

El archivo de ARCHIVOS: 2005

José Alonso y José M. Marín

Servicio de Neumología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. España.

Introducción

Durante el año 2005 se han publicado en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA un total de 58 trabajos de investigación originales. En esta revisión se pretende realizar un análisis de los resultados más sobresalientes de estos originales para facilitar al lector una visión general de la producción científica reflejada en nuestra Revista.

Área de insuficiencia respiratoria y trastornos de sueño

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

La EPOC ha vuelto a ser en 2005 la entidad clínica que más artículos ha originado. Se han abordado la mayoría de los aspectos relacionados con esta enfermedad. Es conocido que los costes económicos derivados de las agudizaciones que precisan hospitalización suponen cerca de dos tercios de los costes totales de la enfermedad. Con la idea de reducir el número y la duración de las hospitalizaciones, Díaz Lobato et al¹ estudian la eficacia de un programa de hospitalización domiciliaria controlada desde el hospital para pacientes seleccionados con agudización de la EPOC. El programa debe contemplar la participación médica y del personal de enfermería a domicilio y exige una cierta flexibilidad para ofrecer una o varias visitas domiciliarias. Los resultados ponen de manifiesto que no existen diferencias en cuanto a fracasos terapéuticos entre los grupos de hospitalización domiciliaria y de hospitalización convencional, lo que demuestra que la hospitalización a domicilio es posible y segura para un determinado grupo de pacientes con EPOC seleccionados.

A fin de conocer los determinantes por los cuales se prescriben fármacos a los pacientes con EPOC, De Miguel Díez et al² diseñaron un estudio multicéntrico (IDENTEPOC) para estudiar en 568 pacientes factores que influyen en la prescripción, tales como volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV₁), disnea, calidad de vida relacionada con la salud, sexo, visitas a

urgencias, hospitalizaciones, edad, comorbilidad, consultas relacionadas con la enfermedad y valores de los gases sanguíneos arteriales. De todos ellos, la disnea y el grado de calidad de vida fueron los factores determinantes de una mayor prescripción de fármacos.

La evaluación de la calidad de vida se considera importante para conocer la situación clínica del paciente y, por tanto, deben utilizarse instrumentos validados de medición. Martínez García et al³, que analizaron la validez de la versión española del Saint George's Respiratory Questionnaire para su uso en pacientes afectados de bronquiectasias en situación de estabilidad clínica, concluyen que presenta una excelente consistencia interna y validez, si bien adolece de algunas deficiencias estructurales y debería reorganizarse su contenido para que pueda ser más aplicable a los pacientes con bronquiectasias.

Los broncodilatadores son un tratamiento de elección en la EPOC. Balóira Villar y Vilaríño Pombo⁴ estudiaron por primera vez en nuestro país la eficacia broncodilatadora del salmeterol y el tiotropio en combinación para los pacientes con EPOC moderada-grave. Demuestran una eficacia superior de la asociación respecto al tratamiento con cada fármaco por separado, al menos en términos de mejoría funcional. Los broncodilatadores de larga duración son relativamente caros, de forma que se han realizado algunos estudios de coste-eficacia. García Ruiz et al⁵ comparan la relación coste-eficacia del tiotropio frente al salmeterol. El tratamiento con tiotropio resultó más coste-efectivo que la opción de tratamiento con ipratropio o salmeterol, principalmente debido a la reducción del número de hospitalizaciones asociadas al primero de ellos.

En la EPOC, la limitación de la tolerancia al esfuerzo en las actividades de la vida diaria es el principal determinante del deterioro en la calidad de vida. Montes de Oca et al⁶ estudiaron los cambios en la tolerancia al ejercicio, la calidad de vida y las características de los músculos periféricos tras 6 semanas de entrenamiento. Encontraron un incremento de la actividad de la enzima oxidativa citrato sintetasa en el músculo periférico, paralelo a la mejoría en la distancia recorrida en la prueba de la marcha de 6 min (PM6M) y a un aumento del área promedio de las fibras musculares, aunque sin que se alcanzara la significación estadística. Estos cambios se

Correspondencia: Dr. J.M. Marín.
Servicio de Neumología. Hospital Miguel Servet.
Avda. Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: jmmarint@unizar.es

Recibido: 21-6-2006; aceptado para su publicación: 27-6-2006.

asociaron además a mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud, sin que esta mejoría pudiera explicarse por la respuesta muscular.

En otro trabajo referido al entrenamiento muscular, Serón et al⁷ evalúan el efecto del entrenamiento muscular inspiratorio sobre la fuerza muscular y la calidad de vida. Utilizando una carga umbral del 40% de la presión inspiratoria máxima, obtenían una mejoría significativa de la fuerza muscular inspiratoria con respecto a los controles en el primer mes de tratamiento. Estas diferencias no se mantuvieron en el segundo mes, de forma que se apunta la necesidad de que la rehabilitación respiratoria probablemente deba realizarse mediante programas indefinidos.

Finalmente, una enfermedad tan prevalente como la EPOC es subsidiaria de manejo por distintos tipos de especialistas. Rico-Méndez et al⁸ compararon el tratamiento de la EPOC en el ámbito especializado y en el primer nivel de atención en México. Los pacientes atendidos por especialistas presentaron un descenso del 57% en el número de exacerbaciones y del 39% en el total de días de estancia hospitalaria respecto a los pacientes tratados en atención primaria.

Insuficiencia respiratoria

La oxigenoterapia sigue siendo el tratamiento más efectivo para pacientes con EPOC en fase de insuficiencia respiratoria. Existe escasa información sobre las indicaciones y las cantidades de administración de oxígeno durante las actividades de la vida diaria. El grupo de San Pablo⁹ evaluó la eficacia de la PM6M en la valoración de la oxigenoterapia de deambulación. La PM6M detectó una mejor desaturación de la hemoglobina al esfuerzo que la pulsioximetría ambulatoria durante las actividades de la vida diaria. El flujo de oxígeno establecido en este test corrigió adecuadamente la desaturación de la oxihemoglobina de los pacientes al realizar las actividades de la vida diaria. Así pues, la PM6M es un excelente instrumento para determinar las necesidades de oxigenoterapia en pacientes con EPOC.

Bruhn et al¹⁰ analizaron las limitaciones de la técnica de determinación del peróxido de hidrógeno en el condensado del aire espirado de pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto. Su estudio evidenció importantes limitaciones de esta técnica debido a la presencia de una absorbancia de fondo variable, que podría estar relacionada con partículas en suspensión en el condensado o con sustancias distintas del peróxido de hidrógeno que podrían actuar como reactivos, tales como los iones cloruro.

