



Artículo especial

Archivo de Archivos: 2009

The Archivos Archive, 2009

José Ignacio de Granda-Orive* y Francisco Roig-Vázquez

Unidad de Neumología, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de enero de 2010

Aceptado el 28 de enero de 2010

On-line el 19 de marzo de 2010

Como ya hemos comentado en años anteriores¹⁻³, nuestra revista tiene una buena calidad e influencia, que se refleja no solo en un aceptable índice de impacto, sino también en indicadores de influencia como el Eigenfactor Score⁴, habiendo incluso mejorado su posición, en la lista de revistas incluidas en sistema respiratorio, al avanzar un puesto en la valoración del año 2007 con respecto a la previa de 2006. Si tomamos los datos de la página SCImago Journal & Country Rank⁵, un portal que incluye indicadores de revistas y países desarrollado a partir de información contenida en la base de datos Scopus[®] (Elsevier B.V.), podemos encontrar a Archivos en el segundo grupo de revistas (de cuatro) incluidas en el sistema respiratorio, en el puesto 39 de un total de 78 (datos 2008; índice SCImago Journal Rank 0,078 y un h index de 22) y, con datos mejores que algunas revistas que la preceden en el ranking, disponiendo de 350 documentos citables en el año 2008 y una media de 1,54 citas/documento. España, en el sistema *Pulmonary and Respiratory Medicine*, ocupa el 8.º lugar (de un total de 167 países) con 3.092 documentos citables entre 1996–2008 y una media de 14,16 citas/documento, lo que nos indica con los datos anteriores el peso de Archivos de Bronconeumología. Esta plataforma basa sus datos de influencia en el cálculo del factor h que fue creado en un intento de medir carrera y recorrido de un autor. Un autor reconocido en su área, tendrá un mayor factor h al final de su vida profesional que en sus comienzos con independencia de la revista en la que publique o el medio que utilice para la divulgación de sus aportaciones. Hirsch, su creador, dice exactamente *Un científico tiene índice h si el h de sus Np trabajos recibe al menos h citas cada uno, y los otros (Np-h) trabajos tienen como máximo h citas cada uno*. En otras palabras, un científico tiene índice h si ha publicado h trabajos con al menos h citas cada uno. Así, el índice h es el balance entre el número de publicaciones y las citas a estas. Como

el factor de impacto el índice h no es perfecto y tiene ventajas y críticas. Esta plataforma toma su nombre del índice SCImago Journal Rank indicator, desarrollado por SCImago desde un ampliamente conocido algoritmo como Google PageRank[™]. Este índice muestra la visibilidad de las revistas contenidas en la base de datos Scopus[®] desde 1996. SCImago es un grupo de investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y de las Universidades de Granada, Extremadura, la Carlos III de Madrid y la de Alcalá de Henares, y esta dedicada al análisis, representación y recuperación de la información. El SCImago Journal and Country Rank incorpora 15.000 revistas *peer-reviewed* de más de 4.000 editores, más de 1.000 títulos de revistas *open access*, 33 millones de registros con más de 600 títulos de revistas especializadas y resultados de más de 386 millones de sitios web científicos lo que nos indica su peso.

En el año 2009 la revista Archivos de Bronconeumología publicó un total de 50 artículos originales que pasamos a comentar seguidamente, manteniendo en lo posible el formato de años anteriores.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

El objetivo del trabajo de Aymerich et al⁶ fue plantear la metodología de un estudio en el que pretenden caracterizar fenotípicamente y analizar la evolución de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con el fin de comprender su heterogeneidad fenotípica y valorar si el grado de heterogeneidad se relaciona con la evolución. El estudio está en la actualidad en progreso. Torres et al⁷ quisieron determinar las isoenzimas de la lactodeshidrogenasa (LDH) en el músculo periférico en pacientes con EPOC. Los autores no encontraron diferencias significativas entre el grupo EPOC y el grupo control en las concentraciones de LDH total así como en sus isoenzimas. En mujeres se demostró una disminución de la LDH₅ y un aumento de LDH_{1,2 y 3} con menor saturación de oxígeno. Se relacionó el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: igo01m@gmail.com (J.I. de Granda-Orive).

valor de la LDH directamente con la prueba de la marcha de 6 min y la saturación de oxígeno. Por ello, los autores, identificaron, a partir de las concentraciones de las isoenzimas de LDH, un subgrupo de pacientes con una concentración mayor de isoenzimas cardíacas y menor de las isoenzimas musculares, lo que podría representar una adaptación que favorezca el metabolismo aeróbico. Angulo et al⁸ demostraron que la disfunción diafragmática asociada a obstrucción crónica de la vía aérea mejora con salbutamol administrado tanto de forma aguda como crónica. Por otro lado, Casadevall et al⁹ analizaron las relaciones entre la expresión de citocinas musculares en los músculos de pacientes diagnosticados de EPOC y la activación genética de programas de reparación muscular. Los autores confirmaron la presencia de lesión celular, aunque de escasa cuantía, en el músculo intercostal externo, al tiempo que demostraron concentraciones bajas de células inflamatorias y una estrecha relación entre la expresión de los receptores de TNF- α y la activación de programas de biogénesis, lo que podría indicar que dichas citocinas desempeñan un papel relevante en la reparación y remodelación de los músculos respiratorios de pacientes con EPOC. Mota et al¹⁰ estudiaron la relación entre la disfunción muscular espiratoria y el grado de hiperinflación dinámica en la EPOC avanzada así como su asociación con la disnea y la calidad de vida, encontrando que en la EPOC avanzada la reducción de la resistencia de los músculos espiratorios está relacionado con una mayor hiperinflación dinámica y una menor limitación del flujo espiratorio durante el ejercicio, lo que se asocia a una mayor disnea y peor calidad de vida. Moreno et al¹¹ evaluaron las causas de muerte y factores pronósticos de mortalidad en un grupo de pacientes con EPOC grave, encontrando que la mayoría de los pacientes murieron de una causa respiratoria (80,9%) siendo la exacerbación del EPOC la más frecuente. La mortalidad se asoció a la edad, estadio IV de la clasificación de GOLD, cor-pulmonale y a la estancia hospitalaria durante el año previo a la inclusión. El objetivo del trabajo de Balleza et al¹² fue relacionar, en pacientes con EPOC, las variables de la función pulmonar (espirometría, volúmenes estáticos y transferencia de monóxido de carbono) con la determinación hallada por tomografía por impedancia eléctrica, para obtener una ecuación de calibración que permita convertir la señal eléctrica de la tomografía por impedancia eléctrica en una señal de volúmenes. Los autores encontraron relaciones significativas entre las medidas de tomografía por impedancia eléctrica y la transferencia de monóxido de carbono, desarrollando un modelo matemático para el ajuste de las diferencias entre ambas determinaciones como factor de compensación.

