
XXX REUNION NACIONAL DE NEUMOLOGIA Y CIRUGIA DE TORAX

Cancún, Q.R., México • 9-12 de abril de 1996

PROGRAMA

MARTES 9 DE ABRIL DE 1996

CURSOS PRE-REUNION (simultáneos en 3 sitios)

9:00-16:00 **Salón Ma. Luisa**

ASMA

Coordinador:

Jorge Salas Hernández

Profesores invitados:

Rocío Chapela Mendoza

Mayra Mejía Avila

Rosario Pérez Chavira

Guillermo Carrillo Rodríguez

Shirley Murphy

9:00-16:00 **Salón Ma. Beatriz**

REVISION DE LA LITERATURA NEUMOLOGICA

1994-1995

Profesor Titular:

José F. Villegas

Profesores Adjuntos:

Manuel Díaz

Juan O. Galindo

Roberto Mercado

Homero Náñez

Rodolfo Posadas

Remigio Puente

Adrián Rendón

Héctor J. Velarde

Angel O. Villarreal

8:00-15:00 **Hospital "Dr. Jesús Kumate", Cancún, Q.R.**

CIRUGIA TORACICA VIDEOASISTIDA POR INVASION MI- NIMA (Curso teórico-práctico)

Profesores Titulares:

José Morales Gómez

José Luis Téllez Becerra

Profesores Adjuntos:

Patricia Ledesma Ramírez

José P. Rueda Villalpando

Benito A. Niebla Alvarez

20:00

CEREMONIA INAUGURAL

MIÉRCOLES 10 DE ABRIL DE 1996

TRABAJOS LIBRES

(sesiones simultáneas en 4 salones)

8:00-9:00 **Salón Ma. Luisa**

TUBERCULOSIS

8:00 h

CARACTERIZACION DEL FENOTIPO Y PERFIL DE PRODUCCION DE CITOCINAS DE LINFOCITOS T DE INDIVIDUOS PPD+, PPD-, SANOS Y DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE RESPONDEN A ANTIGENOS PURIFICADOS DE 23, 28, 30-31, 38 Y 50-55 KD DE M. TUBERCULOSIS. C Elinos-Báez, C Pérez-Guzmán, R Mancilla-Jiménez. *Depto. Inmunología, Instituto de Investigaciones Biomédicas, UNAM; INER* (pág. 1).

8:15 h

TUBERCULOSIS PULMONAR, TRATAMIENTO CON 62 DOSIS. REPORTE PRELIMINAR. H Villarreal-Velarde, C Pérez-Guzmán, A Torres-Cruz, J Urueta-Robledo, MA Salazar-Lezama, LA Martínez-Rossier. *INER* (pág. 1).

8:30 h

EVALUACION DEL INDICE LINFOCITOS/NEUTROFILOS Y DE ADENOSINA DESAMINASA EN DERRAMES PLEURALES DE ORIGEN TUBERCULOSO Y MALIGNO. MA Salazar-Lezama, JL Bañales-Méndez, G González-Avila, R Báez-Saldaña, J Cuadra-Cuadra, A Nava, G Carrillo-Rodríguez. *INER* (pág. 25).

8:45 h

PRESENTACION CLINICA Y RADIOLOGICA DE LA TUBERCULOSIS (TB) PLEURAL EN 54 CASOS DIAGNOSTICADOS POR BIOPSIA. LA Rendón-Pérez, O Cantú, R Mercado-Longoria, A Flores-Aréchiga, J Lacas, J González. *Hospital Universitario "Dr. José E. González", UANL, Monterrey, NL, México* (pág. 1).

8:00-9:00 **Salón Ma. Mercedes**

NEOPLASIAS

8:00 h

VIABILIDAD EN LINEAS CELULARES DE ORIGEN TUMORAL EN PRESENCIA DE DNASA I. N Alvarado-Vásquez, P Rosas-Medina, S Alcázar-Leyva, E Zenteno-Galindo, P Zamudio-Cortés. *INER; Instituto de Investigaciones Científicas Hans Selye, A.C.* (pág. 19).

8:15 h

PAPEL DE LA TROMBINA EN EL DIAGNOSTICO DE METASTASIS PULMONARES. NA Hernández-Rodríguez, E Correa-Acevedo, A Contreras-Paredes, L Green-Schneewiss. *Instituto Nacional de Cancerología* (pág. 19).