Fisiopatología respiratoria

Para averiguar qué tipo de alteración funcional se produce al ascender a montañas de altitud media, Compte-Torrero et al¹¹ estudian a 8 sujetos no especialmente entrenados durante la ascensión a una montaña de más de 3.000 m. Encontraron que los sujetos no aclimatados sufrieron una disminución de los flujos y volúmenes pulmonares al subir por encima de los 3.000 m. Se trató de una alteración restrictiva, que no se corrigió con

broncodilatadores y sí con aclimatación y descenso. El grado de restricción pulmonar se asoció con un descenso de la saturación arterial de oxígeno, lo que apuntaría a la presencia de un edema pulmonar subclínico.

La PM6M es un instrumento esencial en los programas de rehabilitación respiratoria. Tramontini et al¹² analizaron la variabilidad en las condiciones de la PM6M realizada en el contexto de programas de rehabilitación pulmonar en 49 centros clínicos de América Latina y en la Península Ibérica. Encontraron que la PM6M se utiliza en todos los centros a ambos lados del Atlántico, si bien registraron una gran variabilidad en los distintos centros con respecto a los métodos empleados para su realización. Dado que existen guías internacionales sobre su realización, sería deseable que progresivamente todos los centros que efectúan PM6M se ajustasen a ellas.

Síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño (SAHS)

Dos importantes artículos se han publicado sobre la metodología del diagnóstico del SAHS. Por un lado, Candela et al¹³ analizaron la validación de un equipo de poligrafía respiratoria en el diagnóstico del SAHS. Estudiando a 103 pacientes con sospecha de SAHS, la concordancia entre la polisomnografía y el polígrafo NGP 140 fue globalmente de 0,97. La mayor sensibilidad y especificidad (ambas superiores al 95%) se daban sobre todo en los pacientes con más de 30 eventos por hora en la polisomnografía. Por su parte, Aguirregomoscorta et al¹⁴ comparan las normativas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) de 1993 y 2002 en la lectura de eventos respiratorios de las mismas polisomnografías¹⁴. Encontraron que hubo notables diferencias en el índice de apneas-hipopneas (con una media de 11,8 puntos) según las directrices que se siguieran. Estas diferencias fueron mayores en el grupo de SAHS leve-moderado. Concluyen que la normativa más reciente fue capaz de mejorar la detección de los eventos respiratorios en las mismas poligrafías, y estiman positiva la posibilidad de cambiar el punto de corte según las nuevas normativas del SAHS. Esto puede tener implicaciones en el tratamiento, de forma que más pacientes con SAHS podrían recibir tratamiento con presión positiva continua de la vía aérea según las últimas normativas.

Área de asma

Con una prevalencia en aumento en los países desarrollados, el asma está originando un importante problema sanitario y económico. Precisamente los costes asociados a la enfermedad en el ámbito hospitalario fueron evaluados en el artículo de Borderías Clau et al¹⁵. Comunican un aumento de costes en función de la gravedad de la crisis, de forma que el coste medio de una crisis asmática en el ámbito de la urgencia hospitalaria fue de 1.555 euros (la mayor parte del gasto correspondió a los gastos directos). Un hallazgo a subrayar en este estudio es la relación indirecta entre el uso de agonistas β_2 de larga duración y el riesgo de crisis graves.

El insuficiente conocimiento del asma se ha asociado a un manejo inadecuado de la enfermedad y a un aumento de la morbilidad que produce. Rodríguez Martínez et al¹⁶ analizaron el desarrollo y la validación de un cuestionario de conocimientos sobre el asma para que lo cumplimentaran los padres y cuidadores de niños asmáticos. Concluyen que el cuestionario propuesto fue un instrumento válido para medir el grado de conocimiento sobre el asma, si bien era posible un cierto sesgo de selección al tratarse de una muestra de padres remitidos a un programa educativo de asma.

La capacidad de percepción de la gravedad de las crisis asmáticas es un área importante para el buen autocontrol de la enfermedad. Con el objeto de valorar la percepción de la disnea en un grupo de asmáticos en situación basal tras una broncoconstricción aguda, Martínez-Moragón et al¹⁷ estudiaron a 93 pacientes con asma moderada. Un 13% de ellos presentaba hipopercepción de la disnea cuando se les provocaba una constricción aérea y un 24% en igual situación mostraba una percepción exagerada. Las percepciones de la disnea en situación basal y tras broncoconstricción fueron fenómenos independientes. Los pacientes cuya forma de percibir la disnea en situaciones aguda y crónica fue coincidente acudían menos a los servicios de urgencias. No hubo relación entre la concordancia de la percepción de la disnea y la ansiedad-depresión del paciente o su calidad de vida relacionada con la salud. Este mismo grupo, y dentro de la misma línea de investigación, estudia la prevalencia del síndrome de hiperventilación en pacientes tratados por asma en una consulta de neumología¹⁸. La coexistencia de ambas entidades fue del 36%. El síndrome de hiperventilación se asoció a mayor disnea basal y ansiedad, y no a una mayor gravedad de la enfermedad. De esta forma, la presencia del síndrome de hiperventilación tiene una significación incierta que será necesario aclarar en estudios a largo plazo.

Belda et al¹⁹ estudiaron las características proteicas de las secreciones mucosas durante las crisis asmáticas. Se comparó el grado de extravasación de proteínas en la luz bronquial de 3 tipos de sujetos: pacientes con asma estable, con agudización asmática y controles. Se concluye que en la fase aguda es posible medir la alteración de la permeabilidad vascular pulmonar a través de la albúmina en esputo inducido. En esta fase aguda hay una extravasación proteica significativamente mayor que en la fase estable, y dicha extravasación se relacionó con el grado de obstrucción bronquial. Estos hallazgos abren vías potenciales para una mejor aproximación diagnóstica al asma.

Durante 2005 se publicaron en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA resultados del ya clásico estudio europeo Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAACS) fase III España²⁰. En el trabajo se informa de las variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas asmáticos en los niños y adolescentes españoles. Las variaciones geográficas se establecen principalmente durante la primera infancia, con una mayor prevalencia de síntomas asmáticos en la cornisa atlántica del país en contraposición a zonas del centro y este.

Área de tabaquismo

El pasado año ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA siguió publicando artículos originales sobre diversos aspectos del tabaquismo. En el diagnóstico del fumador, aparte de la dependencia física, es interesante evaluar la dependencia psicológica. Nerín et al²¹ evaluaron este componente mediante el test de Glover-Nilsson en una amplia serie de fumadores en el ámbito de una unidad de tabaquismo. Por un lado, encontraron una relación inversa entre la edad y la puntuación del Glover-Nilsson, de forma que los más jóvenes obtenían mayores puntuaciones. Por otro lado, la menor tasa de éxito en la deshabituación al finalizar el tratamiento estuvo asociada a una mayor dependencia psicológica evaluada por el test. Este mismo grupo presentó²² los resultados de un original programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. En dicho programa se combinaron la restricción para fumar en el lugar de trabajo y la oferta de tratamiento. Se obtuvo una reducción de la prevalencia del 4% tras finalizar el programa, que mostró una aceptación del 80% de los fumadores.

