

Gaceta Médica de Caracas

Organo oficial de la Academia Nacional de Medicina
y del Congreso Venezolano de Ciencias Médicas

Fundada el 13 de marzo de 1893

por el

Dr. Luis Razetti

Primer número publicado el 15 de abril de 1893

Director
Dr. Oscar Agüero

Administrador
Dr. Alberto Angulo Ortega

Volumen 100

Nº 3

Julio-Setiembre 1992

S U M A R I O

EDITORIAL

La influencia de Osler y su libro de texto. Dr. Francisco Kerdel Vegas 181

TRABAJOS ORIGINALES

Morfología anormal de la placenta. Dr. Oscar Agüero 185

Ecocardiografía transesofágica intraoperatoria. Un nuevo método de monitorización en cirugía cardiovascular. Drs. Harry Acquatella, Henry Hopkins, Dragan Pecirep, Freddy Morillo, Ashley Daantje, Nicola Guglielmelli, Mikel Zamacona, Héctor Padula, Víctor Grossman, Carlos Torrealba 197

Patología supramitral. Informe de 7 casos y revisión de la literatura. Drs. Saúl Pérez Alvarado, Miguel Amilachwari, Richard Gibson, Guillermo Villoria, Fabio Zerpa 203

Costes en un Servicio de Cirugía General. Antonio Clemente Heimerdinger 214

Emponzoñamiento ofídico y embarazo. Drs. Mary Valera, George Ata, Bethy Alvarado, Jesús Fernández, Fanny Fleitas 218

VARIOS

Celebración del inicio del Volumen 100 de la Gaceta Médica de Caracas 221

Ley Orgánica, Estatuto y Reglamento de la Academia Nacional de Medicina 230

Informe de la Junta Directiva de las actividades desarrolladas durante el bienio junio 1990-junio 1992 248

Informe de Comisiones: Positividad al virus de inmunodeficiencia humana 256

Discurso de recepción de la Dra. Milena Sardi de Selle y discurso de bienvenida por el Dr. Blas Bruni Celli 260

Resumen de las Actas de las Sesiones de la Academia Nacional de Medicina 267

Vida de la Academia y notas bibliográficas. Dr. Tulio Briceño Maaz 269

“Medicina de maratón”

“Más de 25.600 personas participaron en el 10° Maratón de Londres. Los problemas médicos que pudieran ser confrontados tanto por los corredores aficionados como por los de la élite, fueron anticipados por la reunión sobre medicina de los maratones realizada un día antes.

La Dra. Nancy Rehrer, de Holanda, habló de su investigación sobre el “trote de los corredores”. De 114 sujetos en un estudio, un poco más de la mitad se quejaron de trastornos gastro-intestinales, desde náusea hasta diarrea. Se encontraron más problemas en aquellos que estaban deshidratados y en mujeres no entrenadas.

Quizá con sorpresa, en la reunión fue informado que la mayoría de los colapsos ocurren después de terminado el maratón. El trabajo del profesor Tim Noakes, de Sur Africa, mostró que en los ultramaratones (90 kilómetros) corridos a 32°C., tal colapso en un corredor saludable es de origen cardiovascular y está relacionado con un llenamiento venoso en las piernas y con la hipotensión postural, más que con la deshidratación. Esto explica por qué los corredores tienen más tendencia al colapso si toman

una ducha caliente inmediatamente después de una larga carrera. El remedio simple es alzar las piernas y caderas del corredor colapsado.

Aparte de los intensos estudios en atletas líderes el Dr. Dan Tunstall-Pedoe, director médico del maratón de Londres, resumió los problemas médicos más generales. A diferencia de los ultramaratones, de los maratones olímpicos y aun de los maratones de ciudad de hace 20 años, no son solamente los atletas entrenados los que participan, corredores por recreación que corren hacia adelante o hacia atrás, o vestidos con trajes de etiquetas o como el “Oso Rupert”, todos toman parte. Ellos ayudarán a reunir más de 5 millones de libras esterlinas para obras de caridad, pero los riesgos para su salud son considerables. A pesar de los servicios médicos suministrados por más de 1.000 voluntarios de “St. John Ambulance”, con médicos del Instituto de Medicina de Londres y del Hospital de Londres, los problemas aún ocurren. Si fuesen necesarios más recordatorios de los riesgos, una muerte en este año, la primera en 10, es una adición lamentable a la lista de los accidentes. Alison Walker” (Br Med J 1990;300:1093).

“Enfermedades sexualmente transmitidas en víctimas de violación”

“El riesgo de adquirir una enfermedad sexualmente transmitida, como resultado de una violación, es desconocido, en parte porque es difícil saber si las infecciones estaban presentes antes del asalto o fueron adquiridas durante el mismo. Para investigar esta cuestión, examinamos a mujeres víctimas de violación dentro de las primeras 72 horas del acto y luego por lo menos una semana después.

De las 204 niñas o mujeres inicialmente examinadas dentro de 72 horas del asalto, 88 (43%) tenían por lo menos una enfermedad sexualmente transmitida. Estas enfermedades incluyeron infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoea* (6% de las examinadas), citomegalovirus (15%), virus de herpes simplex (2%), *Treponema pallidum* (1%), virus de inmunodeficiencia HIV-1 (1%) y vaginosis (34%). Entre las 109 pacientes (53%) que regresaron a por lo menos una visita de control (con exclusión de aquellas que estaban ya infectadas y las que fueron tratadas profilácticamente), la incidencia de nueva

enfermedad fue como sigue: gonorrea, 4% (3 de 71); infección por *Chlamydia*, 2% (1 de 65); tricomoniasis, 12% (10 de 8); y vaginosis bacteriana, 19% (15 de 77). No hubo nuevas infecciones con virus herpes simplex, citomegalia, *Treponema pallidum* ni HIV-1, pero las pruebas serológicas de control fueron hechas sólo en 26% de las pacientes.

Sobre la base de nuestras suposiciones de que la mayoría de las enfermedades venéreas presentes dentro de las 72 horas de una violación, eran pre-existentes y que las nuevas infecciones de una a veinte semanas más tarde, fueron adquiridas durante el asalto, concluimos que la prevalencia de pre-existentes enfermedades sexualmente transmitidas es alta en víctimas de violación y que ellas tienen un bajo, pero substancial riesgo adicional de adquirir tales enfermedades como resultado del asalto. (Jenny C, Hooton Th, Bowers A, Copass M, Krieger J, Hillier S, Kiviat N, Corey L, Stamm W, Holmes K. N Eng J Med 1990; 322:713-716.