

Editorial

Hombres mayores del siglo pasado

T. S. Soledad Audiffred La Calzada
Dr. Jorge Aldrete Velasco

Se dice que el mundo pertenece a los jóvenes, que ellos son nuestro futuro, pero también pertenecen a nuestro futuro los hombres de 40, 50 y 60 años, de esa década tan lejana y cercana a la vez; es más, se habla mucho de la mujer de 40 años, pero se habla poco del hombre que tiene 40 años.



¿Cómo es este hombre de la década pasada?

Es un excelente compañero, es inteligente, sensible, experimentado; puede ser, si se lo propone, elocuente. Sabe de qué hablar y el momento justo.

Conoce a su interlocutora y compañera y sabe cómo hacerle obsequios sin incomodarla. Ha aprendido a fomentar una amistad y a conservarla.

Se le mira como alguien atractivo, "interesante", respetuoso, caballeroso. Es aquél que ha logrado calidad en lugar de cantidad. Puede ser romántico, tener ciertos toques de locuacidad que le dan alegría a una reunión, pero también sabe escuchar, observar y reflexionar sobre el camino andado y por andar.

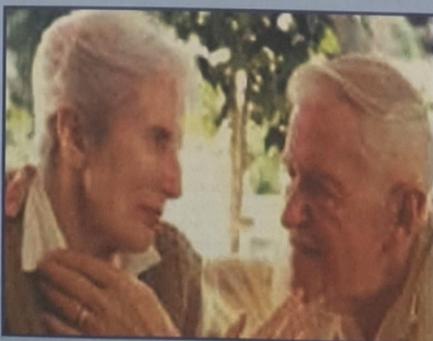


Se pretende que a esta edad se tenga ya una forma definida de pensar, ser, vivir y manifestarse.

Lo anterior no se obtiene por azar ni tampoco sólo por haber dejado pasar los años (vivir sin vida). Es alguien que ha vivido intensamente cada momento de su existencia, que ha sufrido, pero también ha gozado, que se ha caído, pero también se ha levantado; a lo largo del camino ha perdido..., pero también ha ganado.

No ha perdido el toque o el "don". Sabe del poder que tiene regalar una rosa en el momento preciso, sabe las murallas que se derriban al ceder el paso, abrir una puerta o inclinarse para saludar. La experiencia le ha enseñado cuál es el momento preciso para acercarse a saludar, ofrecer ayuda o sólo cruzar una mirada.

Sin embargo, no debe olvidarse que el camino recorrido también le ha dejado algunas "cicatrices", marcas en el alma que en algún momento lo han hecho dudar. Ha llorado, ha perdido, pero también ha sabido ser valiente y



pundonoroso. El balance final entre lo conseguido y lo perdido, entre lo sufrido y lo gozado, entre lo llorado y lo reído, le favorece.

Desafortunadamente, este tipo de hombres actualmente es considerado como una especie en extinción. A los jóvenes modernos no les interesa el romanticismo. El "ligue" ha sustituido al elegante flirteo; el bar tomó el lugar del romántico café. Ya no se regalan rosas; éstas murieron para dejar lugar a los "mensajes de texto", cortos e inexpresivos, del celular. Las cartas, donde se expresaban pensamientos, sentimientos, miedos y anhelos, perfumadas, cuya sola visión hacía que temblara la mano al abrirla, se han olvidado en aras de la rapidez del e-mail.

El ceder el asiento en el camión, acercar la silla en un restaurante o ceder el paso en una acera, son actos considerados actualmente como cursis, en aras de un feminismo mal entendido.

Si tú, mujer, conoces a uno de aquellos raros ejemplares de más de 40 años, siéntete afortunada. Serás valorada en alma y pensamiento; tu perfume aun hará vibrar su alma; el simple toque de tu mano o el roce de tu piel harán latir más rápidamente su corazón; será su inspiración y motivo de vida.

Esos hombres maduros cuyos corazones permanecen jóvenes... son hombres que nosotras las mujeres tenemos el privilegio de conocer.

Contenido

Editorial

1 Hombres mayores del siglo pasado

T. S. Soledad Audiffred La Calzada
Dr. Jorge Aldrete Velasco



Artículos de sexólogos

2 La respuesta sexual humana

Dr. Francisco Delfín Lara



3 Apuntes para una sencilla clasificación de las disfunciones eróticas

Dr. David Barrios Martínez



4 Erotismo en la vejez

Dr. Ma. Antonieta García Ramos



5 Caso clínico

Dr. Jorge Aldrete Velasco

5 El aspecto físico y la sexualidad

Dr. Felipe Rodríguez Magallón

Sección cultural

6 Delacroix: El arte antes que la pasión



8 Sexualidad y espectáculos

Jorge Camilo Aldrete

8 Humor y sexualidad

Directorio

Consejo Editorial

Dr. Francisco Delfín Lara
Dr. David Barrios Martínez
Dr. José Antonio Medina R.
Dra. Martha Olivia Torres González
Dr. Jorge Aldrete Velasco

Responsables de la edición

Paracelsus, S. A. de C. V.
paracelsus_direccion@hotmail.com
Editorial Afili, S. A. de C. V.
afili@editafil.com

Los conceptos y opiniones vertidos en esta publicación son exclusivos de los autores y no reflejan, necesariamente, el criterio del patrocinador.