La veracidad de las respuestas de los fumadores que están en proceso de deshabituación es un punto debatido por lo que se refiere a su diagnóstico y seguimiento. En un estudio multicéntrico que incluyó a 904 fumadores que recibieron tratamiento antitabáquico, Barrieco et al²³ comprobaron que la fiabilidad de las respuestas de los fumadores que están dejando de fumar es elevada, y que el control del monóxido de carbono para la verificación del estado del fumador es recomendable, si bien no imprescindible.

Los factores asociados al tabaquismo entre adolescentes constituyen uno de los temas de prioridad en esta área. Soria-Esojo et al²⁴ analizaron una intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. Observaron una prevalencia de tabaquismo en chicas el doble que en chicos entre jóvenes de 13 a 18 años. Asimismo informaron de que la educación sanitaria fue útil para mejorar el conocimiento sobre el problema del tabaquismo, ya que provocó un cambio de actitud en los adolescentes fumadores respecto a su futuro consumo.

Área de oncología

Se han publicado 2 trabajos sobre aspectos epidemiológicos del cáncer de pulmón (CP) en España. Por un lado, Santos-Martínez et al²⁵ describen las características clínicas e histológicas del CP en casos recogidos en un hospital universitario durante un período de 5 años y las comparan con las de una serie histórica. Comunican que en la actualidad el carcinoma epidermoide continúa siendo el tipo de CP más frecuente, seguido por el adenocarcinoma. Este último tipo histológico continúa siendo el que con más frecuencia se encuentra en mujeres con CP y el que porcentualmente más ha aumentado entre los distintos tipos histológicos. En este estudio se destaca la persistencia de la conocida asociación entre carcinoma epidermoide de pulmón y carcinoma de laringe.

Por otra parte, un grupo multicéntrico asturiano evaluó de forma retrospectiva las características e historia natural de una amplia serie de CP²⁶. Se informa de una posible subestimación de la incidencia real del carcinoma broncopulmonar en su estudio y los varones fumadores serían los principalmente afectados de esta enfermedad. La estirpe epidermoide fue la más frecuente en el conjunto de la serie y el adenocarcinoma, el más prevalente en mujeres, con una frecuencia que va en ascenso. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes se encontraban en estadios avanzados (III B y IV). Las variables que determinan de forma preferente la supervivencia siguen siendo la estadificación TNM y el tipo de tratamiento aplicado.

Área clínica

Circulación pulmonar

La información sobre el estado de la función pulmonar en los diversos tipos de hipertensión arterial pulmonar es escasa y no existe en absoluto para el grupo de sujetos afectados por el síndrome del aceite tóxico que la desarrollaron. Martín Escribano et al²⁷ estudiaron la función pulmonar en una gran serie de 120 pacientes con hipertensión arterial pulmonar idiopática y secundaria —virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *shunt* intracardiaco, tromboembolia pulmonar (TEP) crónica o hipertensión portal—. No encontraron asociaciones significativas entre las variables funcionales y hemodinámicas en los diferentes tipos de pacientes, salvo en el caso de aquellos con síndrome de aceite tóxico. En este subgrupo, con una edad media menor, se encontró una relación positiva entre el grado de resistencia vascular pulmonar y el valor más alto de la clase funcional según la New York Heart Association.

Se considera que el síncope es un síntoma de mal pronóstico en los pacientes con TEP. Jiménez et al²⁸ valoraron su incidencia como forma de presentación de TEP y sus repercusiones pronósticas en una serie prospectiva de pacientes que acudieron a urgencias con sospecha de TEP. Informaron de que el síncope apareció en el 22% de su serie como manifestación inicial de TEP. Sin embargo, la presencia de síncope no implicó un riesgo aumentado de mortalidad o recurrencias. Por otra parte, el tratamiento y la duración de la profilaxis secundaria aceptados habitualmente no se asociaron a un peor pronóstico en pacientes que comenzaron TEP con un síncope. Estos datos son relevantes y parecen contradecir en parte las publicaciones previas sobre el tema.

La confirmación precoz o exclusión del diagnóstico de TEP en la valoración del paciente agudo en urgencias tiene importantes connotaciones pronósticas. Fria-Reyes et al²⁹ analizaron la utilidad del dímero D determinado por enzimoanálisis rápido en el diagnóstico de la embolia pulmonar en un servicio de urgencias. Concluyeron que valores de dímero D determinados por enzimoanálisis rápido inferiores a 0,5 µg/ml permitieron descartar con seguridad TEP. No obstante, los autores recomiendan que, antes de aceptar estas conclusiones, cada centro valide y establezca sus propios puntos de corte para el diagnóstico.

Enfermedades ocupacionales

La exposición industrial y ambiental sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad pulmonares. En un entorno en el que una proporción elevada de la población se dedica a la manufactura de calzado, Galán Dávila et al³⁰ estudiaron si trabajar en este sector podía ser un factor de riesgo de desarrollo de CP. También examinaron posibles diferencias en su distribución histológica según el grado de exposición. Su resultado fue que trabajar en este sector no era un factor de riesgo de desarrollo de un CP. Tampoco se demostraron diferencias en los patrones histológicos en función del grado de exposición a los productos relacionados con la manufactura del calzado.

Área de tuberculosis e infecciones respiratorias

Fibrosis quística (FQ)

Con el aumento de la supervivencia de los pacientes con FQ, los neumólogos se implican cada vez más en su tratamiento, y eso se refleja en la producción científica. Gutiérrez et al³¹ estudiaron los acuerdos inter e intraobservador para las escalas de puntuación de Brasfield y Crispín-Norman en la radiografía de tórax y su relación con datos clínicos y espirométricos de una amplia serie de pacientes con FQ. Observaron que con los pacientes adultos con FQ existe un excelente acuerdo inter e intraobservador en estos 2 sistemas de puntuación de la radiografía de tórax. Además, sus puntuaciones presentaron una buena relación con diversos parámetros de función pulmonar (FEV₁ y capacidad vital forzada).