8:30 h

ANALISIS POR RT-PCR DE GENES DE RESISTENCIA MULTIPLE A DROGAS EN EL CANCER DE PULMON. R

Barrera-Rodríguez, A Melchor-Baltazar, V Morales-Salgado, G Flores-Flores, F Medina-Morales, V Madrid-Marina. *INER; Instituto Nacional de Cancerología; Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor.* (pág. 20).

8:45 h

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON ADENOCARCINOMA. E Correa-Acevedo, L Green-Schneewiss, R Sotelo, R Fuentes-Mattos. *Instituto Nacional de Cancerología* (pág. 20).

8:00-9:00 **Salón Ma. Beatriz**

CIRUGIA

8:00 h

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR BULOSA. EA Molina-Barrera, J Morales-Gómez, JL Téllez-Becerra, CA Olivares-Torres, B Niebla-Alvarez, D López, J Villalba-Caloca. *INER* (pág. 7).

8:15 h

CIRUGIA TORACICA VIDEOASISTIDA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DEL TORAX. REVISION DE 50 CASOS. M Schcolnik-Corral, MC Rodríguez-Armendáriz, E Salas. *Benemérito Hospital Gral. Juan Ma. Salvatierra, SSA, La Paz, BCS, México* (pág. 7).

8:30 h

RESECCION DE LESIONES ENDOBRONQUIALES METASTASICAS CON LASER ND:YAG. F Navarro-Reynoso, F Tapia-Mendoza, A Pérez-Romo, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología, Hospital General de México, S.S.* (pág. 8).

8:45 h

DIAGNOSTICO CLINICO DE RECHAZO AGUDO EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR. U Chavarria-Martínez, CM Smith, JM Kriett, DP Kapelanski, T Perricone, SW Jamieson. *University of California San Diego, San Diego, California, EUA* (pág. 8).

8:00-9:00 **Salón Ma. Fernanda**

ASMA

8:00 h

AMINOFILINA VS. AMINOFILINA MAS FUROSEMIDE EN MICRONEBULIZACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE BRONCOESPASMO. MA Labastida-Bautista, G Múzquiz-Barrera. *Hospital Central Norte; Petróleos Mexicanos, México* (pág. 4).

8:15 h

EPIDEMIOLOGIA DEL ASMA INFANTIL EN MEXICO. MH Vargas, JJ Siembra-Monge, G Díaz-Mejía, R Olvera-Castillo, M de León-González, Grupo de Estudio del Asma en el

Niño. *INER; Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez; Dirección General de Salud Ambiental, SSA; Hospital Juárez de México* (pág. 4).

8:30 h

RELACION ENTRE RESISTENCIA DE LAS VIAS AERIAS Y LA FLORA ENDOGENA NASAL. GE Torres-Ramírez, JA Maraboto-Millán. *U. Autónoma Metropolitana Xochimilco. Depto. Atención a la Salud. México* (pág. 5).

8:45 h

EFFECTO BRONCODILATADOR DE LA COMBINACION DE SALBUTAMOL Y BROMURO DE IPRATROPIO, VERSUS LOS PRODUCTOS INDIVIDUALES. R Sansores-Martínez, R Mejía-Alfaro, C Sánchez-Romero. *INER* (pág. 4).

SESIONES PARALELAS
(simultáneas en 2 salones)

9:00-10:00 **Salón Ma. Luisa**

Presidente: *Antonio Loaiza*
Secretario: *Juan M. Romo*

ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA DEL LACTANTE
Ma. Elena Yuriko Furuya

9:00-10:00 **Salón Condesa I**

Presidente: *José Elizalde*
Secretario: *Enrique Lau*

TROMBOEMBOLIA PULMONAR

TROMBOENDARTERECTOMIA EN HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR SECUNDARIA A TROMBOEMBOLIA PULMONAR NO RESUELTA
David P. Kapelansky

EXPERIENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "DR. IGNACIO CHAVEZ"

Julio Sandoval Zárate

10:00-11:00 **Salón Condesa I**

Presidente: *Manuel Díaz*
Secretario: *Virginia Novelo*

CONTAMINACION

GENERALIDADES SOBRE CONTAMINACION

Octavio Rivero Serrano

José Pérez Neria

CONTAMINACION Y ASMA

Jonathan Samet

11:00-11:30 RECESO

11:30-14:45 **Salón Condesa I**

ASMA

GENETICA Y ASMA

Peter D. Paré

CIRCULACION BRONQUIAL Y ASMA

Elisabeth Baile

BRONCODILATADORES Y ANTILEUCOTRIENOS

Victor Chernick

ANTIINFLAMATORIOS

Shirley Murphy

MESA REDONDA: TRATAMIENTO DEL ASMA

Coordina: *Rocío Chapela*

Participan: *Peter D. Paré, Victor Chernick, Shirley Murphy*

14:45-19:00 RECESO

19:00-21:00 **Salón Condesa II**

DISCUSION DE CARTELES



JUEVES 11 DE ABRIL DE 1996

TRABAJOS LIBRES

(sesiones simultáneas en 4 salones)