Sexualidad y espectáculos

Por Jorge Caballero Aráoz

Cine: Virgen hasta los 40

Ésta es una excelente película que narra la vida de Andy Stitzer, un solitario de 40 años de edad, quien no ha realizado nada importante en su vida. Tiene un trabajo mediocre pagando facturas en una tienda de electrónica, un bobito de departamento con una colección de figuras de acción y libros de cómics, buenos amigos y una sana actitud.

Pero hay algo que aún no ha podido hacer, algo que la mayoría de la gente ya hizo a su edad, y mucho. Andy nunca, nunca, nunca ha tenido relaciones sexuales, ni por accidente. Pero... ¿es eso muy importante?

Y no por que nunca haya tenido ganas. La verdad, siempre las tiene, pero cuando llega el momento, las cosas se han salido de control y esto lo convierte en una persona tímida con cierto temor al sexo opuesto.

Pero la preocupación es para sus amigos en la tienda. Aunque ellos piensan que es un tanto

anticuado, hay al menos algunos que han tenido alguna relación sexual por ahí. Así que consideran como su deber ayudarlo a Andy a solucionar esta situación y hacer lo necesario para lograrlo, empezando a fomentar que sea sociable y atrevido.

Pero parece que nada es lo suficientemente atrevido para que su amigo deje la castidad, hasta que conoce a Trish, una mujer de 40 años, madre de tres.

Sus amigos están impresionados de que "eso" al fin suceda... hasta que se enteran de que ambos han empezado a tener una relación formal, pero basada en la total abstinencia sexual...

Dirigida por: Judd Apatow.
Con: Steve Carell, Catherine Keener, Paul Rudd, Romany Malco.

Género: comedia.
Clasificación: (B-15). Duración: 1:56 h (116 min).
Formato: Flat.
País de origen: Estados Unidos. Idioma: inglés.
Año: 2005.

Humor y sexualidad

Necrófilo

Un hombre fue puesto delante de un juez y se le acusó de necrofilia, por tener relaciones sexuales con un cadáver femenino.

La dice el juez:

— En 20 años de magistratura, nunca vi una cosa tan baja e inhumana. Deme una sola razón para que yo no lo encarcele y lo deje bajo llave.

El hombre responde:

— Yo no le voy a dar una, le voy a dar TRES buenas razones:

- 1) No es de su incumbencia;
- 2) Ella era mi esposa; y
- 3) Yo NO SABÍA que ella estaba muerta... ¡ella SIEMPRE actuaba así!

FUE ABSUELTO EN UNA HORA

Los hombres también son sensibles

Una mujer conoce a un tipo en un bar.

Conversan, se entienden y terminan marchándose juntos.

Se van al apartamento de él y, mientras le enseña el lugar, ella nota que su dormitorio está lleno de ositos de peluche.

Todos bien acomodaditos: los más grandes en la repisa de arriba, los medianos en el centro y los pequeñitos abajo.

La mujer está sorprendida de que un hombre tenga esa colección de peluches, pero decide no comentarle nada y se alegra de que él no tenga miedo de expresar su lado sensible (ése que tanto les gusta a las mujeres).

Ella lo mira a los ojos, se besan y a los tres minutos ya están en la cama.

Después de una intensa noche de pasión, ella, feliz con su hombre sensible, acurrucada junto a él, le pregunta:

— ¿Y bien? ¿Qué tal estuvo?

El hombre se da la vuelta y con el cigarrillo en la boca le dice:

— Nada mal... Puedes retirar tu premio de la repisa de enmedio.



Entrevistas, Opinión y Análisis

Guía TVPFIZER 2006



Cardiología
¿Cómo ayudar a un paciente a entender el riesgo cardiovascular y la adherencia al tratamiento antihipertensivo?
Dr. Jaime Carreras
Médico Internista y Farmacólogo Clínico Adscrito a la Clínica de Hipertensión del Hospital General.



SALUD FEMENINA/MASCULINA
La importancia de la salud sexual.
Dr. David Barrios Martínez
Sexólogo y Psicoterapeuta Sexual. Autor de los libros: "Resignificar lo masculino" y "En las alas del placer"



SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
¿Qué es la Ansiedad?
Dr. Antonio Celis
Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta. Además es Profesor de Pre y Posgrado de la UNAM.



ONCOLOGÍA
¿Cómo evaluar la eficacia sobre las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento del cáncer?
Dr. Alejandro Ojeda
Médico Oncólogo. Jefe de Servicio Hospital de Oncología "Centro Médico Nacional S. XXI IMSS" y miembro de la Sociedad Mexicana de Oncología. Experto en Cáncer de Mama.



OFTALMOLOGÍA
¿Puede el uso de Viagra en la Patología AMD para la degeneración vascular?
Emmanuelle Coudergham Jr, MD, PhD, MBA
Vice Presidenta Sr., Medical Strategy Eyetech Pharmaceuticals, Inc.