Trastornos respiratorios del sueño y ventilación mecánica

Trastornos respiratorios del sueño

Con el objetivo de estudiar el papel de la fracción N-terminal del péptido natriurético cerebral (NT-proBNP), en la detección de cardiopatía silente, Fernández Fabrelles et al¹³ diseñaron un estudio descriptivo encontrando que el NT-proBNP se correlacionó, de forma significativa, con el grosor del tabique interventricular, con el de la pared posterior y con el diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo. Valores de NT-proBNP por debajo de 100 y 200 pg/ml descartarían que existan alteraciones morfológicas cardíacas con una fiabilidad del 90 y del 100% respectivamente. Por todo ello, los autores concluyen que el NT-proBNP podría ser considerado una herramienta útil para identificar pacientes que deberían ser enviados al cardiólogo. El objetivo del estudio de Campos Rodríguez et al¹⁴ fue analizar las características clínicas y polisomnográficas del síndrome de apnea de sueño (SAHS) localizado en fase REM de sueño (SAHS-

REM). Los autores encontraron que el 32,9% de los SAHS presentaron SAHS-REM, siendo más frecuente en SAHS leves/moderados. Se asociaron de forma independiente al SAHS-REM el sexo femenino, un menor índice de apnea-hipopnea y un mayor índice de masa corporal. No hubo diferencias entre los pacientes con SAHS-REM y SAHS no REM en cuanto a la clínica de SAHS, hipersomnolencia diurna subjetiva, estructura de sueño, factores de riesgo cardiovascular o antecedentes de episodios cardiovasculares. El objetivo del artículo de Drummond et al¹⁵ fue valorar el efecto ejercido por el tratamiento con presión positiva automática de la vía aérea sobre las concentraciones séricas de proteína C reactiva de alta sensibilidad e interleucina-6 (IL-6) en pacientes con SAHS, así como evaluar las concentraciones basales de proteína C reactiva de alta sensibilidad e IL-6 y su relación con la gravedad de la enfermedad comparándolo con una población control. Los autores hallaron que las concentraciones séricas de PCR-as se encuentran elevadas en los pacientes con SAHS al compararlo con el grupo control independientemente de la edad y del índice de masa corporal. No se observaron reducciones de los marcadores inflamatorios a corto y largo plazo tras el tratamiento con presión positiva automática de la vía aérea.

Ventilación mecánica

El objetivo de Fernández Álvarez et al¹⁶ fue estudiar a pacientes dependientes con ventilación mecánica domiciliaria y describir el impacto sobre sus cuidadores. Los autores encontraron que el 30% de los pacientes incluidos mostraban dependencia, siendo el 46% mujeres, llevaban una media de 45 meses en ventilación mecánica domiciliaria y el 40% la recibía durante más de 12 h. Entre los cuidadores, el 58% era cuidador único (mujeres 77%), trabajando fuera de su casa el 70% de ellos y con un riesgo de sobrecarga del cuidador alto en el 35% de ellos.

Fisiopatología

Las contracciones del diafragma dependen de diversos aspectos. Entre otros, la longitud inicial (en reposo) del músculo, que pueden variar por cambios en la cavidad torácica, pero también por modificaciones en los elementos de la cavidad abdominal. Dado que la actividad del diafragma puede verse modificada por su longitud inicial, Gea et al¹⁷ evaluaron la influencia de la cirugía y los cambios en la rigidez de la pared abdominal sobre la actividad del músculo. Para ello, estimulando eléctricamente ambos nervios frénicos, en animales de experimentación, con pulsos únicos supramáximos, valoraron las presiones generadas por el diafragma y el acortamiento muscular. Los autores encontraron que la rigidez de la pared abdominal desempeña un papel importante en la respuesta del diafragma a la estimulación y esto parece deberse de forma fundamental a cambios de su longitud de reposo. En otro trabajo del mismo grupo, Gea et al¹⁸ valoraron los efectos funcionales de series repetidas de contracciones excéntricas sobre el diafragma. Los autores provocaron elongación del diafragma mediante presión externa abdominal en animales de experimentación induciendo contracciones externas mediante series concéntricas de pulsos supramáximos bilaterales. Con el modelo propuesto se observó una pérdida funcional mantenida durante horas, en parte debida a lesión estructural por lo que clínicamente se debería ser cauto en maniobras que impliquen una elongación del diafragma.

