



Probablemente, este sea el caso de la neumología. Numerosos grupos españoles contribuyen periódicamente al avance de la especialidad, publicando en revistas internacionales. Sin embargo, Archivos de Bronconeumología no sólo carece de un factor de impacto mínimo, sino que se halla todavía luchando por su inclusión en los diferentes índices de publicaciones médicas¹.

El pez se muerde la cola. Como consecuencia inmediata, los mejores trabajos se remiten a revistas de lengua inglesa. Para agravar la situación, los de calidad media son remitidos como "prueba" a publicaciones anglosajonas de segunda línea. Sólo tras agotar estas posibilidades (a veces con remisiones sucesivas) se "desciende" a la de la revista de nuestra sociedad.

Pensamos que hay varios métodos para mejorar esta situación. Uno es la propia conciencia ética de los autores. La mejora en la calidad de los artículos remitidos a Archivos de Bronconeumología, beneficia al colectivo de miembros de la SEPAR. Sin embargo, no redundan en beneficio personal y... somos humanos. Otra, es la inclusión de Archivos de Bronconeumología en los índices médicos. Al parecer nuestros compañeros del Comité Editorial están en vías de conseguirlo. No cabe duda que esto ayudará a la divulgación y mejora en la calidad de la revista.

Sin embargo, pensamos que existe una tercera posibilidad que incidiría directamente en el área de influencia de Archivos de Neumología, y por ende de la SEPAR. Proponemos la publicación bilingüe (español e inglés) de Archivos de Bronconeumología. Inicialmente parece (y es) una propuesta heterodoxa. Consideremos los argumentos en pro y en contra.

Los argumentos a favor son numerosos. Se ampliaría el ámbito de posibles lectores de la revista. Además, éstos tendrían acceso no sólo al resumen (como ocurre ahora), sino al artículo completo. Más lectores, incluyendo los del mundo anglosajón, más referencias a artículos publicados en Archivos de Bronconeumología. Se generaría así un aumento en el factor de impacto²⁻⁴. Este lleva asociado la presentación de trabajos de mayor calidad. Muchos autores, cuyo nivel metodológico es bueno pero que no dominan el idioma inglés, se evitarían el engorro de la traducción. Además, elevado el factor de impacto y pudiendo someter los manuscritos en lengua española, puede convertirse en foco de atracción para autores latinoamericanos. Esta es un área donde existen focos con un buen nivel científico, todavía poco interrelacionados. Como ha demostrado la experiencia de los congresos iberoamericanos, hay un potencial importante en la integración de esta comunidad científica (p.e. trabajos conjuntos, períodos postdoctorales de formación en nuestro país, etc.). Con esta perspectiva adicional, quizás la cuestión no es sólo si es oportuno que Archivos de Bronconeumología sea bilingüe, sino además si conviene ser los primeros en tomar esta decisión.

Todos estos pasos (inclusión en los índices médicos, edición bilingüe, aumento de factor de impacto, mejora en el nivel de los trabajos enviados) no son inmediatos. Probablemente requerirían un período de unos cinco años, pero también probablemente se producirían en la secuencia expuesta.

Los únicos argumentos en contra que se nos ocurren son los derivados de un nacionalismo lingüístico rancio, o los de tipo económico. No comentaremos los primeros. En cuanto a los segundos, el sueldo que precisan uno o dos traductores mensuales parece ridículo si se compara con los potenciales beneficios. Además, no faltarían entidades que lo subvencionaran.

En resumen, proponemos la publicación de Archivos de Bronconeumología en edición bilingüe, española e inglesa.

J. Gera.

Servei de Pneumologia. Hospital del Mar.
Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
Barcelona.

1. Guardiola E. ¿Qué revistas españolas están incluidas en índices biomédicos internacionales? Med Clin 1990; 94:197-198.
2. Huth EJ. How to write and publish papers in the medical sciences. Ed E.J. Huth. Baltimore (USA): Williams & Wilkins, 1982.
3. Stapleton P. Writing research papers: An easy guide for non-native-english speakers. Ed P. Stapleton. Canberra (AUS): ACIAR, 1987.
4. Journals by category, ranked by impact factor. Section 8, Journal Rankings. J Cit Rep 1987:259-272.

