCSA - Asociación Latinoamericana de Cirujanos de
Córnea, Catarata y Segmento Anterior
Buenos Aires, Argentina
28 al 30 de septiembre de 2006
Tel: (323) 887-8888
Correo electrónico: alaccca@aol.com
Dirección de Internet: www.congresos-rohr.com/alaccca2006
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d20002.htm

 **XXIV Centroamerican Congress of Cardiology and IV
Centroamerican and Caribbean Congress of Cardiology**

Sociedad Centroamericana de Cardiología
Ciudad de la Habana, Cuba
20 al 23 de junio de 2006
Tel: (537) 552650
Correo electrónico: hpl@infomed.sld.cu
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d01030.htm

 **31st ESMO Congress**

European Society for Medical Oncology
Estambul, Turquía
29 de septiembre al 3 de octubre de 2006
Tel: +41 91 973 1900
Correo electrónico: congress.info@esmo.org
Dirección Internet: www.esmo.org/congress2006/
www.siicsalud.com/dato/dat044/05908025.htm

 **8th World Congress on Gastrointestinal Cancer**

Barcelona, España
28 de junio al 1 de julio 2006
Tel: +1(770) 751 7332
Correo electrónico: meetings@imedex.com
Dirección de Internet: www.worldgicancer.com
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d20005.htm

 **XXIII Meeting of the Brazilian Society of Nephrology**

Sociedade Brasileira de Nefrologia
Gramado, Brasil
7 al 11 de octubre de 2006
Tel: 55-11-55791242
Correo electrónico: secret@sbn.org.br
Dirección de Internet: www.sbn.org.br
www.siicsalud.com/dato/dat046/05n18015.htm

 **XIV Latin American Congress of Allergy, Asthma
& Immunology**

Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica -
Sociedad Latinoamericana de Alergia, Asma e Inmunología
Buenos Aires, Argentina
17 al 21 de agosto de 2006
Tel: 54-11-4334-7680
Correo electrónico: secretaria_aaai@speedy.com.ar
Dirección de Internet: www.slaai.org/congreso/
www.siicsalud.com/dato/dat045/05o11018.htm

 **61st Brazilian Congress of Cardiology**

Sociedade Brasileira de Cardiologia
Recife, Brasil
21 al 25 de octubre de 2006
Tel: (55-21) 2537.8488
Correo electrónico: cerj@cardiol.br
www.siicsalud.com/dato/dat046/05d20019.htm

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject". Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm.



Si(i)C, Vol. 14 N° 1

Aspectos de la cirugía en pacientes mayores de 60 años

Sr. Editor

He leído con atención el artículo sobre aspectos de las intervenciones quirúrgicas en pacientes añosos, a partir de la experiencia del Hospital Universitario West Indies de Jamaica, aparecido en Salud(i)Ciencia Vol. 14 N° 1.

Los autores han puesto como límite de corte la edad de 60 años para considerar que por encima de ella merecía calificar de añosa a una persona. Es posible que para fines estadísticos ese parámetro presente cierta utilidad, pero también es probable que la realidad de Jamaica no sea la misma que la de otras latitudes. Me refiero a que la edad cronológica no siempre es superponible a la biológica ya que ésta es producto, además, del estado trófico actual, de los hábitos laborales, atención preventiva de la salud a lo largo de todos los años de vida, armonía psicofísica de la persona, secuelas de enfermedades u operaciones sobrellevadas y condiciones socioeconómicas y culturales. Creo que si no se consideran estos factores, se introduce un sesgo en la evaluación de los datos, que ha de repercutir necesariamente en los resultados del estudio y sobre todo en las conclusiones emergentes.