DOLOR
¿Dolor - Neuroanestésico?
Dra. Alicia Kassian
Jefa de la Clínica del Dolor en el Hospital General de México y Profesora Titular de la UNAM.



EPOC
¿Algunos EPOC?
Dr. Oscar Chantona
Neumólogo y Coordinador de Neumología del Hospital Angeles de las Lomas.

ANTI-INFECTIVOS Y ANTI-MICÓTICOS
¿Resistencia a antibióticos en el tratamiento de infecciones bacterianas?
Dra. Iris Contreras Hernández
Médico Internista e Investigadora de la Unidad de Economía de la Salud del IMSS.

¿CÓMO ACCESAR A TVPFIZER.TV?

- 1 Conectarse a internet
- 2 Telear la siguiente dirección: <http://www.tvpfizer.tv> oprimir Enter
- 3 Listo!, usted ha ingresado al sitio de TVPfizer.tv
- 4 Comience a navegar por los diferentes módulos que TVPfizer le ofrece

* Para poder acceder a los diferentes canales es necesario registrarse.

www.tvpfizer.tv

Dudas • Asistencia Técnica
Tel. 01 800 PFIZER 0
e-mail: tvpfizer@pfizer.com



Nos interesa su opinión

gaceta_viagra@pfizer.com

VIAGRA
Da Más Firmeza



Comité Directivo

- Dr. Rolando Espinosa Morales
Reumatólogo
- Dr. Alejandro Díaz Borjón
Internista/Reumatólogo
- Dr. Jorge Aldrete Velasco
Internista
- Dr. César Alejandro Arce Salinas
Internista/Reumatólogo
- Dra. Leonor Adriana Barile Fabris
Reumatólogo
- Dr. Salvador Óscar Rivero Boschert
Ortopedista
- Dr. Jorge Esquivel Valerio
Reumatólogo
- Dr. José Fernando Torres Roldán
Ortopedista
- Dr. José Manuel Aguilera Zepeda
Ortopedista
- Dr. Juan Carlos de la Fuente Zuno
Ortopedista

Comité Científico

- Dr. Everardo Álvarez Hernández
Reumatólogo
- Dr. Mario Salazar Páramo
Reumatólogo
- Dra. María Azucena Ramos Sánchez
Reumatóloga
- Dr. David Vega Morales
Reumatólogo
- Dr. Jesús Ojino Sosa García
Internista
- Dr. Ernesto Alcántar Luna
Internista
- Dr. Felipe Gómez García
Ortopedista
- Dr. Víctor Toledo Infanson
Ortopedista
- Dr. Alfredo Penagos Paniagua
Ortopedista
- Dr. Ignacio Cardona Muñoz
Ortopedista
- Dr. José Luis Martínez Hernández
Medicina de Rehabilitación
- Dr. Gilberto Meza Reyes
Ortopedista

Contactémos:

Dr. Jorge Aldrete Velasco
j.aldrete@impactar.mx

Comité editorial Paracelsus, S.A. de C.V.

- Dr. Jorge Aldrete Velasco
Editor
- Dra. Alma Nelly Rodríguez Alcocer
Gerente médico
- Dra. Itzhae Guadalupe López Caso
Gerente de información médica
- Dra. Denisse Viridiana Aceves Sánchez
Coordinador editorial

Los conceptos y opiniones vertidos en esta publicación son responsabilidad del editor y no reflejan, necesariamente, el criterio del patrocinador. Los autores han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación a la fecha de publicación. También conviene recordar que los nuevos resultados de la investigación clínica proporcionan nuevas evidencias que hacen necesaria la actualización médica.

Editorial

Nuevos horizontes en el tratamiento de la artritis reumatoide

Dr. Alejandro Díaz Borjón

Médico Reumatólogo. Hospital Ángeles de Interlomas

Gracias a los grandes cambios en las estrategias de tratamiento de la artritis reumatoide (AR) observados en las últimas dos décadas, así como el énfasis en la detección, diagnóstico y manejo temprano de esta enfermedad, ha mejorado de manera ostensible el pronóstico de los pacientes con este padecimiento.

La estrategia "Treat to Target" es actualmente el estándar de oro en el tratamiento de la AR y su objetivo es obtener remisión o baja actividad clínica documentada con clinimetría,³ aun cuando los beneficios de lograr la llamada "remisión radiológica" aún están por conocerse.

Hemos aprendido a utilizar de manera óptima la terapia con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FARMEsc), así como la terapia con FARME biológico (FARMEb), siendo la toma de decisiones basadas en clinimetría muy importante para lograr un adecuado control de la enfermedad.¹ Asimismo, han llegado al armamentario de la reumatología los FARME sintéticos dirigidos (FARMEsd) como el tofacitinib.