8:00-9:00 *Salón Ma. Luisa*

METODOS DIAGNOSTICOS

8:00 h

DIFERENCIAS EN CORRELACION ENTRE LA CAMINATA DE 12 MIN Y LA DE 6 MIN, CON ALGUNAS VARIABLES DE FUNCION PULMONAR EN PACIENTES CON EPÒC. R Mejía-Alfaro, A Ramírez-Venegas, C Sánchez-Romero, R Pérez-Padilla, R Sansores-Martínez. *INER* (pág. 23).

8:15 h

UTILIDAD DE LA BIOIMPEDANCIA ELECTRICA TRANSTORACICA (BET) EN LA EVOLUCION DEL EDEMA PULMONAR AGUDO (EPA). M Vega-Bustos, JJ Yáñez-López, F Granillo-Juvenal, JJ Elizalde-González, J Martínez-Sánchez. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 23).

8:30 h

COMPARACION ENTRE EL GASTO CARDIACO POR TERMODILUCION CONTINUA VS CONVENCIONAL. R Medina-Niembro, S Cevallos-Espinar, A Montenegro-Liendo, R Envila-Fisher, F Granillo-Juvenal, JJ Elizalde-González, J Martínez-Sánchez. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 24).

8:45 h

METASTASIS ENDOBRONQUIALES. VALOR DEL ESTUDIO ENDOSCOPICO Y CITOLOGICO EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. F Tapia, F Navarro-Reynoso, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología del Hospital General de México, SS.* (pág. 24).

8:00-9:00 *Salón Ma. Mercedes*

NEUMOPATIAS INTERSTICIALES

8:00 h

EFFECTO DE LA SUSTANCIA P SOBRE LA DEGRADACION Y BIOSINTESIS DE LA COLAGENASA EN PULMONES DE COBAYOS. C Becerril-Berrocal, L Angeles-Sánchez, M Montañón-Ramírez, C Ramos-Abraham, LM Montañón-Ramírez, A Pardo-Semo, M Selman-Lama. *INER; Facultad de Ciencias, UNAM* (pág. 14).

8:15 h

BOLOS DE METIL PREDNISOLONA COMO TRATAMIENTO INMEDIATO DE LA INFLAMACION EN PACIENTES CON ALVEOLITIS ALERGICA EXTRINSECA (AAE) Y FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA (FPI). JM Olvera-López, G Carrillo-Rodríguez, R Chapela-Mendoza, J Salas-Hernández, R Sansores-Martínez, M Mejía-Avila, A Ramírez-Venegas, M Selman-Lama. *INER* (pág. 14).

8:30 h

POSIBLE RELACION EN LA EXPRESION DEL GENE DE TOPOISOMERASA-I (TOPO-I), FIBROSIS PULMONAR Y ESCLERODERMIA. MC Negrete-García, A Padilla-Trejo, MD Mendoza-Martínez, E Martínez-Cordero, V Novelo-Retana. *INER; Hospital General de México* (pág. 14).

8:45 h

NEUMONIA INTERSTICIAL AGUDA (SINDROME DE HAMMAN Y RICH). M Salazar-Flores, M Mejía-Avila, O Narváez-Porras, JD López-Luna, FD García-León. *INER* (pág. 14).

8:00-9:00 *Salón Ma. Beatriz*

DIVERSOS

8:00 h

CIRUGIA DEL QUISTE HIDATIDICO PULMONAR. JL Velásquez-Córdova, L Rojas-Peña. *Hospital Nacional Dos de Mayo; Lima, Perú* (pág. 8).

8:15 h

COLGAJO SEROMUSCULAR GASTRICO VASCULARIZADO PARA EL TRATAMIENTO DE EMPIEMA POSTNEUMONECTOMIA Y FISTULA BRONCOPLEURAL. R Villalpando-Canchola, JL Ramírez-Figueroa, G Zúñiga-Vázquez, L Cabrera-Muñoz, B López-Carbajal, M Vera-Canelo. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, IMSS, México* (pág. 8).

