

## CARTAS AL DIRECTOR



Localizador web  
Artículo 149.877

### Sobre litoptisis y las limitaciones de las bases de datos bibliográficas

**Sr. Director:** Recientemente García Pachón et al<sup>1</sup> han publicado en su Revista un interesante caso de litoptisis idiopática crónica. Además de su rareza como proceso clínico, también es excepcional y poco conocido el vocablo "litoptisis", como lo demuestra el hecho de que en la última edición del diccionario Dorland<sup>2</sup> no tenga ninguna entrada y tampoco se recoja "broncolito", un término relacionado y probablemente más difundido. Tampoco en la base de datos MEDLINE figura un descriptor MeSH<sup>3</sup> específico para litoptisis, por lo que debe buscarse como término libre. Como resultado de estas limitaciones, García Pachón et al afirman que en las publicaciones médicas españolas sólo se ha recogido un caso de litoptisis, cuando en realidad nosotros aportamos otro en esta misma Revista en 1992<sup>4</sup>. Se trataba de un trabajador de la minería del sílice y wolframio con antecedentes de tuberculosis, cuyos broncolitos contenían mayoritariamente hidroxapatita con pequeñas cantidades de carbonato cálcico y trazas de hierro, cobre y cinc, pero curiosamente no contenían sílice ni wolframio, minerales a los que había estado expuesto.

Hasta la fecha no era infrecuente encontrar ausencias en las revisiones de enfermedades poco comunes, pero por fortuna la disponibilidad y el acceso a bases de datos potentes son cada vez mayores y permiten explorar la casuística publicada no sólo en lengua inglesa, sino también en castellano. Para las publicaciones españolas, además del Índice Médico Español (IME), se debe consultar el Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECs; <http://bvs.isciii.es/E/index.php>), teniendo presente que hay un solapamiento importante entre ambas bases de datos. No obstante, para las publicaciones médicas españolas nunca podremos garantizar la exhaustividad<sup>5</sup>. Así, en MEDLINE, ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se encuentra indexada sólo desde 1994, fecha posterior a nuestra publicación, y en el IME (<http://bddoc.csic.es:8080/index.jsp>) no se recoge nuestro trabajo, lo que confirma una vez más las carencias de esta base de datos<sup>6</sup>.

En ese sentido, y teniendo en cuenta las carencias mencionadas, debería ser una norma editorial exigir un método que incluyese los términos de consulta y las bases de datos revisadas, como exploración de las fuentes bibliográficas en la publicación de los casos insólitos.

**Héctor R. Verea Hernando,  
Carlos González Guitián y  
Carmen Montero Martínez**

Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.

1. García Pachón E, Grases F, Padilla Navas I, Gallego JA, Valero B, Romero V. Litoptisis crónica idiopática. Arch Bronconeumol. 2005;41:468-70
2. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 30.ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.
3. MeSH Browser [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 2002 [consultado 28/12/2005]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>
4. Verea-Hernando H, Parada A, Montero C. Litoptisis recurrente. Arch Bronconeumol. 1992;28:202.
5. González Guitián C, Sobrido Prieto M. Bases de datos sanitarias españolas gratuitas en Internet. El Profesional de la Información. 2005;14:349-57.
6. González Guitián C, Blanco Pérez A. El Índice Médico Español [Internet]. Jano. 1996;50:817-21 [consultado 28/12/2005]. Disponible en: [http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala\\_1/lec03pub.htm](http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala_1/lec03pub.htm)



Localizador web  
Artículo 151.096

### Un sencillo test de aptitud para el viaje en avión en pacientes con afección crónica cardiorrespiratoria

**Sr. Director:** El avión es un medio de locomoción cada día más usado. Cada año lo utilizan cerca de 1.000 millones de personas, unos 100 millones en nuestro país. El viaje se realiza en una cabina presurizada, que adecua la estancia a una altura equivalente a 1.800-2.500 m. Entre los incidentes en vuelo que precisan de asistencia médica, cerca de un 25% son de etiología respiratoria o cardiológica<sup>1</sup>, y la causa desencadenante inmediata es la exposición a hipoxia, debido a la propia presión en la cabina y al flujo de renovación del aire de ésta<sup>2</sup>. Por otra parte, se conoce desde hace tiempo que cerca de un 5% de estos viajeros son enfermos ambulatorios con alguna enfermedad<sup>3</sup>. Estos hechos han llevado a la British Thoracic Society a proponer unas recomendaciones para los pasajeros con afecciones respiratorias que desean viajar en avión<sup>4</sup>, e incluso a la propia British Airways a incluir un apartado específico dentro del protocolo confidencial que deben rellenar los viajeros discapacitados<sup>5</sup>. Estas recomendaciones van dirigidas principalmente a personas con enfermedades cardiológicas y respiratorias que presentan una saturación de la hemoglobina en sangre capilar inferior al 92-95% a nivel del mar.

Entre las exploraciones que se recomienda realizar se halla un sencillo test de exposición a hipoxia, por medio de la respiración de un flujo de aire con una fracción de oxígeno del 15%, durante 20 min. Esta concentración significa respirar aire con una presión parcial de oxígeno de 142 hPa, equivalente a respirar a una altura, real o simulada, de 2.600 m. El test es positivo cuando la saturación de la hemoglobina a los 20 min es inferior al 85%. No es necesaria la presencia de alteraciones de otro orden, tales como disnea, palpitaciones, etc. En el caso de que esto suceda, el paciente sólo podrá volar con la administración de oxígeno suplementario, que la misma compañía suministra.

En nuestro país aún no se ha establecido un protocolo similar, a pesar de la gran cantidad de viajes aéreos que tienen lugar anualmente y del gran número de incidentes en vuelo, con alto potencial patológico, que podrían llegar a evitarse. Gran parte de estas atenciones habrían sido innecesarias y otras se habrían resuelto más eficaz y rápidamente si el especialista, o incluso el médico de cabecera que realiza el seguimiento del paciente, hubiera tenido en consideración algunos riesgos específicos del viaje en avión.

La realización de un test de las características comentadas no generaría grandes problemas logísticos ni económicos y, por otra parte, los beneficios a corto y medio plazo, tanto a nivel individual como comunitario, de prevención de incidentes en vuelo superarían con mucho los costes. Unos hábitos preventivos eficaces hablan mucho más de la preparación sanitaria de un país que los gastos, a veces excesivos, en tecnologías punteras, pero de difícil acceso para la población.

**Pedro Galilea Ballarini,  
Joan Riera Canals y  
Franchek Drobnic Martínez**  
Departamento de Fisiología.  
Centro de Alto Rendimiento.  
Sant Cugat del Vallés.  
Barcelona. España.

1. DeJohn C, Smith D, Garrett JD. Evaluation of in-flight medical care aboard selected U.S. air carriers: 1996 to 1997. Cabin Crew Safety. 2000;35:1-20.
2. Goitia Gorria A, Aguirre Ibáñez J, De Prado Jaranilla MM, Estellés Sarrió AV, Zurita A, Millán JM. Tus pacientes también vuelan. Aspectos médicos de la aviación comercial. Semergen. 1999;25:806-17.
3. Iglesias R, Cortes MDCG, Almanza C. Facing air passengers' medical problems while on board. Aerospace Med. 1974;45:204-6.
4. British Respiratory Society Standards of Care Committee. Managing passengers with respiratory disease planning air travel: British Thoracic Society recommendations. Thorax. 2002;57:1-15.
5. British Airways [consultado 17/01/2006]. Disponible en: [http://www.britishairways.com/travel/healthmedcond/public/en\\_gb](http://www.britishairways.com/travel/healthmedcond/public/en_gb)