De igual forma, los beneficios de la terapia con corticoesteroides a dosis bajas han sido demostrados ampliamente siempre y cuando sean administrados de forma juiciosa.²

En la actualidad, un porcentaje significativo de pacientes con AR responde adecuadamente a FARMEsc en monoterapia o en combinación, con o sin uso concomitante de corticoesteroides. En el caso de aquellos con respuesta insuficiente o intolerancia a terapia convencional se utilizan FARMEb o FARMEsd. Aún así un porcentaje significativo de pacientes no responde y otro tanto tiene intolerancia a estos tratamientos. Por ello, si bien el catálogo de medicamentos aprobados para su uso en AR es en la actualidad muy diverso, existe aún necesidad de nuevos medicamentos para utilizar en estos casos. En este número de la Gaceta

Impactar mencionaremos algunos de los nuevos medicamentos en el siempre cambiante horizonte del tratamiento de la AR.

Nuevo medicamento, misma molécula blanco

Sarilumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de la interleucina 6 (IL-6). A diferencia de tocilizumab que es un biológico humanizado, el sarilumab es un medicamento completamente humano. Su eficacia y seguridad han sido demostradas en estudios fase III.⁴ Es posible que sarilumab ingrese al mercado de los biológicos en el corto plazo. Aún queda por determinarse si esta molécula tendrá alguna ventaja sobre tocilizumab.

Decepciona el bloqueo de IL-23 e incertidumbre en el bloqueo directo IL-17 en el tratamiento de la artritis reumatoide

Hasta hace poco y con el descubrimiento de la implicación de la respuesta TH17 en la fisiopatología de la AR, el bloqueo de vía de esta respuesta mediante inhibición de la IL-23 y directamente de la IL-17 parecía un tratamiento prometedor para la AR; sin embargo, si bien el bloqueo de esta vía ha demostrado tener amplia eficacia en el manejo de psoriasis y artritis psoriásica, estudios recientes con ustekinumab (inhibidor de IL-12 e IL-23) y guselkumab (inhibidor de IL-23) no demostraron tener eficacia significativa en el tratamiento de la AR.⁵ Por otro lado, el futuro de secukinumab, un bloqueador directo de la IL-17, no es claro al fallar en la obtención del desenlace primario de eficacia en al menos un ensayo clínico controlado, y hasta el momento sólo se ha aprobado para su uso en psoriasis y artritis psoriásica en donde obtuvo excelentes resultados.⁶

¿Una nueva molécula pequeña en el horizonte?

La eficacia de tofacitinib, un inhibidor de selectivo de las janus kinasas, JAK1 y JAK3, con subsecuente inhibición la vía de señalización JAK-STAT, conllevó a que

Contenido

1. Editorial: Nuevos horizontes en el tratamiento de la artritis reumatoide.
2. Artritis de los niños, ¿por qué es importante?
3. Uso de órtesis en artritis reumatoide.

4. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide.
5. Mitos en la terapéutica de la artritis reumatoide.
6. Eventos, Cursos y Congresos IMPACTAR



necesario clasificarlas de acuerdo con el número de articulaciones inflamadas a la vez, en monoarticulares (sólo una y casi siempre de forma persistente la misma), oligoarticulares (4 o menos, pero 2 o más) y poliarticulares (más de cuatro), además una forma de afección sistémica (con adenopatía, esplenomegalia, lesiones de la piel, fiebre) e inflamación articular llamada forma sistémica de la artritis idiopática juvenil (conocida previamente como enfermedad de Still). Todas estas variedades tienen el potencial de producir en mayor o

menor grado daño articular y afección de otros órganos, entre ellos, de forma importante, los ojos.

En resumen, las afecciones reumáticas en los niños y adolescentes son muy variadas y pueden ir de sólo molestias que requieren manejo sencillo, hasta formas muy graves que, de no diagnosticarse y tratarse de forma adecuada, pueden dejar daño permanente de algún órgano, discapacidad o secuelas físicas o emocionales indelebiles, por lo que a todos los profesionales de la

salud nos corresponde orientar, evaluar y referir correctamente a estos pacientes, sin minimizar los síntomas ni emplear medicamentos sin la adecuada evaluación o, menos aún, recomendar masajes, aparatos y todo el fárrago de tratamientos no probados o alternativos que se encuentran desgraciadamente a la mano. El reumatólogo siempre podrá colaborar correctamente y el reumatólogo pediatra hacerse cargo exitosamente de estos pacientes.

Bibliografía recomendada

Para los no médicos

Página en español de la Arthritis Foundation (<http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/impria-un-folleto/dc-artritis-en-ninos/>)

Página de la Sociedad Española de Reumatología (http://www.ser.es/pacientes/enfermedades_reumaticas/artritis_idiopatica_juvenil.php)

Para los médicos:

Smith CA, Toupin-April K, Jutai JW, Duffy CM, Rahman P, Cavallo S, Brosseau L. A Systematic Critical Appraisal of Clinical Practice Guidelines in Juvenile Idiopathic Arthritis Using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) Instrument. *PLoS One*. 2015 Sep 10;10(9):e0137180.