Dicen los autores que en ese grupo etario se han producido internaciones quirúrgicas no programadas en 52% de los casos. Al promediar el texto, esa cifra es asignada a las que denominan de emergencia. En nuestro medio asistencial y académico se distingue la acepción "emergencia" de la "urgencia", y si bien ambas son "no programadas", la primera se asocia a una catástrofe con riesgo inmediato de vida, mientras que la segunda se refiere a situaciones que requieren atención mediata próxima o muy próxima, pero que permiten invertir un breve tiempo a fin de proveer y adecuar las condiciones para resolver el problema. De haberse calificado en forma diferenciada las afecciones que enumeran, se podría saber si entre los que llaman trastornos gastrointestinales se incluyen las hemorragias digestivas cataclísmicas que sí son emergencias, y también los íleos paralíticos que a veces se superan con intubación y adecuado balance hidroelectrolítico, entre otras medidas terapéuticas. Como se puede ver, hay grandes diferencias entre una situación y la otra. Al mencionar hernias entre las causas de internaciones de emergencia, debería inferirse que se trata de las complicadas por atascamiento o estrangulación, aunque en ambos casos se puede adoptar conducta quirúrgica después de realizar estudios humorales y cardiológicos para corregir eventuales alteraciones en breve plazo, tiempo que un accidente con lesión vascular exanguinante, por ejemplo, no permite emplear.

Entre las conclusiones, se asume que si se identificara el grupo de personas mayores de 60 años como población de riesgo sobre la base de que se produjeron en ella más internaciones quirúrgicas no programadas que en personas menores de esa edad, se mejorarían las probabilidades de proceder a una hospitalización más temprana y se optimizaría la atención. Un enfoque ético de esta posición induce a cuestionarla, porque podría deducirse a partir de ella una propuesta discriminatoria, con más dedicación que a menores de 60 años, cuando el único móvil al que debe responder el sistema es a otorgar asistencia eficiente sólo condicionada a la enfermedad y las necesidades de los enfermos.

Me parece, Sr. Editor, que experiencias como la presente deben publicarse, pero a la vez merecen un análisis crítico en la forma de un editorial y si es posible también la réplica de los autores, para enriquecer a los fieles lectores de Salud(i)Ciencia que por la calidad de su contenido nos mantiene siempre atentos y actualizados en tan diversos aspectos del gran abanico de la medicina.

Dr. Carlos Horacio Spector
 Profesor Titular de Cirugía
 Universidad de Buenos Aires
cspector@ciudad.com.ar

Una alternativa para la ascitis refractaria

Sr. Editor

La ascitis constituye un gran problema médico-terapéutico para el cual se han propuesto múltiples alternativas de tratamiento sin llegar a un consenso universal. También se han propuesto intervenciones quirúrgicas con magros resultados. Finalmente, deberán considerarse los aspectos clínicos y económicos del paciente para poder brindarle una adecuada calidad de vida.

El manejo de la ascitis debida a enfermedades hepáticas o malignas ha sido más fácil después de la introducción de los diuréticos potentes. Terg y col. informaron 20% de mejoría con reposo y restricción de sodio y del 50% al 90% cuando se agregan diuréticos. Sin embargo, 40% de estos pacientes presentan alteraciones electrolíticas, encefalopatía e insuficiencia renal.

Gin, por su parte, demostró que el uso de albúmina aunado a la paracentesis presentaba menos complicaciones que los métodos anteriores. Salerno demostró, de igual forma, mejoría con el uso de gelatinas.

Los procedimientos quirúrgicos realizados por Stan y col. fueron las derivaciones de cortocircuito peritoneo-venoso con la válvula de Levin a los pacientes con ascitis refractaria. Con esta técnica se podían evacuar grandes cantidades de líquido, pero la mortalidad continuó elevada por trastornos de la coagulación.

Neumann comprobó que la ileoentectopía es, como método paliativo, una técnica capaz de revertir total o parcialmente la ascitis refractaria a otras terapias.

En 1954, Mandde; en 1968, McCann, y en 1974, Oliveira y col. realizaron el mismo procedimiento e informaron su eficacia en pacientes seleccionados y en los que el nivel de albúmina garantizara el éxito del procedimiento.