Asma

Sánchez Bahillo et al¹⁹, en un estudio en el que se describen las tasas de mortalidad debidas al asma en España en el período

1960-2005, encontraron que la mortalidad ha disminuido a lo largo del periodo analizado, aunque con diferencias entre varones y mujeres es las que el descenso es menor. Torres et al²⁰ valoraron, en un modelo animal de asma alérgica, el efecto de la inhibición de la ciclooxigenasa-2 en la respuesta de las vías aéreas expuestas a ovoalbúmina y en la actividad de los mastocitos encontrando que la inhibición de los ciclooxigenasa-2 agrava la función pulmonar debiéndose este efecto, en parte, a un incremento de la actividad de los mastocitos de la vía aérea. Igualmente, Fraga Iriso et al²¹ desarrollaron un modelo murino de asma experimental, que permitió valorar de forma conjunta parámetros de inflamación y remodelación de las vías respiratorias mediante morfología cuantitativa. Los autores encontraron un aumento de leucocitos totales en el lavado broncoalveolar (LBA) en el modelo experimental frente a los controles y de la fracción eosinófila y leucocitaria. Asimismo, en secciones sagitales de pulmón existía en los ratones del modelo una hiperplasia de células caliciformes, densa infiltración inflamatoria mononuclear y eosinófila, infiltración subepitelial por mastocitos, incremento de masa de tejido contráctil e incremento de matriz extracelular.

Arnedo Pena et al²² analizaron la relación entre contaminantes del aire y la prevalencia de síntomas recientes de asma, rinitis y eccema atópico en escolares de 6-7 años. Para ello, emplearon el cuestionario del estudio International Study of Asthma and Allergia in Childhood (ISAAC) y determinaron las concentraciones anuales medias de dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno, monóxido de carbono y total de partículas en suspensión, encontrando que tanto el dióxido de azufre como el monóxido de carbono incrementan el riesgo de síntomas recientes de asma y rinitis alérgica en escolares de 6-7 años. El objetivo del estudio de Plaza et al²³ fue analizar el impacto, en términos de eficacia y seguridad, del tratamiento previo de mantenimiento del asma en la exacerbación asmática grave. Los autores encontraron que aquellos pacientes que no seguían un tratamiento previo de mantenimiento presentaron una exacerbación más grave, no constatando una mayor morbi-mortalidad de la exacerbación asmática grave en los pacientes con asma persistente moderada/grave que recibían previamente tratamiento con una agonista adrenérgico beta-2 y un glucocorticoide inhalados. El objetivo del trabajo de Morell et al²⁴ fue estudiar la tasa de agudizaciones asmáticas atendidas en los servicios de urgencias hospitalarios y domiciliarias así como sus características clínicas. Los autores no encontraron una incidencia de agudizaciones asmáticas diferente a las obtenidas previamente. Predominó la agudización asmática en mujeres (60%) y un 41% eran fumadores, comenzando en la mayoría tras un catarro nasal (63%) y en un 11% las reagudizaciones fueron graves.

En otro orden de cosas, Perpiña Torderá et al²⁵ evaluaron los cuestionarios para población asmática; Cuestionario de creencias sobre salud (CCS) y el Cuestionario de creencias sobre los medicamentos (CCM). El CCM presentó una consistencia interna y una validez de contenido adecuados. En cambio, el CCS no reprodujo la estructura original de 6 factores, sino que se obtuvieron únicamente cuatro reformulando el cuestionario (CCS-reformulado). Los autores concluyen que el CCS-reformulado y el CCM poseen propiedades métricas satisfactorias y evalúan aspectos similares pero no idénticos sobre las creencias y juicios de valor de los asmáticos sobre su salud y los medicamentos. Martínez Moragón et al²⁶ evaluaron el consumo de recursos y los costes derivados del paciente asmático en España. Los autores encontraron que el coste medio del paciente asmático adulto asciende a 1.726 y a 1.533 euros desde la perspectiva de la sociedad y del Sistema Nacional de Salud respectivamente. Los recursos sanitarios que más contribuyen al coste son los medicamentos, las pruebas y exploraciones complementarias y

los ingresos hospitalarios, atribuyendo el mal control del asma a un 70% del coste. Los recursos no sanitarios suponen únicamente el 11,2% del gasto total.

Tabaquismo

Gómez Cruz et al²⁷ analizaron la eficacia de un programa intensivo de prevención del tabaquismo en las escuelas y elaborado por la propia comunidad educativa en la que se iba a desarrollar y durante un período de tres años. Los autores al final del programa al comparar las principales variables estudiadas entre el grupo de intervención y el grupo control no observaron diferencias significativas en ninguna de ellas descartando la hipótesis de trabajo inicial. Por ello, concluyen, que no existe un programa que garantice los resultados, por lo que habría que replantearse el programa con criterios clínicos y no pedagógicos, disminuir la intensidad, comenzar la intervención a edades más tempranas e implicar a los padres. El objetivo del trabajo de Jiménez Ruiz et al²⁸ fue presentar los resultados asistenciales y de gasto farmacéutico de una Unidad Especializada de Tabaquismo. Se valoraron dos protocolos asistenciales: grupal e individual empleando tratamiento combinado (farmacológico y psicológico) en 10 consultas durante un periodo de 12 meses de seguimiento. Los autores encontraron una abstinencia continua a los 6 y 12 meses de seguimiento del 58,5% y del 54,9% respectivamente, bajando al 42 y al 35% a los 36 y 57 meses de seguimiento con buenos resultados económicos. Fríguls et al²⁹ analizaron la relación de la exposición prenatal y postnatal al tabaco con la aparición de síntomas respiratorios y alérgicos en los primeros 4 años de vida. Los autores encontraron que la exposición prenatal exclusiva se relaciona con mayor riesgo de hospitalización por infección respiratoria sobre todo en el segundo año de vida, mientras que la exposición postnatal se asocia con la aparición de sibilancias tardías y aumenta la probabilidad de diagnóstico de asma a los 4 años. Tanto los expuestos pre como postnatalmente presentaban más sibilancias, roncus persistentes, tos nocturna, resfriados al año y diagnóstico de asma. A mayor nivel de cotinina más riesgo de presentar sibilancias. Por el contrario los autores no encontraron relación entre la exposición al tabaco y la atopía.

