

Bibliografía

1. Crespo-Lessmann A, Torrego-Fernández A. Tabique traqueal inflamatorio. Arch Bronconeumol. 2013;49:402-4.
2. Yildirim BB, Karalezli A, Hasanoglu HC, Kandemir O. Obstructive fibrinous tracheal pseudomembrane. J Bronchology Interv Pulmonol. 2012;19:129-31.
3. Deslée G, Bricchet A, Lebuffe G, Copin MC, Ramon P, Marquette CH. Obstructive fibrinous tracheal pseudomembrane. A potentially fatal complication of tracheal intubation. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:1169-71.
4. Lins M, Dobbeleir I, Germonpré P, Waelput W, Pauwels P, Jorens PG. Postextubation obstructive pseudomembranes: A case series and review of a rare complication after endotracheal intubation. Lung. 2011;189:81-6.
5. Rice BL, Culver DA, Santacruz JF, Lazar CA, McCarthy K, Gildea TR. Obstructive fibrinous tracheal pseudomembrane. Ann Thorac Surg. 2011;92:115-7.

Maria del Sol Arenas-de Larriva*, Javier Cosano-Povedano y Andrés Cosano-Povedano

Unidad de Bronoscopias, Servicio de Neumología,
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arlam23@hotmail.com
(M.S. Arenas-de Larriva).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.005>

Comparación del factor de impacto y el índice SCImago Journal Rank en las revistas del sistema respiratorio



A comparison of the impact factor and the SCImago Journal Rank index in respiratory system journals

Sr. Director:

El empleo sistemático de indicadores bibliométricos en la evaluación de la investigación ha dado lugar a estudios exhaustivos acerca de las ventajas e inconvenientes de cada uno de estos indicadores. El índice más empleado, el factor de impacto (FI)¹, ha recibido frecuentes críticas por sus numerosas limitaciones, como la inclusión de citas a artículos que no son tenidos en cuenta en el denominador de su fórmula de cálculo (editoriales, cartas), la cobertura de un período de análisis de solo 2 años, la inclusión de autocitas y el no valorar la calidad del origen de las citas, o el riesgo de manipulación, entre otros²⁻⁵.

Recientemente, se ha propuesto un nuevo parámetro, el índice SCImago Journal Rank (SJR), con rápida aceptación y uso, que utiliza para su cálculo las citas provenientes de la base de datos Scopus (Elsevier)². El SJR corrige muchas de las críticas que ha recibido el FI² ya que incluye más revistas, abarca un período mayor para contabilizar las citas (3 años), limita las autocitas y, como principal

característica, pondera las citas en función de la importancia de la revista de donde provienen utilizando un algoritmo similar al de Google PageRank[®].

Para comparar los resultados de utilizar ambos índices (FI y SJR) en las revistas especializadas del sistema respiratorio, hemos analizado sus valores correspondientes al año 2012. Las revistas se agrupan en la categoría *Respiratory System* del *Journal Citation Reports*[®], en el cálculo del FI, y en la categoría *Pulmonary and Respiratory Medicine* de *SCImago*, para el nuevo índice. La fuente para la obtención de estos índices fueron los portales oficiales de la *Web of Science* (a través de <http://www.accesowok.fecyt.es/>) donde se incluye el *Journal Citation Reports*[®], y del *SCImago Journal & Country Rank* (<http://www.scimagojr.com/>), este último accesible de forma gratuita. Se ha comparado el orden de la clasificación de las revistas para cada índice y se ha evaluado la posible correlación entre ambos indicadores con la prueba de Spearman.

El *Journal Citation Reports*[®] incluye 50 revistas especializadas en el sistema respiratorio, y 98 el *SCImago Journal & Country Rank*. Hemos obtenido que, en general, las principales revistas ocupan posiciones próximas en ambas clasificaciones, como se aprecia en la *tabla 1* que detalla las 20 primeras revistas de acuerdo con el SJR, y su lugar equivalente con el FI. La correlación entre los indicadores para las revistas de esta categoría es muy elevada ($r=0,94$; $p<0,001$).