Se han utilizado alternativas terapéuticas y quirúrgicas para el manejo de la ascitis. La ileoentectopía ofrece una mejoría paliativa prolongada en pacientes con ascitis refractaria a diferentes tratamientos médicos, y también en pacientes desnutridos con un adecuado nivel de albúmina que garantice la cicatrización.

Dr. Leonardo Olvera Gracida
 Médico
 Hospital General de Rincón de Romos, Aguas Calientes, México
leonardoolveragra@hotmail.com

Bibliografía

1. Terg R. Tratamiento de la ascitis. Rev Gastroenterol México 1994; 59(1)Supl:63-64.
2. Murria Epstein MD. Treatment of refractory ascitis. N Engl J Med 1989; 321:1675-77.
3. Digestive diseases in the United States. National digestive diseases information clinic house 2a. information way, Bethesda, MD, National Institutes of Health.
4. Bergman JF. Treating ascitis. Clinique therapeutique. Hospital Lariboisiere. 75010 Paris, Francia.
5. Poo JL. Estudio hemodinámico de la hipertensión portal. Rev Gastroenterol México 1994; 59 (2) Supl 65-67.
6. Stanley MM et al. Peritoneovenous shunting as compared with medical treatment in patients with alcoholic cirrhosis and massive ascitis. The New Engl J Med 1989; 14:1632-1638.
7. McCann WJ. Ileoentectomy for ascitis associated with ovarian tumors. Obstet Gynecol 1968; 32:482-87.
8. Boris P et al. Treatment of refractory ascitis by Le Vein shunt: A multicentre controlled trial. J Hepato. 1986; 3:212-218.

Cartas al editor

Para comunicarse por correo electrónico con Salud(i)Ciencia, escribanos a expertos@siicsalud.com, indicando "Carta al Editor" en el asunto o "subject" de su correo electrónico. Las características de las cartas deben consultarse en www.siic.info/inst-castellano.htm

1. Extension

Original articles

Submit your paper in two versions:

1. **Long version:** to be published in SIIC's website (www.siiic.salud.com) (ISSN 1667-9008). Long version manuscripts should not exceed 5,000 words.

2. **Short version:** to be published in the printed collections of SIIC - Journal *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos*, *Temas Maestros*, etc). Short version manuscripts length is of 1,500 to 3,000 words.

If you prefer to write only one version, it must not exceed 3,000 words.

Reviews

Manuscripts should not exceed 5,000 words.

The length for both Original Articles and Reviews does NOT include the abstract, the key words, the tables and figures and the bibliography. Provide a word count at the beginning of the text.

2. Language and Style

The manuscript should be written in English. Manuscripts are then translated into Spanish by SIIC and edited **both** in Spanish and in English. Authors who are unsure of proper English usage should have their manuscripts checked by someone proficient in the English language. Manuscripts might be rejected on the basis of poor English or lack of conformity to accepted standards of style. (*)

3. Author/s

Include academic degree/s, first names and last names of author and co-authors (if any). Include the name and full location of the department and institution where you work.

Provide the name of the department/s and institution/s to which the research should be attributed. *Original Articles:* No more than six co-authors may be included. *Reviews:* No more than two co-authors may be included.

4. Covering Letter (*)

5. Abstract

Articles should be accompanied by an abstract written in English. The abstract should consist of one paragraph of about 200 words. Have in mind that the abstract is of particular value to editors and users of computer-based literature. Provide a word count for the abstract.

If your native language is other than English you may include an abstract written in your vernacular language.

6. Running title

Mention in no more than 10 words the main subject of your article.

7. Specialties

Mention the main specialty and other specialties related to your manuscript.

8. Essence

Provide, in no more than three lines, the essence or succinct conclusion of your article.

9. Key Words and Abbreviations

Provide up to 5 (five) key words under which the paper should be indexed. Key words should be written according to *Medical Subject Headings (MeSH)*. Avoid abbreviations in the title. The full term for which an abbreviation stands should precede its first use in the text unless it is a standard unit of measurement.