Krause ML, Crowson CS, Michet CJ, Mason T, Muskaridin TW, Matteson EL. Juvenile Idiopathic Arthritis in Olmsted County 1960-2013. *Arthritis Rheumatol* 2015 Aug 28. [Epub ahead of print]

Sen ES, Clarke SL, Ramanan AV. The child with joint pain in primary care. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2014 Dec;28(6):888-906.

Uso de órtesis en artritis reumatoide

Dr. Fernando Torres Roldán

Presidente del Colegio Mexicano de Ortopedia

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) constituyen un reto en el manejo no quirúrgico. Amén de un óptimo tratamiento farmacológico, un programa de actividades gentil, que permita mantener los músculos y la movilidad articular en las mejores condiciones posibles, es importante identificar los cambios relativos a la AR así como los derivados de otras patologías, tomar en cuenta que la falla de una sola articulación pone en riesgo a las restantes articulaciones, dada la fragilidad de estos pacientes por la condición tisular deficiente que sigue a la inflamación crónica y al desuso. Por definición, su sistema musculoesquelético tiene afectación poliarticular, deteriorando la calidad condral, ósea, tendinosa y muscular, donde el problema más importante es que una vez lesionada cualquier articulación, las articulaciones adyacentes y contralaterales sufrirán sobrecarga y deterioro acelerados. Es evidente que la destrucción de una rodilla, por poner un ejemplo, afectará no sólo los miembros pélvicos, sino pondrá en sobreuso los hombros, en especial el mango rotador y las muñecas en forma importante, al obligar al paciente al uso de andadera o bastón.

Un problema a considerar es que las órtesis (apoyo u otro dispositivo externo [aparato]

aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético) pueden ser costosas y el médico debe ser ético y tomar en cuenta que algunos diseños demasiado rígidos, no serán tolerados por los pacientes, llevándolos a animadversión e insatisfacción. Por regla general, los diseños deben ser de superficie de contacto suave, acolchados, con diseños de poliuretano, hule espuma o pelite, pues la presión que ejercen en la piel al colocarla entre las superficies óseas y la órtesis puede ser intolerable. Tiene relevancia particular la mano, en donde deben tenerse utensilios que puedan sujetarse fácilmente con mangos amplios, pues los paciente con AR tienen comprometida la prensión y comer y realizar labores manuales puede ser imposible con utensilios comunes.

A pesar de que los problemas de los pies son identificados, se ignora con frecuencia que los zapatos adecuadamente diseñados pueden mitigar y retrasar intervenciones quirúrgicas en artritis reumatoide con el uso de cojinetes o materiales suaves que permiten mejorar su calidad de vida,^{1,2} utilizar suavemente andaderas y bastón y preservar la utilidad de muñecas y hombros.



Las órtesis en miembros pélvicos sirven para mitigar el dolor, incrementar la estabilidad y la propiocepción y mejorar las deficiencias de la marcha. Deben escogerse con suficiente firmeza para soportar en lo posible los esfuerzos y ser al mismo tiempo ligeras, de tal suerte que no exijan sobrecargas notables a los músculos y áreas adyacentes que se pretende apoyar, ni tampoco al sistema cardiovascular. Parte del "costo" de estos diseños, es la limitación de la flexión, que en la rodilla se ha calculado en 26% y del tobillo en 56%, lo cual implica cambios en la mecánica de la marcha, ya afectada previamente.^{5,6} La marcha, sin embargo, no es fácil con órtesis, por lo que es necesario que el médico le dedique un tiempo al paciente, para enseñarle su uso y para que pueda usarlas adecuadamente, pues pueden causar desbalance y caídas,^{2,8} lo mismo puede decirse de otros equipos como son las muletas y la andadera.



Una característica que deben tener las órtesis de tipo bota es la posición "neutral" del tobillo,

es decir a 90° entre el pie y la pierna, pues la trombosis es más frecuente cuando el pie está en equino (de punta). Por otro lado, el apoyo de ser posible debe ser de 50% del peso corporal, lo que está relacionado con una disminución del riesgo de trombosis.⁷

En conclusión, la prescripción de una órtesis debe considerar en primer lugar, que tiene posibilidades de causar alivio y mejorar cali-

dad de vida, que deberá ser tolerada por el paciente, que la inversión causará satisfacción al paciente, pues la AR se asocia a una condición económica desfavorable, por el enorme costo y lo prolongado de la atención que tiene y la condición laboral limitada, por lo que debe ser resultado de una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios del caso en particular.

