

RESUMED

Contenido

Vol. 9, No. 2, mayo-agosto de 1996

Editorial	50
Resúmenes de artículos científicos	
Indice de materias	51
Resúmenes	57
Revisiones	
El artículo de revisión	86

*Manuel Cué Brugueras, Guillermo Díaz Alonso,
Ana Gloria Díaz y Manuela de la C. Valdés Abreu*

Revistas procesadas en este número

Am Fam Physician (*American Family Physician*), Kansas City, EE.UU.
Am J Cardiol (*American Journal of Cardiology*), Nueva York, EE.UU.
Am J Obstet Gynecol (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*),
San Luis, EE.UU.
An Esp Pediatr (*Anales Españoles de Pediatría*), Madrid, España.
Dis Colon Rectum (*Diseases of the Colon and Rectum*), Filadelfia, EE.UU.
JAMA (*Journal of the American Medical Association*), Chicago, EE.UU.
J Asthma (*Journal of Asthma*), Nueva York, EE.UU.
J R Soc Med (*Journal of the Royal Society of Medicine*), Londres, Inglaterra.
Med J Aust (*Medical Journal of Australia*), Sidney, Australia.
Pediatrics (*Pediatrics*), Evanston, Il., EE.UU.
Lancet (*The Lancet*), Londres, Inglaterra.

Editorial

Atender, escuchar, agradecer, analizar y trabajar para mejorar y avanzar

Por distintas vías hemos recibido observaciones, sugerencias y recomendaciones, tanto de profesionales de la medicina como de la información, sobre las modificaciones -aunque ligeras, perceptibles- que hemos ido introduciendo en RESUMED desde el pasado año, y específicamente en nuestra última entrega.

Aunque sabemos que tales modificaciones no van aún mucho más allá de mostrar la voluntad de cambio presente en quienes integran el nuevo Consejo Editorial de nuestra publicación, sí queremos no dejar pasar por alto esta ocasión para ratificarlo.

Sabemos que RESUMED todavía dista de ser el producto informativo que necesitan y demandan los especialistas de la atención primaria, deseosos de incrementar sus conocimientos y grado de actualización. No somos ajenos al esfuerzo que deben realizar para llevar a cabo la imprescindible autopreparación sistemática que su profesión les exige en medio de las dificultades que aún enfrentamos. Y en este sentido trabajamos, tratando de aprovechar al máximo los recursos de que disponemos para afrontar nuestro propósito de entregar en cada número mejor y más información.

Pretendemos continuar mejorando la calidad de las traducciones, de la indización y de los artículos de revisión que publiquemos, así como la presentación de cada número. En este sentido, nos complacerá toda observación o sugerencia que los lectores de RESUMED quieran hacernos llegar que nos permita mejorar nuestro trabajo.

También, queremos patentizar nuestro agradecimiento a los medios de difusión que nos dispensaron su atención y dieron a conocer la salida de nuestro último número, hecho que ha contribuido a despertar el interés por nuestra revista.

Consejo Editorial

RESUMENES DE ARTICULOS CIENTIFICOS

INDICE DE MATERIAS*

<i>ABORTO</i> /complicaciones 33	<i>ANSIEDAD</i> /etiología 6
<i>ABORTO INDUCIDO</i> /efectos adversos 33	<i>ANTICONCEPCION</i> 52
<i>ABUSO DE SUSTANCIAS</i> /diagnóstico 13, 19	<i>ANTIHELMINTICOS</i> /uso terapéutico 17
<i>ABUSO DE SUSTANCIAS</i> / epidemiología 26	<i>ASMA</i> /epidemiología 1, 35, 44
<i>ABUSO DE SUSTANCIAS</i> /terapia 19	<i>ASMA</i> /etiología 2, 35, 48
<i>ACUPUNTURA</i> 49	<i>ASMA</i> /prevención 44
<i>ADAPTACION PSICOLOGICA</i> 34	<i>ASMA</i> /psicología 28, 34
<i>ADMINISTRACION POR INHALACION</i> 47	<i>ASMA</i> /quimioterapia 1, 47
<i>AGENTES BRONCODILATADORES</i> / efectos adversos 47	<i>ASMA</i> /terapia 28
<i>AGENTES BRONCODILATADORES</i> / uso terapéutico 47	<i>ASMA</i> /virología 2
<i>AGENTES HIPOGLUCEMICOS</i> /uso terapéutico 23	<i>AUSTRALIA</i> /epidemiología 8
<i>AJUSTE SOCIAL</i> 34	<i>AUTOCAUIDADO</i> /psicología 28
<i>ALCOHOL ETILICO</i> /efectos adversos 6	<i>AYUNO</i> 43
<i>ALCOHOLISMO</i> /complicaciones 32	
<i>ALCOHOLISMO</i> /diagnóstico 19	<i>BACTEREMIA</i> /prevención 38
<i>ALCOHOLISMO</i> /terapia 19	<i>BACTEREMIA</i> /quimioterapia 38
<i>ALTA DEL PACIENTE</i> 41	<i>BENZODIACEPINAS</i> /efectos adversos 6
<i>ANALISIS DE SUPERVIVENCIA</i> 20	

* Los números ubicados en la línea inferior de cada descriptor remiten al resumen correspondiente.

BETA-AGONISTAS ADRENERGICOS/
efectos adversos 47

BETA-AGONISTAS ADRENERGICOS/
uso terapéutico 47

BIGUANIDAS/uso terapéutico
23

BIOMETRIA
30

BLOQUEADORES DE LOS CANALES
DE CALCIO/uso terapéutico
22

BRONQUITIS/etiología
48

CANDIDA/aislamiento
27

CEFALALGIA/cintigrafía
25

CENTROS DE CONTROL
DE INTOXICACIONES
3

CEREBRO/cintigrafía
25

CIRROSIS HEPATICA/etiología
46

CLIMATOLOGIA MEDICA
35

COMPLICACIONES
CARDIOVASCULARES DEL EMBARAZO
36

COMPLICACIONES DEL
EMBARAZO
39

COMPLICACIONES INFECCIOSAS
DEL EMBARAZO/etiología
16

COMPUESTOS DE SULFONILUREA/
uso terapéutico 23

CONTAMINACION AMBIENTAL/
efectos adversos 2

CONTAMINANTES DEL AIRE/efectos
adversos 2

CONTROL DE MEDICAMENTOS
Y NARCOTICOS
26

CORONARIOPATIA
43

CUIDADOS DOMICILIARIOS
DE SALUD
45

DIABETES MELLITUS
NO INSULINODEPENDIENTE/
fisiopatología 23
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
7

DIOXIDO DE NITROGENO/efectos
adversos 2

EDAD GESTACIONAL
24, 30

EDUCACION EN SALUD
52

EMBARAZO
27, 50

EMBARAZO EN ADOLESCENCIA
53

EMBARAZO/fisiología
18

ENFERMEDAD AGUDA
4, 32

ENFERMEDAD CRONICA
32

ENFERMEDADES SEXUALMENTE
TRANSMISIBLES/complicaciones
16

ENFERMEDADES VAGINALES/
complicaciones 27

ENFERMEDADES VAGINALES/
microbiología 27

ENSAYOS CLINICOS
49, 50

ENVENENAMIENTO/epidemiología
3

ESCHERICHIA COLI/aislamiento
4

ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES
39

EXPOSICION AMBIENTAL/
efectos adversos 2

EXPOSICION OCUPACIONAL/
efectos adversos 48

FACTORES DE RIESGO
39

FACTORES DESENCADENANTES
1, 2

FARMACOEPIDEMIOLOGIA
31

FENILCETONURIA/epidemiología
41

FROTIS VAGINAL
16

GASES/efectos adversos
48

GLOMERULONEFRITIS
18

HELMINTIASIS/quimioterapia
17

HELMINTOS/aislamiento
17

HEPATITIS C/diagnóstico
14

HEPATITIS C/epidemiología
14

HIGADO GRASO ALCOHOLICO/
complicaciones 46

HIGADO GRASO ALCOHOLICO/
diagnóstico 46

HIGADO GRASO ALCOHOLICO/
patología 46

HIPERINSULINISMO
43

HIPERSENSIBILIDAD
35

HIPERSENSIBILIDAD
A LOS ALIMENTOS/diagnóstico
9

HIPERTENSION/clasificación
36

HIPERTENSION/quimioterapia
22

HUMOS/efectos adversos
48

IGE/análisis
9

INFARTO DEL MIOCARDIO/
quimioterapia 5

INFECCION FOCAL/microbiología
4

INFECCION FOCAL/ultrasonografía
4

INFECCIONES DEL TRACTO
RESPIRATORIO/complicaciones
2

INFECCIONES NEUMOCOCICAS/
prevención 38

INFECCIONES NEUMOCOCICAS/
quimioterapia 38

INFLAMACION/diagnóstico
7

INFLUENZA/etiología
48

INHIBIDORES DE LA ENZIMA
CONVERTIDORA
DE ANGIOTENSINA/uso terapéutico
5

INSTITUCIONES DE ATENCION
AMBULATORIA
44

INSUFICIENCIA CARDIACA
CONGESTIVA/quimioterapia
5

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA
21
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA/
prevención 21
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA/
quimioterapia 21

MACROSOMIA FETAL/
ultrasonografía 51
MALTRATO A LOS NIÑOS
15
MAMOGRAFIA/estadística
11
MANIFESTACIONES BUCALES
15
MASTITIS/diagnóstico
7
MEBENDAZOL/uso terapéutico
17
MEDICINA COMUNITARIA
52
MEDICOS DE FAMILIA
13, 45, 52
MENSTRUACION
30
META-ANALISIS
11
METODO DOBLE CIEGO
50
MORTALIDAD INFANTIL
20
MUERTE SUBITA INFANTIL
24
NAUSEA/quimioterapia
50
NEOPLASMAS CEREBRALES/
diagnóstico 37
NEOPLASMAS DE LA MAMA/
diagnóstico 7, 11
NEOPLASMAS DE LA MAMA/
etiología 33
NEOPLASMAS DE LA MAMA/
mortalidad 11

NEOPLASMAS DEL COLON/
diagnóstico 42
NEOPLASMAS DEL COLON/genética
42
NEOPLASMAS PRIMARIOS
MULTIPLES/genética
42
NEOPLASMAS SUPRATENTORIALES/
diagnóstico 37
NEUMOPATIAS INTERSTICIALES/
etiología 48
NIÑO ABANDONADO
15

OZONO/efectos adversos
2

PARTO
51
PIELONEFRITIS/microbiología
4
PIELONEFRITIS/ultrasonografía
4
PIRIDOXINA/uso terapéutico
50
PLACEBOS
49, 50
PLACENTA/patología
40
POLVOS/efectos adversos
48
PREDICCIÓN
51
PREECLAMPSIA
36
PREECLAMPSIA/complicaciones
40
PREMATURO
24
PRESENTACION DE NALGAS
39

PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO	SALUD MATERNOINFANTIL
30	45
PROGRESION DE ENFERMEDAD	SARAMPION/diagnóstico
21, 46	10
PSICOFARMACOLOGIA	SARAMPION/epidemiología
29	10
PSICOTROPICOS	SEROTONINA/efectos adversos
26	29
PUERPERIO	SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL
45	3
	SERVICIOS DE SALUD COMUNITARIA
	13
QUIMIOTERAPIA/efectos adversos	SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA
29	52
	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA/ /etiología
	32
READMISION DEL PACIENTE	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA/ /mortalidad
14	32
RECIEN NACIDO DE BAJO PESO/ fisiología	SISTEMA NERVIOSO CENTRAL/ efecto de drogas
20	29
RELACIONES MADRE-HIJO	SISTEMAS DE REGISTRO DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS
36	31
RESISTENCIA A LA INSULINA	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE/ aislamiento
46	38
RESISTENCIA MICROBIANA A LAS DROGAS	
8	
RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR/uso diagnóstico	
25	
RETARDO DEL CRECIMIENTO FETAL/etiología	
40	
RETINOBLASTOMA/diagnóstico	
12	
RIESGO	
33	
RUBEOLA/diagnóstico	
10	
RUBEOLA/epidemiología	
10	
SALUD DEL ANCIANO	
22	
	TABAQUISMO/efectos adversos
	2
	TESTS DE EMBARAZO
	54
	TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE EMISION
	25
	TRABAJO DE PARTO INDUCIDO
	51

TRABAJO DE PARTO PREMATURO
27,40
TRASTORNO DE PANICO/etiología
6
TRASTORNOS FOBICOS/etiología
6
TRASTORNOS RESPIRATORIOS/
etiología 48
TUBERCULOSIS/ epidemiología
8
TUBERCULOSIS/microbiología
8

ULTRASONOGRAFIA
30
**UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**
20

URTICARIA/quimioterapia
17

VAGINITIS POR TRICHOMONAS/
complicaciones 27
VAGINITIS/complicaciones
27
VAGINITIS/microbiología
27
VAGINOSIS BACTERIANA/
complicaciones 27
VIGILANCIA SANITARIA/
métodos 31
VOMITO/ quimioterapia
50

Resúmenes

- 1** Abramson MJ, Kutin JJ, Rosier MJ, Bowes G. Morbilidad, tratamiento y factores desencadenantes del asma en una muestra de personas adultas. (Morbidity, medication and trigger factors in a community sample of adults with asthma.) Med J Aust 1995;162:78-81.
-

Para determinar el grado de morbilidad, el nivel de tratamiento y los factores desencadenantes de los ataques de asma en un grupo de personas adultas, se envió un cuestionario de seguimiento donde los encuestados debían responder acerca de una historia de asma o de cualquier síntoma respiratorio padecido por ellos. Se desarrolló una nueva escala para medir la gravedad del asma. El 74 % (589/795) llenó los cuestionarios. Los encuestados con diagnóstico de asma tuvieron síntomas más frecuentes y un mayor deterioro de su estilo de vida que aquéllos con síntomas respiratorios no específicos. El 61 % de los asmáticos utilizó beta-agonistas y el 16 % preparaciones a base de teofilina oral. Emplearon sólo tratamientos preventivos, como la inhalación diaria de corticosteroides y cromoglicato, el 15 % y el 4 %, respectivamente. Los factores desencadenantes más frecuentemente reportados fueron las infecciones virales del tracto respiratorio superior, el hábito de fumar cigarrillos, el polvo del hogar, el humo y otros irritantes no específicos. El 20 % de los asmáticos reportó una exacerbación ocupacional de los síntomas. Se concluye que existe una considerable morbilidad por asma entre los habitantes adultos de la ciudad de Victoria, la que puede reducirse con una mayor aplicación de los métodos preventivos, el control de los factores desencadenantes, la vigilancia de las crisis y los planes de acción. La escala para valorar la gravedad del asma resultó confiable y válida.

- 2** Abramson MJ, Marks GB, Pattemore PhK. ¿Son importantes los factores ambientales no alérgicos en el asma? (Are non-allergenic environmental factors important in asthma.) Med J Aust 1995;163:542-5.
-

Se estudió la influencia que ejercen en el asma las infecciones virales del tracto respiratorio, el hábito de fumar y la contaminación ambiental. Se realizó una búsqueda de la información publicada sobre asma, humo del tabaco, ozono y bióxido de nitrógeno en la base de datos MEDLINE. De la bibliografía recuperada, se seleccionó la que ofrece resultados de estudios experimentales y epidemiológicos originales y las revisiones de las infecciones virales en casos de asma. Las infecciones respiratorias son los agentes desencadenantes más comunes e importantes de los ataques de asma en los niños y, probablemente, también en los adultos; aunque su papel en la evolución del asma no está muy bien definido. A la exposición al humo del tabaco se deben algunos casos de asma infantil, y es, además, una causa potencial de los síntomas de broncoconstricción en los adultos asmáticos. La exposición al ozono o al bióxido de nitrógeno se asocia con los síntomas propios de los trastornos de la función pulmonar que explican la

hipersensibilidad bronquial y la incidencia del asma a nivel de hospital. Estos agentes contaminantes actúan también como cofactores en el desarrollo de una hipersensibilidad bronquial alérgica. Se concluye que la investigación para prevenir las infecciones virales del tracto respiratorio superior pueden contribuir a reducir la morbilidad por asma. Dentro de las campañas contra el hábito de fumar, adquieren una significación especial las nuevas intervenciones para evitar que las mujeres jóvenes fumen, como una estrategia para prevenir la exposición posterior de sus hijos al humo del tabaco. Deben revisarse los parámetros de calidad del aire ambiental en relación con el ozono e introducirse otros nuevos que se fundamenten en otros factores capaces de estimular reacciones alérgicas del tracto respiratorio.