8:30 h

DECORTICACION PLEURAL TEMPRANA POSTEMPIEMA EN INFANTES A TRAVES DE TORACOSCOPIA VIDEOASISTIDA. M Schcolnik-Corral, MC Rodríguez-Armendáriz, E Salas. *Benemérito Hospital Gral. Juan Ma. Salvatierra, SSA, La Paz, BCS, México* (pág. 9).

8:45 h

DISPLASIS BRONCOPULMONAR. CASUISTICA. AR Aranda-López, ME Y. Furuya-Meguro, JL Ramírez-Figueroa, G Zúñiga-Vázquez, JC Marín. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, IMSS, México* (pág. 12).

8:00-9:00 *Salón Ma. Fernanda*

DIVERSOS

8:00 h

PERFIL DEL CONOCIMIENTO SOBRE TABAQUISMO EN NIÑOS DE PRIMARIA Y EL IMPACTO DE UN PROGRAMA INFORMATICO CONTRA EL USO DE TABACO. L Herrera-Kiengelher, R Sansores-Martínez. *INER* (pág. 6).

8:15 h

EXPOSICION CRONICA A OZONO Y TOLERANCIA A LA HIPERREACTIVIDAD DE LAS VIAS AEREAS INDUCIDA

POR SUSTANCIA P EN COBAYOS. L Romero, MG Campos-Lara, MH Vargas, B Sommer, N de Buen, LM Montañó-Ramírez. *INER; Fac.de Medicina Veterinaria, UNAM. Fac.de Medicina, UNAM* (pág. 6).

8:30 h

ESTUDIO DEL EFECTO DE LA GLICINA EN ENFERMOS DE SIDA TRATADOS CON AZT O DDI (SEGUIDOS POR MAS DE DOS AÑOS). G Carvajal-Sandoval, P Zamudio-Cortés, N Alvarado-Vásquez, J Cruz-Lobo, S Rodríguez-Filigrana, E Juárez-De Carvajal. *INER; Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN* (pág. 16).

8:45 h

INHIBICION DE LA REPLICACION IN VITRO DE ADENOVIRUS, VIRUS DE HERPES SIMPLE Y VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO POR UN ARN+ DE ORIGEN VEGETAL. J Santiago-Cruz, N Alvarado-Vásquez, S Alcázar-Leyva, ME Manjarrez-Zavala, P Zamudio-Cortés. *INER; Instituto de Investigaciones Científicas Hans Selye, A.C.* (pág. 16).

SESIONES PARALELAS
(simultáneas en 2 salones)

9:00-10:00 **Salón Ma. Luisa**

Presidente: *Graciela Mendoza*
Secretario: *Jorge L. Ramírez*

FIBROSIS QUISTICA

MESA REDONDA: FIBROSIS QUISTICA. PROGRAMA DE VIGILANCIA SISTEMATICA. CLINICA DE FIBROSIS QUISTICA

Coordina *Francisco Cuevas*

Participar *Victor Chernick, E. Villarreal, Ana Navas*

9:00-10:00 **Salón Condesa I**

Presidente: *Héctor Villarreal*
Secretario: *Rodolfo Posadas*

CANCER PULMONAR

MESA REDONDA: CONCEPTOS ACTUALES EN CANCER PULMONAR

Coordina: *Raúl Cícero*

Participan: *León Green, Jaime Villalba, Federico Rohde*

10:00-11:00 **Salón Condesa I****TABAQUISMO EN LAS AMERICAS**

SIMPOSIUM

Coordina: *Horacio Rubio*

AVANCES EN LA LEGISLACION CONTRA EL TABAQUISMO

Rosa Ma. Yáñez

COSTOS EN EL TERCER NIVEL DE ATENCION

Jaime Villalba

METODOS PARA EL ABANDONO DEL TABAQUISMO

Ernestina Ramírez

10:00-11:00 **Salón Ma. Luisa****ASMA INFANTIL**

MESA REDONDA

Coordina: *O. Arana*

DIAGNOSTICO EN EL LACTANTE

Gherson Cukier

ANTICOLINERGICOS

Nicholas Gross

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Lorenzo Pérez-Fernández

AEROSOLTERAPIA

Carlos Flores Rojas

11:00-11:30 RECESO

11:30-14:30 **Salón Condesa I**

Presidente: *Rogelio Pérez-Padilla*

Secretario: *Raquel Castañeda*

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA

11:30-12:15

MECANISMOS DE LA OBSTRUCCION

Peter D. Paré

12:15-13:00

PATOGENESIS DE LA OBSTRUCCION

Manuel Cossio

13:00-13:45

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO (Guías y estándar de la ATS para el tratamiento de la EPOC)