Oncología

Cerón et al³⁰ determinaron las causas de mortalidad en pacientes operados de un carcinoma broncogénico no microcítico en estadio IB, así como valoraron el impacto que en la supervivencia tiene el número de adenopatías analizadas. Los autores encontraron que el tamaño tumoral y el número de adenopatías analizadas condicionaron significativamente la supervivencia del carcinoma broncogénico no microcítico en estadio IB. La causa más frecuente de mortalidad encontrada fue la debida a metástasis a distancia (Sistema nervioso central y hueso). Los autores concluyen que el hecho de no realizar una disección ganglionar sistemática podría repercutir en la correcta estadificación del carcinoma broncogénico no microcítico, cuanto más amplia sea la linfadenectomía practicada, mayor será la probabilidad de acierto en la estadificación patológica. El impacto que el número de ganglios analizados tiene en la supervivencia obliga a una disección ganglionar mediastínica lo más amplia posible. Mongil Poce et al³¹ quisieron determinar la supervivencia de los pacientes intervenidos con resección de metástasis pulmonares de cáncer colorrectal, evaluando la aplicabilidad de factores pronósticos ya establecidos. Los autores no encontraron diferencias significativas en la supervivencia al analizar por sexos, vías de abordaje, número de metástasis e intervalo libre de enfermedad,

pero si por tipo de resección (más supervivencia a los 3 años en los pacientes a los que se les realizó una resección atípica al compararlo con aquellos que se les realizó una lobectomía). El objetivo de Díaz Merchán et al³² fue presentar su experiencia con videotoracosopia para la estadificación y valoración de reseabilidad del cáncer de pulmón. Los autores concluyeron que la videotoracosopia exploradora y la videopericardioscopia como primer paso de la intervención por carcinoma de pulmón se realizan en escasos minutos, no añade morbilidad y evita una significativa proporción de toracotomías exploradoras. El objetivo de Gürsoy et al³³ fue examinar las características clínicas, las técnicas de diagnóstico y el tratamiento de las lesiones quísticas primarias del mediastino. La localización de los quistes (congénitos en su mayoría; 94%) fue en el mediastino anterior (24%) y el resto en el mediastino visceral (n=26). Los síntomas más frecuentes fueron el dolor y las molestias torácicas, seguidas de disnea, tos y hemoptisis. En todos los casos los autores procedieron a la escisión quirúrgica del quiste sin complicaciones importantes y sin recurrencias a largo plazo. Aunque el artículo siguiente podríamos haberlo incluido tanto en el epígrafe EPOC como en el de oncología, por su objetivo primario, hemos decidido incluirlo en este de oncología. Abel Arca et al³⁴ analizaron la frecuencia, las características y la supervivencia de los pacientes con cáncer de pulmón y EPOC comparándolo con los pacientes con EPOC sin cáncer. Encontraron que la EPOC y el cáncer de pulmón se asociaron en un 39,8% (mayoritariamente en estadios II y III de la clasificación Gold) con carcinomas escamosos como estirpe predominante (a estadios precoces). Al comparar el grupo de pacientes con cáncer y EPOC y los que no tienen EPOC, los primeros eran de mayor edad y mayoritariamente fumadores (96,6 vs. 75%) y presentaron una mayor supervivencia.

Tuberculosis e infecciones respiratorias

El objetivo del estudio de Ramos et al³⁵ fue analizar la producción científica española sobre tuberculosis durante la década 1997-2006 contextualizando en el marco de la Unión Europea. Los autores encontraron que la producción en tuberculosis ha sido constante a lo largo del período estudiado suponiendo una importante aportación en el conjunto de la Unión Europea. Mir Messa et al³⁶ valoraron la inflamación bronquial en niños preescolares con bronquitis de repetición mediante la determinación del óxido nítrico exhalado. Los autores encontraron, como media, una fracción de óxido nítrico más elevada en el grupo de niños con bronquitis existiendo unas diferencias significativas entre el grupo control y los niños con bronquitis que no recibían corticoides inhalados, pero no con los que sí lo recibían. Se encontró que los que presentaban valores más altos de eosinófilos en sangre (> 400/ μ l) presentaban cifras de óxido nítrico más altas.

Circulación

Blázquez et al³⁷ analizaron sus resultados tras la aplicación de tromboendarterectomía pulmonar a pacientes con hipertensión pulmonar tromboembólica crónica. La conclusión a la que llegan los autores es que la tromboendarterectomía pulmonar mejora la hemodinámica pulmonar (descenso de la presión sistólica pulmonar [p 0,001], de la presión arterial media [p=0,001] y aumento del índice cardíaco [p < 0,001], prolonga la supervivencia y mejora el estado funcional del paciente). Por otro lado, el objetivo de Fernández et al³⁸ fue evaluar la repercusión de la EPOC en el diagnóstico de una serie de pacientes consecutivos con TEP agudo sintomático y el significado pronóstico de la EPOC en estos

pacientes. Se encontró que en los pacientes con EPOC el diagnóstico de TEP se retrasó de forma significativa con una probabilidad clínica baja. El antecedente de EPOC no se asoció de forma significativa a la mortalidad por TEP.

Técnicas diagnósticas y Transplante pulmonar

Técnicas diagnósticas

Sánchez Font et al³⁹ compararon el rendimiento de la punción aspirativa transbronquial (PATb) guiada por ultrasonografía endobronquial (USEB) con la realización de la técnica de forma convencional para el estudio de adenopatías mediastínicas. Los autores encontraron que el rendimiento de la PATb guiada por USEB radial fue superior al de la PATb convencional para las estaciones paratraqueales e hiliares. García Olivé et al⁴⁰ realizaron un total de 294 PATb guiadas por USEB lineal sobre doce masas y 282 adenopatías mediastínicas. Los autores encontraron muestras valorables en el 91,7% de las masas y en el 82,6% de las adenopatías, evitando la mediastinoscopia en 115 pacientes con una sensibilidad diagnóstica del 89,5%. Se confirmó el diagnóstico en el 90,4% de las neoplasias, en el 80% de las tuberculosis y en el 100% de las sarcoidosis. Por ello los autores concluyen que la PATb guiada por USEB lineal es un instrumento útil en los pacientes con afectación mediastínica. El objetivo de Gallardo Valera et al⁴¹ fue comprobar la utilidad de la videotoracosopia exploradora en la valoración de la reseabilidad del carcinoma de pulmón, para diferenciar los verdaderos tumores T3 por invasión parietal de aquellos que se estatifican incorrectamente por pruebas de imagen. Los autores concluyen que la videotoracosopia exploradora es una técnica claramente superior a la tomografía computarizada y/o resonancia magnética para detectar infiltración de la pared, por lo que estatifica correctamente la situación T3 por invasión parietal y decide la vía de abordaje.