-
- 3** Blanco Guzmán E, Rodríguez Gutiérrez R, Azúa Brea B, Mintegui Raso S, Sánchez Echániz J, Benito Fernández J. Intoxicaciones en la infancia: aspectos epidemiológicos y manejo hospitalario. (Pediatric poisonings: epidemiologic study and management at the hospital.) *An Esp Pediatr* 1995;42(4):265-8.
-

En el período comprendido entre el 15 de octubre de 1992 y el 14 de octubre de 1993, se realizó un estudio prospectivo de los pacientes atendidos con diagnóstico de intoxicación en el Servicio de Urgencias Pediátrico de nuestro hospital, con el objetivo de desarrollar medidas preventivas aplicables en nuestro entorno. Se estudiaron aspectos epidemiológicos y de manejo hospitalario. Se registraron 200 episodios. Las niñas constituyeron el 55 %. El grupo de mayor riesgo lo formaron los pacientes con edades comprendidas entre 1 y 3 años (66 %). Las intoxicaciones sucedieron con mayor frecuencia en el hogar, fundamentalmente en la cocina y el comedor y estando el niño, generalmente, bajo el cuidado de sus padres. Los tóxicos implicados con mayor frecuencia fueron los productos del hogar (sobre todo los cáusticos-álcalis) y los medicamentos (principalmente antitérmicos, psicofármacos, flúor y beta-adrenérgicos). Cerca del 75 % acudió antes de transcurrir 1 hora. Recibió tratamiento en la Sala de Urgencias un tercio de los niños, fundamentalmente jarabe de ipecacuana y carbón activado, con buenos resultados. Preciso ingreso el 20 %. No hubo secuelas ni fallecimientos. A pesar de esto, se detectaron situaciones de riesgo potencial para los niños, las que la articulación de una serie de medidas preventivas podría ayudarnos a evitar de manera sustancial. Estas medidas se orientarían en tres áreas: programas de educación sanitaria de la población, envasado y presentación de medicamentos y productos del hogar y disponibilidad de la ipecacuana en los centros de atención primaria.

-
- 4** Boam WD, Miser WF. Pielonefritis bacteriana focal aguda. (Acute focal bacterial pyelonephritis.) *Am Fam Physician* 1995;52(3):919-24.
-

La pielonefritis bacteriana focal aguda es una enfermedad renal de tipo inflamatorio que se asemeja a la pielonefritis y a los abscesos renales. El diagnóstico se establece según los síntomas clínicos de la pielonefritis y las anomalías renales detectadas en estudios de imagenología radiológica (ultrasonografía y tomografía computadorizada). El examen ultrasonográfico muestra lesiones masivas en la corteza renal que desaparecen

después de una antibioticoterapia apropiada. Los estudios con tomografía computadorizada revelan áreas localizadas en forma de cuña o circulares, con poco aumento e hipodensas y/o edema del polo superior del riñón. Debe realizarse un citouretrograma de vaciamiento para descartar el reflejo como causa subyacente. La imagenología de resonancia magnética no es necesaria para el diagnóstico o la evaluación de seguimiento. La *Escherichia coli* es el agente causal más común. Todos los pacientes reportados han respondido al tratamiento conservador con tratamientos prolongados de antibióticos bactericidas orales. La solución habitualmente se logra entre 1 y 3 meses. La evaluación de seguimiento con ultrasonografía es necesaria para comprobar la curación.

-
- 5** Cody RJ. Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA): infarto del miocardio e insuficiencia cardíaca congestiva. (Ace inhibitors: myocardial infarction and congestive heart failure.) Am Fam Physician 1995;52(6):1801-6.

El infarto del miocardio y la insuficiencia cardíaca congestiva se asocian con altos índices de mortalidad y morbilidad. Los resultados de recientes ensayos clínicos confirman la utilidad de los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) como atenuantes de la mortalidad por infarto del miocardio y por disfunción ventricular izquierda. Los estudios de supervivencia a gran escala proporcionan una evidencia práctica de que la adición de un IECA al tratamiento convencional con diuréticos y digoxina puede reducir notablemente el número de ingresos hospitalarios y el riesgo de muerte relacionado con una insuficiencia cardíaca progresiva.

-
- 6** Cohen SI. El alcohol y las benzodiazepinas generan ansiedad, pánico y fobia. (Alcohol and benzodiazepines generate anxiety, panic and phobias.) J R Soc Med 1995;88:73-7.

Aproximadamente el 50 % de los trastornos caracterizados por estados de ansiedad, pánico y fobia, tienen su origen en el alcohol o en las benzodiazepinas. En el resto, la causa es psicológica y, generalmente, la consecuencia de un conflicto o de experiencias traumáticas. Cuando los síntomas persisten después de un hecho traumático, con frecuencia sucede que el alcohol o las benzodiazepinas están implicados. Existe una gran variación en la vulnerabilidad individual y el mecanismo responsable de estos síntomas es de tipo emocional.

-
- 7** Dahlbeck SW, Donnelly JF, Theriault RL. Diferenciación entre el cáncer inflamatorio de mama y la mastitis aguda. (Differentiating inflammatory breast cancer from acute mastitis.) Am Fam Physician 1995;52(3):929-34.

El cáncer inflamatorio de mama es una enfermedad devastadora con un índice extremadamente alto de morbilidad y mortalidad. Diferenciar esta enfermedad de una mastitis aguda puede dificultar el diagnóstico inicial. El diagnóstico y tratamiento expeditos del cáncer inflamatorio de mama tienen consecuencias importantes para el

pronóstico de la paciente. Desafortunadamente no existen normas precisas que ayuden al médico de atención primaria a diferenciar entre una mastitis aguda y el cáncer inflamatorio de mama. Se presentan recomendaciones y normas para enfrentar el problema desde el punto de vista diagnóstico. El cáncer inflamatorio de mama habitualmente ocurre en las mujeres de edad avanzada, y la mastitis aguda por lo general afecta a las mujeres jóvenes que amamantan. Si el tratamiento con antibióticos no disminuye los signos y síntomas en la mama inflamada, puede considerarse la posibilidad de que exista un cáncer inflamatorio de mama, especialmente en las mujeres de edad avanzada que no amamantan.

8 Dawson DJ, Cheah DF, Chew WK, Haverkort FC, Lumb R, Sievers AS. Tuberculosis en Australia, 1989-1992: casos confirmados bacteriológicamente y resistencia a los medicamentos. (Tuberculosis in Australia, 1989-1992: bacteriologically confirmed cases and drug resistance.) *Med J Aust* 1995;162:287-90.

Se compararon las estadísticas acerca de la susceptibilidad a los medicamentos de los pacientes con tuberculosis confirmada en Australia entre 1989 y 1992. En un proyecto de colaboración entre 5 laboratorios de referencia australianos relacionados con las micobacterias, participaron 2 509 residentes en Australia con tuberculosis bacteriológicamente confirmada. Se analizaron los datos del paciente y de las muestras, así como los resultados de la susceptibilidad a los medicamentos registrados para aislar el *Mycobacterium tuberculosis* y el *Mycobacterium bovis*. La incidencia anual durante 1989 y 1992 fue de aproximadamente 3,6 por 100 000. La proporción hombre/mujer fue de 1,4 : 1 y casi la mitad de los pacientes eran menores de 50 años. Los hombres de más edad presentaron índices altos de la enfermedad. La linfadenopatía fue mucho más común en las mujeres, mientras que con la enfermedad pulmonar pleural sucedió lo contrario. Se detectó resistencia a por lo menos uno de los medicamentos antituberculosos comunes en el 14,4 % de los aislados, principalmente a la estreptomina (7,6 %) y a la isoniacida (8,4 %). Menos del 1 % de los aislados era resistente a la isoniacida y a la rifampicina combinadas. Según las normas internacionales, Australia sigue siendo un país de «baja incidencia» de tuberculosis, con una incidencia anual estática. La resistencia múltiple a los medicamentos no es común y la mayoría de los pacientes deben responder a un régimen estándar de 4 medicamentos. No obstante, como los datos clínicos confirman que en el grupo de personas infectadas hay que considerar la influencia de la inmigración y que ciertos subgrupos demográficos presentan altos índices de la enfermedad, es importante que Australia mantenga programas efectivos de control.

9 Fernández Crespo J, Pascual Marcos CY, Caballero Molina MT, Romualdo Cappus L, Martín Esteban M. Espectro clínico de las reacciones alérgicas a alimentos en la infancia. (Clinical patterns of food hypersensitivity in children.) *An Esp Pediatr* 1995;42:328-32.

Las reacciones de hipersensibilidad a los alimentos mediadas por IgE constituyen un problema de interés creciente por su prevalencia, aparición preferente en las etapas

más tempranas de la vida y por la posibilidad de originar cuadros sistémicos severos. En una muestra de 355 niños que presentaron 565 reacciones alérgicas a alimentos hemos analizado la forma de presentación y manifestaciones clínicas, la naturaleza de estos síntomas y las posibles variaciones en relación con los diferentes alimentos implicados en estas reacciones. La forma de presentación clínica más frecuente de la alergia a los alimentos han sido los síntomas cutáneos agudos (eritema, exantema, urticaria y/o angiodema) exclusivos (65 %), seguidos de la asociación de éstos con síntomas gastrointestinales agudos (náuseas, vómitos, diarrea y/o dolor abdominal, 12 %), síntomas respiratorios (rinitis y/o asma bronquial, 8 %). Estos últimos aparecieron como manifestación aislada sólo de forma excepcional (1,6 %). Los síntomas cutáneos se observaron con una frecuencia significativamente mayor en las reacciones alérgicas a los mariscos, frutas, pescado y leguminosas que en el resto (95,1 % vs. 80,7 %, $p > 0,01$). Por el contrario, los síntomas gastrointestinales se encontraron con una frecuencia relativa mayor en las reacciones alérgicas por leche o huevo que en el resto de las reacciones alérgicas (35,9 % vs. 11,2 %, $p < 0,01$).

10 Ferson MJ, Young LC, Robertson PW, Whybin LR. Dificultades en el diagnóstico clínico del sarampión: proposición de una definición modificada del caso clínico. (Difficulties in clinical diagnosis of measles: proposal for modified clinical case definition.) Med J Aust 1995;163:364-6.

Se examinó la exactitud del diagnóstico clínico del sarampión y se desarrolló una mejor definición para los casos clínicos de la enfermedad mediante un estudio de su ocurrencia en la parte oriental de Sydney, desde diciembre de 1990 hasta agosto 1993, en el que se incluyeron todos los casos notificados sin confirmación serológica o antes de ésta. Se ofrecen detalles clínicos y demográficos, títulos de la fijación del complemento en relación con la IgM y el sarampión —específicos de la rubéola en los sueros de casos agudos y convalescentes, cuando los hubo— y los vínculos epidemiológicos con los casos confirmados de sarampión. De los 49 sujetos reportados con seguimiento completo, se confirmaron 24 con sarampión, 4 con rubéola y 21 no tenían un diagnóstico definido. El diagnóstico del sarampión tuvo un índice positivo falso del 51 %. Hubo más probabilidades de que los sujetos con sarampión confirmado tuvieran tos (23/24) que aquéllos sin diagnóstico definido (15/21; $p = 0,03$) y que presentaran un estado febril al comienzo del *rash* (23/24 vs. 10/21; $p = 0,001$). La definición del Centro para el Control de Enfermedades tuvo una sensibilidad de sólo el 24 %. Una definición modificada del caso en cuanto al *rash*, la tos y la fiebre, presentes al comienzo de aquél, tuvo una sensibilidad igual pero una especificidad mayor (57 %). Se concluye que el sarampión ya no es una enfermedad común en Australia y que su diagnóstico clínico no es confiable. Cuando se requiera una respuesta dentro del marco de la salud pública, los casos se deben confirmar mediante pruebas serológicas o, de no existir, se propone el empleo de nuestra definición modificada del caso clínico.

-
- 11** Glasziou PP, Woodward AJ, Mahon CM. La mamografía en las mujeres menores de 50 años: evaluación cualitativa y metaanálisis. (Mammographic screening trials for women aged under 50: a quality assessment and meta-analysis.) *Med J Aust* 1995;162:625-9.
-

Se realizó una evaluación cualitativa y un metaanálisis de mamografías practicadas a mujeres menores de 50 años de edad. Mediante una búsqueda en la base de datos MEDLINE, se identificaron los informes de ensayos mamográficos aleatorios y se recuperó la bibliografía que aborda el tema en forma de artículos originales y de revisión. La evaluación de los ensayos identificados se hizo sobre la base de: 1) el método aleatorio en cuestión; 2) la comparación de los datos fundamentales; 3) los criterios generalizados acerca de la mortalidad por cáncer de mama; 4) un estudio a ciegas de la causa de muerte; 5) la culminación del seguimiento, y 6) la aplicación del análisis de «intención-tratar». Se estudiaron 7 ensayos aleatorios que incluyeron cerca de 160 000 mujeres menores de 50 años. El estimado combinado del riesgo relativo fue de 0,95 (95 % de IC, 0,77-1,18), equivalente a una reducción sin significación estadística del 5 %. Estos resultados no son sugerentes en cuanto al beneficio que los ensayos mamográficos pudieran reportar, específicamente a las mujeres menores de 50 años, pues no ofrecen elementos elocuentes desde el punto de vista cualitativo, ni sobre la prueba propiamente dicha ni sobre la técnica radiológica. Se recomienda que las mujeres de este grupo de edad que se sometan a este tipo de investigación reciban amplia información sobre estos resultados.

-
- 12** González Viejo I, Ferrer Novella C, Pueyo Subías M, Ferrer Novella I, Ronchera Oms JM, Honrubia EM. Retinoblastoma: principales signos clínicos de presentación. (Retinoblastoma: principal clinical signs at the time of presentation.) *An Esp Pediatr* 1995;43:102-4.
-

El retinoblastoma es el tumor intraocular maligno más frecuente en la infancia. Su supervivencia puede llegar a ser del 94 %, por lo que es importante su diagnóstico precoz. Muchas veces son los pediatras los primeros en detectar los signos clínicos de su aparición, por lo que para ellos resulta de mucho interés el conocimiento de sus manifestaciones. En este trabajo se estudian los casos de retinoblastoma diagnosticados en nuestro hospital entre 1978 y 1993. En el 50 % de los casos, la forma de presentación fue clásica: leucocoria y estrabismo. En el otro 50 %, las formas de presentación fueron: reacción conjuntivo/palpebral, pérdida de la agudeza visual, buftalmos y hallazgos casuales en exploraciones rutinarias. En un caso apareció en un recién nacido, y en otro en una niña de 7 años de edad. El resto, en edades típicas de presentación. Se produjo afectación bilateral en 1 paciente y unilateral en 9. Es importante la colaboración entre pediatras y oftalmólogos para el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

-
- 13** Haverkos HK, Stein MD. Identificación del abuso en el consumo de sustancias dañinas en la atención primaria. (Identifying substance abuse in primary care.) *Am Fam Physician* 1995;52(7):2029-38.
-

Los médicos de la familia tienen la oportunidad de identificar a las personas que consumen determinadas sustancias en exceso mucho antes de que tengan complicaciones clínicas o requieran tratamiento medicamentoso. El abuso oculto del consumo de ciertas sustancias se puede identificar de forma efectiva mediante simples preguntas exploratorias y una cuidadosa atención a los indicadores clínicos durante la confección de la historia y el examen físico. Una intervención temprana puede tener efectos sorprendentes sobre la conducta relacionada con el abuso de sustancias y puede prevenir incalculables implicaciones clínicas psicológicas y sociales adversas para los pacientes.

- 14** Ismay SL, Thomas S, Fellows A, Keller A, Kenrick KG, Archer GT, et al. Un nuevo enfoque de la hepatitis postransfusión. (Post-transfusion hepatitis revisited.) *Med J Aust* 1995;163:74-7.
-

Se evaluó el riesgo de contraer hepatitis no A y no B posoperatoria y postransfusión en Australia, poco antes de la aplicación de una investigación de la hepatitis C. A tal efecto, se realizó un estudio retrospectivo de las muestras de sangre a partir de la investigación perspectiva de pacientes operados del corazón. Las muestras se tomaron de receptores de transfusiones y de controles no transfundidos, en intervalos regulares durante 12 meses después de una operación, durante 1987-1989. A todos los donantes se les midieron los niveles de aminotransferasa alanina (ALT) de las muestras del receptor y del control y se efectuaron pruebas para determinar el anticuerpo de la hepatitis B (anti-HBc, anti-HBs) y C (anti-HVC). Se incluyó en el estudio a individuos residentes en áreas metropolitanas que no habían sido transfundidos durante el año anterior. Se valoró el desenlace principal de la hepatitis postransfusión (2 muestras consecutivas en las que se observaron niveles aumentados de ALT, > 90 UI/L sin otra causa conocida); la infección por hepatitis C y su comportamiento (anticuerpo para hepatitis C). La hepatitis postransfusión ocurrió en el 1,1 % de 736 receptores de sangre no investigados en cuanto a la presencia de hepatitis C (es decir, 2 casos por 1 000 unidades dadas no investigadas). En 514 controles no se produjo hepatitis. Siete de los 8 pacientes con hepatitis postransfusión tuvieron una seroconversión para infección viral de hepatitis C. Siete de las 26 donaciones HVC positivas transmitieron hepatitis C, 6 de las cuales fueron positivas según la prueba inmunoblot recombinante (PIR), una mediante una prueba de segunda generación solamente y otra fue indeterminada según la PIR. Un total de 19, según la PIR, no eran reactivas; una transmitió la hepatitis, pero el receptor no desarrolló anti-HVC, aunque el ARN de la hepatitis C se detectó en la donación. La ALT sérica aumentó en 4 de las 6 donaciones infectivas. Se concluye que la infección viral de hepatitis C es responsable de casi todos los casos de hepatitis no A y no B postransfusión. Las pruebas de anti-HCV de primera generación detectaron casi el 85 % de las donaciones infectivas. Las pruebas sustitutas de las donaciones mediante ALT o anti-HBc no ofrecen ninguna ventaja adicional.

-
- 15** Jesse SA. Evidencias orofaciales del abuso y falta de atención en el niño. (Orofacial manifestations of child abuse and neglect.) *Am Fam Physician* 1995;52(6):1829-34.
-

Aproximadamente la mitad de todos los casos de abuso infantil implican cierta forma de lesión orofacial. Los signos comunes del abuso físico incluyen las fracturas de los dientes o del maxilar superior, de la mandíbula o de otros huesos faciales, quemaduras, laceraciones de los labios y el frenillo, así como marcas de mordidas en la cara y el cuello. El abuso sexual debe sospecharse si existen lesiones eritematosas, ulcerativas, vesiculopustulares, seudomembranosas y condilomatosas de los labios, la lengua, bóveda palatina, la cara o la faringe. El descuido de la salud dental, una forma común de maltrato infantil, debe sospecharse si las polícarías y una infección oral, sangramiento y traumatismos, persisten a pesar de la eliminación de los obstáculos financieros y de transporte. Interrogar a los niños y a los padres por separado puede ayudar a aclarar las contradicciones evidentes entre los hallazgos clínicos y la explicación de lo sucedido. El informe de sospecha de abuso infantil dirigido a las autoridades pertinentes puede proteger al niño de nuevas agresiones y ayudaría a la familia a obtener asistencia para corregir las prácticas abusivas y reducir la reiteración de éstas.

- 16** Joesoef MR, Sumampouw H, Linnan M, Schmid S, Idajadi A, St. Louis ME. Los lavados vaginales y las enfermedades de transmisión sexual en mujeres embarazadas en Surabaya, Indonesia. (Douching and sexually transmitted diseases in pregnant women in Surabaya, Indonesia.) *Am J Obstet Gynecol* 1996;174:115-9.
-

Se investigó la asociación entre los lavados vaginales (material utilizado y su frecuencia) y las enfermedades de transmisión sexual, para lo cual se efectuó un estudio de estas afecciones y de los hábitos de higiene genital en 599 mujeres embarazadas asistidas en la clínica de cuidados prenatales en Subarabaya, Indonesia. De éstas, 115 (19,2 %) padecieron al menos una de estas enfermedades (gonorrea, Clamidia, sífilis, tricomoniasis, o virus tipo 2 del herpes simple). La mayoría de las mujeres se asearon con agua (19 %) o con agua y jabón (63 %) por lo menos una vez durante el mes anterior. Aproximadamente el 10 % utilizó para ello un agente de uso comercial (2 %) u hojas de betel (8 %). El lavado con agua sola después del acto sexual no se asoció con ninguna enfermedad de transmisión sexual. El lavado con agua y jabón, una hoja de betel o un agente de uso comercial, se asoció con este tipo de enfermedad; las proporciones de desigualdad ajustadas fueron de 2,6 (95 % de IC, 1,0 a 7,1) y de 2,7 (95 % de IC, 0,5 a 14,5), respectivamente. La asociación aumentó en las mujeres que se lavaban antes del acto sexual o antes y después de éste; las proporciones de desigualdad ajustadas en estos casos fueron de 2,7 (95 % de IC, 1,0 a 7,3) para el lavado con agua y jabón y de 5,2 (95 % de IC, 1,6 a 16,7) para el lavado con hojas de betel o un agente de uso comercial. Comparadas con las mujeres que nunca se lavaron, las que siempre lo hicieron con hojas de betel o un agente de uso comercial corrieron un riesgo mucho mayor de

contraer una enfermedad de transmisión sexual (proporción de desigualdad ajustada de 9,4, 95 % de intervalo de confianza, 1,8 a 50,3). Se observó una asociación significativa entre las enfermedades de transmisión sexual y los hábitos de aseo (con hojas de betel, agentes de uso comercial o agua y jabón). Sin embargo, se requieren más investigaciones para evaluar la relación temporal entre el lavado y las enfermedades de transmisión sexual.

17 Juckett C. Helmintos intestinales comunes. (Common intestinal helminths.) Am Fam Physician 1995;52(7):2039-54.

En los grupos con riesgo de contraer infección intestinal por helmintos, se incluye a los estudiantes y viajeros internacionales, trabajadores migratorios, refugiados, niños extranjeros adoptados y aquellas personas que no tienen hogar. A menudo los síntomas son mínimos o vagos. Sin embargo, muchas de estas infecciones conllevan una mortalidad significativa a largo plazo. El *Enterobius vermicularis* es un oxiuro que, por lo general, se manifiesta en los niños en forma de picazón y se diagnostica mejor utilizando pruebas con láminas de celofán para recuperar los huevos en la piel de la superficie perianal. El tratamiento con mebendazol se recomienda para toda la familia. La infección por *Trichuris* puede observarse asociada con casos de infección por *Ascaris*, pero las tricurias son más resistentes y tienen mayores probabilidades de producir síntomas que semejan a los de una enfermedad inflamatoria del intestino. El tratamiento de estos parásitos también es el mebendazol. Otras infecciones helmínticas importantes que actualmente son más comunes en las poblaciones de inmigrantes, son la uncinariasis (*Necator americanus*, *Ancylostoma duodenale*), los parásitos intestinales (*Strongyloides*) y varios tipos de tenias (*Taenia*, *Diphyllobothrium* y especies de *Hymenolepis*).

18 Jungers P, Houillier F, Forget D, Labrunis M, Skhiri H, Glatras I, et al. Influencia del embarazo sobre la evolución de la glomerulonefritis primaria crónica. (Influence of pregnancy on the course of primary chronic glomerulonephritis.) Lancet 1995; 346:1122-4.

Según algunos nefrólogos, el embarazo tiene efectos dañinos sobre la función renal en las pacientes con glomerulonefritis primaria, pero la evidencia resulta contraria. Se evaluó el efecto del embarazo sobre la aparición de una insuficiencia renal terminal (IRT) en 360 pacientes con varias formas histológicas de glomerulonefritis primaria, pero con una función renal normal (creatinina sérica 0,11mmol/L). En el análisis actuarial, la supervivencia general libre de IRT, no difirió notablemente entre las mujeres que quedaron embarazadas después del comienzo clínico de la nefropatía (n = 171) y en aquellas que no lograron concebir (n = 189). Además, en un estudio de casos y controles, el embarazo no significó un factor de riesgo en la progresión de la IRT (proporción de desigualdad 1,15, 95 % de IC, 0,61 a 2,18), mientras que el tipo de la glomerulonefritis y de la hipertensión fueron las principales causas determinantes. Se concluye que el embarazo no afecta la evolución de las nefropatías en pacientes que al quedar embarazadas tienen una función renal normal.

-
- 19** Kaufman E. Diagnóstico y tratamiento del abuso de drogas y alcohol en las mujeres. (Diagnosis and treatment of drug and alcohol abuse in women.) Am J Obstet Gynecol 1996;174:21-7.
-

Se presentan los principales motivos del abuso de drogas y alcohol por parte de las mujeres desde las perspectivas social y psicológica. Se ofrece un formato estructurado para conocer los antecedentes de las pacientes y motivarlas a seguir un tratamiento adecuado. Se describe un procedimiento terapéutico en 3 etapas, las que se concentran en lograr la abstinencia, mantenerla y conseguir la sobriedad (recuperación avanzada).

- 20** La Pine TR, Jackson C, Bennet FC. Resultados de la atención a los lactantes con peso al nacer inferior a 800 g: experiencia de 15 años. (Outcome of infants weighing less than 800 g at birth: 15 years' experience.) Pediatrics 1995;96(3):479-83.
-

Se comparan la mortalidad y la morbilidad del desarrollo neurológico entre los lactantes con menos de 800 g de peso al nacer, en 3 estudios independientes efectuados en la misma sala de neonatología con cuidados intensivos, durante un período de casi 15 años. Se comparan también el desenlace de la supervivencia y del desarrollo neurológico de 210 lactantes con pesos al nacer inferiores a 800 g, ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de la Universidad de Washington entre 1986 y 1990, con aquéllos pertenecientes a 2 grupos anteriores de lactantes (1977 a 1980 y 1983 a 1985) con un peso al nacer extremadamente bajo (PNEB) atendidos en la misma sala. Los ingresos anuales de estos lactantes con PNEB se duplicaron entre 1977 y 1990, mientras que la supervivencia en la sala aumentó desde el 20 % entre 1977 y 1980, el 36 % entre 1983 y 1985, hasta el 49 % en este estudio de los nacimientos ocurridos entre 1986 y 1990. El mayor aumento en la supervivencia en los 3 estudios ocurrió entre los lactantes con pesos al nacer inferiores a 700 gramos. La supervivencia femenina fue el 20 % mayor que la masculina en cada uno de los períodos. La prevalencia del deterioro neurosensorial mayor no difirió mucho entre los 3 grupos de estudio (19, 21 y 22 %, respectivamente); los supervivientes masculinos estuvieron más comúnmente afectados en todos los períodos. No hubo diferencia en las puntuaciones promedio de la prueba cognoscitiva entre la cohorte de los nacidos entre 1986 y 1990 (94) y los 2 grupos anteriores (1977-1980, 98; 1983-1985, 89). La experiencia en nuestro centro en el tratamiento de estos lactantes con un PNEB a través del tiempo se reafirma, hasta el grado en que los aumentos progresivos de la supervivencia en la sala de neonatología no produjeron el incremento de la morbilidad del desarrollo neurológico.

- 21** Lafayette RA. Prevención del progreso de la insuficiencia renal crónica. (Preventing disease progression in chronic renal failure.) Am Fam Physician 1995;52(6):1789-91.
-

La progresión hacia una renopatía de fase terminal por lo general es inexorable en los pacientes con nefropatía diabética o no diabética. Estas afecciones se pueden identificar

en una etapa temprana, sobre la base de la historia clínica, el análisis de orina alterado o por una filtración glomerular reducida. Los recientes avances han posibilitado demorar el progreso de la insuficiencia renal crónica. Las principales intervenciones incluyen el tratamiento antihipertensivo, la restricción de la proteína en la dieta y, en los diabéticos, el estricto control glicémico y el tratamiento inhibitor de la enzima convertidora de la angiotensina. La colaboración con el nefrólogo puede ayudar al médico de la familia en la aplicación adecuada de estas modalidades terapéuticas y en la prevención de las complicaciones más comunes. Los mayores esfuerzos en postergar el progreso de la insuficiencia renal pueden disminuir la incidencia de la renopatía en su fase terminal y reducir la morbilidad, la mortalidad y los costos.

22 Lapalio LR. Hipertensión en la tercera edad. (Hypertension in the elderly.) Am Fam Physician 1995;52(4):1161-5.

La presión arterial sistólica por encima de 160 mm Hg constituye un mayor riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular que la presión diastólica que exceda los 94 mm Hg, con independencia de la edad del paciente. El tratamiento de la hipertensión sistólica aislada reduce notablemente la incidencia de los procesos cardiovasculares mortales y no mortales, incluso en pacientes mayores de 80 años de edad. En los pacientes con presión arterial ligeramente elevada (140 a 160 mm Hg/90 a 100 mg Hg), debe intentarse la aplicación de medidas no farmacológicas y la modificación de la conducta durante 3 a 6 meses. Si estas medidas fracasan o el paciente tiene una enfermedad en un órgano específico o presenta múltiples factores de riesgo cardíaco, los medicamentos pueden indicarse oportunamente. De inicio, debe prescribirse la mitad de la dosis usual recomendada en los ancianos débiles. Los diuréticos de acción prolongada o los betabloqueadores son los agentes que se recomiendan en primer lugar. La enzima convertidora de la angiotensina, los bloqueadores del canal del calcio y los bloqueadores alfa no han demostrado que reduzcan la mortalidad en los pacientes hipertensos que no presentan una enfermedad comórbida. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina pueden beneficiar a los pacientes hipertensos que tengan insuficiencia cardíaca, y los bloqueadores del canal del calcio pueden ayudar a aquéllos con angina, especialmente la angina vasospástica.

23 Lubbos H, Miller JL, Rose LI. Agentes hipoglicémicos orales en la diabetes mellitus tipo II. (Oral hypoglycemic agents in type II diabetes mellitus.) Am Fam Physician 1995;52(7):2075-81.

El paciente con diabetes mellitus tipo II o no insulino-dependiente (DMNID), se caracteriza por la obesidad y la resistencia a la insulina, con las consiguientes hiperinsulinemia e hiperglicemia. Las sulfonilureas constituyen el tratamiento principal para los pacientes con DMNID. Durante cierto tiempo, estos agentes estimulan una mayor secreción de insulina. Con su administración continuada, las sulfonilureas mejoran la

actividad insulínica del paciente diabético, al favorecer el incremento de los receptores insulínicos celulares y la reducción de los defectos posreceptor. El matformín, una droga perteneciente a la clase de las biguanidas, ha sido aprobado para su empleo en los Estados Unidos. Esta droga no estimula la liberación de insulina, sino que provoca una disminución de la glucosa en los tejidos periféricos. Puede administrarse solo o combinado con las sulfonilureas. Esta combinación permite al paciente con DMNID una mejor tolerancia y adaptación al tratamiento.

24 Malloy MH, Hoffman HJ. Prematuridad, síndrome de muerte infantil súbita y edad al morir. (Prematurity, sudden death syndrome, and age of death.) *Pediatrics* 1995;96(3):464-71.

Con el propósito de determinar si los lactantes nacidos antes de término corren un mayor riesgo de contraer el síndrome de muerte infantil súbita (SMIS) que los nacidos a término, y si la edad después de la concepción de las muertes por SMIS varía según la edad gestacional al nacer, se realizó un análisis de grupo sobre la base de los datos de las cintas magnetofónicas del Certificado de Nacimiento Vinculado al Grupo de Nacimiento de los Estados Unidos en 1987/Certificado de Defunción Infantil (1987 United States' Birth Cohort Linked Birth/Infant Death Certificate). El SMIS se definió como la muerte de cualquier niño cuya madre tuviera 24 semanas de gestación al momento del nacimiento; que pesara > 500 g al nacer; con asignación de una causa subyacente de muerte de 7980, según la 9na. Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y que se le hubiera realizado autopsia. El índice general de SMIS, al utilizar nuestra definición, fue de 1,20 muertes/1 000 nacidos vivos. Los índices de SMIS según las categorías de la edad gestacional de 24 a 28 semanas, 29 a 32 semanas, 33 a 36 semanas, fueron de 3,52, 3,01, 2,27 y 1,06 muertes/1 000 nacidos vivos, respectivamente. Debido a una clasificación errónea de la edad gestacional entre la mayoría de los lactantes nacidos antes de término, se realizó un análisis restringido sobre las víctimas del SMIS cuyas edades gestacionales se incluyeron dentro de los valores de corte, derivados de una metodología que excluía las valoraciones de la edad gestacional, consideradas como no válidas. Este análisis de subgrupo mostró una edad media posconcepción (desviación estándar) de muerte por SMIS para los lactantes de 24 a 28 semanas, de 29 a 32 semanas y de 33 a 36 semanas de gestación que es de 45,8 (8,3), 47,3 (8,6) y 48,0 (8,3) semanas, respectivamente, comparado con 52,3 (8,5) semanas para los lactantes a término (ANOVA $p = ,0001$). A partir de este análisis, se concluye que los lactantes nacidos antes de término corren un mayor riesgo de presentar un SIMIS que los nacidos a término y que la edad posconcepción más vulnerable en este sentido, puede diferir en 4 a 6 semanas entre los nacidos antes de término y los nacidos a término.

25 Maytal J, Bienkowski RS, Patel M, Eviatar L. Valor de la imagenología del cerebro en niños con cefaleas. (The value of brain imaging in children with headaches.) *Pediatrics* 1995;98(3):413-6.

Se determinó el valor que tiene aplicar la tomografía computadorizada (TC) o la imagenología de resonancia magnética (IRM) a niños con cefaleas crónicas. La cefalea

es un malestar común en los niños. Con la proliferación de los centros de imagenología del cerebro y la demanda cada vez mayor de pacientes que requieren TC o IRM, este tipo de técnica se ha venido utilizando mucho en la evaluación de las cefaleas. Se realizó una revisión retrospectiva de las gráficas de todos los niños remitidos a la clínica de neurología infantil para una evaluación de las cefaleas durante un período de 2 años. Las gráficas se revisaron para determinar las características de las cefaleas, las indicaciones clínicas para realizar la TC o la IRM y los resultados de esta última. Se prestó una atención particular a la evidencia de tumores cerebrales, anomalías vasculares o hidrocefalia. Se estudió un total de 133 historias clínicas. La edad de los sujetos osciló entre los 3 y los 18 años. La mayoría de los pacientes tuvieron diagnósticos de cefalea migrañosa vascular (52 %) o cefaleas crónicas por tensión (21 %). Otros diagnósticos de la cefalea fueron migraña-tensión mixta, psicógena y postraumática. En 25 pacientes (19 %) no se clasificaron las cefaleas. En 78 pacientes (59 %), se realizó la IRM, en 27 la TC y en 6 se efectuaron ambas. En la mayoría de los casos, los estudios de imagenología cerebral se llevaron a cabo en pacientes con un patrón atípico de cefalea, presencia de anomalías neurológicas durante la cefalea, síntomas generales (es decir, pérdida de peso o fatiga), o a causa de la preocupación de los padres y médicos acerca de la posible presencia de tumores cerebrales. Mediante la imagenología se detectaron anomalías cerebrales en 4 pacientes, pero no se indicó la presencia de una enfermedad tratable ni se consideró una relación con la primera molestia. Los hallazgos de anomalías no importantes en una serie de 78 estudios imagenológicos indican que el índice máximo en el cual la anomalía puede aparecer en este grupo es del 3,8. Se indica que los estudios de imagenología del cerebro tienen un valor limitado al evaluar las cefaleas en los niños sin una evidencia clínica de lesión estructural subyacente.

26 Mazza D, Dennerstein L, Ryan V. Consumo de drogas psicotrópicas por mujeres: prevalencia y asociaciones actuales. (Psychotropic drug use by women: current prevalence and associations.) *Med J Aust* 1995;163:86-9.

Se determinó la prevalencia actual del consumo de drogas psicotrópicas por mujeres y su posible asociación con diversas variables demográficas. Se preparó un cuestionario que se distribuyó en el área metropolitana de Melbourne entre noviembre de 1993 y febrero de 1994. Como sujetos de estudio se escogieron al azar mujeres mayores de 18 años atendidas en 15 consultas de medicina general. Se determinaron las drogas psicotrópicas ingeridas en el último año, así como la duración de su uso, según los informes clínicos de las pacientes ofrecidos por los médicos y las entrevistas sostenidas con ellas. Se valoraron además ciertas características demográficas de las pacientes. De 3 026 mujeres, 2 048 respondieron el cuestionario. De éstas, el 20,4 % ingirió alguna droga psicotrópica, al menos durante un mes, en el año anterior. La mayoría de estas mujeres habían consumido la droga durante más de 12 meses y una cuarta parte de ellas ingirió más de una droga durante el año precedente. El consumo de estos fármacos guarda una significativa vinculación con algunos indicadores como la edad de las mujeres, su estado civil, número de partos, nivel educacional, ocupación y poder adquisitivo, pues se detectó que las que más las ingieren son las de edad avanzada, las

que no tienen pareja, de mayor paridad, inferior nivel de escolaridad, desempeñan ocupaciones manuales o disfrutan de alguna pensión estatal por estar desempleadas. Se concluye que es común que las mujeres en estas circunstancias tiendan a consumir a largo plazo las drogas psicotrópicas, por lo que su indicación por el facultativo debe ser cuidadosa y juiciosamente considerada, a partir del estricto cumplimiento de las indicaciones para su uso y del conocimiento de que su ingestión excesiva guarda relación con determinadas situaciones sociales.

27 Meis PJ, Goldenberg RL, Mercer B, Moawad A, Das A, McNellis D. Estudio de la predicción pretérmino: importancia de las infecciones vaginales. (The preterm prediction study: significance of vaginal infections.) Am J Obstet Gynecol 1995;173:1231-5.

Se evaluó la asociación entre la vaginosis bacteriana, la vaginitis por trichomonas y monilias y el nacimiento pretérmino espontáneo antes de las 35 semanas de embarazo. Se estudiaron 2 929 mujeres en 10 centros con 24 y 28 semanas de embarazo mediante la coloración de Gram del frotis vaginal, el montaje húmedo y preparaciones de hidróxido de potasio para detectar posibles infecciones vaginales. Las proporciones de infecciones detectadas a las 24 y 28 semanas, respectivamente, fueron la vaginosis (23,4 %) y (19,4 %), trichomonas (3,3 y 2,7%) y monilias (21,1 y 19,5 %). La aparición de vaginosis bacteriana a las 28 semanas se asoció con un mayor riesgo de nacimiento pretérmino espontáneo, una proporción desigual de 1,84 (95 % de IC, 1,15 a 2,95, $p < 0,01$). La detección de *Trichomonas vaginalis* (por montaje húmedo) o monilias (mediante preparación de hidróxido de potasio) no tuvo una asociación significativa con el nacimiento pretérmino. Se concluye que la presencia de vaginosis bacteriana a las 28 semanas de embarazo se asocia con un mayor riesgo de nacimiento pretérmino espontáneo.

28 Miles A, Sawyer M, Kennedy D. Estudio preliminar de los factores que influyen en la capacidad de los niños para controlar su asma. (A preliminary study of factors that influence children's sense of competence to manage their asthma.) J Asthma 1995;32(6):437-44.

Se identifican varios factores que parecen influir en la capacidad de los niños para controlar el asma. Se examinó un grupo de niños y adolescentes que han estado ingresados en el hospital para el tratamiento del asma. Se obtuvieron calificaciones de todos los niños mediante autoinformes acerca de su capacidad para controlar el asma. Además, se obtuvieron informes sobre la motivación de los niños para lograr un funcionamiento sano, su sentido del autocontrol de la salud y sus conocimientos acerca de cómo tratar el asma infantil. Los resultados del estudio indican que los niños de más edad, así como los que se encuentran intrínsecamente más motivados a lograr un funcionamiento sano y aquéllos cuyos padres conocen acerca del tratamiento del asma,

se sienten más capacitados para controlar su padecimiento. Se indicó que la efectividad de los programas para el tratamiento del asma en los niños puede mejorar si existe un mejor conocimiento de los factores psicológicos que influyen en la capacidad de autocontrol de dichos pacientes.

29 Mills KC. Síndrome de la serotonina. (Serotonin syndrome.) Am Fam Physician 1995;52(5):1475-82.

El síndrome de la serotina es una complicación potencialmente amenazante para la vida producida por la quimioterapia psicofarmacológica. La afección se produce más a menudo por el uso conjunto de dos o más drogas que aumentan la actividad de la serotonina en el torrente sanguíneo y que con frecuencia no se identifica debido al origen diverso y no específico de su sintomatología. Esta enfermedad se caracteriza por producir alteraciones en la cognición, la conducta, la función del sistema nervioso autónomo y en la actividad neuromuscular. Los pacientes con este tipo de síndrome por lo general responden solos cuando se interrumpe la quimioterapia y al tratamiento de sostén, pero pueden requerir tratamiento con una droga antiserotonérgica específica, por ejemplo, la ciproheptadina, la metisergida y/o el propanolol.

30 Mongelli M, Wolsox M, Gardosi J. Cálculo de la fecha del parto: la biometría ultrasonográfica y su confrontación con algunas fechas de la menstruación. (Estimating the date of confinement: ultrasonographic biometry versus certain menstrual dates.) Am J Obstet Gynecol 1996;174:278-81.

Se evaluaron las implicaciones clínicas de las políticas actuales relacionadas con la fecha del parto en un grupo al que se le practicó la ultrasonografía sistemáticamente durante la primera mitad del embarazo. Se recuperó un total de 34 249 ficheros automatizados con información sobre embarazos con feto único que tenían «algunas» fechas de las menstruaciones y con biometría ultrasonográfica de la Base de Datos East Midlands Obstetric. Las fechas estimadas del parto se calculan mediante 5 métodos diferentes: nada más que con las fechas de las menstruaciones, solamente con la ultrasonografía, o con una combinación de ambas donde las fechas de las menstruaciones se utilizaron si la discrepancia con las de la ultrasonografía, se hallaba dentro de los 7, 10 o 14 días, respectivamente. Se calculó, además, la exactitud de cada método para predecir la fecha real del parto. Las diferencias entre los métodos se evalúan con pruebas no paramétricas. Comparada con el empleo de algunas fechas de las menstruaciones, la datación ultrasonográfica produjo el 70 % de reducción en el número de embarazos considerados como pasados de término. El parto se produjo a los ± 7 días de la fecha prevista para éste en el 49,5 % de los casos, cuando se utilizaron solamente las fechas de las menstruaciones, y en el 55,2 % cuando se utilizó únicamente la ultrasonografía; durante ± 10 días, las cifras correspondientes fueron del 64,1 % y el 70,3 %. La datación efectuada sólo mediante un gammagrama específico resultó mucho más precisa en la predicción de la fecha real del parto que cualquier otro método de

datación que utilizó nada más que las fechas de las menstruaciones o en combinación con la ultrasonografía. Incluso, de considerarse como «seguras» las fechas de las menstruaciones, esto no reviste desventaja alguna en el cálculo de la fecha esperada del parto si existe un resultado de la datación ultrasonográfica. La datación mediante la biometría ultrasonográfica en la primera mitad del embarazo, ofrece una predicción más exacta de la fecha del parto que si se utilizan solamente los datos sobre las menstruaciones o en combinación con la ultrasonografía.

31 Morales Olivás FJ, Ferrer Casanova JM, Palop Larrea V, Rubio Gomis E, Carpi Lobatón R. Reacciones adversas a medicamentos en niños: seis años de experiencia del programa de notificación voluntaria en la Comunidad Valenciana. (Adverse drug reactions in children: six years of experience in a voluntary reporting drug surveillance program in Comunidad Valenciana, Spain.) *An Esp Pediatr* 1995;42:275-9.

Se analizaron las notificaciones (tarjetas amarillas) de reacciones adversas a medicamentos (RAM) sufridas por niños de menos de 15 años. Una vez codificadas y evaluadas las 763 tarjetas recibidas (14,7 % del total), éstas muestran que los órganos y sistemas más afectados son la piel, el aparato digestivo y el sistema nervioso. Los grupos farmacológicos implicados con más frecuencia son los antibióticos y las vacunas, seguidos de los analgésicos-antipiréticos. La tasa de notificación más elevada se da en los niños de menor edad, 0 a 4 años, y en contraste con lo observado en adultos, el número de notificaciones es mayor para los pacientes del sexo masculino. Se han comunicado algunas RAM previamente no descritas. El programa de la tarjeta amarilla permite recoger una gran variedad de RAM relacionadas en su mayoría con los medicamentos de más amplio uso en pediatría.

32 Moss M, Bucher D, Moore FA, Moore EE, Parsons PE. Influencia del abuso permanente del alcohol sobre el desarrollo del síndrome de trastornos respiratorios agudos en los adultos. (The role of chronic alcohol abuse in the development of acute respiratory distress syndrome in adults.) *JAMA* 1996;275(1):50-4.

Se determinó el efecto de los antecedentes de abuso permanente del alcohol sobre la incidencia del síndrome de trastorno respiratorio agudo (STRA) y sobre la mortalidad hospitalaria, mediante un estudio prospectivo de grupo, en el que participaron 351 pacientes atendidos en una unidad médica y de cuidados intensivos quirúrgicos; 1 de cada 7 diagnósticos alertaba sobre el riesgo de desarrollar la afección. Se valoraron el desarrollo del STRA y la mortalidad hospitalaria. De los 351 pacientes incluidos en el estudio, la incidencia del STRA en aquéllos con antecedentes de abuso de alcohol, fue mucho mayor que en los que no los presentaban (43 % y 22 %) ($p < 0,001$); riesgo relativo (RR) (1,98; 95 % de IC, 1,32 a 2,85). En los pacientes con sepsis, el STRA se desarrolló en el 52 % de los que tenían antecedentes de abuso de alcohol, en comparación con sólo el 20 % de los que no tenían dicha historia ($p < 0,001$; RR, 2,59; IC, 1,29 a

5,12). El 51 % (52/102) de los pacientes que desarrollaron el STRA fallecieron, en comparación con sólo el 14 % (35/249) de los que no lo presentaron ($p < 0,001$). En el subgrupo de pacientes que desarrollaron el STRA, el índice de mortalidad hospitalaria fue del 65 % en los que presentaban una historia anterior de abuso de alcohol. Este índice de mortalidad fue mucho mayor ($p = 0,003$) que el de los pacientes sin dichos antecedentes (36 %). Se concluye que una historia anterior de abuso del alcohol aumenta notablemente el riesgo de desarrollar el STRA en pacientes gravemente enfermos con un diagnóstico identificado como factor de riesgo. Los resultados presentados pueden ser útiles en la identificación temprana y más exacta de los pacientes con alto riesgo de desarrollar el STRA.

33 Newcomb PA, Storer PE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Willett WC. Interrupción del embarazo relacionada con el riesgo de desarrollar cáncer de mama. (Pregnancy termination in relation to risk of breast cancer.) JAMA 1996;275:283-7.

Se evaluó la asociación entre la interrupción del embarazo y el riesgo de desarrollar cáncer de mama, mediante un estudio de casos y controles con base demográfica en Wisconsin, Massachusetts, Maine y New Hampshire. El grupo de estudio se constituyó con mujeres menores de 75 años con un nuevo diagnóstico de cáncer de mama ($n = 6\ 898$), identificado en los registros estatales de tumores. El grupo control se formó con mujeres menores de 65 años ($n = 9\ 529$) seleccionadas al azar. Se valoró el riesgo que representan el aborto espontáneo o inducido en el desarrollo del cáncer de mama. Después de ajustar el grado de paridad, la edad al primer parto y otros factores de riesgo, la interrupción del embarazo (inducida o espontánea) se asoció con un riesgo relativo (RR) de cáncer de mama de 1,12 (95 % de IC, 1,04 a 1,21), en comparación con el riesgo entre las mujeres que nunca tuvieron una interrupción. Las interrupciones inducidas se asociaron con un RR de 1,23 (95 % de IC, 1,00 a 1,51), el cual fue algo mayor que el riesgo asociado con la interrupción espontánea (RR, 1,11; 95 % de IC, 1,02 a 1,20). La asociación con los abortos inducidos fue mayor para los realizados antes de su legalización en 1973 (RR, 1,35; 95 % de IC, 1,01 a 1,80) que los posteriores a ese año (RR, 1,12; 95 % de IC, 0,84 a 1,49), lo que indica un sesgo en el informe de este método. Se observó una escasa asociación positiva entre el aborto —sea inducido o espontáneo— y el riesgo de contraer cáncer de mama. El aumento en el riesgo de padecer un cáncer de mama fue algo mayor entre las mujeres con antecedentes de interrupciones inducidas. Sin embargo, esta asociación puede deberse a un sesgo al informarlo y no resultó muy diferente del riesgo por interrupciones espontáneas.

34 Padur JA, Rapoff MA, Houston BK, Barnard M, Danovsky M, Olson NY. Adaptación psicosocial y papel del estado funcional de los niños asmáticos. (Psychosocial adjustment and the role of functional status for children with asthma.) J Asthma 1995;32(5):345-53.

Se examinó la adaptación psicosocial de los niños asmáticos, en comparación con los que padecen de cáncer, diabéticos y niños sanos, así como el papel del estado funcional

en dicha adaptación. El grupo estaba compuesto por 100 niños (48 varones y 52 hembras) cuyas edades oscilaban entre los 8-16 años de edad (media = 11,5 años). Los niños asmáticos mostraron una mayor calificación en las medidas de adaptación afectiva (depresión y conducta de internalización), mucho menor en la autoestima y mayor deterioro funcional. Los niños con cáncer perdieron mucho más días de clases. Después de controlar el estado funcional, no se observaron diferencias significativas en la adaptación afectiva. Sólo en un número considerable de niños con cáncer las ausencias continuaron siendo elevadas.

35 Peat JK, Toelle BG, Gray EJ, Haby MM, Belousova E, Mellis CM, et al. Prevalencia y gravedad del asma infantil y sensibilidad alérgica en siete regiones climáticas del Nuevo Gales del Sur. (Prevalence and severity of childhood asthma and allergic sensitization in seven climatic regions of New South Wales.) *Med J Aust* 1995;163:22-6.

Se comparó la prevalencia y gravedad del asma y de la sensibilidad alérgica infantil en regiones diferentes. Se plantea que las regiones con diferentes índices de ingresos hospitalarios tienen una desigual prevalencia de asma infantil y que los diversos climas pueden producir una variación de la sensibilidad a diferentes alérgenos. Se estudiaron al azar grandes grupos demográficos de niños en 7 regiones de Nuevo Gales del Sur (NGS) entre 1991 y 1993. Los índices de hospitalización se obtuvieron de los datos existentes en el Departamento de Salud de NGS. Los grupos estaban compuestos por 6 394 niños de 8 a 11 años de edad. Se valoraron los antecedentes de los síntomas respiratorios mediante un cuestionario autoadministrado; la hipercapacidad de respuesta de las vías respiratorias mediante la prueba de inhalación de histamina y el nivel de sensibilidad a los alérgenos mediante la prueba de punción cutánea. En los niños de todas las regiones se manifestó una alta prevalencia de jadeo reciente (22-27), de asma diagnosticada (24-38) y de consumo de medicamentos antiasmáticos (22-30), pero ninguna región tuvo un mayor o menor predominio en todas las mediciones. La prevalencia de asma en los niños residentes en 3 regiones costeras (donde la sensibilidad a los ácaros es elevada) y en las áreas más distantes (donde la sensibilidad a la alternaria es alta) fue del 12-13 %, mucho mayor que la prevalencia del 7-10 % observada en los niños que viven en 3 regiones isleñas (donde la sensibilidad a estos alérgenos era inferior) ($p < 0,01$). Se observaron variaciones significativas en la prevalencia y gravedad del asma infantil en NGS. La prevalencia de las hospitalizaciones por asma diagnosticada, de síntomas recientes y de consumo de medicamentos pueden relacionarse con diferentes patrones diagnósticos regionales, mientras que la prevalencia del asma actual puede relacionarse con diferentes niveles de sensibilidad alérgica.

36 Peek MJ, Horvath JS, Child AG, Henderson Smart DJ, Peat B, Gillin A. Desenlace materno y neonatal de las pacientes clasificadas de acuerdo con la Declaración de Consenso de la Sociedad Australiana para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (SAEHE). (Maternal and neonatal outcome of patients classified according to the Australian Society for the Study of Hypertension in Pregnancy Consensus Statement.) *Med J Aust* 1995;162:186-9.

Se resumen las características maternas y neonatales de las pacientes remitidas a un hospital obstétrico de cuidados terciarios para el tratamiento de su hipertensión. Se valoró un total de 205 pacientes, ingresadas (por un plazo prolongado o sólo por un día) entre febrero 1993 y enero de 1994. Se hizo un estudio prospectivo en el cual se clasificaron las pacientes de acuerdo con la Declaración de Consenso de la Sociedad Australiana para el Estudio de la Hipertensión en el Embarazo (SAEHE). De las 205 pacientes, el 25 % no cumplió los requisitos que revelan la presencia de preeclampsia o de hipertensión crónica, el 33 % tenía preeclampsia leve, el 34 % preeclampsia severa y el resto presentaba hipertensión crónica. El tiempo de embarazo medio de las que padecían preeclampsia leve fue de 38,3 semanas y para las que tenían preeclampsia severa de 35,3 semanas. Para los grupos con afección leve y severa, respectivamente, el índice de parto electivo con presión arterial elevada fue del 56 % y del 53 %; con operación cesárea, del 17 % y el 61 % y con muerte prenatal, del 2 y el 4 %. En el grupo con afección severa, el 49 % tuvo problemas fetales y el 25 % requirió medicamentos antihipertensivos intravenosos. La naturaleza multisistémica de la preeclampsia dificulta la comparación de los programas terapéuticos. Es necesario comprobar progresivamente los desenlaces maternos y perinatales, así como las características de la enfermedad en las pacientes con hipertensión durante el embarazo, según la clasificación universal. El sistema de clasificación de la SAEHE identifica exitosamente a las pacientes que requieren un tratamiento e intervención más intensivos.

37 Pérez Sáez A, Euba López A, Cardenal Montero I, Fernández-Teijeiro Alvarez A, Astigarraga Aguirre I, Navajas Gutiérrez A. Tumores cerebrales supratentoriales infantiles: revisión casuística. (Supratentorial brain tumors in children: cases review.) *An Esp Pediatr* 1995;43:18-22.

Se recogen datos sobre la edad, sexo, localización, estudios de imagen, tratamiento y evolución de 39 niños (0 a 14 años) diagnosticados de tumor supratentorial entre noviembre de 1981 y septiembre de 1993. Fueron 15 varones y 24 mujeres. Edad media al diagnóstico de $6,8 \pm 3,9$ años (2 a 160 meses). Tipo de tumor: astrocitomas, 9 (23 %); gliomas, 6 (15 %); pineales, 7 (17,9 %); de los plexos coroideos, 4 (10,2 %); diencefálicos, 3 (7,7 %); craneofaringiomas, 3 (7,7 %); adenoma de la hipófisis, 1 (2,5 %); neuroectodérmico primitivo (PNET), 1 (2,5 %) y otros, 5 (12,8 %). Clínica de presentación: cefalea, 15; vómitos, 10; alteraciones visuales, 11; convulsiones, 10; déficits focales, 11; alteraciones neuroendodermas, 10; signos meníngeos, 7; macrocefalia, 6; alteraciones de la marcha, 5; alteraciones del nivel de la conciencia, 5; estrabismo, 4; exoftalmos, 3; alteraciones intelectuales, 2 y nistagmus, 1. Estudios de imagen: radiografía de cráneo en 16 niños, patológicas en 10 (alteraciones de la silla turca en 7; calcificaciones en 3 e impresiones digitiformes en 2). En 4 lactantes se realizó ecografía cerebral y en 2 se encontró masa e hidrocefalia. En la TAC realizada en 33 casos se encontró masa en 23 e hidrocefalia en 13, existiendo 3 tumores que no pudieron ser diagnosticados. De las 18 RM practicadas, el 100 % eran patológicas. Localización: 23 en la línea media y 14 en los hemisferios. Su tratamiento consistió en

cirugía en 14 niños, cirugía y radioterapia (Rt) en 12; no se pudo operar en 3 que recibieron Rt: un niño < 3 años recibió quimioterapia posquirúrgica. Se emplearon las 3 terapéuticas en los tumores de características más agresivas. En 29 niños el seguimiento fue de 3,8 años. Recayeron 6 niños. Fallecieron 6, 3 por progresión tumoral y 3 en el posoperatorio. De las secuelas observadas hay 6 déficits motores o sensoriales y 6 déficits endocrinos. Son necesarios más estudios longitudinales en estos tumores para detectar recaídas tardías, incluso en tumores considerados benignos.

38 Plouffe JF, Breiman RF, Flacklan RR. Bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae*: implicaciones terapéuticas y preventivas. (Bacteremia with *Streptococcus pneumoniae*: implications for therapy and prevention.) JAMA 1996;275(3):194-8.

Se determinó la incidencia y los índices de mortalidad de los pacientes con infecciones bacteriémicas por *Streptococcus pneumoniae* y se valoró la susceptibilidad antimicrobiana y serotípica de los aislados neumocócicos. Se hizo una comprobación perspectiva de los casos y se obtuvieron aislados de *S. pneumoniae* entre enero 1991 y abril 1994 en 10 hospitales de atención a adultos en el Condado de Franklin, Ohio, a un total de 590 pacientes en quienes se logró aislar *S. pneumoniae* de los hemocultivos. Los datos demográficos de los pacientes con bacteriemia neumocócica se obtuvieron mediante una revisión de las gráficas. Se realizaron pruebas de susceptibilidad antimicrobiana y de serotipificación neumocócica en 499 aislados bacteriémicos. Entre los residentes de este Condado, la incidencia anual de bacteriemia neumocócica fue mayor en los pacientes a partir de los 65 años de edad (83,0 por 100 000 habitantes), en comparación con los adultos más jóvenes (9,6 por 100 000 habitantes), proporción desigual (PD), 8,74; 95 % de IC, 7,19 a 10,62) y más común entre los afronorteamericanos que en los blancos (PD, 1,36; 95 % de IC, 1,06 a 1,75). El riesgo relativo de bacteriemia neumocócica entre las personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) superó en 41,8 veces (IC, 19,0 a 92,0) el de los residentes del condado de 18 a 64 años de edad. El índice general de mortalidad fue del 19 % y hubo una dependencia de la edad que alcanzó el 38 % en los pacientes de 65 años y más.

39 Rayl J, Gibson PJ, Hickok DE. Estudio de caso-control en una población con riesgo de presentar fetos en posición pelviana. (A population-based case-control study of risk factors for breech presentation.) Am J Obstet Gynecol 1996;174:28-32.

Se evaluó la relación entre la presentación de fetos en posición pelviana y las características del lactante, la madre y del embarazo de un solo feto. Se realizó un estudio de casos y controles con base demográfica (3 588 casos con fetos en posición pelviana y 8 133 testigos), con datos obtenidos entre 1987 y 1988, según las inscripciones de nacimiento en el Estado de Washington. El bajo peso al nacer, el poco tiempo de gestación y la edad algo avanzada de la madre, se asociaron con un mayor riesgo de partos con fetos en posición pelviana. Después de controlar estos factores, también los siguientes se relacionaron con esta anomalía: hidrocefalia, diabetes materna estable, malformación

congénita del niño, hábito de fumar durante el embarazo o cuidados prenatales tardíos o nulos. Las mujeres de la raza negra mostraron menor riesgo de parir fetos en posición pelviana que las blancas. Varias características maternoinfantiles parecen aumentar el riesgo de esta anomalía, lo que indica que pueden existir diversos mecanismos biológicos que den lugar a ella.

40 Salafia CM, Minior VK, Pezzullo JC, Popek EJ, Rosenkrantz TS, Vintzileos AM. Déficit del crecimiento intrauterino en partos efectuados antes de las 32 semanas de gestación: características patológicas asociadas a la placenta. (Intrauterine growth restriction in infants of less than thirty-two weeks' gestation: associated placental pathologic features.) Am J Obstet Gynecol 1995;173:1049-57.

Se describen las lesiones placentarias asociadas con el crecimiento fetal normal y anormal en partos efectuados por indicaciones obstétricas antes de las 32 semanas de gestación. Se realizó un estudio retrospectivo de las gráficas maternas y neonatales, así como de los tejidos de 420 niños nacidos normales (embarazos simples) con fechas exactas de la edad de la gestación. Se excluyeron los casos de diabetes materna, hipertensión crónica, hidropesía fetal, diagnóstico de infección viral congénita y placenta previa, tomando en cuenta 4 indicaciones fundamentales para el parto: preeclampsia, parto pretérmino, ruptura prematura de las membranas y *abruptio placentae* no hipertensiva. Sin conocer los datos clínicos, un patólogo registró la presencia y severidad de las lesiones placentarias. El peso al nacer y los percentiles de la talla se calcularon a partir de los nomogramas publicados. Se consideró la existencia de un crecimiento intrauterino retardado asimétrico ($n = 32$) cuando el peso al nacer fue inferior al percentil 10 y la talla superior al percentil 10 y de un crecimiento intrauterino retardado simétrico ($n = 48$) cuando ambos, el peso y la talla, fueron inferiores al percentil 10 para la edad gestacional. Se desarrolló un «índice de déficit del crecimiento» para expresar la proporcionalidad de éste en cuanto a la talla y el peso. Las tablas de contingencia, pruebas de variación y de regresión lineal múltiple, definieron la significación de $p < 0,05$ (con correcciones para comparaciones múltiples). Los casos con crecimiento intrauterino retardado tuvieron una proporción mayor de lesiones de insuficiencia uteroplacentaria ($p < 0,001$) o villositis crónica ($p < 0,02$) que los niños con un crecimiento apropiado nacidos pretérmino. Los niños con crecimiento intrauterino retardado asimétrico fueron más propensos a presentar lesiones que los nacidos con el crecimiento normal para la edad de la gestación. Cuatro análisis de regresión lineal múltiple emplearon el índice de déficit del crecimiento como resultado y las lesiones histológicas que tenían relaciones significativas con el crecimiento fetal como indicadores independientes en los análisis univariados. En general, la necrosis fibrinoide uteroplacentaria, los eritrocitos nucleados circulantes, las vellosidades vasculares terminales y el infarto vellosa, fueron indicadores independientes importantes del crecimiento fetal (R^2 ajustado = 0,312). Con la adición de la preeclampsia como variable, la fibrosis vellosa, las vellosidades avasculares, el infarto y la preeclampsia fueron indicadores independientes del crecimiento fetal (R^2 ajustado = 0,341). En los 65 casos de preeclampsia, la lesión no histológica fue un indicador independiente del crecimiento fetal, mientras que en los casos sin preeclampsia, la fibrosis vellosa y las vellosidades avasculares sí constituyeron

indicadores independientes de dicho crecimiento (R^2 ajustado = 0,075). En los niños normales nacidos pretérmino, el crecimiento intrauterino retardado es comúnmente más simétrico y está asociado principalmente con la abundancia y la severidad de las lesiones que provocan anomalías en la circulación uteroplacentaria o fetoplacentaria. El índice de déficit del crecimiento puede contribuir al estudio del rango biológico del crecimiento fetal. La relación estadística de la mayoría de las lesiones placentarias con el crecimiento intrauterino retardado depende de la presencia o ausencia de una preeclampsia.

41 Sinai LN, Kim SC, Casey R, Pinto-Martin JA. Investigación de la fenilcetonuria: efecto del alta hospitalaria temprana en el recién nacido. (Phenylketonuria screening: effect of early newborn discharge.) *Pediatrics* 1995;96(4):605-8.

Se determinó el porcentaje de recién nacidos a término dados de alta a las 24 horas de vida, así como las acciones que llevan a cabo los médicos y las instituciones para evitar resultados falsos negativos en las investigaciones de la fenilcetonuria en estos niños. En el estudio de tipo cruzado descriptivo participaron 140 salas de recién nacidos a término y 157 pediatras. Se utilizaron técnicas estratificadas de muestreo para la valoración de las salas de recién nacidos, a partir de la guía de la Asociación Norteamericana de Hospitales de 1992, para lograr una representación equitativa de cada región del país. Los pediatras fueron sistemáticamente seleccionados de una lista nacional de especialistas, suministrada por los laboratorios Ross, para lograr un muestreo parejo de cada estado. Los índices de respuesta fueron del 95 % (n = 133) para las salas de recién nacidos a término y del 83 % (n = 131) para los pediatras. El 24 % de los recién nacidos sanos es dado de alta a las 24 horas de vida. El 93 % de las salas de recién nacidos investiga a todos los lactantes en busca de fenilcetonuria falso-negativa (FCFN) antes del alta. En los estados donde no existen disposiciones legales que regulen la investigación, sólo el 48 % de las instituciones que dan de alta a la mayoría de sus lactantes (> 50 %) a las 24 horas de nacidos repiten la investigación. Además, en los estados sin regulaciones en cuanto a la repetición de la investigación, el 64 % de los pediatras sí lo hacen. La repetición de la investigación se realiza a los niños entre las 72 horas y las 4 semanas de vida. La determinación acerca de los que deben ser reinvestigados varía según el médico; algunos vuelven a investigar a todos los niños, mientras que otros sólo lo hacen a los que se les da un alta hospitalaria temprana. Más de la mitad de los pediatras, aunque ejerzan en un estado que exige la investigación repetida de la FCFN, solicitan estar familiarizados con las recomendaciones de la Academia Norteamericana de Pediatría, en relación con la investigación de la FCFN de los niños dados de alta a las 24 horas de vida. El 24 % de los recién nacidos a término en los Estados Unidos son dados de alta a las 24 horas de vida. La mayoría de los hospitales investiga a todos los niños en busca de una FCFN antes del alta, sin tener en cuenta su edad. En la mayoría de los estados no se regula la repetición de esta investigación; las políticas de reinvestigación entre los pediatras y las instituciones en estos estados varía considerablemente. Un número significativo de niños no sometidos a una nueva investigación, por consiguiente, se hallan en una situación de riesgo tardío o erróneo en lo que se refiere al diagnóstico de la fenilcetonuria, debido a la insensibilidad de las pruebas iniciales. Resulta insuficiente la preocupación de los pediatras acerca de la

necesidad de repetir las investigaciones de la FCFN en los niños que son dados de alta a las 24 horas de nacidos.

42 Slattery ML, Mori M, Gao R, Kerber RA. Historia familiar de cáncer de colon: impacto con posterioridad a su diagnóstico sobre el desarrollo de tumores primarios múltiples. (Impact of family history of colon cancer on the development of multiple primaries tumors after diagnosis of colon cancer.) *Dis Colon Rectum* 1995;38:1053-8.

Se valoró el riesgo de desarrollar tumores primarios múltiples, después de diagnosticada la ocurrencia de cáncer del colon y se determinó el impacto de una historia familiar de cáncer sobre el riesgo de contraerlo. Las fuentes de información utilizadas al efecto fueron el Registro del Cáncer y la base de datos demográficos de Utah. En un grupo de 2 236 pacientes con cáncer de colon primario, se observó una tendencia a desarrollar fases más severas de la enfermedad, no sólo en el colon, sino también en el recto y en el páncreas. Las proporciones generalizadas de la incidencia fueron de 2,77 (95 % de IC, 2,07-3,70), 2,26 (95 % de IC, 1,34-3,81) y 2,38 (95 % de IC, 3,2-4,30), respectivamente. El hecho de tener una historia familiar de cáncer de colon o rectal, no influye significativamente en el riesgo de que se produzcan tumores múltiples, aunque sí en el de que aumente el de contraer cáncer pancreático (proporción del índice de peligro, 1,99, 95 % IC, 0,67-5,90) y de vejiga (proporción del índice de peligro, 2,35; 95 % de IC, 0,77-7,18) entre los pacientes con una historia familiar de cáncer rectal. También se observó que el riesgo de contraer cáncer uterino entre las integrantes del grupo estaba en relación directa con los antecedentes familiares de la enfermedad. Igual asociación se detectó en la historia familiar de cáncer de mama y de próstata. Se concluye que las personas con cáncer del colon presentan un gran riesgo de desarrollar cáncer rectal y posiblemente pancreático. Aunque una historia de cáncer del colon o rectal no tuvo mucho impacto sobre el desarrollo de otros tipos de cáncer, la historia familiar de otros cánceres primarios sí influyó en el riesgo de contraer otros cánceres.

43 Solymoss BCh, Marcil M, Chaour M, Gilfix BM, Poitras AM, Campeau L. Hiperinsulinismo en ayunas: síndrome de resistencia a la insulina y coronariopatías en hombres y mujeres. (Fasting hyperinsulinism, insulin resistance syndrome, and coronary artery disease in men and women.) *Am J Cardiol* 1995;76:1152-6.

Un amplio segmento de la población desarrolla una resistencia a la insulina con el tiempo y el síndrome metabólico consiguiente es una de las causas más frecuentes de la aterosclerosis. En la búsqueda de un indicador práctico de la resistencia a la insulina, se estudiaron las correlaciones entre el nivel sérico de insulina en ayunas, las manifestaciones generales del síndrome de resistencia a la insulina y varios aspectos de proporciones de la apolipoproteína A-1/B). Se comprobó, además, una mayor prevalencia de la hipertensión, la diabetes mellitus y de la hiperlipidemia tipo IV. En el cuarto cuartil, muchas más mujeres que en el primero mostraban una estenosis significativa,

comprobada mediante angiografías de las arterias coronarias ($p = 0,0016$, proporciones desiguales de 2,9; 95 % de IC, 1,5 a 5,6) y un infarto del miocardio anterior ($p = 0,0297$, proporciones desiguales 6,1; 95 % de IC, 1,1 a 4,1). Tanto en el primero como en el cuarto cuartil, los hombres mostraban un perfil de lípidos más deteriorado y una mayor prevalencia de estenosis significativa de las arterias coronarias y/o infarto del miocardio anterior que las mujeres; en los hombres hubo tendencia hacia una menor prevalencia del consumo de alcohol ($p = 0,0503$), una mayor prevalencia de gota ($p = 0,0634$), un infarto del miocardio anterior ($p = 0,0791$), tanto en el cuarto como en el primer cuartil. La identificación temprana de la hiperinsulinemia en ayunas debe indicar la necesidad de tomar medidas para disminuir los niveles de insulina, aliviar o prevenir la dislipidemia asociada a la resistencia a la insulina, la hipertensión, diabetes mellitus tipo II y la coronariopatía resultante.

44 Sperber K, Ibrahim H, Hoffman B, Eisenmesser B, Hsu H, Corn B. Efectividad de una clínica especializada en asma en la reducción de la morbilidad en un grupo minoritario de una ciudad satélite. (Effectiveness of a specialized asthma clinic in reducing asthma morbidity in a inner-city minority population.) *J Asthma* 1995;32(5):335-43.

El asma es la enfermedad crónica más común en la niñez y una de las causas principales de morbilidad en los adultos. A pesar de los importantes avances terapéuticos, la morbilidad y mortalidad por asma han aumentado en forma sorprendente en las dos últimas décadas, especialmente en las poblaciones minoritarias y que viven en condiciones desfavorables. Se han establecido muchos programas de intervención para reducir la morbilidad del asma, pero pocos han tenido como objetivo a los grupos minoritarios. Se valoró si un programa de intervención ambulatorio consideró específicamente un grupo numeroso de una minoría étnica en el Este de Harlem, Nueva York, y si fue exitoso en la reducción de la morbilidad del asma. Se hizo una revisión retrospectiva de las tablas existentes en 84 historias clínicas. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, uno de intervención ($n = 45$), que fue seguido por un especialista en asma (alergista/inmunólogo) y un grupo de no intervención, seguido por un internista general o un pediatra. Se determinaron las variables del resultado, que incluyen las visitas a la clínica, las visitas al cuerpo de guardia y las hospitalizaciones y se compararon los períodos de pre y posintervención en ambos grupos. Los pacientes del grupo de intervención tuvieron una reducción en las visitas ambulatorias totales (73 vs. 27, $p < 0,001$), las visitas al cuerpo de guardia (30 vs. 5, $p < 0,001$) y las hospitalizaciones (16 vs. 2, $p < 0,001$). Por el contrario, los integrantes del grupo de no intervención no tuvieron cambio alguno en las visitas ambulatorias totales (88 vs. 72), aunque sí incrementaron las visitas de urgencia (7 vs. 22, $p < 0,05$), y ningún cambio en las hospitalizaciones (5 vs. 2), respectivamente. El programa de intervención ambulatoria resultó exitoso en la reducción de la morbilidad del asma en el grupo comunitario de alto riesgo del Este de Harlem. Deben realizarse estudios futuros más extensos que permitan aplicar programas pilotos como éste a otros grupos minoritarios de alto riesgo.

45 Stover AM, Marnejon JG. Cuidado posparto. (Postpartum care.) *Am Fam Physician* 1995;52(5):1465-72.

Los médicos de la familia cumplen una importante función en lo que se refiere a la ayuda que pueden brindar a las nuevas madres y a sus familias para adaptarse a los cambios que se producen durante el período posparto. Las estancias hospitalarias de las recién paridas son cada vez más reducidas, de modo que anticiparse a las preocupaciones que puedan surgir es importante. Las instrucciones acerca del cuidado del perineo y las mamas, de la posibilidad de que se presente una depresión posparto, de la reanudación del contacto sexual, los medios anticonceptivos, la dieta y los ejercicios, resultan apropiadas para enfrentar dicho período. La madre también puede beneficiarse con las discusiones acerca de cómo obtener una ayuda práctica en el hogar. Los posibles problemas biomédicos que pueden surgir durante este período incluyen la mastitis, la hemorragia uterina tardía, la endometritis tardía, la tiroiditis y la incontinencia. Una lista de preguntas prácticas dirigidas a la madre puede ayudar al médico a identificar cualquier aspecto o problema que requiera atención.

46 Teli MR, Day CHP, Burt AD, Bennett MK, James OFW. Determinantes de la progresión hacia la cirrosis o fibrosis en el hígado graso alcohólico puro. (Determinants of progression to cirrhosis or fibrosis in pure alcoholic fatty liver.) *Lancet* 1995;346:987-90.

Está bastante generalizado el criterio de que el hígado graso alcohólico «puro», es «benigno», y que, en tal caso, es muy bajo el riesgo de progresión hacia la cirrosis. Los estudios realizados hasta ahora, han considerado pacientes con lesiones precursoras reconocidas coexistentes con la cirrosis, o bien se han limitado a un seguimiento histológico a corto plazo. Se realizó seguimiento a 88 pacientes observados por primera vez entre 1978 y 1985, con un diagnóstico histológico de hígado graso alcohólico puro sin evidencia de fibrosis o hepatitis alcohólica, durante un promedio de 10,5 años, para determinar algún factor predictivo de la progresión de la enfermedad. Se comprobó que 9 pacientes habían desarrollado cirrosis y otros 7 fibrosis. Ocho de los pacientes con cirrosis continuaron consumiendo alcohol a razón de más de 40 unidades por semana durante el período de seguimiento; en los otros pacientes se desconoció el nivel de consumo. Los indicadores histológicos independientes de la progresión en la biopsia fueron la presencia de grasa macro-microvesicular mixta y de mitocondrias gigantes. No se puede seguir considerando el hígado graso alcohólico como una entidad benigna. Los indicadores histológicos antes mencionados demuestran el alto riesgo que implica el consumo elevado y continuado de alcohol (47-61 % de posibilidad de progresión de la enfermedad). Por lo tanto, los pacientes que presentan estas características deben ser convenientemente aconsejados en relación con lo dañino que resulta para ellos dicho hábito.

47 Tilles SA, Nelson HS. Beta-agonistas inhalados de larga duración. (Long-acting inhaled beta-agonists.) J Asthma 1995;32(6):397-404.

El desarrollo de los beta-agonistas inhalados de larga duración ha producido una nueva modalidad de tratamiento medicamentoso del asma que combina la eficacia inigualable de los agentes beta₂ selectivos inhalados con la prolongada duración de la acción de los broncodilatadores. En este caso se trata de dos agentes, el salmeterol y el formoterol. El primero se introdujo en los Estados Unidos en abril de 1994, después de varios años de aplicación en Europa y ha tenido muy buena aceptación, tanto por los pacientes como por los médicos. Sin embargo, con los beta-agonistas de corta duración, persiste la preocupación en cuanto a su inocuidad. Por su parte, el formoterol espera la autorización de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos, aunque comparte muchos atributos con el salmeterol. En esta revisión se resume la historia del empleo de los beta-agonistas en el asma, se abordan la farmacología y el mecanismo de acción del salmeterol y el formoterol y se discuten la eficacia y los efectos adversos de estos agentes.

48 Verdon ME. Manifestaciones clínicas comunes de los trastornos respiratorios ocupacionales. (Common clinical presentation of occupational respiratory disorders.) Am Fam Physician 1995;52(3):939-46.

Los trastornos pulmonares ocupacionales pueden tener semejanza con enfermedades respiratorias. La irritación respiratoria superior recurrente, la bronquitis, los síndromes semejantes a la gripe, el asma en el adulto y la neumopatía intersticial, pueden tener su origen en el polvo, los gases y el humo. El diagnóstico de un trastorno respiratorio relacionado con el trabajo requiere un alto índice de sospecha y una historia ocupacional completa. El examen médico puede ser más extenso que el de la neumopatía no ocupacional, debido a que generalmente hay que identificar al agente patógeno y considerar otros aspectos secundarios como la incapacidad, la compensación y el pronóstico. El tratamiento debe incluir medidas para disminuir o eliminar una exposición al agente patógeno.

49 Vincent CH, Lewith G. El control placebo en los estudios de acupuntura. (Placebo controls for acupuncture studies.) J R Soc Med 1995;88:199-202.

Muchos estudios sobre el tratamiento con acupuntura son obstaculizados por problemas metodológicos. Un diseño deficiente, la medición y el análisis estadístico inadecuados, la falta de datos acerca del seguimiento y el tratamiento subestándar también son muy comunes. Sin embargo, el problema principal que muchos investigadores consideran no solucionado es la definición de un apropiado control placebo, cuyo empleo

inadecuado ha entorpecido la investigación con acupuntura y originado serias interpretaciones erróneas de los resultados de los ensayos clínicos. Aunque se han propuesto diversas soluciones, no existe un consenso en cuanto a la forma de valorar la idoneidad de las condiciones que se requieren para determinar el placebo a emplear en un ensayo dado. Se plantea que la valoración de la credibilidad de los tratamientos y de las condiciones requeridas para el control, pueden hacer posible un enfoque más riguroso y de mayor consenso en tal sentido.

50 Vutyavanich T, Wongtra-Ngan S, Ruangeri R. Aplicación de piridoxina en los casos de náuseas y vómitos durante el embarazo: ensayo aleatorio a doble ciego y controlado con placebo. (Pyridoxine for nausea and vomitin of pregnancy: a randomized double-blind, placebo-controlled trial.) *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:881-4.

Se determinó la efectividad de la piridoxina para las náuseas y vómitos en el embarazo. Durante un período de 11 meses, 342 mujeres que asistieron a la clínica prenatal del Hospital de la Universidad Chiang Mai, con 17 o menos semanas de embarazo, recibieron hidrocloreuro de piridoxina oral, 30 mg/día, o placebo a doble ciego. Las pacientes calificaron la severidad de sus náuseas mediante una escala análoga visual y registraron el número de episodios de vómitos durante las 24 horas anteriores al tratamiento y, de nuevo, durante los 5 días consecutivos a éste. Hubo una disminución significativa en la media de las puntuaciones basales de las náuseas postterapia en el grupo de piridoxina, comparado con lo observado en el grupo placebo (prueba *t*, $p = 0,0008$). Hubo además una reducción mayor en el número promedio de episodios de vómitos, pero la diferencia no alcanzó importancia estadística ($p = 0,0552$). Se concluye que la piridoxina es efectiva para aliviar las náuseas a comienzos del embarazo.

51 Weeks JW, Pitman T, Spinnato JA. Macrosomía fetal: ¿puede la predicción prenatal afectar el curso y el desenlace del parto? (Fetal macrosomia: does antenatal prediction affect delivery route and birth outcome?) *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1215-9.

Se determinó si la predicción ultrasonográfica clínica de la macrosomía fetal, influye en el curso y el desenlace del parto, en un medio donde el trastorno no constituye un indicador de la necesidad de aplicar la operación cesárea. Se analizaron las historias clínicas de 504 mujeres que parieron niños con pesos ≥ 4200 g entre octubre de 1989 y marzo de 1994. Se hicieron comparaciones estadísticas entre las pacientes a las que se les predijo macrosomía fetal antes del parto ($n = 102$) y aquéllas a las que no se les predijo ($n = 402$). El parto por cesárea, la distocia de hombro y el traumatismo congénito fueron las variables de más interés. Se realizó la operación cesárea en el 52 % de los

partos en el grupo con «predicción» y en el 30 % del grupo «sin predicción» ($p < 0,01$). El mayor índice de operación cesárea en el grupo con predicción pareció estar relacionado con una creciente incidencia de partos inducidos (42,5 % por 26,6 %, $p = 0,005$) y una proporción mayor de inducciones fallidas. La proporción de gestantes a las que se les practicó la operación cesárea sin un intento de trabajo de parto fue similar en ambos grupos (14,7 % vs. 10,2 %, $p = 0,21$). No hubo diferencias significativas en la incidencia de la distocia de hombro o en la aparición de traumatismos congénitos. La predicción prenatal de la macrosomía fetal se asocia con un marcado aumento de partos por cesárea, sin que se observe una reducción significativa en la incidencia de distocia de hombro o daño fetal. La ultrasonografía y la inducción del parto no deben llevarse a cabo en las pacientes con riesgo de macrosomía fetal.

52 Weisberg E, Fraser IS, Carrick SE, Wilde FM. Contracepción de urgencia: conocimiento, actitudes y experiencia práctica del médico general en Nuevo Gales del Sur. (Emergency contraception. General practitioner knowledge, attitudes and practices in New South Wales.) *Med J Aust* 1995;162:136-8.

Se valoraron el conocimiento, las actitudes y la experiencia de los médicos generales en Nuevo Gales del Sur, en cuanto a la práctica de la contracepción de urgencia. Se hizo una comparación grupal aleatoria entre 100 médicos generales que ejercen en zonas rurales y otros 100 de zonas urbanas. Ochenta y cuatro médicos rurales y 76 urbanos respondieron un cuestionario. Los MG rurales (95 %) conocían más acerca de la contracepción de urgencia que los urbanos (78 %) y las mujeres la conocían más que los hombres. Los MG urbanos (26 %) prescribían con más frecuencia la contracepción de urgencia que los rurales (6 %) y las mujeres médicos (22 %) la indicaban más que los médicos hombres (12 %). Hubo una gran variación en el régimen de prescripción, especialmente entre los MG rurales. El 25 % de los MG urbanos y el 31 % de los rurales no ofrecían información previa a las mujeres acerca de la contracepción de urgencia; mientras que el 61 % de ambos grupos incluía dicha información en cualquier discusión relativa a las opciones anticonceptivas y el 18 % sólo la brindaba si la mujer la solicitaba. Más del 60 % de los MG debían proporcionar información acerca de la contracepción de urgencia como respaldo al uso de métodos de barrera.

53 Zabin LS, Emerson MR, Ringers PA, Sedivy V. Adolescentes con resultados negativos en pruebas de embarazo. (Adolescents with negative pregnancy test results.) *JAMA* 1996;275(2):113-7.

Para estimar a nivel nacional el porcentaje de mujeres jóvenes con resultados negativos en sus pruebas de embarazo antes de quedar embarazadas, se investigó su fecundidad y se comprobaron las historias clínicas. También se estimó la posibilidad de una

intervención al momento de un resultado negativo en las pruebas. Se efectuó un estudio cruzado en el cual, a las mujeres jóvenes que asistían a la clínica para pruebas de embarazo, se les pidió que llenaran un cuestionario autoadministrado antes de conocer los resultados de dichas pruebas en relación con pruebas anteriores de este tipo, número de embarazos, antecedentes sexuales y de uso de anticonceptivos, así como actitudes hacia la crianza. Este estudio se realizó en 22 clínicas, incluyendo hospitales, departamentos de salud, de planificación familiar e instalaciones independientes. Participaron 2 926 pacientes de 17 o menos años de edad, quienes en su presentación solicitaron pruebas de embarazo. Entre las mujeres jóvenes que nunca habían concebido, el 34,2 % tuvo un resultado negativo en una prueba anterior de este tipo y el 24,4 % lo obtuvo en una clínica. Aproximadamente 3 de cada 5 adolescentes con y sin antecedentes de embarazo tuvieron un resultado negativo en la prueba en una clínica antes de salir embarazadas. A los 14 años de edad, la probabilidad de un resultado negativo en la prueba fue mucho mayor que la de una prueba positiva. Muchas se presentaron a la prueba aun conociendo con bastante seguridad que no estaban embarazadas. Las adolescentes con un resultado negativo en esta prueba pueden constituir un grupo-objetivo para la intervención. Una cuarta parte de las adolescentes con una prueba negativa de embarazo pueden identificarse mediante el sistema de atención a la salud, y así evitar un embarazo temprano.

Revisiones

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS

El artículo de revisión

*Manuel Cué Brugueras,¹ Guillermo Díaz Alonso,² Ana Gloria Díaz Martínez³
y Manuela de la C. Valdés Abreu⁴*

Resumen

Se destaca la importancia y el papel de los artículos de revisión en el desarrollo científico. Se define qué es un artículo de revisión, sus funciones, tipos y etapas principales para su preparación, algunas de las cuales se detallan. Se hace énfasis en la redacción del artículo, su estructura y los aspectos que se tienen en cuenta para valorar su calidad. Se aborda el metaanálisis como un nuevo proceso de revisión estadística que exige cumplir con una serie de requisitos para su realización. En las conclusiones se incluyen varias recomendaciones para la redacción exitosa de artículos de revisión.

La UNESCO define el artículo científico como uno de los métodos inherentes al trabajo de la ciencia, cuya finalidad esencial es la de comunicar los resultados de investigaciones, ideas y debates de una manera clara, concisa y fidedigna. Al mismo tiempo, dicha organización considera los estudios recapitulativos como investigaciones realizadas sobre un tema determinado, en las que se reúnen, analizan y discuten informaciones ya publicadas, por lo que se pueden clasificar, a veces, como publicaciones secundarias o terciarias.¹

Sin embargo, algunos autores estiman que el artículo de revisión es una forma de investigación o trabajo original que

se realiza en una biblioteca y no en un laboratorio o unidad asistencial, y cuya diferencia fundamental será el tipo de información y la unidad de análisis y no los principios científicos que se aplican.^{2,3}

Las revisiones de la literatura en forma de artículos de revisión son de suma importancia hoy día, debido al incremento del número de las publicaciones científicas, lo que impide a los investigadores y especialistas poder leer toda la información publicada por razones de accesibilidad a las numerosas revistas, la falta de tiempo y su excesivo costo. Por ello, las revisiones son una solución que tienen los profesionales para mantenerse actualizados acerca de los úl-

¹ Licenciado en Ciencias Farmacéuticas. Departamento de Servicios Especiales de Información (DSEI).

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. DSEI.

³ Licenciada en Bioquímica. DSEI.

⁴ Licenciada en Información Científico Técnica y Bibliotecología. DSEI.

timos conocimientos y tendencias sobre una determinada materia.³ En este sentido, algunos autores señalan que cada cierta cantidad de artículos se necesita una revisión para consolidar la información existente y dar una respuesta clara y actualizada sobre un tema.⁴

En nuestras condiciones económicas actuales, los artículos de revisión revisten una gran importancia, debido a la presente escasez de recursos para poder comprar y distribuir en todo el país las publicaciones extranjeras que necesitan nuestros especialistas.

Sin embargo, muchas revisiones son subjetivas, científicamente dudosas e ineficientes y, por otra parte, algunos autores potenciales de artículos de revisión consideran que éstos tienen menos méritos que los trabajos de investigación originales, a pesar del tiempo que puede llevar su preparación y de que contengan información original o no.^{5,6}

Con este trabajo se pretende definir qué es un artículo de revisión, sus funciones, tipos, etapas de su proceso de elaboración y criterios para valorar su calidad. Además, que sirva de motivación a los autores nacionales para preparar este tipo de artículo científico y tengan en cuenta las recomendaciones que aquí se hacen para mejorar su calidad.

Para la elaboración de este artículo se revisaron los últimos 15 años de las bases de datos MEDLINE y Library of Information Service Abstracts, así como los artículos más pertinentes y los catálogos de libros y folletos de la Biblioteca Médica Nacional, Biblioteca Nacional de Ciencia y Técnica y la Biblioteca de la Oficina Regional de la UNESCO en Cuba.

Funciones de los artículos de revisión

Según Guardiola⁴ y Saracevik y Wood,⁷ los artículos de revisión cumplen

las siguientes funciones en el desarrollo de la ciencia y la técnica:

- Compactar y sintetizar los conocimientos fragmentados.
- Actualizar e informar sobre el estado de un tema.
- Transmitir nuevos conocimientos.
- Informar y evaluar la literatura publicada.
- Comparar la información de diferentes fuentes.
- Sustituir los documentos primarios.
- Conocer la tendencia de las investigaciones.
- Identificar las especialidades que van surgiendo.
- Detectar nuevas líneas de investigación.
- Sugerir ideas sobre trabajos futuros.
- Contribuir a la docencia.

Características de los artículos de revisión

El artículo de revisión es un estudio bibliográfico en el que se recopila, analiza, sintetiza y discute la información publicada sobre un tema, que puede incluir un examen crítico del estado de los conocimientos reportados en la literatura.⁶

Diversos autores han clasificado los artículos de revisión según diferentes puntos de vista. Woodward los divide en críticos, evaluativos, interpretativos, especulativos, de puesta al día, docentes, históricos y populares.⁶ Mantenerlo hace en función de su longitud, tema, contenido, período estudiado, cobertura de las fuentes de información utilizadas y del público lector esperado.⁴ Saracevik y Wood consideran las revisiones como un genérico que abarca un grupo de produc-

tos relacionados, entre los cuales sobresalen los reportes del estado actual sobre una materia y los *handbooks*. Mientras que Squires, más dirigido hacia las revisiones clínicas, los clasifica en artículo de evaluación, artículo descriptivo, bibliografía comentada y revisión «a propósito de un caso», pero sólo considera como verdaderos artículos de revisión al primero y segundo tipos.²

El metaanálisis es una nueva variante de revisión que surge en 1976, y que por sus características muy particulares se aborda más adelante.

Los artículos de revisión se han ido haciendo cada vez más frecuentes en la literatura científica, lo cual se puede apreciar en las bases de datos de los sistemas referativos, como el Chemical Abstracts, en el que representan el 10 %, aproximadamente, de los artículos procesados (40 000 de 385 000) o MEDLINE, donde representan el 11 % (23 000 de 200 000).^{8,9}

No obstante, muchas revisiones no se consideran como tales, entre ellas las que se publican como capítulos de libros o *proceedings* de congresos, además de que muchos artículos originales incluyen revisiones de trabajos anteriores en alguna de sus partes.⁶

En los próximos años, se supone que se incrementa el papel de los artículos de revisión como consolidadores y divulgadores de los avances científicos y técnicos, sobre todo en la medida en que los lectores y los propios autores consideren las revisiones como investigaciones originales.¹⁰

Resulta obvio que los artículos de revisión preferidos por los usuarios son aquellos que fueron escritos por especialistas de reconocida trayectoria en el tema, sobre todo cuando éstos se emplean como orientación para nuevos trabajos. Sin embargo, para ser considera-

do un autor competente de artículos de revisión, no sólo se necesita experiencia teórica y práctica en dicho tema, sino, también, conocer los métodos más eficientes de búsqueda y recuperación de la información y ser capaz de conseguir una buena redacción técnica que le permita hacer llegar a los lectores los conocimientos que quiere transmitir.¹¹

Estos últimos aspectos, más el hecho de la falta de tiempo que afecta a la mayor parte de los especialistas de renombre, hacen que hoy día muchas revisiones no las lleven a cabo los profesionales de mayor experiencia, sino quienes buscan nuevas líneas de investigación o están más cerca de las necesidades informativas de sus colegas o usuarios. Esto ha motivado a los especialistas en información científica y técnica, y a otros profesionales que trabajan en la actividad científico-informativa, a desarrollar la labor de redactores de artículos de revisión, junto con otras formas de información consolidada.

En este sentido, y utilizando la clasificación de Squires ya mencionada,² nos inclinamos porque los artículos de revisión evaluativos sean confeccionados por especialistas de reconocido prestigio en la temática en cuestión, mientras que los descriptivos y las bibliografías comentadas las elaboren aquellos que tengan menos experiencia en la materia o profesionales de la información u otras ramas que se hayan capacitado en la búsqueda, recuperación, análisis y síntesis de información, los cuales pueden contar o no con asesoría para la realización del trabajo; pero éstos sí deben garantizar su revisión integral por personal especializado antes de entregarlos para su publicación.

Etapas en la preparación de un artículo de revisión

Escribir un artículo de revisión requiere efectuar una exploración amplia y crítica, un análisis y evaluación imparciales y una síntesis inteligente.³

En la redacción de un artículo de revisión es posible desarrollar diferentes secuencias narrativas, pues se crea un nuevo documento, al unir partes de diversas fuentes en un texto que no será igual al desarrollado previamente por el mismo autor o por otros autores, debido al proceso de creación, que incluye la selección y ordenamiento de ideas y documentos, el reconocimiento de un patrón de correlación, la selección del vocabulario representativo del tema y la expresión de la relación de ideas. No obstante, el cumplimiento de algunas etapas principales en la elaboración de un artículo de revisión incide en su desarrollo y redacción, así como en su calidad final.^{4, 7, 12}

Las etapas principales en la preparación de un artículo de revisión son las siguientes:

- Definición correcta del tema.
- Elaboración de un plan de trabajo.
- Búsqueda bibliográfica.
- Selección y acceso a los documentos.
- Enriquecimiento de la documentación mediante intercambios personales.
- Análisis de los documentos.
- Síntesis de la información.
- Redacción del artículo de revisión.

De estas ocho etapas, nos detendremos en la búsqueda bibliográfica, el análisis y síntesis del contenido de los documentos y la redacción del artículo de revisión.

Métodos de búsqueda bibliográfica

La búsqueda bibliográfica debe ser exhaustiva, para que el autor se acerque lo más posible al total de la literatura publicada sobre el tema o por lo menos a la más reciente, aunque esta totalidad sea en la práctica inalcanzable. Para ello se deben definir previamente la vía (manual o automatizada), los descriptores o palabras clave, los años de la búsqueda, los idiomas (si se va a descartar algunos), así como los lugares donde se localizará la información.^{4, 13}

La estrategia ideal para la búsqueda de información consiste en efectuar:

- La búsqueda automatizada en bases de datos: CD-ROM, diskettes, en línea o por correo electrónico (MEDLINE, EMBASE, Current Contents, y otras).
- La revisión manual de índices referativos impresos (Index Medicus, Excerpta Médica y otros).
- La revisión de revistas que normalmente publican artículos sobre la especialidad del tema en cuestión y de otras fuentes bibliográficas impresas, como libros y folletos.
- La identificación de los autores más destacados en el tema mediante el Science Citation Index.
- El estudio de las referencias localización de las más relevantes.
- El intercambio con especialistas que trabajan en el tema.

Análisis de los documentos

Análisis. Es el proceso mediante el cual se determina y extrae la información más sobresaliente contenida en una fuente de información dada, la que se separa en sus elementos constituyen-

tes sobre la base de una organización determinada.^{7,12}

El análisis consta de las siguientes etapas:

- Familiarización con el contenido del documento o serie de documentos.
- Clasificación preliminar de los documentos sobre la base de su contenido y criterios organizativos (**primera evaluación**).
- Selección y extracción de la información más relevante o sobresaliente, con la finalidad de eliminar toda la que no sea necesaria, y así reducir el volumen de los materiales que se van a manipular.
- Verificación de los conceptos o datos en extractos individuales (**segunda evaluación**).

Síntesis de la información

Síntesis. Es el proceso de condensación y destilación de la información analizada de una o más fuentes, que ahora se presenta en un nuevo formato o estructura y con un punto de vista interpretativo o evaluativo.^{7,12}

La síntesis consta de las siguientes etapas:

- Ordenamiento y combinación de la información extractada dentro de cada epígrafe o subepígrafe propuesto.
- Evaluación comparativa de los diferentes extractos o datos (**tercera evaluación**).
- Resolución de los conflictos que puedan presentarse entre los diferentes resúmenes.
- Condensación de la información en una estructura y forma más asequible y de acuerdo con los objetivos y fuentes trabajadas.

Redacción del artículo de revisión

Los artículos de revisión deberán proporcionar respuestas a problemas con respecto a connotaciones conceptuales o prácticas y cuando éstas no sean definitivas, al menos deben indicar las directrices para investigaciones futuras. Esta premisa debe tenerse presente a la hora de iniciar la redacción de un artículo de revisión.¹⁴

Lo primero que debe hacerse es preparar un guión, lo cual ayudará a organizar el artículo. Este guión precederá al texto de la revisión —en dependencia del tamaño del artículo—, pero si éste es corto no será necesario que forme parte del producto final. Pero sí servirá de guía, en todo momento, en la redacción del mismo. La falta de organización es una de las deficiencias más comunes en muchos artículos de revisión. Si éste está bien organizado, su alcance quedará más definido y sus partes encajarán siguiendo un orden lógico.^{15,16}

Una vez que se han definido los temas principales y su orden de presentación, se debe hacer una revisión de los resúmenes y de la organización establecida en los procesos de análisis y síntesis de los documentos. Esto ayudará a recordar todas las informaciones que se posean y la forma en que encajan las referencias según el guión decidido. Si alguna de ellas no se adapta a ninguno de los epígrafes del guión, éste se debe revisar o descartar la referencia, tratando de no «forzarla», mucho más si no aporta alguna información trascendental, pues lo más importante no es la cantidad de referencias, sino su pertinencia.¹⁶

Según Campillo (Campillo C. La calidad de los artículos científicos. Curso OPS. La Habana, noviembre de 1992.), la estructura básica de los artículos de revisión es la siguiente:

- Introducción (incluye objetivos del trabajo).
- Métodos (recogida de información, materiales, etcétera).
- Análisis e integración de la información (resultados y discusión).
- Conclusiones (si son necesarias).

El contenido fundamental de cada una de las partes del artículo de revisión se detalla seguidamente.

1. Introducción. Es más extensa que en otros artículos. Se debe enfocar los factores más importantes de la revisión e incluirse información sobre el objeto de estudio, como es la población, la intervención o exposición y la prueba o resultado, haciendo énfasis en las interrogantes y los métodos.^{3,15}

Los lectores se dejan influir mucho por la introducción de los artículos de revisión y es probable que decidan si continúan leyendo o no según lo que encuentren en los primeros párrafos.¹⁵

La pregunta a responder u objetivo a cumplir por la revisión, debe quedar explícita al final de este acápite.⁵

2. Métodos. Se deben especificar claramente los siguientes aspectos:

- Métodos empleados para la búsqueda y localización de la información.
- Criterios para decidir los artículos que se van incluir o no en la revisión.

La recogida de información se refiere a las fuentes de datos o **búsqueda bibliográfica** y en ella se debe aclarar cualquier restricción establecida, como pueden ser el período revisado, el idioma, ámbito geográfico, etc. Las fuentes de datos pueden no ser sólo bibliográficas,

sino también personales e institucionales. Detallar este importante aspecto ayudará a que el lector conozca el rigor científico con que fue hecha la revisión y la solidez de los planteamientos de su autor.^{3,13,17}

Se han escrito varios artículos proponiendo metodologías para encontrar y almacenar publicaciones relevantes sobre un tema.¹⁸⁻²³ Un buen método es el de hacer una búsqueda automatizada y después cotejar las referencias con las de otros artículos de revisión.⁵

Por otra parte, se debe explicar los **criterios de inclusión-exclusión** que se tuvieron en cuenta, ya que las búsquedas bibliográficas generan un conjunto de artículos no pertinentes al tema y otros con deficiencias metodológicas tan notables que desacreditan la validez de la información que contienen.^{4,17} Algunos artículos han abordado este tema y propuesto formas para descartar los trabajos no válidos o inaplicables.²⁴⁻²⁹

Por tanto, es muy importante que los autores seleccionen muy bien los artículos que finalmente van a incluir en la revisión, pues, si este proceso es asistemático, pueden existir sesgos en la información y alterar las conclusiones.^{4,17}

Sin embargo, esto no quiere decir que no se incluyan artículos no pertinentes, sino sólo los adecuados, incluyendo los que difieran de la hipótesis del autor o con la mayoría de los artículos encontrados, así como los que tengan resultados negativos, pues éstos tienen también valor científico.^{16, 30}

3. Análisis. No debe contener solamente una relación de citas o de resúmenes, sino que también debe establecerse un fundamento sistemático entre ellos, que permita señalar las congruencias y contradicciones de la literatura

disponible, y donde se expliquen las diferentes conceptualizaciones y métodos. Los estudios que tienen una aplicación particular deben describirse en detalle, pero aquéllos cuyos resultados son equivalentes pueden agruparse y resumirse brevemente.¹⁶

Lo mismo que se planteó respecto a la introducción sucede con el primer párrafo de cada sección principal, pues muchas veces influye en que el lector decida o no leerla o saltar el resto de la sección. Si los primeros párrafos de una sección están bien escritos, habrá más lectores que la leerán y, al mismo tiempo, conseguirán una mejor comprensión del tema.¹⁵

En este capítulo deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos de los estudios primarios:

- Evaluación de su validez.
- Reproducibilidad y objetividad de sus valoraciones.
- Variabilidad de sus resultados.
- Combinación correcta de sus resultados.

Para **evaluar la validez de los estudios primarios** debe analizarse el diseño y la ejecución de las investigaciones recogidas en los artículos seleccionados. Para ello pueden asignarse valores relativos a los datos, utilizando una valoración estandarizada. Las críticas deben hacerse con suficiente detalle para que los lectores puedan evaluar la calidad metodológica de los estudios.^{4,5,17}

Los artículos muchas veces no sólo tienen problemas en la **reproducibilidad de las valoraciones**, sino que en ocasiones también están sesgadas, lo cual afecta la decisión sobre los estudios que se van a incluir y la calidad de los seleccionados, ya que, el hecho de que un artículo sea más explícito no quiere

decir que sea mejor si sus métodos no son reproducibles. Es por ello que en este aspecto se requiere de experiencia y capacidad crítica por parte del revisor.^{4,5,17}

Los autores de revisiones encontrarán **variaciones en los resultados de los estudios**, lo cual le dará más fundamento al artículo de revisión, pues la tarea del revisor será la de explicar dicha variabilidad. Las posibles fuentes de variación en los artículos clínicos son el diseño de la investigación, el azar o casualidad y las diferencias en los tres aspectos básicos (población, exposición o intervención y resultados).^{4,17,31}

La síntesis final de la información requiere de una **combinación correcta de los resultados de los estudios** analizados mediante la integración sistemática y selectiva de éstos. Las revisiones en las que los resultados no se combinan mediante métodos estadísticos deben establecer la fundamentación para las conclusiones y explicar de alguna manera los resultados contradictorios. Los artículos considerados como irrelevantes, sobre la base de una valoración estandarizada, se pueden desechar, y a otros, por el contrario, se les puede asignar un mayor valor basado en su calidad.^{4,17}

4. Conclusiones. Por último, debe existir coherencia entre las conclusiones de la revisión y los resultados del análisis —si éstas se justifican—, pues será necesario que los procesos anteriores se hayan aplicado con sistematicidad. Si se hizo alguna ponderación de los conocimientos, por algún tipo de valoración, en las conclusiones debe aparecer dicha ponderación. Las conclusiones son muy necesarias en los temas muy técnicos, avanzados o confusos.^{4,5,15,17}

Al concluir, los autores de un artículo de revisión pueden hacer **propuestas de directrices para nuevas investigaciones**, y sugerir nuevas iniciativas para resolver los problemas detectados, los cuales se deben reflejar para que se conozca qué no se sabe todavía sobre el tema revisado.^{4,17}

Metaanálisis

El metaanálisis es un proceso de revisión, análisis y síntesis de información que combina cuantitativamente los resultados de varias investigaciones independientes hechas bajo una misma hipótesis con el propósito de integrar sus hallazgos.³²⁻³⁴

Entre los objetivos del metaanálisis se encuentran el aumento del procesamiento estadístico de los resultados de varios estudios primarios, la resolución de los desacuerdos que puedan existir, mejorar el tamaño de la relación de estudio y analizar variables no planteadas en los estudios primarios.^{32,34,35}

El metaanálisis no puede combinar investigaciones con muestras diferentes de pacientes, técnicas o períodos. Algunas de sus limitaciones están dadas por deficiencias de algunos de los artículos en que éste se basa, pues no contienen los datos completos o no describen informaciones importantes. Su mayor aplicación, hasta el momento, ha sido la integración de resultados de ensayos clínicos.^{32,36}

Los resultados de un metaanálisis pueden ser estadísticamente significativos. Sin embargo, esto no debe impedir que se cuestione si la diferencia hallada es suficiente para motivar variaciones o confirmar una técnica o un

tratamiento determinado. Así tenemos que, para el análisis de ensayos clínicos, que es uno de sus usos principales, se recomienda mejor un ensayo clínico controlado, aleatorio, prospectivo y con un tamaño adecuado de la muestra.^{32,34}

Aspectos que se tienen en cuenta al valorar un artículo de revisión

Los lectores valorarán la calidad del artículo de revisión por el cumplimiento de los aspectos tratados anteriormente.^{4,16,30} En resumen, ellos tendrán en cuenta los siguientes factores en su valoración:

- Formulación clara de los problemas a los que se intenta responder.
- Métodos usados en la búsqueda bibliográfica.
- Métodos empleados para decidir qué artículos de la revisión se incluyen y cuáles no.
- Validez de los artículos originales.
- Variabilidad de los resultados de los artículos.
- Combinación de los resultados de los artículos.
- Coherencia de las conclusiones —si son necesarias— con los resultados del análisis.
- Recomendaciones para nuevas investigaciones.

Otros criterios para la evaluación de la calidad de los artículos de revisión

Para los trabajos de consolidación de información, entre los cuales se encuentran los artículos de revisión elaborados por las unidades de análisis de información, Saracevik⁷ propone los

siguientes aspectos para evaluar la calidad del producto final:

- Integralidad: grado en que el tema fue cubierto por la literatura.
- Perspectiva: propósito, orientación; grado de aptitud en relación con el tema a los usuarios.
- Análisis: continuidad y profundidad del análisis; grado de organización de la información de diferentes fuentes y de la evaluación aplicada en el análisis.
- Síntesis: grado de compactación, extensión de la información previa, poder de inferencia; grado de materias relacionadas y de la evaluación aplicada en la síntesis.
- Valor añadido: identificación de nuevas especialidades, introducción de nuevas hipótesis o teorías, sugerencias de trabajos futuros, inspiración, estímulo.
- Utilidad: objetivos para los que puede servir.

Conclusiones

Los artículos de revisión han ido ganando importancia en la literatura científica hasta llegar a representar, aproximadamente, el 10 % de las publicaciones en algunas ciencias, como las relacionadas con la química y la medicina.

Por otra parte, se supone que en el futuro se incrementa su papel en el desarrollo de la ciencia y la técnica, en la medida en que los lectores y autores valoren cada día más las revisiones como verdaderas investigaciones originales.

Lo más importante de un artículo de revisión no es quién lo escribe, sino su calidad integral, que abarca desde el rigor de la búsqueda bibliográfica hasta su redacción y conclusiones, pasando por el nivel de análisis y síntesis de la información y el cumplimiento de los objetivos que se propuso el autor con el trabajo.

El cumplimiento de las etapas definidas como principales en la preparación de un artículo de revisión garantizará la fluidez en su proceso de elaboración y la calidad del producto final. En esta organización del trabajo serán vitales los métodos de búsqueda, selección, análisis y síntesis de la información y la redacción del artículo.

En conclusión, para la redacción de los artículos de revisión se recomienda tener presentes los aspectos siguientes :

- Formular el objetivo con precisión.
- Especificar los métodos de búsqueda y los criterios de selección, asegurándose de que respondan al objetivo.
- Resumir la información de forma sistemática y no selectiva, e hilvanarla de manera organizada en el texto.
- Evaluar la calidad metodológica de las referencias.
- Ponderar la información obtenida y descartar aquella que no tenga un valor significativo.
- Notificar las limitaciones e incongruencias de los resultados, integrándolos con métodos cuantitativos, si es necesario.
- Extraer conclusiones sucintas, basadas en lo revisado y ponderadas, si se utilizó alguna ponderación anterior.
- Identificar aspectos pendientes del tema y sugerir nuevas investigaciones.

Agradecimientos

Deseamos dejar constancia de nuestro agradecimiento al doctor Francisco Rojas Ochoa por su valiosa revisión y las sugerencias que hizo acerca este trabajo, lo cual ayudó a mejorar su calidad.

Referencias bibliográficas

1. Martinson A. Guía para la redacción de artículos científicos destinados a la publicación. 2 ed. PGI-83/WS/10. París: UNESCO, 1983:2.
2. Squires BP. Biomedical review articles: what editors want from authors and peer reviewers. *Can Med Assoc J* 1989;141:195-7.
3. Bobenrieth MAA. Partes del artículo de revisión. En: Burgos R, Chicharro JA, Bobenrieth M, eds. *Metodología de investigación y escritura científica en clínica*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública 1987;349-53.
4. Guardiola E. El artículo de revisión: hacia un mayor rigor científico. *Revisiones en Salud Pública* 1991;2:197-218.
5. Mulrow CD. The medical review article: state of the science. *Ann Intern Med* 1987;106:485-8.
6. Gardfield E. Reviewing review literature: part 1: definitions and uses of reviews. *Current Contents/Life Sciences* 1987;30(18):36.
7. Saracevik T, Wood JB. Consolidation of information: a handbook on evaluation, restructuring and repackaging of scientific and technical information. Pilot edition. PGI-81/WS/16. París: UNESCO, 1981:9-167.
8. Gardfield E. Reviewing review literature: part 2: the place of reviews in the scientific literature. *Current Contents/Life Sciences* 1987;30(19):3-8.
9. National Library of Medicine. MEDLINE CD-ROM 1994. São Paulo, BIREME-OPS/OMS, enero de 1995.
10. Morgan PP. Review articles: 2: the literature jungle. *Can Med Assoc J* 1986;134:98-9.
11. Garfield E. Proposal for a new profession: scientific reviewer. *Current Contents* 1977, abril 4:5-8.
12. Ayouz T, Datta S, Foldi T, Vasarhelyi P. Los centros de análisis de información y la adopción de decisiones sobre cuestiones socioeconómicas. PGI-89/WS/7. París: UNESCO, 1989:29-35.
13. Huth EJ. Needed: review articles with more scientific rigor. *Ann Intern Med* 1987;106:470-1.
14. Council of Biology Editors. Planteamiento de la comunicación científica. En: *Manual de estilo*, Barcelona: Salvat, 1987:9-20.
15. Day RA. Cómo escribir un artículo de revisión. En: *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: OPS, 1990:120-4. (Publicación Científica 526)
16. Polit DF, Hungler BP, eds. Localizar y resumir la información existente acerca de un problema: investigación científica en ciencias de la salud. 2a. ed. México, DF, Nueva Editorial Interamericana, 1985:72-84.
17. Oxman AD, Guyatt GH. Guía para la lectura de artículos de revisión. *Bol Of Sanit Panam* 1993;114(5):446-58.
18. Haynes RB, McKibbon KA, Fitzgerald D, Guyatt GH, Water CJ, Sackett DL. How to keep up and how to get started: I: why try to keep up and how to get started. *Ann Intern Med* 1986;105:149-53.
19. _____. How to keep up and how to get started: II: deciding which journals to read regularly. *Ann Intern Med* 1986;105:474-8.
20. How to keep up and to get started: III: expanding the number of journal you read regularly. *Ann Intern Med* 1986;105:474-8.
21. _____. How to keep and to get started: IV: using the literature to solve clinical problems. *Ann Intern Med* 1986;105:636-40.
22. _____. How to keep and to get started: V: access by personal computer to the medical literature. *Ann Intern Med* 1986;105:810-24.
23. _____. How to keep and how to get started: VI: how to store and retrieve articles worth keeping. *Ann Intern Med* 1986;105:978-84.
24. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Mc Master University Health Sciences Centre. How to read clinical journals: I: why to read them and how to start reading them critically. *Can Med Assoc J* 1981;124:555-8.
25. _____. How to read clinical journals: II: to learn about a diagnostic test. *Can Med Assoc J* 1981;124:703-10.
26. _____. How to read clinical journals: III: to learn the clinical course and prognosis of diseases. *Can Med Assoc J* 1981;124:869-72.
27. _____. How to read clinical journals: IV: To determine etiology of causation. *Can Med Assoc J* 1978;124:985-90.
28. _____. How to read clinical journals: V: to distinguish useful from useless or even harmful therapy. *Can Med Assoc J* 1981;124: 1156-62.
29. _____. How to read clinical journals: VI: to learn about the quality of clinical care. *Can Med Assoc J* 1984;130:377-82.
30. Herranz G. La bibliografía: más vale poco y bueno que mucho y malo. *Med Clin (Barc)* 1988;91: 452-3.
31. Horowitz RI. Complexity and contradiction in clinical trial research. *Am J Med* 1987;82:498-510.
32. Gómez J, Artés M, Segú JL. Importancia del metaanálisis como técnica cuantitativa de revisión de estados en ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)* 1989;93:295-7.

33. Jenicek M. Meta-analysis in medicine: where we are and where we want to go. *J Clin Epidemiol* 1989;42:35-44.
34. Spilker B. Meta-analysis: drug news and perspectives 1989;2:464--8.
35. Sacks HS, Barrier J, Reitman D, Ancona-Berk VA, Chalmers TC. Meta-analysis of randomized. *N Engl J Med* 1987;316:450-5.

36. L'Abbé KA, Detsky AS, O'Rourke K. Meta-analysis in clinical research. *Ann Intern Med* 1987;107:224-33.

Recibido: 3 de junio de 1996.

Aprobado: 12 de junio de 1996.

Lic. *Manuel Cué Brugueras*. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Departamento de Servicios Especiales. Calle 27 No. 110, entre M y N, El Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba.

Servidor electrónico

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas
PUBLICACIONES ELECTRONICAS

RESUMED/TEMAS. Resúmenes de artículos

Esta publicación electrónica tendrá además una versión impresa que se enviará a cada biblioteca de las unidades de salud. Se dividirá en dos series, Temas priorizados, que toma en cuenta los intereses expuestos en la Carpeta metodológica, y Medicina tradicional y natural.

Serie Temas priorizados

Los temas propuestos para 1996 son los siguientes:

- Asma bronquial •Parasitismo •Atención prenatal •Cáncer del pulmón
- Cáncer de la mama •Cáncer del colon y recto •Cáncer de la próstata
- Enfermedades del sistema nervioso en niños •Salud bucal •Enfermedades del recién nacido

Serie Medicina tradicional y natural

Para 1996 contempla los temas:

- Homeopatía •Termalismo •Láser de uso terapéutico •Magnetismo
- Acupuntura •Ejercicios •Otros temas sobre medicina alternativa
- Plantas medicinales (literatura cubana) •Plantas medicinales (literatura extranjera) •Productos naturales

Esta información formará parte de la base de datos bibliográfica MTN (Medicina Tradicional y Natural), que recopilará todos los resúmenes de las publicaciones existentes en cualquier institución del país donde se puedan consultar.