Pleurodesis química en pacientes con SIDA y neumotórax recidivante

Sr. Director: Hemos leído atentamente el artículo publicado por J. Alborn et al¹, en que trata el neumotórax recidivante de un paciente con SIDA con instilación de tetraciclinas, que posteriormente fue intervenido.

La pleurodesis química mediante tetraciclinas² puede ser el tratamiento en caso de neumotórax recidivante en pacientes de alto riesgo quirúrgico, al conseguir una adecuada irritación de la pleura, con cualquiera de estos productos y siempre que se mantenga el pulmón expandido, se puede conseguir la creación de suficientes adherencias que eviten la recidiva.

Un caso especial es cuando la fuga aérea es persistente y al mantener el tubo de drenaje ocluido se crea una cámara, que evita el contacto de las pleuras y cuando se somete la cavidad pleural a aspiración el fármaco es evacuado, por lo que no ejerce su efecto.

Nos parece interesante el método de Almassi et al³ del cual tenemos una experiencia relativamente amplia y que ha sido comunicada recientemente en el congreso de SEPAR⁴.

De estos pacientes, dos estaban afectos de SIDA, en los que el método no dió resultado. En la toracotomía que se realizó a ambos pacientes, comprobamos macroscópica y microscópicamente una escasa reacción inflamatoria en ambos pacientes, en la superficie pleural. Posiblemente debido al déficit inmunitario de estos pacientes. En su artículo, el Dr. Alborn¹ también objetiva la falta de adherencias entre ambas pleuras al intervenir.

Como cita bibliográfica hace referencia a un artículo de Ema Busch et al⁵ para apoyar

la indicación de instilación de tetraciclinas en estos pacientes. Sin embargo, en la referencia citada, la instilación se hizo una vez cesada la fuga aérea, por lo que no puede achacarse la no repetición del neumotórax durante los 10 meses siguientes; tampoco se realizó necropsia y no aporta datos suficientes para poder afirmar que se había producido sínfisis pleural.

A la luz de nuestra experiencia y la de otros autores⁶ y mientras no se demuestre lo contrario pensamos que los pacientes con SIDA no son buenos candidatos para el tratamiento con pleurodesis con tetraciclinas.

F.F. Suero Molina, M.J. Roca Calvo
y **A. Alix Trueba**
Departamento de Cirugía de Tórax.
Fundación Jiménez Díaz.
Madrid.

1. Alborn J, Zamora R, Miró JM, Mainer M, Callejas MA, Ramírez J. Neumotórax recidivante en un paciente con SIDA y profilaxis con pentamidina inhalada. Arch Bronconeumol 1992; 28:198-200.
2. Macoviak JA, Stephenson JM, Ochs R, Edmunds LH. Tetracycline pleurodesis during active pulmonary pleural air leak for prevention of recurrent pneumothorax. Chest 1982; 81:1.
3. Almassi GH, Haasler GB. Chemical pleurodesis in the presence of persistent air leak. Ann Thorac Surg 1989; 47:786-787.
4. Suero Molina FF, Roca Calvo MJ, Mañes Bonet N, Alix Trueba A. Pleurodesis química en fuga aérea persistente. Arch Bronconeumol 1992; 28:78.
5. Busch E, Barlam BW, Wallace J. Intrapleural tetracycline for spontaneous pneumothorax in acquired immunodeficiency syndrome. Chest 1991; 99:1.036-1.037.
6. Vijay Chechani. Tetracycline pleurodesis for persistent air leak. Ann Thorac Surg 1990; 49:166-170.

Pleurodesis con tetraciclinas ácidas en pacientes con SIDA y profilaxis con pentamidina inhalada

Sr. Director: Hemos recibido con satisfacción, la carta remitida por el Dr. Suero Molina en la que expresa su inquietud respecto al uso de la pleurodesis química con tetraciclinas ácidas en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida y neumotórax recidivado¹.