Referencias

1. Kemerling M. Technological orthopedic treatment of feet destroyed by rheumatism. *Z Rheuma* 2014 Jun;73(5):404-7
2. Williams AE, Graham A. My feet: visible, but ignored... A qualitative study of foot care for people with rheumatoid arthritis. *Clin Rehabil* 2012 Oct;26(10):952-9.
3. Foot problems in chronic polyarthritis: shoe advice and foot care. *Ther Umsch* 1991 Sep;48(9):640-4.
4. Williams AE, Davies S, Graham A, Dagg A, Longrigg K, Lyons C, Bowen C. North West Clinical Effectiveness Group for the Foot in Rheumatic Diseases (NWCEG). Guidelines for the management of the foot health problems associated with rheumatoid arthritis. *Musculoskeletal Care*. 2011 Jun;9(2):86-92.
5. Stier B, Simon JW, Reese S. Numerical and experimental investigation of the structural behavior of a carbon fiber reinforced ankle-foot orthosis. *Med Eng Phys*. 2015 May;37(5):505-11
6. Russell Esposito E, Blanck RV, Harper NG, Hsu JR, Wilken JM. How does ankle foot orthosis stiffness affect gait in patients with lower limb salvage? *Clin Orthop Relat Res*. 2014 Oct;472(10):3026-35.
7. Craik JD, Clark A, Hendry J, Sott AH, Hamilton PD. The effect of ankle joint immobilization on lower limb venous flow. *Foot Ankle Int*. 2015 Jan;36(1):18-23.
8. Panwalkar N, Aruin AS. Role of ankle foot orthoses in the outcome of clinical tests of balance. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2013 Jul;8(4):314-20.

Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide

Dr. Manuel Robles San Román

Médico Internista y reumatólogo. Expresidente del Colegio Mexicano de Reumatología.
Director de Proyectos Ejecutivos de la Fundación Mexicana para Enfermos Reumáticos, A.C. (FUMERAC).

La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por afectar diversas articulaciones. Es una poliartrosis simétrica, crónica, potencialmente progresiva, discapacitante e invalidante, que tiene la capacidad de disminuir la supervivencia, ya que los pacientes que la presentan tienen dos veces mayor mortalidad que la población general.

Es una enfermedad grave que se debe diagnosticar y tratar a tiempo, lo que significa que se debe reconocer en forma temprana y lo más rápido posible, pues el tiempo es su peor enemigo, pues cada semana que pasa sin un tratamiento adecuado puede avanzar lesionando las articulaciones. Además, es una enfermedad catastrófica, pues condiciona una discapacidad funcional que es progresiva y que trasciende en la familia, en la sociedad y en lo económico de las personas afectadas.

La AR lesiona principalmente a las articulaciones diartrodiales, que tienen sinovial, pero también presenta manifestaciones sistémicas y extraarticulares. Estas últimas son muy diversas y pueden estar relacionadas con la duración y gravedad de la enfermedad, asociándose a una mayor morbimortalidad.

Algunas de estas manifestaciones no tienen importancia clínica, pero otras veces pueden indicar el grado de actividad de la enfermedad. Como norma, estas manifestaciones aparecen en pacientes con títulos altos de autoanticuerpos frente al componente Fc de la inmunoglobulina G (factor reumatoide).

Las manifestaciones extraarticulares pueden presentarse en:

Sistema músculo-esquelético:

- a. Osteopenia que afecta al hueso yuxtaarticular y osteoporosis que en muchas ocasiones se agrava por la corticoterapia utilizada.
- b. Debilidad o atrofia muscular, que pueden darse desde las primeras semanas de la en-



fermedad, más notorias en la musculatura proximal de las articulaciones afectadas. Puede presentarse también una miositis.

Piel:

- a. Nódulos reumatoides en 20 a 30% de los pacientes. Aparecen en superficies extensoras o periarticulares o en zonas de presión mecánica. Se pueden presentar en pleura y meninges y por lo general son asintomáticos.
- b. Eritema palmar debido a una vasculitis que puede afectar a cualquier órgano o sistema.



Sistema vascular:

- a. Vasculitis que puede presentarse como gangrena digital o infartos viscerales. Es más frecuente en pacientes con el factor reumatoide a títulos altos. En sus formas graves puede ocasionar



Eventos, Cursos y Congresos IMPACTAR

XLIV CONGRESO MEXICANO DE REUMATOLOGIA 2016

Del 10 al 14 de Febrero, 2016, Mérida, Yucatán, México
<http://www.reumatologia.org.mx/index.php/widgetkit/noticias/941-xliv-congreso-mexicano-de-reumatologia>



XIX Congreso de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología - PANLAR 2016

Del 11 al 14 de abril en Ciudad de Panamá, Panamá
www.panlar2016.org



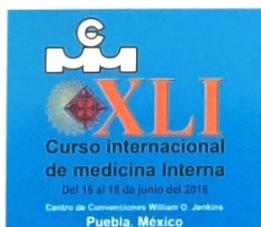
LXI Congreso Nacional de Traumatología y Ortopedia

Del 27 de abril al 1º de mayo, World Trade Center, Ciudad de México, México
www.smo.edu.mx/congreso2016



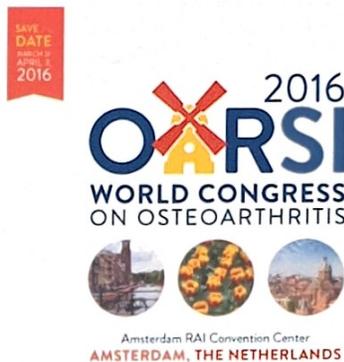
XLI Curso Internacional de Medicina Interna