Transplante

El propósito del trabajo de Almenar et al⁴² fue conocer el papel de las concentraciones de interleucina-8 (IL-8) en el LBA del donante pulmonar en el desarrollo de la disfunción primaria del injerto pulmonar. Los autores analizaron veinte pacientes que recibieron un trasplante bipulmonar y concluyen que concentraciones elevadas de IL-8 en el LBA del donante condiciona un mayor tiempo de ventilación asistida en el receptor del trasplante y favorecen el desarrollo de la disfunción primaria del injerto pulmonar. En algunos donantes clasificados como óptimos podría haber lesiones pulmonares subclínicas, cuya expresión sería la elevación de la concentración de IL-8 en el LBA, la cual se agravaría tras la isquemia y posterior reperfusión del injerto. Miñambres et al⁴³ presentaron sus resultados de trasplante pulmonar en casos de enfisema, analizando factores de riesgo asociados a mortalidad a corto, medio y largo plazo en receptores del trasplante. Se asoció a la mortalidad la dehiscencia de la sutura quirúrgica, el tiempo de ventilación mecánica en la UCI, la duración de la intervención y la realización de un trasplante unipulmonar. Incrementó el riesgo de muerte a corto plazo, el uso de circulación extracorporea y la necesidad de técnicas de hemofiltración en UCI. La edad del receptor se asoció a la mortalidad a largo plazo y la duración de la intervención quirúrgica se asoció a la mortalidad a corto, medio y largo plazo. El objetivo de López Meseguer et al⁴⁴ fue revisar la serie de pacientes afectados de hipertensión pulmonar y trasplantados en un período de 10 años, encontrando que el trasplante es una opción terapéutica que ofrece resultados alentadores para enfermedad grave y progresiva.

Enfermedad pulmonar intersticial difusa

Dado que en determinadas enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) el estudio del LBA define patrones típicos de cada enfermedad, teniendo valor como apoyo al diagnóstico, Jara Palomares et al⁴⁵ realizaron un análisis descriptivo del estudio citológico y de las poblaciones linfocitarias en el LBA. Se realizó un estudio prospectivo sobre 562 pacientes con EPID encontrando que el índice CD4/CD8 fue el parámetro más útil con un incremento en la sarcoidosis, estando el índice invertido en el resto de enfermedades. Por ello, los autores concluyen, que los datos del LBA conjuntamente con los datos clínico-radiológicos ayudan a discriminar entre las EPID.

Pleura

Cases et al⁴⁶ analizaron la eficacia y seguridad del catéter de drenaje pleural permanente (Pleur X[®]) en el manejo de pacientes con derrame pleural maligno recidivante, encontrando que es eficaz, sencillo, no precisa para su colocación de ingreso hospitalario, es de fácil manejo y con escasas complicaciones.

Bronquiectasias

El objetivo del trabajo de Palop Cervera et al⁴⁷ fue analizar la relación entre la intensidad de la inflamación de la vía aérea respiratoria, expresada por marcadores de estrés oxidativo en el aire exhalado, y la gravedad de la enfermedad en pacientes con bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística. No se encontraron relaciones significativas entre marcadores en condensado exhalado y la afectación clínica, radiológica, funcional o de calidad de vida. Sólo la colonización bacteriana se relacionó con valores más altos de nitratos en aire exhalado y un mayor número de exacerbaciones.

Enfermedades respiratorias de origen laboral

Tarrés et al⁴⁸ quisieron conocer las características clinicoepidemiológicas de una población afectada por enfermedades relacionadas con el amianto, por haber trabajado o que vivían en el entorno de una fábrica de fibrocemento. En la zona estudiada, la fábrica supuso un factor de riesgo importante de enfermedades relacionadas con el amianto para sus trabajadores y la población cercana con una incidencia anual de 9,5 pacientes/100.000 (2000-05) para toda la zona y en la población más cercana a la fábrica la incidencia fue del 35,5 con una tendencia ascendente.

Gestión

Giner et al⁴⁹ quisieron obtener datos representativos en cuanto al abordaje, la prevalencia y los recursos disponibles para la práctica de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) tanto en pacientes agudos como en domicilio en la Comunidad Valenciana. En el 88% de los hospitales la VMNI, en el episodio agudo, se realizaba en la sala de neumología siendo el diagnóstico más frecuente la exacerbación de EPOC, el síndrome de hipoventilación-obesidad, la enfermedad neuromuscular descompensada y la cifoescoliosis. El 88% de los hospitales disponía de ventiladores, siendo el 44% tipo bipresión. Sólo un hospital disponía de guardias específicas de neumología, pero ninguno disponía de refuerzo de enfermería para ventilación. El 88% de los hospitales realizaba