De nuestros datos se desprende que el uso del índice SJR no da lugar a cambios significativos en la clasificación de las revis-

Tabla 1

Revistas del sistema respiratorio con mayor puntuación del SCImago Journal Rank y valor correspondiente del factor de impacto

Número de orden	Título	SJR	Factor de impacto (número de orden según el FI)
1	<i>American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine</i>	4.892	11.041 (1)
2	<i>Thorax</i>	2.742	8.376 (2)
3	<i>European Respiratory Journal</i>	2.433	6.355 (3)
4	<i>Journal of Heart and Lung Transplantation</i>	2.221	5.112 (5)
5	<i>Chest</i>	2.031	5.854 (4)
6	<i>American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology</i>	1.907	4.148 (7)
7	<i>Journal of Thoracic Oncology</i>	1.766	4.473 (6)
8	<i>Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery</i>	1.730	3.526 (9)
9	<i>American Journal of Physiology - Lung Cellular and Molecular Physiology</i>	1.613	3.523 (10)
10	<i>Proceedings of the American Thoracic Society</i>	1.503	^(a)
11	<i>Respiratory Research</i>	1.502	3.642 (8)
12	<i>International Journal of Tuberculosis and Lung Disease</i>	1.340	2.610 (23)
13	<i>European Journal of Cardiothoracic Surgery</i>	1.326	2.674 (21)
14	<i>COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>	1.151	2.310 (28)
15	<i>European Respiratory Review</i>	1.068	^(a)
16	<i>Current Opinion in Pulmonary Medicine</i>	1.061	3.119 (13)
17	<i>Respiratory Medicine</i>	1.055	2.585 (24)
18	<i>BMC Pulmonary Medicine</i>	1.048	2.760 (19)
19	<i>Clinical Lung Cancer</i>	1.015	2.038 ^(b)
20	<i>Sarcoidosis Vasculitis and Diffuse Lung Diseases</i>	1.014	1.625 (37)

^a Revistas sin factor de impacto.

^b Revista con factor de impacto en otra categoría.

tas del sistema respiratorio con respecto al FI. Además, por sus métodos de cálculo, solventa las principales limitaciones atribuidas al FI incluyendo matices, como la ponderación de las citas recibidas, que pueden mejorar la caracterización de las revistas. Por todo lo anterior, y teniendo en cuenta que el acceso al *SCImago Journal & Country Rank* es gratuito, consideramos que el uso del SJR puede plantearse en la actualidad no solo como complemento sino incluso como alternativa al FI.

Bibliografía

1. Garfield E. The history and meaning of the Journal Impact Factor. *JAMA*. 2006;295:90-3.
2. Falagas ME, Kouranos VD, Arencibia-Jorge R, Karageorgopoulos. Comparison of SCImago journal rank indicador with journal impact factor. *FASEB J*. 2008;22:2623-8.
3. Bommann L, Marx W, Gasparyan AY, Kitas GD. Diversity, value and limitations of the journal impact factor and alternative metrics. *Rheumatol Int*. 2012;32:1861-7.

4. The San Francisco Declaration on Research Assessment [consultado 11 Sep 2013]. Disponible en: <http://am.ascb.org/dora/>
5. García-Pachón E, Padilla-Navas I. El factor de impacto y el índice h de las revistas biomédicas españolas. *Med Clin (Barc)*. doi:10.1016/j.medcli.2013.09.014.

Eduardo García-Pachón^{a,*}
y Ricardo Arencibia-Jorge^b

^a Sección de Neumología, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

^b Centro Nacional de Investigaciones Científicas, La Habana, Cuba

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egpachon@gmail.com (E. García-Pachón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.006>

Utilización de un balón de oclusión en la realización de biopsias pulmonares transbronquiales con criosonda



Use of an occlusion balloon in transbronchial lung cryobiopsy

Sr. Director:

Con el objetivo de mejorar el rendimiento diagnóstico de la biopsia pulmonar transbronquial, se han comenzado a utilizar sondas de crioterapia para la obtención de muestras pulmonares. Los estudios que han evaluado el material histológico obtenido mediante criosonda en casos de tumores endobronquiales han observado que se trata de muestras de mayor tamaño que las obtenidas con pinza convencional y con una histología mejor preservada^{1,2}. Estos datos han posibilitado plantear la utilización de criosondas para la realización de la biopsia pulmonar transbronquial como alternativa al método convencional en el estudio de las enfermedades pulmonares difusas y los resultados sugieren una mejora en la eficacia diagnóstica de la técnica³. De la misma forma, se han realizado estudios descriptivos orientados a analizar la viabilidad y la seguridad de la técnica sin que se haya evidenciado un incremento de los efectos adversos, incluso en pacientes con trasplante pulmonar⁴.

En este punto, los autores hemos analizado los datos de 77 pacientes con sospecha de enfermedad intersticial difusa, que fueron aleatorizados para la realización de la biopsia pulmonar

transbronquial con criosonda (39 pacientes) o con pinza convencional (38 pacientes). Se observó que un mayor número de pacientes presentó un sangrado moderado en el grupo de criobiopsia con respecto al grupo convencional (56,4 versus 34,2%, $p = 0,068$) aunque clínicamente el sangrado no resultó relevante, los pacientes no requirieron otras actuaciones médicas ni quirúrgicas ni se prolongó el tiempo de exploración. En cuanto a la clasificación del sangrado, se consideró moderada cualquier hemorragia que precisara succión y oclusión del bronquio segmentario.

Una de las características de esta nueva técnica es que, debido al tamaño de las biopsias obtenidas, es necesario retirar el broncoscopio con la muestra adherida al extremo de la sonda por lo que, a diferencia del método convencional, la visión endoscópica del árbol bronquial se pierde durante unos segundos. La introducción nuevamente del broncoscopio y las maniobras de oclusión del bronquio segmentario donde se ha realizado la biopsia con criosonda pueden verse dificultadas por la presencia de sangrado. En este sentido, el objetivo de la utilización de un balón de oclusión no es la reducción de la cantidad de sangrado, sino proporcionar un mejor control de la hemorragia, si la hubiera. Este dato supone una modificación de la técnica descrita anteriormente por nuestro grupo⁵.

De esta forma, previamente al comienzo del procedimiento, introducimos un balón de oclusión (Modelo B5-2C[®]. Olympus Medical Systems Corp, Tokyo, Japón) por el canal lateral del tubo endotraqueal (Referencia 104100. Broncoflex[®] 7,5 mm, RÜSCH, Teleflex Medical, Durham, EE. UU.) y lo colocamos a la entrada

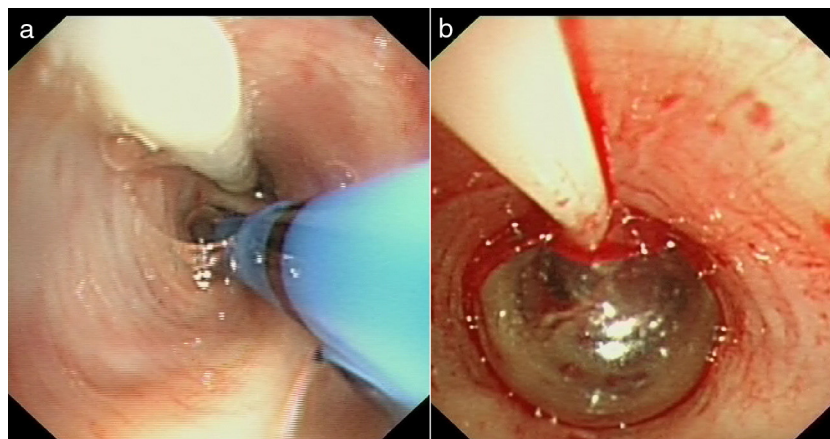


Figura 1. a) Imagen endoscópica de la colocación del balón de oclusión paralelo a la criosonda en la entrada de un bronquio segmentario pulmonar del lóbulo inferior derecho (LID). b) Imagen endoscópica del balón de oclusión insuflado tras la realización de una biopsia pulmonar transbronquial.