Nicholas Gross

13:45-14:30

TRATAMIENTO QUIRURGICO

David Kapelansky

11:30-12:30 **Salón Ma. Luisa**

Presidente: *M.E. Yuriko Furuya*

Secretario: *Ricardo Villalpando*

INFECCION PLEUROPULMONAR

MESA REDONDA

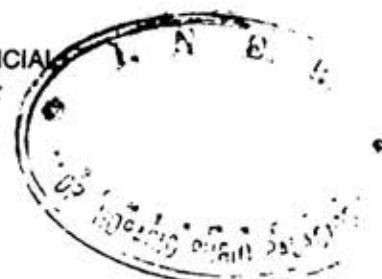
Coordina: *Magnolia Arango*

DERRAME PLEURAL EN EL NIÑO

Victor Chernik

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMPLICACIONES PLEUROPULMONARES

Lorenzo Pérez Fernández



12:30-13:30 *Salón Ma. Luisa*

TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL NIÑO

TECNICAS DE DIAGNOSTICO RAPIDO

Gabriela Arellano

DROGORRESISTENCIA

Roberto Velázquez

SIDA Y TUBERCULOSIS

L. Pérez Martini

13:30-14:30 *Salón Ma. Luisa*

TERAPEUTICA RESPIRATORIA EN PEDIATRIA

SIMPOSIUM

Coordina: *Rogelio García*

ANTIBIOTICOTERAPIA

Francisco Cuevas

José Dirceau

ANTIINFLAMATORIOS

Magnolia Arango

Agustín Bueso

Alejandro Flores

14:30-19:00 RECESO

19:00-21:00 *Salón Condesa II*

DISCUSION DE CARTELES

21:00-21:30 *Salón Condesa I*

SESION DEL CONSEJO NACIONAL DE NEUMOLOGIA

VIERNES 12 DE ABRIL DE 1996

TRABAJOS LIBRES

(sesiones simultáneas en 4 salones)

8:00-9:00 *Salón Ma. Luisa*

TERAPIA INTENSIVA

8:00 h

FRECUENCIA Y CONSECUENCIAS DE LAS ADMISIONES A LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE PACIENTES SIN DIAGNOSTICO CLARO. LA Rendón-Pérez, K Nolan, C Hiller, R Walls. *University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas, EUA* (pág. 26).

8:15 h

EXACTITUD DE LAS MEDICIONES DE AUTO-PEEP REALIZADAS POR VENTILADORES MECANICOS. U Chavarría-Martínez, W Johnson, K Kinninger, K Jacobson, DM Burns. *University of California San Diego Medical Center (UCSD), San Diego, California, EUA* (pág. 26).

8:30 h

APLICACION DE FORMAS NO INVASIVAS DE VENTILACION MECANICA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DEL CARDIOPATA. S Cevallos-Espinar, JJ Yáñez-López, C Cortez-Mejía, F Granillo-Juvenal, J Martínez-Sánchez, JJ Elizalde-González. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 26).

8:45 h

VALORACION DE APACHE II. EXPERIENCIA EN DOS GRUPOS CON PATOLOGIA NEUMOLOGICA. G de la Escosura, MA Fernández, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología del Hospital General de México, SS.* (pág. 26).

8:00-9:00 *Salón Ma. Mercedes*

DIVERSOS

8:00 h

DETECCION DE COMPROMISO PULMONAR MEDIANTE TOMOGRAFIA COMPUTADA (TAC) DE ALTA RESOLUCION EN ESCLERODERMIA. L Andrade-Ortega, E Martínez-Cordero (pág. 15).

8:15 h

MARCADORES MOLECULARES DE POLIMORFISMO EN AISLADOS MEXICANOS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. JA Amador, MD R-Juárez, R Cicero-Sabido, ME Ramírez-Casanova, C Espitia. *Escuela Nacional de Ciencias Biológicas. IPN. Hospital General de México, S.S.México. Inst. Inv. Bioméd., UNAM* (pág. 2).

8:30 h

EOSINOFILIA SANGUINEA EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR Y RECHAZO AGUDO. U Chavarría-Martínez, CM Smith, JM Kriett, DP Kapelanski, T Perricone, SW Jamieson. *University of California San Diego, San Diego, California, EUA* (pág. 9).