Del 15 al 18 de junio de 2016, Puebla, Puebla.
www.cmim.org



2016 World Congress on Osteoarthritis

Del 31 de marzo a 3 de abril, Amsterdam, Holanda
oarsi.org/events/oarsi-2016-world-congress



EULAR 2016 Annual Congress of the European League Against Rheumatism

Del 8 al 11 de junio en Londres, Inglaterra
eular.org



37th SICOT Orthopaedic World Congress

Del 8 al 10 de septiembre de 2016, Roma, Italia
<http://www.sicot.org/sicot-events-calendar>



"El contenido de la Gaceta IMPACTAR es responsabilidad de los autores y editores de la misma y no necesariamente refleja el sentir del patrocinador"

Síguenos en:



CON EL APOYO IRRESTRICTO DE SANOFI PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

www.impactar.mx

Código de dirección médica: SAMX.HYL.16.02.0180
Código de almacén: MEX71013806

llevan a pensar que pudiera localizarse en el sistema límbico.

Área G

En 1950, Ernest Gräfenberg publicó *El papel de la uretra en el orgasmo femenino*, donde describió una zona en la pared anterior de la vagina que al ser estimulada producía un intenso placer capaz de llevar al orgasmo y a la expulsión de... *gran cantidad de un fluido claro y transparente, no por la vulva, sino por la uretra y a chorros*. De entonces a la fecha, investigadores como Ladas, Whipple, Perry y Santamaría han encontrado resultados semejantes,

aunque otros, como Zwang, Fisher, Tordjman y miembros del Colegio de Urologos de Nuevo León, Monterrey, opinan lo contrario.

Bibliografía

- Álvarez GJ, Delfin LF, Sánchez GD: *Sexoterapia integral*. México, El Manual Moderno, 1986.
- Barrios Martínez D: *¿Por qué Viagra es la nueva Revolución Sexual?* Gaceta de la Sexualidad 2006;1:2.
- Cabello Santamaría F: *Respuesta sexual femenina. Apuntes del Master en Sexología del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología*. Federación Española de Sociedades de Sexología.

Delfin Lara F: *No se hagan bolas o la Respuesta Sexual Humana*. Información para: Programa Taller de Sexualidad de Canal 11 de TV, 2002.

Gotwald WH, Golden HG: *Sexualidad, la experiencia humana*. México, El Manual Moderno, 1981:51.

Gräfenberg E: *The role of urethra in female orgasm*. doctor.org.com

Hrovat M: *Reconceptualizing sexual arousal*. *Research & Creative Activity Volume XX, Number 2, September, 1997*. The Kinsey Institute Today

Lin Ching-Shwn, Lin Gulting, Lue FTom: *Cyclic Nucleotide Signaling in cavernous Smooth Muscle*. *The Journal of Sexual Medicine*, 2005, 2(4): 479.

Masters WH, Johnson VE: *Respuesta sexual humana*. Intermedica, Buenos Aires, 1978.

Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC: *Sex and human loving*. Boston, Little Brown and Company, 1988.

Apuntes para una sencilla clasificación de las disfunciones eróticas

Dr. David Barrios Martínez.
Médico sexólogo y psicoterapeuta sexual.
Director de *Caleidoscopia, Espacio de Cultura, Terapia y Salud Sexual*.

De la actual nomenclatura

Existen ya consensos entre sexólogos clínicos y terapeutas sexuales para denominar *erotismo* a la parte de la sexualidad relacionada con los fenómenos humanos del deseo, la excitación y el orgasmo. Por supuesto, el concepto abarca tanto los elementos fisiológicos que los componen como los aspectos emocionales y las construcciones mentales que los conforman. Por ello, la tradicional nomenclatura de disfunciones sexuales para las alteraciones de la curva de la respuesta sexual humana (RSH) que incomodan al individuo o a su pareja, empieza a ser sustituida por la de disfunciones de la vida erótica, o, suclintamente, *disfunciones eróticas*.

Desde la atención a la salud sexual, consideramos que las disfunciones eróticas son *síndromes persistentes que alteran negativamente el deseo, la excitación, el orgasmo o la eyaculación*. Es posible que tales alteraciones recurrentes abarquen una, más de una o incluso todas las fases de la RSH. Tengamos presente que un síndrome representa la conjunción de varias manifestaciones clínicas que, sin embargo, proceden de muy diversas etiologías; así ocurre con las distintas disfunciones eróticas: sus causas son múltiples, aunque coincidan sus síntomas y signos.

Una alteración negativa implica percepciones desagradables, displacenteras; esto es, algo que se vive como indeseable. La acotación no es ociosa, habida cuenta de que podrían existir alteraciones positivas: erecciones firmes en una persona que antes tenía disfunción eréctil y que después de haber recibido un

tratamiento con un inhibidor de la fosfodiesterasa 5 ha recuperado su capacidad de excitación, o bien la presencia de lubricación vaginal profusa en una mujer que hipolubricaba y mediante la psicoterapia sexual integral ha resituido esa función. La persistencia del síndrome disfuncional se refiere a la recurrencia de la manifestación clínica. Cuando ésta es ocasional o esporádica, no reúne el requisito de presentación constante y por lo tanto, no se trata de una auténtica disfunción; por ejemplo: un hombre que de modo excepcional no modula su reflejo eyaculatorio o una mujer que rara vez deja de experimentar deseo sexual.