En un artículo de Girón et al³² se abordó el estudio de la colonización bacteriana en pacientes con FQ. Se analizó la presencia de micobacterias ambientales en el esputo en fase estable, así como las características de estos pacientes con respecto a los que no estaban colonizados, para establecer las implicaciones clínicas de esta colonización. Se aislaron micobacterias ambientales en un 25% de los adultos. Se propusieron criterios más concretos que los de la American Thoracic Society (ATS) para el diagnóstico de enfermedad por micobacterias ambientales, de forma que se estableció la presencia de enfermedad en pacientes con múltiples tinciones o cultivos positivos, con síntomas pulmonares y/o radiografía de tórax con lesiones progresivas o falta de respuesta clínica al tratamiento antimicrobiano contra gérmenes colonizantes. No observaron variaciones significativas en la puntuación Brasfield-Shwachman ni en los valores de función pulmonar entre pacientes con enfermedad y los que no presentaron aislamiento de micobacterias ambientales. A partir de estos resultados, se señala la necesidad de investigación bacteriológica activa de micobacterias ambientales ante la posibilidad de afección subclínica, dada su escasa expresión clínica diferencial.

Neumonías

La historia natural de las neumonías en pacientes con EPOC es relativamente desconocida. Merino-Sánchez et al³³ evaluaron las características de las neumonías en este grupo de enfermos, prestando especial atención a su

pronóstico. En su trabajo informaron de una incidencia global de 55 neumonías cada 1.000 pacientes con EPOC y año. Se encontró una mayor incidencia en los pacientes con obstrucción grave ($FEV_1 < 40\%$ del valor predicho). La presencia de enfermedad cardíaca y un menor índice de masa corporal también condicionaron la aparición de neumonía. Más de la mitad de los pacientes con EPOC que presentaron neumonía adquirida en la comunidad pertenecieron a los grupos IV y V de riesgo de Fine. Los pacientes del grupo V tuvieron una mortalidad muy elevada (35%), lo que hace aconsejable un tratamiento probablemente a nivel de cuidados intensivos/intermedios en este tipo de pacientes.

Capelastegui et al³⁴ estudiaron la posible variabilidad en el tratamiento de los pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad en función de la especialidad de los servicios médicos que los atendieran en 4 hospitales de Vizcaya. Observaron una menor estancia hospitalaria y diferencias significativas en la mortalidad hospitalaria y a los 30 días en los pacientes atendidos por los servicios de neumología o enfermedades infecciosas con respecto a los atendidos por servicios de medicina interna u otros servicios. Los autores plantean la hipótesis de que la diferente utilización de antibióticos podría explicar algunas de las diferencias encontradas.

En Chile, Díaz et al³⁵ estudiaron las características clínicas, la evolución y el tratamiento de una serie de neumonías adquiridas en la comunidad de carácter grave en adultos y los predictores de mortalidad. En su serie de 113 casos, uno de cada 4 pacientes hospitalizados por dicha enfermedad requirió asistencia en una unidad de cuidados intensivos. Este subgrupo de pacientes fue de edad avanzada y presentaba múltiples comorbilidades. En este trabajo se confirmó que el índice de Fine tuvo una baja especificidad para predecir la necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos. En el estudio univariado, la necesidad de ventilación mecánica y el shock se asociaron a mayor mortalidad. En el modelo logístico, la insuficiencia renal aguda y un valor de glucemia mayor de 300 mg/dl se asociaron a una mayor mortalidad. En resumen, este estudio demuestra que la edad avanzada, la comorbilidad y las complicaciones son factores predictores de mortalidad en neumonías de la comunidad.

Tuberculosis

Para evaluar la posible diferencia en la presentación y las características clínicas de la tuberculosis en el tiempo, Calpe et al³⁶ analizaron la evolución de las características epidemiológicas de la tuberculosis en un área sanitaria de la Comunidad Valenciana en el período 1987-2001. Durante dicho período, la incidencia de la enfermedad ha disminuido, pese a la pandemia de la infección por el VIH. No obstante, se observó un exceso de ingresos hospitalarios por tuberculosis, así como cambios en la localización de los infiltrados pulmonares, probablemente por efecto de la pandemia del VIH. En este trabajo se insiste en que, al menos en el período estudiado, la inmigración no tuvo una influencia importante en la tasa de tuberculosis.

El grupo de Basurto en Vizcaya posee una amplia experiencia en el tratamiento de pacientes con enfermedad por micobacterias atípicas. En un estudio clínico epidemiológico de la enfermedad por *Mycobacterium kansasii* en el área urbana de Bilbao, Leal Arranz et al³⁷ describieron que el 98% de las cepas aisladas fueron del genotipo 1. Entre los 220 casos, hubo un predominio del sexo masculino y un alto porcentaje de negatividad para el VIH. Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron la cavitación, la presencia de infiltrados pulmonares y la afección del lóbulo superior derecho; datos, en definitiva, semejantes a la tuberculosis pulmonar en cuanto a la clínica y radiología. Según los criterios de la ATS, esta serie de sujetos infectados presentó un 59% de casos considerados como enfermos.

Para evaluar la eficacia del programa de estudio y seguimiento de contactos de pacientes con tuberculosis activa, Martínez Sanchís et al³⁸ estudiaron, a lo largo de 1997-2002, a un conjunto de 458 contactos de 79 casos activos. Consiguieron estudiar los contactos en el 64% de las tuberculosis diagnosticadas en su área sanitaria. Observaron una alta tasa de cumplimiento del tratamiento (79%). Entre los factores que afectaron negativamente al cumplimiento terapéutico, destacó el hecho de ser inmigrante. Respecto a la toxicidad hepática de la isoniacida, se observó elevación de las transaminasas por encima de los valores normales en el 22% de los casos, pero sólo en 3 hubo necesidad de retirar el tratamiento. Sus datos avalan la necesidad de mejorar los programas de control para generalizar el estudio de contactos de casos de tuberculosis.

La importancia del efecto del VIH y de otras variables en el resultado del tratamiento antituberculoso en España se evaluó en un estudio de cohorte en 6 comunidades autónomas³⁹. Entre los pacientes con positividad para el VIH, un 21% tuvo un resultado terapéutico insatisfactorio, y se propugnaron intervenciones específicas para mejorar la situación, sobre todo entre los usuarios de drogas. Las variables que se asociaron a mortalidad en el caso de tuberculosos con positividad para el VIH fueron la presencia de neoplasias y el uso de drogas por vía diferente de la parenteral.