Consideramos que la pleurodesis química puede ser un tratamiento a utilizar en caso de pacientes que rechacen la cirugía o presenten un alto riesgo quirúrgico siempre que no encontremos evidencia de fugas aéreas a través del sistema de drenaje². Nuestra experiencia ha demostrado que en caso de fuga aérea persistente el uso de sustancias esclerosantes está abocada al fracaso.

En el caso presentado la instilación de tetraciclinas ácidas se efectuó a los once días de la colocación del drenaje —a pesar que consideramos quirúrgicos los neumotórax de más de una semana de evolución— y se efectuó así porque en ese momento no existía evidencia de fugas aéreas y el estado del pa-



ciente no era el más apropiado para la intervención quirúrgica³. Asimismo, el interés del caso radicaba en tratarse de un paciente en tratamiento con pentamidina inhalada, como profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis carinii*, sustancia que tiene menor distribución en los vértices pulmonares, y por tanto se puede facilitar la ruptura de los quistes aéreos producidos por el *P. carinii* y una frecuencia mayor de recidivas de neumotórax⁴.

En la comunicación presentada se citan dos casos de pacientes afectos de SIDA que requirieron toracotomía tras la instilación con tetraciclinas, comprobando en el acto quirúrgico la escasa reacción inflamatoria pleural. Actualmente hemos intervenido un paciente VIH+ y profilaxis con pentamidina a través de toracotomía posterior izquierda y el paciente a los dos meses y medio permanecía libre de enfermedad, por lo que creemos que nuestros puntos de vista coinciden respecto a que en estos pacientes el mejor método es el quirúrgico.

J. Alborn Ventura, M. Antonio Callejas Pérez y E. Canalís Arrayas.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona.

1. Suero FF, Calvo MJ, Mañes N. Pleurodesis química en fuga aérea persistente. Arch Bronconeumol 1993; 29:247-248.
2. Busch E, Barlam BW, Wallace J. Intrapleural tetracycline for spontaneous pneumothorax in acquired immunodeficiency syndrome. Chest 1991; 99:1.036-1.037.
3. Alborn J, Zamora L, Miró JM. Neumotórax recidivante en un paciente con SIDA y profilaxis con pentamidina. Arch Bronconeumol 1992; 28:198-200.
4. Sherman M, Levin D, Breidbart D. *Pneumocystis carinii* pneumonia with spontaneous pneumothorax. A report of three cases. Chest 1986; 90:609-610.

Asma bronquial crónica y morbilidad por fenoterol

Sr. Director: He leído con interés el artículo publicado en su revista por el Dr. C. Picado¹. En uno de sus apartados, se analiza el dilema sobre asma y morbimortalidad por fenoterol. Sobre esta cuestión disponemos de alguna información cuya aportación podría ser de interés.

A finales de 1989, diseñamos un estudio de cohorte, que pretendía evaluar durante 6 meses, si la monitorización domiciliar del ápice de flujo (PEF), asociada a un programa educacional que incluye información sobre uso y utilidad de medicamentos, desviación del consumo de medicamentos hacia terapia antiinflamatoria (budesonida) y pautas terapéuticas dinámicas realizadas, en la mayoría de los casos, por los propios pacientes según oscilaciones en el PEF, eran medidas útiles para reducir morbilidad y estabilizar función en el asma bronquial crónica².

Entre los simpaticomiméticos utilizados por vía inhalatoria, el producto prescrito con mayor frecuencia, fue la asociación fenote-

TABLA I

6 meses media (ES)	Parámetros de morbilidad			
	Grupo control		Grupo experimental	
	Antes	Después	Antes	Después
- Pérdida de jornadas laborales.	31,70 (7,43)	28,69 (8,02)	27,94 (10,18)	6,00* (1,80)
- N.º episodios bronquiales agudos.	4,50 (0,75)	2,56 (0,34)	3,72 (0,29)	2,09* (0,44)
- N.º de consultas en asistencia primaria.	7,11 (1,46)	4,89 (1,14)	5,59 (1,12)	1,59* (0,28)
- N.º de asistencias de urgencias.	1,94 (0,45)	2 (0,49)	2,13 (0,30)	0,81* (0,15)
- Ingresos hospitalarios.	0,11 (0,07)	0,11 (0,07)	0,18 (0,08)	0* (0)
- N.º de disturbios en el sueño por asma.		46,94 (8,96)		10,01** (3,23)
- Consumo fenoterol + bromuro de ipratropio	81,56 (7,88)	97,33 (11,0)	76,94 (6,25)	58,37* (2,84)
	Parámetros de función pulmonar			
6 meses media (ES)	Grupo control		Grupo experimental	
	Inicio	Final	Inicio	Final
FEV ₁ (%)	65,27 (3,65)	56,66 (4,48)	67 (5,02)	77,86* (4,83)
FEV ₁ /CVF (%)	83,61 (3,16)	83,27 (3,59)	82,59 (3,29)	88,86* (3,25)