VMNI a domicilio con una consulta monográfica de ventilación en el 31,3% de los hospitales. Por todo se concluye que se han observado importantes carencias en recursos humanos y técnicos, disparidad de material empleado y escasez de sistema de apoyo. Freixinet et al⁵⁰ analizaron la situación de la cirugía torácica y realizaron una previsión de futuro de las necesidades de especialistas de cirugía torácica. Los autores concluyen que la especialidad de cirugía torácica debería moderar la oferta de formación de nuevos cirujanos torácicos en los próximos 5 años como mínimo, aunque reconocen que la cirugía torácica se halla repartida de forma irregular por el territorio nacional. El objetivo del trabajo de Sala et al⁵¹ ha sido describir la actividad de una unidad de cuidados respiratorios intermedios dependiente de un servicio de neumología. Los autores demuestran que en nuestro país es viable la creación de una unidad de cuidados respiratorios intermedios dependiente del servicio de neumología, permite desarrollar una alta actividad asistencial con bajo porcentaje de fracasos terapéuticos. La agudización del EPOC fue el diagnóstico de ingreso más frecuente, siendo la necesidad de tratamiento con VMNI el criterio de ingreso más frecuente. Igualmente, el objetivo del trabajo de Aburto et al⁵² fue describir las características y resultados de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados respiratorios intermedios, concluyendo, que sus pacientes son mayores, con importante comorbilidad y mortalidad elevada, tanto en la hospitalización como en los 3 meses siguientes al alta. No se evidenciaron diferencias significativas según el tipo de cuidado administrado al paciente.

Miscelánea

Hemos incluido en este epígrafe aquellos artículos que por sus características no encajaban en ninguno de los epígrafes anteriores o claramente estaban a caballo entre dos de ellos.

Zaragoza et al⁵³ desarrollaron y validaron la escala de calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas (CV-PERC), evidenciando que es una medida fiable y válida para evaluar calidad de vida en pacientes con asma y EPOC. Con un fin parecido, Blanco Aparicio et al⁵⁴ elaboraron una versión española del cuestionario Airways Questionnaire 20 (AQ20), cuestionario de calidad de vida abreviado para evaluación clínica del asma y el EPOC. Tras realizar un método de traducción-retraducción, obtuvieron un instrumento en español conceptualmente semejante a la versión original inglesa, de fácil comprensión y una consistencia interna adecuada. El objetivo de Vehmas et al⁵⁵ fue examinar la relación existente entre la aterosclerosis calcificada de tórax (por tomografía computarizada) y varios parámetros de función pulmonar, encontrando una asociación negativa, pero significativa, con todos los parámetros de la función pulmonar estudiada (FEV1%, FVC%, MEF 50%, difusión total y específica, FEV1/FVC%) con la calcificación de la aorta y de sus ramas, salvo la TLC, que solo lo hizo con la arteriosclerosis de la aorta ascendente. Los autores concluyen que la arteriosclerosis parece estar relacionada con una función pulmonar deficiente.

No queríamos acabar el Archivo de Archivos de 2009 sin resaltar un artículo especial publicado en el número 1 del año 2009 y en el que Ancochea et al⁵⁶ sentaron las bases del diseño y protocolo del estudio sobre la prevalencia del EPOC en España (EPI-SCAN) en personas de 40-80 años⁵⁷.

Bibliografía

1. Granda-Orive JI, Jareño Esteban J. Archivo de ARCHIVOS: 2006. Arch Bronconeumol. 2007;43:399-410.
2. Granda-Orive JI, Arias Arias E. Archivo de ARCHIVOS: 2007. Arch Bronconeumol. 2008;44:376-85.

