

Tabla 1 Empleo del término «megalias» en los casos clínicos publicados entre los años 2006 y 2012 en Revista Clínica Española y en la revista de Formación Médica Continuada en atención primaria (FMC), en los que se detallaron los hallazgos de la exploración abdominal

	REV CLIN ESP	FMC
Casos clínicos (n.º)	355	321
Se detalló la exploración abdominal (n.º)	91	85
Se usó el término «megalias»	3	20
Frecuencia del uso de «megalias»	3,3%	24%
No se detalló la exploración abdominal*	45	32

* En casos clínicos que comunicaban enfermedades fundamentalmente abdominales.

tecnicismos del ámbito de la medicina, como el caso de hepatomegalia, esplenomegalia y acromegalia. Además, la palabra «megalia» está también ausente en el Diccionario de términos médicos de la Real Academia Nacional de Medicina, donde dicho término figura tan solo como elemento compositivo. Por lo tanto, no puede considerarse como una palabra correcta ni en el uso común ni en el ámbito científico. Tampoco parece que pueda considerarse un extranjerismo, pues su presencia en otros idiomas, especialmente el inglés, también es la de un mero elemento compositivo. Quizás, su origen haya que atribuírselo a un neologismo provocado por el principio de economía del lenguaje. En ese caso, no ayudaría a expresar con claridad lo que el clínico ha buscado intencionadamente, lo que supone un motivo más para desaconsejar su uso.

Con el fin de comprobar si el término «megalias» se ha introducido en la literatura médica española, hemos revisado todos los casos clínicos publicados entre los años 2006 a 2012 en las cartas al editor y comunicaciones clínicas de Revista Clínica Española y de otra publicación con perfil

docente, dirigida a médicos de atención primaria (FMC: Formación Médica Continuada en atención primaria). En la [tabla 1](#) se observa que aunque el término «megalias» en Revista Clínica Española se ha empleado de manera escasa, su uso en FMC ha sido mucho más frecuente. Este último dato es concordante con lo que hemos encontrado en otras publicaciones en español. De manera incidental, hemos detectado que la exploración abdominal no se detalló en un elevado número de casos clínicos que recogían, precisamente, patología digestiva.

Con este artículo queremos resaltar la importancia de describir los hallazgos de la exploración física empleando la terminología correcta y evitando el uso de neologismos, como el término «megalias»⁴.

Bibliografía

1. García-Puig J, Gaspar G, Ríos-Blanco JJ. Informe de los editores, 2011. *Rev Clin Esp.* 2012;212:31–9.
2. García-Puig J, Gaspar G, Ríos-Blanco JJ. Informe de los editores, 2012. *Rev Clin Esp.* 2013;213:34–41.
3. Locutura J, Lorenzo González JF. El lenguaje médico español. La realidad y el deseo. *Med Clin (Barc).* 2003;120:424–5.
4. Gil Extremera B. El lenguaje en la práctica médica. *Rev Clin Esp.* 2012;212:40–2.

R. Lorenzo^a, J. Arcas^b, I. Villaverde^a y B. Sopena^{a,c,*}

^a Unidad de Trombosis y Vasculitis, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España

^b Departamento de Lengua y Literatura Española, Colegio de Fomento Montecastelo, Vigo, Pontevedra, España

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bernardosopena@yahoo.es (B. Sopena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.05.010>

Epidemiología y prevención cardiovascular en Revista Española de Cardiología

Epidemiology and prevention of cardiovascular disease in Revista Española de Cardiología

Sr. Editor:

La estratificación del riesgo de padecer episodios vasculares es fundamental para adecuar las medidas de prevención primaria y secundaria (pacientes que ya han sufrido un episodio cardiovascular). Estas medidas son coste-efectivas y se basan en evidencias sólidas recogidas por las guías de práctica clínica. No obstante, muchas veces su cumplimiento no es adecuado. En esta carta queremos desatacar los artículos

de epidemiología cardiovascular publicados recientemente en *Revista Española de Cardiología*.

El sedentarismo en la infancia puede ser el inicio de una mala salud cardiovascular. En un estudio con diferentes niveles de ejercicio, Cordova et al.¹ demostraron que los niños que hacían 7 h de ejercicio físico a la semana tenían valores antropométricos y bioquímicos óptimos con relación a los niños sedentarios.

El estudio DARIOS analizó los factores de riesgo cardiovascular poblacionales de 10 comunidades autónomas diferentes, e identificó en sujetos de 34 a 75 años una elevada prevalencia de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquismo, obesidad y diabetes mellitus muy similar entre los diferentes territorios, aunque Canarias, Extremadura y Andalucía estaban por encima de la media².