8:45 h

TUMORES BRONCOGENICOS. EVALUACION POR TAC HELICOIDAL, TAC Y FIBROBRONCOSCOPIA. JL Criales, JA Lorenzo, R Cicero-Sabido. *CT Scanner de México. Unidad de Neumología del Hospital General de México, SS.* (pág. 20).

8:00-9:00 *Salón Ma. Beatriz*

DIVERSOS

8:00 h

TOLERANCIA A LARGO PLAZO DE LA PRESION POSI-

TIVA EN LA VIA AEREA (CPAP NASAL) EN EL SINDROME DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS). MDíaz-Rodríguez, LA Rendón-Pérez, F Bosques. *Hospital Universitario Dr. J.E. González, UANL; Centro de Estudios sobre Alteraciones del Sueño (CESAS), Monterrey, NL.* (pág. 28).

8:15 h

CHARACTERIZACION CLINICO-IMAGENOLOGICA DE LA NEUMONIA LIPOIDICA EXOGENA. ME Y. Furuya-Meguro, I Martínez, I Hernández, G Zúñiga-Vázquez, L Rendón, JL Ramírez, AR Aranda-López, JC Marín. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, IMSS, México* (pág. 28).

8:30 h

EFFECTO DEL CARBACOL Y LA HISTAMINA SOBRE LA CONTRACCION Y FORMACION DE FOSFATOS DE INOSITOL EN PREPARACIONES TRAQUEOBRONQUIALES DE PERRO. BM Bazán-Perkins, VE Carvajal-Salinas, M Macías, MG Campos-Lara, A García-Sainz, LM Montaña-Ramírez. *INER; IMSS; IFICE; Depto. de Farmacología, UNAM* (pág. 29).

8:45 h

EFFECTO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO PARA FIBROBLASTOS ACIDICOS (FCFA) SOBRE LA EXPRESION Y SINTESIS DE COLAGENA Y COLAGENASA EN FIBROBLASTOS DERIVADOS DE PULMON HUMANO NORMAL. M Montaña-Ramírez, C Becerril-Berrocal, C Ramos-Abraham, R Ramírez-Rangel, A Pardo-Semo, M Selman-Lama. *INER; Facultad de Ciencias, UNAM* (pág. 29).

8:00-9:00 *Salón Ma. Fernando***DIVERSOS**

8:00 h

RETREATAMIENTO DE SEIS MESES REFORZADO CON OFLOXACINA EN TUBERCULOSIS RESISTENTE. L Chay-Esquivel, F Méndez, S Balandrano, R Cicero-Sabido. *CEAR, SS. INDRE. Hospital General de México, SSA.* (pág. 2).

8:15 h

15 AÑOS DE MESOTELIOMA EN UNIDAD DE NEUMOLOGIA, HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S.S. REPORTE PRELIMINAR. G Zúñiga-Cortés, S López-Estupiñán, A Pérez-Romo, ME Ramírez-Casanova, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología, Hospital General de México, S.S. México* (pág. 20).

8:30 h

APLICABILIDAD DE DIVERSOS VALORES DE REFERENCIA ESPIROMETRICOS EN SUJETOS SANOS EN SAN LUIS POTOSI. O Morán-Mendoza, P Quintero. *Facultad de Medicina, UASLP; Hospital Central "Dr. Ignacio Morones P". SLP, México* (pág. 29).

8:45 h

RESPUESTA A LA RELAJACION MUSCULAR Y MENTAL EN NEUMOPATAS, MONITORIZADA, OXIMETRO

DE PULSO. ME Domínguez-Flores, J Salas-Hernández, R Mejía-Alfaro, Md Gavito-De la Torre, R Sansores-Martínez, J Villalba-Caloca. *INER* (pág. 29).