Alphabetical List of Abbreviations. Authors should provide an alphabetical list of the non-standard abbreviations used and the term they stand for.

10. References (*)

11. Statistics

Describe statistical methods with enough detail to enable the reader with access to the original data to verify the reported results. When data are presented in a table, the statistical methods used to evaluate the data should be clearly stated in a footnote for each method. Specify the computer software used.

12. Drugs

Identify drugs and natural and/or synthetic chemicals by their generic names. Avoid using commercial names or trade marks. Write down drug names according to *MeSH*.

13. Illustrations, Figures and Tables (*)

14. Multiple Choice Evaluation

Write down a multiple choice evaluation for readers, i.e. write a question and four answers. You should state which is the correct answer and add a brief founded explanation.

....

The guidelines continue at
www.siiic.info/inst-ingles.htm

These **Instructions** comply with the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" established by the Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org).

For further information or inquiries, please contact expertos@siiic.salud.com, or call to telephone number +54 11 4342-4901; Fax: +54 11 4331-3305

(*) Consult at www.siiic.info/inst-ingles.htm

1. Extensión

Artículos originales

Presente su artículo en dos versiones:

1) La primera versión será publicada en www.siiic.salud.com (ISSN 1667-9008). El límite de extensión del texto será de 5 000 palabras.

2) La segunda versión será editada en las colecciones impresas de SIIC: *Salud(i)Ciencia* (ISSN 1667-8982), *Trabajos Distinguidos* o las que correspondan. La extensión de la segunda versión será de 1 500 a 3 000 palabras. Si opta por escribir una sola versión no deberá superar las 3 000 palabras.

Revisiones

El límite de extensión del texto en el caso de una revisión será de 5 000 palabras.

Tanto para los Artículos Originales como para las Revisiones, el resumen, las palabras clave, las tablas y las referencias bibliográficas no están incluidos dentro de los límites de extensión.

Incluya el número total de palabras que contiene su trabajo al comienzo del texto.

2. Idioma

El trabajo estará escrito en español o en portugués.

3. Autores

Incluya los datos completos del autor principal y su título académico, así como la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente. De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. *Límite de autores:* para los Artículos Originales se aceptarán hasta seis autores; para las Revisiones, hasta dos.

4. Carta de presentación (*)

5. Resumen

El artículo se acompañará con un resumen ("abstract") escrito en español o portugués de alrededor de 200 palabras. Tenga en cuenta que la longitud del resumen es de especial valor para los editores y usuarios de literatura virtual.

Traduzca el resumen y el título del trabajo al idioma inglés. Esto permitirá difundir su trabajo entre todos aquellos profesionales que no leen español ni portugués e ingresan diariamente a nuestro sitio. *Si no está seguro de su traducción hágala revisar por un experto en lengua inglesa.* SIIC cuenta con servicio de traducción, que se pone a disposición de aquellos autores que lo requieran.

6. Título abreviado para cabeza de página

Mencione el tema principal que aborda su artículo en no más de 10 palabras.

7. Especialidades

Mencione la especialidad principal y las especialidades relacionadas con su artículo.

8. Esencia

Redacte, en no más de tres líneas, una esencia o conclusión resumida de su trabajo.

9. Palabras clave y siglas

Incluya hasta cinco palabras clave de su trabajo, en español o portugués e inglés, para facilitar su posterior clasificación. Estas palabras clave deben presentarse de acuerdo con *Descritores de Ciências da Saúde (DeCS)* y *Medical Subject Headings (MeSH)*.

No se admiten siglas en el título y, en lo posible, deben evitarse en el resumen.

En el texto se utilizará la menor cantidad de siglas posible. La definición completa de la sigla deberá anteponerse a su primer uso en el texto, con la excepción de las unidades de medida estándar. Si las siglas son poco usuales o novedosas deberá incluir una lista alfabética y su respectiva definición.