Área de técnicas y trasplantes

Trasplante

Siguen ampliándose las indicaciones terapéuticas del trasplante pulmonar, que realizan cada vez más equipos de cirugía torácica en España. En el pasado año se publicaron varios artículos relevantes sobre este tema en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. En pacientes con FQ, Padilla et al⁴⁰ estudiaron la mortalidad perioperatoria y los factores que la condicionan en un grupo de pacientes que recibieron un trasplante pulmonar. Observaron una mortalidad perioperatoria y una supervivencia en el rango del registro de la Sociedad Internacional de Trasplante Cardíaco y Pulmonar. Entre las muchas variables predictoras de mortalidad estudiadas, encontraron que sólo el cociente presión arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno menor de 200 mmHg en las primeras horas tras el trasplante condicionó la mortalidad perioperatoria.

Por su parte, De Pablo et al⁴¹ analizaron su experiencia en el trasplante pulmonar de pacientes con enfermedad supurativa, comparando los datos de pacientes con FQ y bronquiectasias de otra etiología. Observaron una menor incidencia de infecciones bacterianas como causa de mortalidad temprana en su serie, probablemente por tratar con 3 antibióticos combinados las colonizaciones bacterianas. Concluyeron que la intervención quirúrgica ofrece buena supervivencia a los 5 años (49%) y que los pacientes con enfermedad supurativa son buenos candidatos al trasplante de pulmón.

Las mejoras en la preservación pulmonar observadas durante 3 años de experiencia con una solución de dextrano bajo en potasio se evaluaron en un artículo de Gámez et al⁴². Observaron una mejoría de los resultados obtenidos con esta perfusión respecto a su serie histórica, ya que se produjo una disminución superior al 50% de la presencia de lesión grave de isquemia de reperusión.

Enfermedades pulmonares intersticiales difusas

El diagnóstico histológico de la enfermedad pulmonar intersticial difusa requiere formación y experiencia. Sánchez-Varilla et al⁴³ estudiaron la variabilidad entre patólogos en el diagnóstico histológico de las enfermedades intersticiales difusas del pulmón. En una serie de 33 muestras de pacientes con dicha enfermedad, los patólogos sin especial dedicación al intersticio emitieron diagnósticos discordantes en un 30% respecto a los patólogos con especial dedicación al intersticio. Así pues, parece aconsejable la dedicación especial de los patólogos a este tipo de enfermedades.

Cirugía

Para reevaluar la concordancia entre el tipo de resección programada y la realizada en pacientes con CP, Varela et al⁴⁴ estudiaron una larga serie prospectiva de 199 toracotomías. Observaron que en el 13% de los pacientes la resección efectuada no coincidió con la que se había programado inicialmente. La mayoría de las discordancias correspondieron a tumores de localización central, en los que se realizó neumonectomía por invasión del tumor de estructuras anatómicas en vez de la lobectomía o segmentectomía previstas.

El grupo de cirugía torácica del hospital de Bellvitge tiene una amplia experiencia en el tratamiento de la hiperhidrosis. Ramos et al⁴⁵ analizan en su larga serie la localización anatómica de la hiperhidrosis, la clínica acompañante y el grado de ansiedad referido y percibido que ocasiona. Observaron que las palmas, plantas y axilas fueron las regiones más afectadas. Los autores elaboraron un cuestionario específico que reflejó con facilidad el grado de ansiedad que los pacientes refieren, a diferencia del clásico STAI, que no fue capaz de medir dicha ansiedad.

Por su parte, Padilla et al⁴⁶ analizaron la supervivencia a largo plazo tras la cirugía curativa del CP no anaplásico en una larga serie de 216 pacientes en T2N1M0. A los 5 y 10 años la supervivencia fue del 40 y el 30%,

respectivamente. Los principales determinantes de supervivencia desfavorable fueron el tamaño tumoral y el tipo histológico (los epidermoides tenían una supervivencia mejor).

En línea con el anterior estudio, Padilla et al⁴⁷ estudian las causas de mortalidad en pacientes operados de un carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas en estadio IA. El 39% falleció por una causa distinta de este tumor. Respecto a la mortalidad secundaria al tumor primario, observaron 2 patrones de comportamiento: el primero caracterizado por la aparición de metástasis, y el segundo, por el desarrollo de un tumor nuevo. En esta serie el número de ganglios extirpados en la linfadenectomía no mostró influencia alguna en la supervivencia.

Las lesiones traquebronquiales traumáticas no iatrogénicas son relativamente raras, pero Gómez-Caro et al⁴⁸ comunican el manejo médico-quirúrgico de 15 de estos casos. Aunque la mayoría de los pacientes de su serie requirió un tratamiento quirúrgico inicial debido a la inestabilidad cardiorrespiratoria o a complicaciones asociadas, en el artículo se hacen recomendaciones para el manejo conservador de este tipo de lesiones frente al tratamiento quirúrgico.

Finalmente, en el capítulo de la mortalidad quirúrgica asociada a las toracotomías, Peñalver et al⁴⁹ estudiaron la influencia del uso de hemoderivados. En su larga serie de toracotomías por CP en estadio I (856 pacientes), no hubo diferencias en la supervivencia de los pacientes que requirieron transfusión de hemoderivados a lo largo del perioperatorio, y ello pese a su mayor utilización en casos de mayor tamaño tumoral y necesidad de neumonectomía.

Técnicas

Un grupo madrileño estudiando el carcinoma broncogénico registró los procedimientos diagnósticos y la estadificación en una serie de 2.172 pacientes. En un artículo de Martín de Nicolás et al⁵⁰, se evalúa el rendimiento de las diversas técnicas en la estadificación mediastínica sistemática en mujeres con carcinoma broncogénico no microcítico. Los autores encuentran afección ganglionar mediastínica en la mediastinoscopia, con tomografía axial computarizada (TAC) negativa, en el 13% de los casos que presentaron estadio T1N0. Consideraron, por tanto, que la realización sistemática de mediastinoscopia pronóstica está justificada a la vista de sus resultados, incluso en estadios tempranos de la enfermedad. El siguiente paso, no obstante, es la evaluación del rendimiento de la tomografía de emisión de positrones-TAC frente a mediastinoscopia en este subgrupo de mujeres con CP.

Como alternativa a la mediastinoscopia se viene realizando desde hace 2 décadas la punción aspirativa transbronquial. Fernández-Villar et al⁵¹ analizaron los factores predictores del resultado de la punción aspirativa transbronquial de adenopatías mediastínicas neoplásicas en una gran serie de 207 pacientes. El único factor que se asoció de forma independiente con la obtención de muestras diagnósticas fue el diámetro del eje menor

de la adenopatía medida por la TAC torácica (> 20 mm). Así pues, en manos de broncoscopistas entrenados, la punción aspirativa transbronquial puede ofrecer buenos rendimientos en la estadificación del CP, especialmente para el tamaño indicado de la adenopatía.