3. Granda-Orive JI. Archivo de ARCHIVOS: 2008. Arch Bronconeumol. 2009;45:245-51.
4. Eigenfactor.org. Ranking and mapping scientific knowledge [consultado 27/12/2009]. Disponible en: <http://www.eigenfactor.org>.
5. SCImago. (2007). SJR-SCImago Journal & Country Rank. Retrieved December 27, 2009, from <http://www.scimagojr.com>.
6. García Aymerich J, Gomez FP, Antó JM, en nombre del Grupo Investigador del Estudio PAC-COPD. Caracterización fenotípica y evolución de la EPOC en el estudio PAC-COPD: diseño y metodología. Arch Bronconeumol. 2009;45:4-11.
7. Torres SH, Montes de Oca M, Loeb E, Zabner Oziel P, Wallis V, Hernández N. Isoenzimas de lactodeshidrogenasa en el músculo esquelético de pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2009;45:75-80.
8. Angulo M, Taranto E, Soto JP, Malacrida L, Nin N, Hurtado FJ, et al. El salbutamol mejora la contractilidad diafragmática en la obstrucción crónica de la vía aérea. Arch Bronconeumol. 2009;45:230-4.
9. Casadevall C, Coronell C, Ausín P, Martínez Llorens J, OrozcoLeví M, Barreiro E, et al. Citocinas inflamatorias y factores de reparación en los músculos intercostales de pacientes con EPOC grave. Arch Bronconeumol. 2009;45:279-85.
10. Mota S, Güell R, Barreiro E, Casan P, Gea J, Sanchis J. Relación entre disfunción de los músculos espiratorios e hiperinflación dinámica en la EPOC avanzada. Arch Bronconeumol. 2009;45:487-95.
11. Moreno A, Montón C, Belmonte Y, Gallego M, Pomares X, Real J. Causas de muerte en pacientes con EPOC grave. Factores pronósticos. Arch Bronconeumol. 2009;45:181-6.
12. Balleza M, Calaf N, Feixas N, González M, Antón D, Riu PJ, et al. Medición del patrón ventilatorio mediante tomografía por impedancia eléctrica en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2009;45:320-4.
13. Fernández Fabrellas E, Almenar Bonet L, Ponce Pérez S, Moro López JA, Blanquer Olivas R, Salvador Sanz A. ¿Cuándo remitir al cardiólogo al paciente con síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño? Utilidad del NT-proBNP. Arch Bronconeumol. 2009;45:173-80.
14. Campos Rodríguez F, Fernández Palacín A, Reyes Nuñez N, Reina González A. Características clínicas y polisomnográficas del síndrome de apneas durante el sueño localizado en fase REM. Arch Bronconeumol. 2009;45:330-4.
15. Drummond M, Winck J, Guimaraes J, Santos AC, Almeida J, Marques J. Efecto a largo plazo de la presión positiva automática en la vía aérea sobre la proteína C reactiva y la interleucina-6 en varones con síndrome de apnea obstructiva de sueño. Arch Bronconeumol. 2009;45:577-84.
16. Fernández Álvarez R, Rubinos Cuadrado G, Cabrera Lalcázada C, Galindo Morales R, Gullón Blanco JA, González Martín I. Ventilación mecánica domiciliar: dependencia y carga de cuidados en el domicilio. Arch Bronconeumol. 2009;45:383-6.
17. Gea J, Gáldiz JB, Comtois N, Zhu E, Salazkin I, Fiz JA, et al. Modificaciones en la actividad del diafragma por laparotomía media y cambios en la rigidez de la pared abdominal. Arch Bronconeumol. 2009;45:30-5.
18. Gea J, Zhu E, Gáldiz JB, Comtois N, Slazkin I, Fiz JA, et al. Consecuencias de las contracciones excéntricas del diafragma sobre su función. Arch Bronconeumol. 2009;45:68-74.
19. Sánchez Bahillo M, García Marcos L, Pérez Fernández V, Martínez Torres ME, Sánchez Solís M. Evolución de la mortalidad por asma en España, 1960-2005. Arch Bronconeumol. 2009;45:123-8.
20. Torres R, Pérez M, Marco A, Picado C, De Mora F. Un inhibidor selectivo de la ciclooxigenasa-2 empeora la función respiratoria y fomenta la actividad de los mastocitos en ratones sensibilizados. Arch Bronconeumol. 2009:162-7.
21. Fraga Irioso R, Nuñez Naveira L, Brienza NS, Centeno Cortés A, López Peláez E, Vereá H, et al. Desarrollo de un modelo murino de inflamación y remodelación de vías respiratorias en asma experimental. Arch Bronconeumol. 2009;45:422-8.
22. Arnedo Pena A, García Marcos L, Carvajal Uruña I, Busquets Monge R, Morales Suárez Varela M, Miner Canflanca I, et al. Contaminación del aire y síntomas recientes de asma, rinitis alérgica y ecema atópico en escolares de 6 a 7 años. Arch Bronconeumol. 2009;45:224-9.
23. Plaza V, Bellido Casado J, Rodrigo GJ, Solarte J, Rodríguez Trigo G, Sepúlveda R, et al. Impacto del tratamiento preventivo con agonistas adrenérgicos beta2 de acción larga y glucocorticoides inhalados en la morbi-mortalidad de 1.543 episodios de exacerbación grave de asma. Arch Bronconeumol. 2009;45:545-9.
24. Morell F, Genover T, Benaque E, Picado C, Muñoz X, Cruz MJ. Incidencia y características de las agudizaciones asmáticas en Barcelona (ASMAB II). Arch Bronconeumol. 2009;45:550-5.
25. Perpiñá Tordera M, Martínez Moragón E, Belloch Fuster A, Lloris Bayo A, Pellicer Ciscar C. Creencias sobre la salud y los medicamentos en la población asmática española. Validación de 2 instrumentos para su medida. Arch Bronconeumol. 2009;45:218-23.
26. Martínez Moragón E, Serra Batllés J, De Diego A, Palop M, Casan P, Rubio Terrés C, et al. y por el Grupo de Investigadores del estudio AsmaCost. Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost). Arch Bronconeumol. 2009;45:481-6.
27. Gómez Cruz G, Barrueco Ferrero M, Aparicio Coca I, Maderuelo JA, Torrecilla García M. Programa de prevención del tabaquismo en alumnos de enseñanza secundaria. Arch Bronconeumol. 2009;45:16-23.
28. Jiménez Ruiz CA, Mayayo Ulibarri M, Cícero Guerrero A, Amor Besada N, Ruiz Martín JJ, Fernández C, et al. Resultados asistenciales de una unidad especializada en tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2009;45:540-4.
29. Fríguls B, García Algar O, Puig C, Figueroa C, Sunyer J, Vall O. Exposición prenatal y postnatal al tabaco y síntomas respiratorios y alérgicos en los primeros años de vida. Arch Bronconeumol. 2009;45:585-90.
30. Cerón J, Peñalver JC, Jordá C, Padilla J. Carcinoma broncogénico no microcítico en estadio IB. Impacto del número de adenopatías analizadas en la supervivencia. Arch Bronconeumol. 2009;45:87-91.