Las tablas de riesgo REGICOR, adaptadas de Framingham, se evaluaron en una amplia población seguida durante una media de 7 años para episodios coronarios. La función estudiada predijo con exactitud los episodios y clasificó a los sujetos en 4 grupos de riesgo: bajo, moderado, alto o muy alto³. Sin embargo, esta clasificación de riesgo cardiovascular en sujetos que inicialmente se clasificaron como de riesgo bajo o medio puede mejorar sensiblemente añadiendo a las tablas de riesgo el índice tobillo-brazo⁴. Recientemente, se han descrito también los valores de referencia del grosor íntima media en sujetos con diferentes factores de riesgo cardiovascular⁵, y es probable que este parámetro pueda ser de ayuda también en una mejor clasificación del riesgo cardiovascular en el futuro.

El estudio ENRICA, que evaluó el control de los niveles de colesterol en una amplia muestra de población española, mostró que la mitad de la población tiene el colesterol elevado, particularmente los pacientes con mayor riesgo cardiovascular⁶. Así mismo, se ha comprobado que el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo en pacientes de alto riesgo cardiovascular no es adecuado, especialmente en los pacientes que requieren un número elevado de fármacos⁷.

En prevención secundaria destacamos la reducción de morbilidad que demostró el estudio MIRVAS en un entorno hospitalario⁸, pero que no se pudo replicar en otro ensayo mayor hecho en Atención Primaria⁹. Por otro lado, las medidas para tratar el tabaquismo en pacientes con síndrome coronario agudo no son óptimas como indica el estudio de Cordero et al.¹⁰.

Con los datos que aportan los estudios comentados y otros más, cabría esperar acciones más decididas en la selección de pacientes que puedan beneficiarse de medidas preventivas y la aplicación de las mismas por parte de los profesionales.

Bibliografía

1. Cordova A, Villa G, Sureda A, Rodríguez-Marroyo JA, Sánchez-Collado MP. Actividad física y factores de riesgo cardiovascular de niños españoles de 11-13 años. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:620-6.
2. Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo

XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:295-304.

3. Marrugat J, Vila J, Baena-Díez JM, Grau M, Sala J, Ramos R, et al. Validez relativa de la estimación del riesgo cardiovascular a 10 años en una cohorte poblacional del estudio REGICOR. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:385-94.
4. Baena-Díez JM, Alzamora MT, Forés R, Pera G, Torán P, Sorribes M. El índice tobillo-brazo mejora la clasificación del riesgo cardiovascular: estudio ARTPER/PERART. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:186-92.
5. Grau M, Subirana I, Agis D, Ramos R, Basagaña X, Martí R, et al. Grosor íntima-media carotídeo en población española: valores de referencia y asociación con los factores de riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:1086-93.
6. Guallar-Castillón P, Gil-Montero M, León-Muñoz LM, Graciani A, Bayán-Bravo A, Taboada JM, et al. Magnitud y manejo de la hipercolesterolemia en la población adulta de España, 2008-2010: el estudio ENRICA. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:551-8.
7. Márquez-Contreras E, de la Figuera-von Wichmann M, Franch-Nadal J, Llisterri-Caro JL, Gil-Guillén V, Martín-de Pablos JL, et al. ¿Los pacientes con alto riesgo vascular toman correctamente la medicación antihipertensiva? Estudio Cumple-MEMS. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:544-50.
8. Moreno-Palanco MA, Ibáñez-Sanz P, Ciria-de Pablo C, Pizarro-Portillo A, Rodríguez-Salvanes F, Suárez-Fernández C. Impacto de un tratamiento integral e intensivo de factores de riesgo sobre la mortalidad cardiovascular en prevención secundaria: estudio MIRVAS. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:179-85.
9. Brotons C, Soriano N, Moral I, Rodrigo MP, Kloppe P, Rodríguez AI, et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de un programa integral de prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: estudio PREseAP. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:13-20.
10. Cordero A, Bertomeu-Martínez V, Mazón P, Cosin J, Galve E, Lekuona I, et al. Actitud y eficacia de los cardiólogos frente al tabaquismo de los pacientes tras un síndrome coronario agudo. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:719-25.

M. Heras^{a,*}, L. Pérez de Isla^b y J. Sanchis^b

^a Editora Jefe, *Revista Española de Cardiología*

^b Editor Asociado, *Revista Española de Cardiología*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rec@revescardiol.org (M. Heras).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2013.06.010>