10. Citas bibliográficas (*)

11. Análisis estadístico

Al describir los análisis estadísticos efectuados, los autores deberán informar claramente cuáles métodos se usaron para evaluar datos específicos. Cuando los datos se presentan en forma de tabla, las pruebas estadísticas usadas para evaluar los datos deberán indicarse con una nota al pie para cada prueba usada. Especifique cuáles programas estadísticos usó.

12. Drogas

Identifique por su nombre genérico las drogas y compuestos químicos, naturales o sintéticos, utilizados. Evite la mención de marcas y nombres comerciales. Redacte esta terminología de acuerdo con DeCS y MeSH.

13. ...

Las instrucciones continúan en
www.siiic.info/inst-castellano.htm

Estas **Instrucciones** se ajustan a los "Requisitos Uniformes de los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité de Editores de Publicaciones Médicas (www.icmje.org).

Ante cualquier inquietud, comuníquese a expertos@siiic.salud.com o por teléfono al +54-11-4342-4901; Fax: +54-11-4331-3305

(*) Consultar en www.siiic.info/inst-castellano.htm

“Complacientes bestezuelas” acechan a desprevenidos hombres

El Dr. Louis Genest¹ advierte criteriosamente en su libro² que “... en cuanto a las enfermedades venéreas, se acostumbra a que el hombre acuse a la mujer” porque “ella es siempre la culpable; ella es la acosada por las leyes de higiene y policía que hicieron los hombres...”. Sin embargo, incurre en pública contradicción cuando sólo alerta a sus pares acerca del peligro que entrañan las “complacientes bestezuelas” –las mujeres, no los hombres– que han perdido su virginidad dejándose llevar por el “reflejo animal que impulsa al macho a reducir a la hembra y a la hembra a atraer al macho”. Por lo tanto, las mujeres sin excepción, sin importar su actividad, serían las únicas responsables de las desgracias sexuales que acosan por igual.



Es probable que el lector encuentre semejanzas entre los enfoques actuales y las conductas a seguir aconsejadas a la población por el Dr. Genest en su *Nuevo tratado práctico de las enfermedades venéreas y las conductas actuales*, editado en Madrid en 1926.

El libro refleja las contradicciones de una sociedad española que sufría las consecuencias de una moral secular que concedía ilimitados permisos a los hombres con poder, principales transmisores de las enfermedades venéreas. Los *señoritos*, así se los llama aún, acostumbraban –con la venia de los jueces espirituales y legales de la época– a sumergirse en cuanta “copa encantada de la voluptuosidad” les ofrecieran los millares de prostíbulos desperdigados por las ciudades y pueblos de España.

Rafael Dechac

«Si se quiere combatir eficazmente una enfermedad hay que buscar sus causas sociales...»

«... Hay que evitar cafés, bares y tabernas, donde se pierde el tiempo, el dinero y la salud. Son innumerables los casos de sífilis contraída en esos lugares, bebiendo en vasos sucios. Piénsese que en Francia, por ejemplo, hay por término medio un sifilítico por cada seis habitantes; considérese cómo se lavan las copas en un café y dígase luego si son considerables o no las probabilidades de sífilis.

Además, el dueño de café que quiere asegurar el negocio se agencia una clientela de mujeres, encarga el servicio a camareras o pone un café cantante.

El alcohol es enemigo de la razón. Luego de algunas libaciones, el más tímido se pone sentimental y siente la audacia de un tenorio. El café le proporciona una serie de

complacientes bestezuelas que se le ofrecen para procurarle una hora de olvido, pero quizá también una vida entera de arrepentimiento. Un hombre sano que no haya bebido puede pasar junto al microbio sin recogerlo; pero el que esté bebido, aunque sea ligeramente, ¡recogerá todos los virus que abundan “en la copa encantada de la voluptuosidad”!

¡Cuántos hombres estarían sanos si en una hora dada no hubieran tenido bebidas a la mano!

Si se interroga por ahí, se ve que casi siempre coinciden la primera blenorragia y la primera embriaguez.