SESIONES PARALELAS

(simultáneas en 2 salones)

9:00-10:00 *Salón Condesa I*Presidente: *Roberto Mercado*Secretario: *Oscar Rojas***LA HIPERSECRECION DE MOCO EN LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA**

ESTADO ACTUAL DEL MANEJO DE LA HIPERSECRECION

Francisco Cuevas

INNOVACIONES EN EL CAMPO DE LOS MUCORREGULADORES

Mauricio Marchioni, Carlos Feliche Moretti

DISCUSION DIRIGIDA

10:00-11:00 *Salón Condesa I***FIBROSIS PULMONAR**

UNA APROXIMACION A UN CONCEPTO INTEGRAL SOBRE LA PATOGENESIS DE LA FIBROSIS PULMONAR

Moisés Selman

11:00-11:30 RECESO

11:30-14:45 *Salón Condesa I*Presidente: *Raúl Cicero*Secretario: *Antonio Padua***TRASPLANTE PULMONAR**

11:15-12:00

HISTORIA Y ESTADO ACTUAL DEL TRASPLANTE PULMONAR

Joel Cooper

12:00-12:45

CIRUGIA DE REDUCCION DE VOLUMEN. UNA ALTERNATIVA AL TRASPLANTE PULMONAR

Joel Cooper

12:45-13:30

TRASPLANTE PULMONAR EN MEXICO

*Jaime Villalba**Rubén Argüero*

13:30-14:30

MESA REDONDA

Coordina: *Jaime Villalba*Participan: *Rubén Argüero, David Kapelansky, Joel Cooper*

11:30-13:00 **Salón Ma. Luisa**

Presidente: *Magnolia Arango*
Secretario: *Gabriela Arellano*

Coordina: *Jorge Luis Ramírez*
Participan: *José M. Delgadillo, E. Villarreal, Francisco Cuevas, José Dirceau*

DIFICULTAD RESPIRATORIA EN EL RECIEN NACIDO
ASPECTOS ESENCIALMENTE QUIRURGICOS
Lorenzo Pérez-Fernández
MESA REDONDA: INDICACIONES Y RESULTADOS DE
LOS PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

14:30-19:00 RECESO

19:00-21:00 **PREMIACION Y CLAUSURA**

21:00 - **CENA/BAILE**

CARTELES

TUBERCULOSIS

- 1. TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE: TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO. REPORTE PRELIMINAR.** C Pérez-Guzmán, H Villarreal-Velarde, A Torres-Cruz, J Urueta-Robledo, LA Martínez-Rossier, D Ibarra-Villarreal. *INER* (pág. 2).
- 2. FRECUENCIA DE TUBERCULOSIS DRUGO-RESISTENTE EN CIUDAD JUAREZ. EXPERIENCIA EN UN AÑO.** JL Alva-Y Pérez. *Hospital General de Zona # 35, IMSS, Ciudad Juárez, Chih.* (pág. 2).
- 3. RESISTENCIA A ANTIFIMICOS DE PRIMERA LINEA EN MONTERREY, N.L. ¿MITO O REALIDAD?** A Flores-Aréchiga, J Llacas, LA Rendón-Pérez, R Medina-Jiménez. *Hospital Universitario "Dr. José E. González", UANL, Mty, N.L. México* (pág. 3).
- 4. SINDROME DE STEVENS-JOHNSON (STJ) SECUNDARIO A TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO.** ME Ramírez-Casanova, G Velázquez-Samano, R Cicero-Sabido, ME Juárez, E González. *Hospital General de México, S.S.* (pág. 3).
- 5. MANIFESTACIONES RADIOLOGICAS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR (TB) Y DIABETES MELLITUS (DM).** LA Rendón-Pérez, JF Villegas-Elizondo, JA Martínez-Segura, R Medina-Jiménez. *Hospital Universitario "Dr. José E. González", UANL, Monterrey, NL, México* (pág. 3).
- 6. MANEJO QUIRURGICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.** J Morales-Gómez, R García-Toral, J Villalba-Caloca, JL Téllez-Becerra, A Castillo-Camacho, B Niebla-Alvarez. *INER* (pág. 3).

ASMA Y CONTAMINACION

7. MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO DEL ASMA

BRONQUIAL EN LA REGION DE CD. DELICIAS, CHIHUAHUA. C Herrera-Azcona, R Ramírez-Gutiérrez. *Hospital General de Zona No. 11. Cd. Delicias, Chihuahua, Chih. México* (pág. 5).