Otra técnica endoscópica cada vez más desarrollada es el tratamiento endoscópico de la estenosis de la vía aérea principal. Cosano Povedano et al⁵² describieron su experiencia de 5 años con una gran serie de 136 pacientes. Obtuvieron permeabilidad de la vía aérea en un 92% de los casos de etiología tumoral, y las complicaciones más frecuentes fueron la migración de la prótesis (8%) y la formación de tejido de granulación al colocar la prótesis (12%). Es evidente, por tanto, que la broncoscopia intervencionista es una técnica muy eficaz para resolver estenosis de la vía aérea principal, con escasa mortalidad y complicaciones leves.

Pleura

Sigue existiendo un gran interés por evaluar el rendimiento de diferentes parámetros bioquímicos y clínicos en el manejo de los derrames pleurales. Haro-Estarriol et al⁵³ estudiaron la evolución del equilibrio acidobásico del líquido pleural durante las primeras 2 h de la toracocentesis. En dicho período no encontraron cambios significativos del pH y la presión parcial de anhídrido carbónico del líquido pleural conservado a temperatura ambiente o en hielo. En el estudio multivariante el número de hematíes y la etiología neoplásica mostraron una importancia significativa en los cambios del pH. Así pues, no es necesario conservar el líquido pleural en hielo si se va a realizar su análisis en las 2 h siguientes.

El valor pronóstico del antígeno carcinoembrionario hallado en lavados pleurales de pacientes con carcinoma pulmonar fue evaluado por Galbis Carvajal et al⁵⁴ en una serie de 142 casos. Concluyeron que dicho antígeno puede detectarse en lavados pleurales de la cavidad torácica de pacientes con CP y que sus valores son significativamente superiores a los encontrados en los lavados pleurales de los sujetos sin neoplasia pulmonar. El mejor punto de corte del antígeno carcinoembrionario para la sospecha de malignidad sería 0,30 ng/ml.

Kaya et al⁵⁵ estudiaron el factor de crecimiento endotelial en los derrames pleurales benignos y malignos. Observaron concentraciones distintas en función de la etiología del derrame. Hubo diferencias entre los trasudados y los exudados. A pesar de que las concentraciones medias del factor de crecimiento endotelial fueron mayores en los derrames de origen maligno que en los exudados no malignos, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Tampoco hubo diferencias entre los derrames malignos de diferentes etiologías. A la luz de estos resultados, todavía no puede recomendarse la determinación de este factor para el estudio etiológico de los derrames pleurales.

Otros

Con objeto de identificar si existe un patrón característico de sarcoidosis en la celularidad del lavado bron-

coalveolar y evaluar el valor pronóstico de éste, Vidal Serrano et al⁵⁶ estudiaron a un grupo de 34 pacientes con sarcoidosis en diversos estadios. No encontraron diferencias en la citología o poblaciones linfocitarias en el lavado broncoalveolar según los distintos estadios radiológicos de la sarcoidosis. El lavado broncoalveolar no aportó información sobre la actividad de la enfermedad ni pareció predecir el curso evolutivo durante los 12 meses siguientes al diagnóstico.

Armengol Carceler et al⁵⁷ estudiaron el transporte mucociliar y la estructura ciliar nasal en pacientes con síndrome de Kartagener. Concluyeron que la existencia desde el nacimiento de infecciones crónicas de las vías respiratorias altas y bajas, *situs inversus* o estasis mucociliar nasal debe considerarse definitiva para el diagnóstico del síndrome de Kartagener, a pesar de que la ultraestructura ciliar sea normal. Este último dato se observó en el 30% de los pacientes de este estudio.

De Granda Orive et al⁵⁸ analizaron las palabras clave que los autores de originales incluyen como herramienta en las búsquedas bibliográficas. Realizaron un análisis de las áreas del sistema respiratorio a través de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. En los originales analizados, observaron que sólo se utilizaron adecuadamente las palabras clave en la mitad de los casos. Esto puede dificultar la difusión de los documentos entre la comunidad científica interesada. Por tanto, es necesario que los autores hagan un esfuerzo para incluir palabras clave ajustadas a las enunciadas en Index Medicus para una mayor difusión de la producción científica de la Revista.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Lobato S, González Lorenzo F, Gómez Mendieta MA, Mayoralas Alises S, Martín Arechavala I, Villasante Fernández-Montes C. Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. Arch Bronconeumol. 2005;41: 5-10.
- De Miguel Díez J, Izquierdo Alonso JL, Molina París J, Bellón Cano JM, Rodríguez González-Moro JM, De Lucas Ramos P. Factores determinantes de la prescripción farmacológica en los pacientes con EPOC estable. Resultados de un estudio multicéntrico español (IDENTEPOC). Arch Bronconeumol. 2005;41:63-70.
- Martínez García MA, Perpiñá Tordera M, Román Sánchez P, Soler Cataluña JJ. Consistencia interna y validez de la versión española del Saint George's Respiratory Questionnaire para su uso en pacientes afectados de bronquiectasias clínicamente estables. Arch Bronconeumol. 2005;41:110-7.
- Baloira Villar A, Vilariño Pombo C. Eficacia broncodilatadora de la asociación de salmeterol y tiotropio en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2005;41:130-4.
- García Ruiz AJ, Leiva Fernández F, Martos Crespo F. Análisis del coste-eficacia del tiotropio frente a ipratropio y salmeterol. Arch Bronconeumol. 2005;41:242-8.
- Montes de Oca M, Torres SH, González Y, Romero E, Hernández N, Tálamo C. Cambios en la tolerancia al ejercicio, calidad de vida relacionada con la salud y características de los músculos periféricos después de 6 semanas de entrenamiento en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2005;41:413-8.
- Serón P, Riedemann P, Muñoz S, Doussoulin A, Villaruel P, Cea X. Efecto del entrenamiento muscular inspiratorio sobre la fuerza muscular y la calidad de vida en pacientes con limitación crónica del flujo aéreo. Ensayo clínico aleatorizado. Arch Bronconeumol. 2005;41:601-6.
- Rico-Méndez FG, Barquera S, Múgica-Hernández JJ, Espinosa Pérez JL, Ortega S, Ochoa LG. Supervivencia en una cohorte con EPOC. Análisis comparativo entre el primer y tercer niveles de atención. Arch Bronconeumol. 2005;41:260-6.