Las disfunciones eróticas, como fácilmente puede comprenderse, son de los perjuicios a la salud sexual que revisten mayor interés para los profesionales de la salud, independientemente de su campo de especialidad. En efecto: la presentación de estas disfunciones es frecuente y todo médico está en posibilidad de diagnosticarlas, aunque esto no siempre ocurre. De hecho, hemos detectado que existe un importante subregistro de la disfuncionalidad erótica por dos factores de idéntica relevancia: los clínicos no indagaron suficientemente sobre la calidad erótica del erotismo de sus pacientes y éstos, los consultantes, muestran tal inhibición al intentar abordar este tema, que a menudo se abstienen de plantearlo al profesional de la salud. Esa especie de "evasión recíproca" nos lleva a que muchos diagnósticos, probablemente la mayoría, dejen de realizarse.

Sencillez y claridad para una mejor medicina sexual

Hay múltiples esquemas clasificatorios de las disfunciones eróticas, algunos de ellos confusos, con poca precisión y mucha ambigüedad conceptual. Por ello, y al recordar las palabras de la gran pensadora socialista Rosa Luxemburgo, quien decía que "quien piensa claro, lo expresa sencillo", quiero presentar a los lectores y lectoras una clasificación llana que muchas sexólogas compartimos y sobre todo empleamos en nuestra práctica profesional, con buen éxito para el diagnóstico y el abordaje terapéutico.

Agrupamos a las disfunciones eróticas en cuatro categorías básicas, a efecto de clasificarlas:

- Por su presentación.
- Por su etiología.
- Por su contexto.
- Por la fase de la curva de la RSH en que se presentan.

Presentación. Atendiendo a la forma en que se presentan, las disfunciones eróticas pueden ser primarias o secundarias.

Las primarias aparecen desde el propio inicio de la vida erótica de la persona. Por ejemplo: un hombre que siempre ha tenido eyaculación prematura, o una mujer que nunca ha presentado orgasmos.

Las secundarias surgen después de un periodo de función adecuada. Por ejemplo: una mujer que con su primera pareja experimentaba deseo sexual y que con la segunda éste ya no aparece; o un varón que tres meses atrás tenía erecciones firmes ante estímulos eróticos eficaces y que actualmente, a pesar de dichas

estimulaciones, menguan sus erecciones al punto de no lograr la penetración.

Etiología. Tomando en cuenta su causa fundamental, las disfunciones eróticas son orgánicas, psicológicas, socioculturales y mixtas.

No es común encontrar etiologías "puras", sino más bien la presencia concomitante de varias causas (etiología mixta). Por ello, algunos sexólogos prefieren hablar de predominancia de algún factor sobre el otro. Las orgánicas corresponden a alteraciones de orden eminentemente biológico. El sustrato es físico, derivado de afecciones morfológicas o fisiológicas. Por ejemplo: la disfunción eréctil de un diabético con complicaciones neuroangiopáticas y microangiopáticas, o la inhibición del deseo en una mujer que emplea, de manera frecuente y prolongada, psicofármacos ansiolíticos o antidepresivos. Las psicológicas obedecen a rasgos particulares de la personalidad o a modificaciones anímicas o afectivas en las que la ansiedad y la preocupación suelen jugar un papel preponderante. Por ejemplo: la disfunción eréctil de un hombre sano que tiene temor al desempeño y le preocupa "no poder satisfacer a su pareja", o la anorgasmia primaria de una mujer acendradamente perfeccionista que no libera su tensión sexual si su pareja no reúne una serie de requisitos de prestancia y aliño personal. Las socioculturales son aquellas disfunciones que derivan de la vasta influencia del entorno colectivo: modelos de aprendizaje social, educación familiar, ejemplos parentales, medios de comunicación social, religiosidad, etc. El común denominador de estos aspectos se sintetiza en dos vertientes: la marcada ausencia de educación sexual formal y las cargas sociales represoras y culpígenas sobre la vivencia sexual, hechos que subsisten en la mayoría de la población. Por ejemplo: deseo hipocativo en una mujer que ha introyeado la idea de que las personas "decentes" no deben desbordar su pasión sexual. O bien, la inhibición eyaculatoria en un hombre que ha desarrollado miedos inconscientes al compromiso afectivo con su pareja, lo cual le impide "soltar" su reflejo eyaculatorio. Así, en este caso, una consigna machista deviene en disfunción erótica.

Una considerable cantidad de disfunciones del erotismo que se presentan en la vida de pareja estable (como en la conyugalidad) sobrevienen de factores culturales que nos muestran esos "mundos distantes" de dos seres humanos prácticamente incompatibles en el terreno sexual.

Contexto. Por su aspecto contextual, las disfunciones eróticas son selectivas cuando se hacen presentes sólo con ciertas personas y no con otras; por ejemplo:

