

- with late onset hypertrophic cardiomyopathy. *Circulation*. 2002;105:1407-11.
4. Nakao S, Takenaka T, Maeda M, Kodama C, Tanaka A, Tahara A, et al. An atypical variant of Fabry's disease in men with left ventricular hypertrophy. *N Engl J Med*. 1995;333:288-93.
 5. Ishii S, Nakao S, Minamikawa-Tachino R, Desnick RJ, Fan JQ. Alternative splicing in the alfa-galactosidase A gene: increased exon inclusion results in the Fabry cardiac phenotype. *Am J Hum Genet*. 2002;70:994-1002.
 6. Sawada K, Mizoguchi K, Hishida A, Kaneko E, Koide Y, Nishimura K, et al. Point mutation in the alfa-galactosidase A gene of atypical Fabry disease with only nephropathy. *Clin Nephrol*. 1996;45:289-94.
 7. German DP, Shabbeer J, Cotigny S, Desnick RJ. Fabry disease: twenty novel alfa-galactosidase A mutations and genotype-phenotype correlations in classical and variant phenotypes. *Mol Med*. 2002;8:306-12.

A. Arévalo-Gómez^{a,*}, S. Rivera-García^a,
A. López-Muñoz^b y R. Barriales-Villa^c

^a *Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

^b *Servicio de Nefrología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

^c *Unidad de Miocardiopatías, Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.arevalo.76@gmail.com

(A. Arévalo-Gómez).

doi:10.1016/j.rce.2011.09.003

Investigación clínica de la Medicina Interna española en Europa (1997-2009)

Clinical investigation of Spanish Internal Medicine in Europe (1997-2009)

Sr. Director:

El número de documentos científicos producidos por la Medicina Interna española (período 1997-2003) situaban a España, en el año 2007, en la sexta posición europea¹. Hemos cuantificado la investigación clínica de los internistas españoles comunicada en los 8 congresos de la *European Federation of Internal Medicine* (EFIM) (período 1997-2009). Se analizaron los libros de resúmenes de los 8 congresos EFIM celebrados (Maastricht-1997, Florencia-1999, Edimburgo-2001, Berlín-2003, París-2005, Lisboa-2007, Roma-2008 y Estambul-2009)². Hemos tabulado las comunicaciones orales y los pósters procedentes de España y del resto de los países. Además, se cuantificaron las aportaciones relativas a tres temáticas diferenciadas: riesgo cardiovascular (incluyendo diabetes mellitus), enfermedad tromboembólica venosa (ETV) y enfermedades infecciosas/infección por VIH. Todas las comunicaciones se examinaron de forma independiente por dos personas y cuando hubo discordancia en el número o temática se discutieron las discrepancias y se alcanzó un acuerdo. Se excluyeron comunicaciones «case report» (menos de tres casos) focalizadas en casos extraordinarios.

En total se examinaron 3.718 comunicaciones, lo que supuso el 62% de las 6.020 aportaciones aceptadas a los 8 congresos EFIM. España fue el país con el mayor número de comunicaciones aceptadas (1.060, 29%). En el Libro de Resúmenes de Roma-08 y en la página web del Congreso de Estambul-09 se omitió el país de procedencia, si bien las españolas pudieron identificarse por el nombre de sus autores. Analizamos la procedencia de las 2.540 de los 5 primeros Congresos (1997-2007). Los países con más de un 5% de comunicaciones fueron: España (756, 30%), Portugal (363, 14%), Francia (283, 11%) y Reino Unido (128, 5%). Un total de 117 comunicaciones (5%) procedían de países

extraeuropeos. La aportación de España a las tres áreas del conocimiento examinadas en los 8 congresos EFIM también fue muy relevante (tabla 1).

Estos resultados indican que la aportación científica de la Medicina Interna española a los congresos de la EFIM es muy destacada. Este hecho puede atribuirse a diversos factores. Por ejemplo, el aliento por parte de la Sociedad Española de Medicina interna (SEMI) para constituir grupos de trabajo ha favorecido la interrelación de internistas y la creación de registros de patologías concretas como insuficiencia cardíaca, enfermedad tromboembólica venosa, enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes, etc., que están cristalizando en fructíferas líneas de investigación y publicaciones³. En el mismo sentido pueden haber actuado la concesión de becas de investigación, el desarrollo de redes temáticas de investigación, la implantación de programas de investigación clínica por parte de diversos organismos autonómicos, etc.

Una limitación importante de este análisis es que la aportación española a los congresos de la EFIM puede no reflejar toda la producción de la Medicina Interna de nuestro país. Es posible que ciertos internistas hayan preferido notificar sus hallazgos en foros distintos a los congresos EFIM. Dos elementos adicionales de reflexión son que las comunicaciones a congresos deberían plasmarse en publicaciones científicas de prestigio y que hemos detectado la práctica ausencia de estudios multicéntricos. A pesar de ello, este análisis muestra la considerable actividad investiga-

Tabla 1 Comunicaciones españolas aceptadas en los 8 congresos de la *European Federation of Internal Medicine* (EFIM) (período 1997-2009)

Area temática	Europa	España
Riesgo cardiovascular	1109	226 (20%)
Enfermedad tromboembólica venosa	142	60 (42%)
Infecciosas/VIH	631	300 (48%)
Total	3718	1060 (29%)

dora de los internistas españoles de forma global (una de cada tres comunicaciones aceptadas en los congresos europeos de Medicina Interna) y especialmente en las áreas del riesgo cardiovascular, enfermedad tromboembólica venosa e infecciosas/VIH.

Bibliografía

1. Ramos JM, Martín-Hidalgo A. Proyección europea de la Medicina Interna española en la base de datos PubMed. *Rev Clin Esp.* 2007;207:53.
2. a) Abstracts to 1st Congress of the European Federation of Internal Medicine Maastricht, The Netherlands. *Eur J Intern Med.* 1997;8 Suppl 1:S22-162. b) Abstracts to 2nd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Florence, Italy. *Eur J Intern Med.* 1999;10 Suppl 1:S23-214. c) Abstracts to 3rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Edinburgh, United Kingdom. *Eur J Intern Med.* 2001;12 Suppl 3:S45-320. d) Abstracts to 4rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Berlin, Germany. *Eur J Intern Med.* 2003;14 Suppl 1:S1-187. e) Abstracts to 5rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Paris, France. Final Program 2005. p. 1-81. f) Abstracts to 6rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Lisbon, Portugal; Abstract book 2007. p. 1-322. g) Abstracts to 7rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Roma, Italy. Abstract book 2008. p. 1-399 [consultado 11 de Jul de 2011]. Disponible en: <http://www.efim2008.com>. h) Abstracts to 8rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Istanbul, Turkey. *Eur J Intern Med.* 2009;20 Suppl 1:S1-300. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/09536205>
3. Conthe P, en nombre de la Comisión Permanente de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). SEMI, en la sociedad científica del siglo XXI: lo que hemos hecho en el año 2009 y lo que vamos a hacer en el 2010. *Rev Clin Esp.* 2010;210:28-32.

J. Montes-Santiago

Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario, Vigo, Pontevedra, España

Correo electrónico: julio.montes.santiago@sergas.es

doi:10.1016/j.rce.2011.09.011

Instrucciones previas, muy lejos de las expectativas generadas

Previous instructions, very far from the expectations generated

Sr. Director:

Hemos leído con atención el interesantísimo estudio publicado por Molina et al.¹ acerca de las instrucciones previas (IP). Desde hace años, nuestro grupo está profundizando en este aspecto^{2,3}, partir del conocimiento de las IP que tienen los pacientes con enfermedades crónicas que son atendidos en un servicio de urgencias hospitalario, un lugar con espacios limitados, frecuentes problemas de saturación, elevado riesgo de eventos adversos y donde, en ocasiones, el tiempo para la toma de decisiones médicas vitales es escaso y, frecuentemente, sin un conocimiento profundo del paciente y de su enfermedad⁴⁻⁶. En dicho sentido queremos añadir algún dato adicional al que ofrecen Molina et al., fundamentalmente desde una perspectiva evolutiva.

Siguiendo un modelo de encuesta previamente validada, hemos entrevistado a 500 pacientes y a sus acompañantes durante tres periodos distintos: los años 2003 (n = 191), 2008 (n = 190) y 2010 (n = 119). Las tres muestras, con variables clínico-demográficas similares (edad: 73 años; 37% mujeres), no mostraban diferencias significativas en el conocimiento de las IP, el cual oscilaba entre el 18 y el 23% de los pacientes. Dicho porcentaje, sensiblemente superior al 4,5% reseñado por Molina et al., puede atribuirse, en parte, a la existencia ya comentada por los autores de diferencias legislativas y divulgativas de dichos documentos entre las distintas comunidades, así como a que nuestros estudios se focalizaron sobre una población posiblemente más sensibilizada (enfermos crónicos). Por otra parte, nuestros estudios reflejan una

escasa implicación de los médicos en la divulgación de las IP, ya que tan solo un 6,7% de los pacientes había abordado previamente el tema con su médico. Respecto al interés y la aceptación que las IP suscitan en los pacientes, nuestros datos corroboran los hallazgos de Molina et al., de tal forma que en los 3 periodos estudiados, el porcentaje de pacientes predispuesto a redactar una IP se mantuvo estable en el 50%. No obstante, los datos publicados sobre las IP registradas muestran su escaso éxito. Se han reseñado múltiples causas por las que estas no han satisfecho las expectativas generadas, entre las que cabe citar: su insuficiente divulgación por la administración y los médicos; el miedo a hablar de la muerte y su planificación; el papel tradicionalmente pasivo asumido por el paciente frente a las decisiones terapéuticas que le afectan, con la presencia de un subgrupo de población que no desea recibir información; una relación médico-paciente tradicionalmente paternalista; la falta de tiempo y la dificultad de establecer un diálogo sereno entre médico y paciente; la dificultad en la interpretación de las IP, que en muchas ocasiones no abordan los problemas finalmente planteados, por lo que no se consideran adecuadas para guiar decisiones terapéuticas concretas; la dificultad de acceso a dichos documentos cuando se necesitan; las opiniones ambivalentes y cambiantes en el tiempo de las posturas en ellos reflejadas; la carga emocional tanto del paciente, allegados y personal sanitario en el momento real de afrontar las últimas decisiones; el miedo de algunos pacientes a recibir una peor atención médica si han realizado unas IP; la escasa predisposición en la sociedad española a reflejar por escrito y registrar cualquier documento; y, finalmente, la no infrecuente discordancia entre la percepción del paciente y la del acompañante⁷⁻¹⁰.

Si pese a todas las dificultades tanto la administración, como los médicos y los pacientes aceptamos que las IP permiten que el principio de autonomía prevalezca al final de la vida y que pueden ser un instrumento eficaz en la rela-