9. Morante F, Guell R, Mayos M. Eficacia de la prueba de los 6 minutos de marcha en la valoración de la oxigenoterapia de deambulación. Arch Bronconeumol. 2005;41:596-600.
10. Bruhn A, Liberona L, Lisboa C, Borzone G. Limitaciones de la técnica de determinación de peróxido de hidrógeno en el condensado del aire espirado de pacientes con síndrome de distrés respiratorio del adulto. Arch Bronconeumol. 2005;41:542-6.
11. Compte-Torrero L, Botella de Maglia J, De Diego Damiá A, Gómez Pérez L, Ramírez-Galleymore P, Perpiñá-Tordera M. Cambios espirométricos y en la saturación arterial de oxígeno durante la ascensión a una montaña de más de 3.000 metros. Arch Bronconeumol. 2005;41:547-52.
12. Tramontini MR, Mayer AF, Cardoso F, Jardim JR. Variabilidad en las condiciones de la prueba de marcha realizada en el contexto de programas de rehabilitación pulmonar en América Latina y en la Península Ibérica. Arch Bronconeumol. 2005;41:667-78.
13. Candela A, Hernández L, Asensio S, Sánchez-Payá J, Vila J, Benito N, et al. Validación de un equipo de poligrafía respiratoria en el diagnóstico de síndrome de apneas durante el sueño. Arch Bronconeumol. 2005;41:71-7.
14. Aguirregomoscorta JC, Altube L, Menéndez I, Romani J, Basualdo LV, Vallejo G. Comparación entre las normativas de la SEPAR de 1993 y 2002 en la lectura de eventos respiratorios de las mismas polisomnografías. Arch Bronconeumol. 2005;41:649-53.
15. Borderías Clau L, Zabaleta Murguionda M, Riesco Miranda JA, Pellicer Ciscar C, Hernández Hernández JR, Carrillo Díaz T, et al. Coste y manejo de una crisis asmática en el ámbito hospitalario de nuestro medio (estudio COAX en servicios hospitalarios). Arch Bronconeumol. 2005;41:313-21.
16. Rodríguez Martínez P, Sossa MP. Validación de un cuestionario de conocimientos acerca del asma entre padres o tutores de niños asmáticos. Arch Bronconeumol. 2005;41:419-24.
17. Martínez Moragón E, Perpiñá M, Belloch A, De Diego A, Martínez-Francés ME. Concordancia entre la percepción de disnea del asmático durante la obstrucción aguda y crónica. Arch Bronconeumol. 2005;41:371-5.
18. Martínez-Moragón E, Perpiñá M, Belloch A, De Diego A. Prevalencia del síndrome de hiperventilación en pacientes tratados por asma en una consulta de neumología. Arch Bronconeumol. 2005;41:267-71.
19. Belda J, Margarit G, Martínez C, Casan P, Rodríguez-Jerez F, Brufal M, et al. Exudado bronquial de proteínas séricas en las crisis de asma. Arch Bronconeumol. 2005;41:328-33.
20. Carvajal-Urueña J, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoin N, Batllés-Garrido J, et al. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles Internacional Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAACS) fase III España. Arch Bronconeumol. 2005;41:659-66.
21. Nerín I, Crucelaegui A, Novella P, Belmonte A, Sobradie N, Bernal V, et al. Evaluación de la dependencia psicológica mediante el test de Glover-Nilsson en el tratamiento del tabaquismo. Arch Bronconeumol. 2005;41:493-8.
22. Nerín I, Crucelaegui A, Más A, Villalba JA, Guillén D, Gracia A. Resultados de un programa integral de prevención y tratamiento del tabaquismo en el entorno laboral. Arch Bronconeumol. 2005;41:197-201.
23. Barrueco M, Jiménez Ruiz C, Palomo L, Torrecilla M, Romero P, Riesco JA. Veracidad de la respuesta de los fumadores sobre su abstinencia en las consultas de deshabituación tabáquica. Arch Bronconeumol. 2005;41:135-40.
24. Soria-Esojo MC, Velasco-Garrido JC, Hidalgo-Sanjuán MV, De Luis-Martínez G, Fernández-Aguirre G, Rosales Galdo M. Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. Arch Bronconeumol. 2005;41:654-8.
25. Santos-Martínez MJ, Curull V, Blanco ML, Maciá F, Mojal S, Vila J, et al. Características del cáncer de pulmón en un hospital universitario. Cambios epidemiológicos e histológicos en relación con una serie histórica. Arch Bronconeumol. 2005;41:307-12.
26. Alonso-Fernández MA, García-Clemente M, Escudero-Bueno C. Características del carcinoma broncopulmonar en una región del norte de España. Arch Bronconeumol. 2005;41:479-85.
27. Martín Escribano P, Gómez Sánchez MA, Díaz de Atauri MJ, Palomera Frade J, Martín García I. Exploración funcional pulmonar en pacientes con hipertensión arterial pulmonar. Arch Bronconeumol. 2005;41:380-4.
28. Jiménez D, Díaz G, Valle M, Martí D, Escobar C, Vidal R, et al. El síncope como forma de presentación de la embolia de pulmón: valor pronóstico. Arch Bronconeumol. 2005;41:385-8.
29. Frieria-Reyes A, Caballero P, Ruiz-Giménez N, Artieda P, Domínguez L, Pérez-Amor E, et al. Utilidad del dímero D por ELISA rápido en el diagnóstico de la embolia pulmonar en un servicio de urgencias. Arch Bronconeumol. 2005;41:499-504.
30. Galán Dávila A, Romero Candiera, Sánchez Payá J, Orts Jiménez D, Llorca Martínez E. Riesgo de presentar cáncer de pulmón en los trabajadores de la manufactura del calzado. Arch Bronconeumol. 2005;41:202-5.
31. Gutiérrez V, Olivera MJ, Girón RM, Rodríguez-Salvanes F, Caballero P. Fibrosis quística en adultos: acuerdos inter e intra observador para las escalas de puntuación de Brasfield y Crispin-Norman en la radiografía de tórax y relación con datos clínicos y espirométricos. Arch Bronconeumol. 2005;41:553-9.
32. Girón RM, Domingo D, Buendía B, Antón E, Ruiz-Velasco LM, Ancochea J. Micobacterias ambientales en pacientes adultos con fibrosis quística. Arch Bronconeumol. 2005;41:560-5.
33. Merino-Sánchez M, Alfageme-Michavila I, Reyes-Núñez N, Lima-Álvarez J. Evaluación pronóstica de las neumonías en pacientes con EPOC. Arch Bronconeumol. 2005;41:607-11.
34. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, Gorordo I, Martínez Urquiri A, Idoaga I, et al. Pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad: estudio comparativo en función de la especialidad del servicio médico responsable. Arch Bronconeumol. 2005;41:300-6.
35. Díaz A, Álvarez M, Callejas C, Rosso R, Schnettler K, Saldías F. Cuadro clínico y factores pronósticos de la neumonía adquirida en la comunidad grave en adultos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos. Arch Bronconeumol. 2005;41:20-6.
36. Calpe JL, Chiner E, Marín J, Armero V, Calpe A. Evolución de las características epidemiológicas de la tuberculosis en el Área 15 de la Comunidad Valenciana en el período 1987-2001. Arch Bronconeumol. 2005;41:118-24.
37. Leal Arranz MV, Gaafar A, Unzaga Barañano MJ, Crespo Notario JA, Cisterna Cáncer R, García Cebrián F. Estudio clinicoepidemiológico de la enfermedad por *Mycobacterium kansasii* en el área urbana de Bilbao. Arch Bronconeumol. 2005;41:189-96.
38. Martínez Sanchís A, Calpe Calpe JL, Llavador Ros G, Ena Muñoz J, Calpe Armero A. Prevención primaria y tratamiento de la infección tuberculosa latente con isoniazida: eficacia de un programa de control, 1997-2002. Arch Bronconeumol. 2005;41:27-33.
39. Díez Ruiz-Navarro M, Hernández Espinosa JA, Belda Hernández MJ, Díaz Franco A, Castells Carrillo C, Domínguez García A, et al. Efectos del VIH y otras variables sobre el resultado del tratamiento antituberculoso en España. Arch Bronconeumol. 2005;41: 363-70.
40. Padilla J, Calvo V, Jordá C, Escrivá J, Cerón J, Peñalver JC, et al. Fibrosis quística y trasplante pulmonar. Mortalidad perioperatoria. Arch Bronconeumol. 2005;41:489-92.
41. De Pablo A, López S, Ussetti P, Carreño MC, Laporta R, López García-Gallo C, et al. Trasplante pulmonar en enfermedades supurativas. Arch Bronconeumol. 2005;41:255-9.
42. Gámez P, Córdoba M, Millán I, Madrigal I, Alfageme F, Álvarez R, et al. Mejoras en la preservación pulmonar. Tres años de experiencia con una solución de dextrano bajo en potasio. Arch Bronconeumol. 2005;41:16-9.
43. Sánchez-Varilla JM, Recio-Gallardo S, Benítez-Moya JM, Almadana-Pacheco V, Peña de Bustillo J, Martínez-Puentes V. Variabilidad entre patólogos en el diagnóstico histológico de las enfermedades intersticiales difusas del pulmón. Arch Bronconeumol. 2005;41:566-8.
44. Varela G, Jiménez MF, Novoa N, Aranda J L. Concordancia entre el tipo de resección programada y la efectuada en pacientes con carcinoma pulmonar. Arch Bronconeumol. 2005;41:84-7.
45. Ramos R, Moya J, Turón V, Pérez J, Villalonga R, Morera R, et al. Hiperhidrosis primaria y ansiedad: estudio prospectivo preoperatorio de 158 pacientes. Arch Bronconeumol. 2005;41:88-92.
46. Padilla J, Calvo V, Peñalver JC, Jordá C, Escrivá J, Cerón J, et al. Carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas T2N1M0. Cirugía y factores pronósticos. Arch Bronconeumol. 2005;41:430-3.
47. Padilla J, Peñalver JC, Jordá C, Calvo V, Escrivá J, Cerón J, et al. Carcinoma broncogénico no anaplásico de células pequeñas en estadio IA. Cirugía y patrones de mortalidad. Arch Bronconeumol. 2005;41:180-4.