* test de la t de Student para datos apareados, p < 0,05; ** análisis de varianza; p < 0,01.

rol + bromuro de ipratropio (22 pacientes [62,5%] de la muestra en el grupo experimental y 18 [51,42%] en el grupo control). En el momento del diseño del estudio, conocíamos los datos publicados en la literatura sobre los estudios de casos y controles realizados en Nueva Zelanda³⁻⁶, en los que se desaconsejan la utilización de fenoterol en los pacientes con asma, como consecuencia del riesgo de muerte detectado, en esos trabajos, con este medicamento. En ese momento no disponíamos de información que demostrara que este riesgo pudiera existir en otros grupos étnicos diferentes a los de Nueva Zelanda⁷. Aunque no era objetivo de nuestro trabajo entrar en esta problemática, nosotros analizamos, entre otros, el consumo de fenoterol + bromuro de ipratropio por medio de técnicas indirectas (historias clínicas, entrevistas estructuradas, número de frascos de medicación consumidos por mes, análisis de hojas de monitorización domiciliar entregadas); en este trabajo demostramos que con cambios metodológicos y con educación se consigue disminuir, de forma significativa, el consumo de fenoterol + bromuro de ipratropio en el grupo experimental (p < 0,001) y a su vez reducir morbilidad y mejorar función, sin embargo, en el grupo control donde los cambios metodológicos no fueron introducidos, aumentó el consumo de fenoterol + bromuro de ipratropio (p = 0,09), la función pulmonar medida con espirometría no mejoró y los parámetros de morbilidad mejoraron levemente sin llegar a alcanzar los niveles de significación detectados en el grupo experimental (tabla I). Aunque nuestra experiencia por el momento esté limitada en el tiempo a seis meses, podríamos concluir que con nuestro programa y con fenoterol + bromuro de

ipratropio a dosis de dos inhalaciones cada 8-12 horas y a demanda para controlar síntomas agudos, hemos conseguido disminuir morbilidad, lo que nos sugiere, en contra de la opinión de todos estos autores, que lo descrito sobre el fenoterol, sea simplemente un ejemplo de un simpaticomimético potente, poco selectivo, mal utilizado. Esta reflexión no significa estar en desacuerdo con los estudios de casos y controles publicados^{3-7, 8}; todos estos autores detectan un problema que no cabe duda que existe y recomiendan en relación a sus hallazgos desviar el consumo hacia fármacos menos peligrosos. El problema surge a la hora de analizar el por qué de esta morbimortalidad. Dado que en el trabajo de Speizer et al⁷ hay medicamentos como salbutamol y xantinas que aumentan el riesgo, aunque este aumento sea inferior al fenoterol, y por otro lado, hay otros medicamentos como los esteroides inhalados y el cromoglicato disódico que protegen, una conclusión lógica de este trabajo podría ser que el asma se trata, fundamentalmente, con medicamentos antiinflamatorios por vía inhalatoria. Esta información junto con los datos reportados por nuestro trabajo sugieren que la morbimortalidad es más bien secundaria a problemas de metodología terapéutica que a medicamentos malditos, aunque entre los diferentes broncodilatadores que utilizamos para el tratamiento del asma existan algunos que, probablemente por sus características farmacodinámicas, sean más afortunados que otros.

J.M. Ignacio García.
Unidad de Neumología. Hospital General Básico de la Serranía de Ronda (Málaga).