31. Mongil Poce R, Pagés Navarrete C, Ruiz Navarrete JA, Roca Fernández J, Arrabal Sánchez R, Benítez Doménech A, et al. Análisis de supervivencia de la cirugía de resección de metástasis pulmonares de cáncer colorrectal. Arch Bronconeumol. 2009;45:235-9.
32. Jiménez Merchán R, Cogregado Loscertales M, Gallardo Valera G, Triviño Ramírez A, Ayarra Jarné J, Loscertales J. Videotoroscopia exploradora y videopericardioscopia en la estadificación definitiva y valoración de la resecabilidad del cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2009;45:435-41.
33. Gursóy S, Oztuk A, Ucvet A, Erbaycu AE. Lesiones quísticas primarias y benignas del mediastino en el adulto: espectro clínico y tratamiento quirúrgico. Arch Bronconeumol. 2009;45:371-5.
34. Abal Arca J, Parente Lamelas I, Almazán Ortega R, Blanco Pérez J, Toubes Navarro ME, Marcos Velázquez P. Cáncer de pulmón y EPOC: una asociación frecuente. Arch Bronconeumol. 2009;45:502-7.
35. Ramos JM, Masiá M, Padilla S, García Pachón E, Gutiérrez F. Producción española sobre tuberculosis a través del MED-LINE (1997-2006). Arch Bronconeumol. 2009;45:271-8.
36. Mir Messa I, Moreno Galdó A, Cobos Barroso N, Gartner S, Martín de Vicente C, Liñán Cortés S. Óxido nítrico en niños menores de 4 años con bronquitis de repetición. Arch Bronconeumol. 2009;45:442-8.
37. Blázquez JA, Escribano P, Pérez E, López MJ, Gómez MA, Cortina JM. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica: tratamiento mediante tromboendarterectomía quirúrgica. Arch Bronconeumol. 2009;45:496-501.
38. Fernández C, Jiménez D, De Miguel J, Martí D, Díaz G, Sueiro A. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en pacientes con tromboembolia de pulmón aguda sintomática. Arch Bronconeumol. 2009;45:286-90.
39. Sanchez Font A, Curull V, Vollmer I, Pijuan L, Gayeta A, Gea J. Utilidad de la punción espiratoria transbronquial guiada con ultrasonografía endobronquial (USEB) radial para el diagnóstico de adenopatías. Arch Bronconeumol. 2009;45:212-7.
40. García Olivé I, Valverde Foncada EX, Andreo García F, Sanz Santos J, Castella E, Llatjos M, et al. La ultrasonografía endobronquial lineal como instrumento de diagnóstico inicial en el paciente con ocupación mediastínica. Arch Bronconeumol. 2009;45:266-70.
41. Gallardo Valera G, Treviño Ramírez A, Congregado M, Jiménez Merchán R, Ayarra Jarné FJ, Loscertales J. Utilidad de la videotoroscopia para una correcta estadificación de tumores T3 por invasión de pared. Arch Bronconeumol. 2009;45:325-9.
42. Almenar M, Cerón J, Gómez MD, Peñalver JC, Jiménez MJ, Padilla J. Interleucina-8 en el labado broncoalveolar del donante y su impacto en la disfunción primaria del injerto en el trasplante bipulmonar. Arch Bronconeumol. 2009;45:12-5.
43. Miñambres E, Zurbano F, Naranjo S, Llorca J, Cifrián JM, González Castro JM. Trasplante de pulmón en casos de enfisema: análisis de mortalidad. Arch Bronconeumol. 2009;45:335-40.
44. López Meseguer M, Román A, Monforte V, Bravo C, Solé J, Morell F. Trasplante bipulmonar en hipertensión pulmonar. Una serie de 15 pacientes. Arch Bronconeumol. 2009;45:366-70.
45. Jara Palomares L, Martín Juan J, Gómez Izquierdo L, Cayuela Domínguez A, Rodríguez Becerra E, Rodríguez Panadero F. Hallazgos en el lavado broncoalveolar de pacientes con enfermedad pulmonar intersticial difusa. Estudio de una cohorte prospectiva. Arch Bronconeumol. 2009;45:111-7.
46. Cases E, Seijo L, Disdier C, Lorenzo MJ, Cordobilla R, Sanchos F, et al. Uso del drenaje pleural permanente en el manejo ambulatorio del derrame pleural maligno recidivante. Arch Bronconeumol. 2009;45:591-6.
47. Palop Cervera M, De Diego Damiá A, Martínez Moragón E, Cortijo J, Fullana J, León M. Estudio de marcadores de inflamación en el aire exhalado de pacientes con bronquiectasias no asociadas a fibrosis quística. Arch Bronconeumol. 2009;45:597-602.
48. Tarrés J, Abós Herrándiz R, Albertí C, Martínez Artés X, Rosell Murphy M, García Allas I, et al. Enfermedad por amianto en una población próxima a una fábrica de fibrocemento. Arch Bronconeumol. 2009;45:429-34.
49. Chiner E, Llombart M, Martínez García MA, Fernández Fabrellas E, Navarro R, Cervera A. Ventilación mecánica no invasiva en la Comunidad Valenciana: de la teoría a la práctica. Arch Bronconeumol. 2009;45:118-22.
50. Freixinet J, Caballero Hidalgo A, González López-Valcárcel B, García Fernández JL, Crespo Royo I, Salvatierra Velázquez A, et al. Análisis de la situación actual y previsión de futuro de la especialidad de cirugía torácica. Arch Bronconeumol. 2009;45:107-10.
51. Sala E, Balaguer C, Carrera M, Palou A, Bover J, Agustí A. Actividad de una unidad de cuidados respiratorios intermedios dependiente de un servicio de neumología. Arch Bronconeumol. 2009;45:168-72.
52. Aburto M, Esteban C, Aguirre U, Egurrola M, Altube M, Moraza FJ, et al. Cuidados respiratorios intermedios: un año de experiencia. Arch Bronconeumol. 2009;45:533-9.
53. Zaragoza J, Lugli Rivero Z. Construcción validación del instrumento Calidad de Vida en Pacientes con Enfermedades Respiratorias Crónicas (CV-PERC). Resultados preliminares. Arch Bronconeumol. 2009;45:81-6.

54. Blanco Aparicio M, Vázquez Rodríguez I, Vereá Hernando H. Adaptación transcultural al español del Airways Questionnaire 20 (AQ20), un cuestionario de calidad de vida abreviado para la evaluación clínica del asma y EPOC. Arch Bronconeumol. 2009;45:24-9.
55. Vehmas T, Hiltunen A, Leino Arjas P, Piirilä P. Relación entre las calcificaciones ateroscleróticas en el tórax detectadas mediante tomografía computarizada y la función pulmonar. Arch Bronconeumol. 2009;45:376-82.
56. Ancochea J, Badiola C, Durán Taulería E, García Río F, Miravittles M, Muñoz L, et al. Estudio EPI-SCAN: resumen del protocolo de un estudio para estimar la prevalencia de EPOC en personas de 40 a 80 años en España. Arch Bronconeumol. 2009;45:41-7.
57. Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Duran-Tauleria E, Sánchez G, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily live activities. Thorax. 2009;64:863-8.