48. Gomez-Caro Andrés A, Ausín Herrero P, Moradiellos Díez FJ, Díaz-Hellín V, Larrú Cabrero E, Pérez Antón JA, et al. Manejo médico quirúrgico de las lesiones traqueobronquiales traumáticas no yatrogénicas. Arch Bronconeumol. 2005;41:249-54.
49. Peñalver JC, Padilla J, Jordá C, Escrivá J, Cerón J, Calvo V, et al. Estudio del uso de hemoderivados en el carcinoma broncopulmonar no anaplásico de células pequeñas en estadio I sometido a tratamiento quirúrgico. Arch Bronconeumol. 2005;41:484-8.
50. Martín de Nicolás JL, Gómez-Caro Andrés A, Moradiellos Díez FJ, Díaz-Hellín V, Gigirey Castro O, Larrú Cabrero E, et al. Importancia de la estadificación mediastínica sistemática en mujeres con carcinoma broncogénico no microcítico. Arch Bronconeumol. 2005;41:125-9.
51. Fernández-Villar A, Iglesias F, Mosteiro M, Corbacho D, González A, Blanco P, et al. Factores predictores del resultado de la punción-aspiración transtraqueal de adenopatías mediastínicas neoplásicas. Arch Bronconeumol. 2005;41:434-8.
52. Cosano Povedano A, Muñoz Cabrera L, Cosano Povedano FJ, Rubio Sánchez J, Pascual Martínez N, Escribano Dueñas A. Cinco años de experiencia en el tratamiento endoscópico de las estenosis de la vía aérea principal. Arch Bronconeumol. 2005;41:322-7.
53. Haro-Estarriol M, Baldó-Padró X, Lora-Díez M, Rubio-Garay M, Rubio-Goday M, Sebastián-Quetglás F. Evolución del equilibrio ácido-base del líquido pleural durante las primeras 2 horas de la toracocentesis. Arch Bronconeumol. 2005;41:612-7.
54. Galbis Carvajal JM, Benloch Arrión S, Sánchez Payá J, Mafé Madueño JJ, Baschwitz Gómez B, Rodríguez Paniagua JM. Valor pronóstico del antígeno carcinoembrionario hallado en lavados pleurales de pacientes con carcinoma pulmonar. Arch Bronconeumol. 2005;41:185-8.
55. Kaya A, Poyraz B, Celik G, Ciledag A, Gulbay BE, Savas H, et al. El factor de crecimiento endotelial vascular en los derrames pleurales benignos y malignos. Arch Bronconeumol. 2005;41:376-9.
56. Vidal Serrano S, Martín Juan J, Gómez Izquierdo L, Sánchez Rodríguez I, Rodríguez Becerra E, Rodríguez Panadero F. Estadios radiológicos y lavado broncoalveolar en la sarcoidosis. Arch Bronconeumol. 2005;41:425-9.
57. Armengot Carceler M, Carda Batalla C, Escribano A, Samper GJ. Estudio del transporte mucociliar y de la ultraestructura ciliar nasales en pacientes con síndrome de Kartagener. Arch Bronconeumol. 2005;41:11-5.
58. De Granda Orive JI, García Río F, Roig Vázquez F, Escobar Sacristán J, Gutiérrez Jiménez T, Callol Sánchez L. Las palabras clave como herramientas imprescindibles en las búsquedas bibliográficas. Análisis de las áreas del sistema respiratorio a través de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA. Arch Bronconeumol. 2005;41:78-83.