La Sociedad de Profilaxia opina que hay que instruir a los jóvenes.

Los niños en la sociedad moderna pueden ser agrupados en dos clases: 1º, los que se crían como quieren; 2º, los que son severamente vigilados.

Tanto entre los unos como entre los otros no hay niños completamente inocentes. A pesar de todo, el instinto sexual se despierta en la pubertad. La aparición de las reglas en las muchachas y del esperma en los muchachos despierta la curiosidad.

Se acostumbra, ante las preguntas de las muchachas y de los muchachos, no contestar, o contestar tonterías. Pero los chicos, como no se contentan con eso, interrogan a sus compañeros. Y (¡apelo a los sinceros recuerdos de todos!) se dan en voz baja, confidencialmente, una educación especialísima y más peligrosa de lo que se cree. ¡Que les enseñen pronto la verdad! ¿Qué



tiene de particular? En los cursos de historia natural y de higiene es muy fácil indicar sumariamente el mecanismo de la reproducción de los seres y explicar las enfermedades que lo dificultan.

Es preciso que en la edad púber sepan a qué se exponen al cometer el pecado de lujuria. Es preciso que sepan que el infierno con que se les amenaza no solamente está en una futura vida hipotética, sino también en este mundo, aliado de ellos. Si los jóvenes no temen a Dios, hay que enseñarles, al menos, a temer a la avariosis.

Se debe proteger a los jóvenes contra las paparruchas sentimentales y las consejos novelescas de una literatura hipócrita. En nuestra actual sociedad, el veneno literario ha tenido una resonancia que muy pocos parecen sospechar.

¡Cuántas ideas falsas so capa de poesía!

Al querer ocultar ciertos aspectos de la vida; al estallar el sentimiento y el ensueño, parece que se quiere afear a más y mejor el acto principal en torno del cual gravita el mundo.

La unión de los sexos, tanto si se disimula como si se ostenta la cuestión, es el gran problema. El placer amoroso corresponde al instinto de reproducción de la especie, que es el móvil más poderoso aunque más o menos directo, de todas nuestras acciones. Gloria, provecho, todo eso no es más que una variante de ese reflejo animal que impulsa al macho a reducir a la hembra y a la hembra a atraer al macho. Aunque se compliquen de mil maneras los estados de almas, la conclusión es siempre la misma y el placer de los sentidos no varía. Entonces, ¿para qué buscar variedad de mujeres o de amantes, multiplicando así las probabilidades de enfermedad?

Buscar la felicidad fuera de la unión sincera y fiel con el compañero elegido por el corazón no es más que un señuelo peligroso. Eso es lo que hay que decir y propagar.

Respecto del peligro venéreo, hay que convencer a los jóvenes de que la buena suerte en ciertos asuntos engendra frecuentemente la peor desgracia. Hay que recomendar la castidad hasta que se llegue al matrimonio y, por lo tanto, el matrimonio temprano. Son incontables las víctimas causadas por la estúpida creencia de que un joven ha de ser calavera.

La guerra nos ha demostrado que la necesidad de amor es puramente artificial y que no tiene el carácter imperioso que se le quiere asignar. Los deportes son para los jóvenes un derivativo suficiente. Dadas las condiciones actuales de los matrimonios modernos, el marido aporta a una joven virgen e inocente los restos de un amor fatigado y muy a menudo averiado. La raza se resiente de ello. Hay que poner en la elección de la salud de los futuros esposos el mismo cuidado que se pone para combinar fortunas.»

¹ En la portada del libro se destaca la pertenencia del autor: “Dr. Louis Genest, De la Facultad de Medicina de París” (sic).

² Dr. Louis Genest, *Nuevo tratado práctico de las enfermedades venéreas y las conductas actuales*, Traducción del Doctor M. Aguirre, M. Aguilar editor, Madrid. El catálogo de la Biblioteca Nacional de España sugiere 1926 como el año de edición del libro.