- 8. PREVALENCIA DE HIPERREACTIVIDAD BRONQUIAL ASINTOMATICA EN UNA POBLACION ESTUDIANTIL. RESULTADOS PRELIMINARES.** MO Loera-Ramírez, A González-Romero, F Cantú-Díaz. *Hospital General de Zona No. 1, IMSS, Durango, Dgo. División de Estudios de Posgrado UJED, Durango. Clínica de Especialidades No. 10, IMSS. Monterrey, N.L.* (pág. 5).
- 9. FRECUENCIA DE CRISIS ASMATICA EN LA ZONA NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y SU CORRELACION CON LA CONTAMINACION ATMOSFERICA, TEMPERATURA Y PRECIPITACION PLUVIAL.** A López de Lara, FG Rico-Méndez, JD Mugica-Hernández. *Departamento de Neumología, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México* (pág. 5).
- 10. ALTERACIONES DEL INTERCAMBIO GASEOSO EN DIVERSAS ETAPAS DEL ASMA.** GE Torres-Ramírez, N Martínez, JA Maraboto-Millán. *U. Autónoma Metropolitana Xochimilco. Depto. Atención a la Salud. México* (pág. 4).
- 11. EFECTOS EN LA CONDUCTA DE NADAR EN RATAS EXPUESTAS A OZONO. ESTUDIO COMPARATIVO.** P Cedillo-Acosta, M Méndez-Guerra, D Hanssen-Villegas, M Meneses-Flores, J Pérez-Neria. *INER* (pág. 6).
- 12. QUE CONOCIMIENTO SE TIENE ACERCA DE LA CONTAMINACION AMBIENTAL EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA. ESTUDIO COMPARATIVO.** D Hanssen-Villegas, M Méndez-Guerra, P Cedillo-Acosta, M Meneses-Flores, M Rojas-Ramos, J Pérez-Neria. *INER* (pág. 6)
- 13. REACCIONES DE ESTRES ANTES Y DESPUES DE UN PROGRAMA PARA DEJAR DE FUMAR.** Md Córdoba-Ponce, R Sansores-Martínez. *INER* (pág. 7).

CIRUGIA

14. **ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA Y TRATAMIENTO.** MD Escobedo-Sánchez, J Morales-Gómez, JL Téllez-Becerra. *INER* (pág. 9).
15. **MANEJO ANESTESICO EN CIRUGIA DE ESTENOSIS TRAQUEAL TRATADA CON RAYO LASER.** G García-Cárdenas, MD Corona-Hernández, ME Villagrán-Guzmán, P Ledesma-Ramírez. *INER* (pág. 9).
16. **ESTENOSIS TRAQUEAL POST-INTUBACION RESUELTA MEDIANTE RESECCION ENDOSCOPICA CON ELECTROCAUTERIO Y COLOCACION DE TUBO EN "T" DE MONTGOMERY.** J Ayala-Rodríguez, P Estrada-Estrada, R Enríquez-Reyes, J García-Salazar. *Clinica de Laringe y Tráquea, Hospital Betania, Puebla.* (pág. 10).
17. **TRATAMIENTO CON LASER DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL.** JL Téllez-Becerra, A Castillo-Camacho, J Villalba-Caloca, B Niebla-Alvarez, R García-Toral, MD Corona-Hernández, ME Villagrán-Guzmán, D López-Flores, J Morales-Gómez. *INER* (pág. 10).
18. **TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISTULA TRAQUEOESOFAGICA ADQUIRIDA.** D López-Flores, JL Téllez-Becerra, J Morales-Gómez, J Villalba-Caloca, B Niebla-Alvarez, CA Olivares-Torres, EA Molina-Barrera. *INER* (pág. 10).
19. **USO DE LARINGOSCOPIO DE SUSPENSION PARA RESECCION DE TUMORES ENDOBRONQUIALES CON LASER ND:YAG.** F Navarro-Reynoso, R Chavolla, R Cicero-Sabido. *Unidad de Otorrinolaringología. Hospital General de México. S.S.* (pág. 10).
20. **HALLAZGOS ENDOSCOPICOS LARINOGOTRAQUEOBRONQUIALES EN PACIENTES CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR.** ME Y. Furuya-Meguro, E Caudillo, JL Ramírez, H González-Cabello. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, IMSS, México* (pág. 13).
21. **BRONCOSCOPIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA.** JL Ramírez-Figueroa, MB Ancieta-Nava, LM Márquez-Enríquez, ME Y. Furuya-Meguro, B González-Ortiz, MA Alvarado-Diez, AR Aranda-López. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, México* (pág. 13).
22. **ALBORES DE LA CIRUGIA CADIOVASCULAR EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.** ME Aguilar-Mena, JP Rueda-Villalpando, P Ledesma-Ramírez, J Morales-Gómez, J Villalba-Caloca. *INER* (pág. 11).
23. **REPORTE PRELIMINAR DE LAS CONSIDERACIONES ANESTESICAS EN CARDIOPATIAS CONGENITAS POTENCIALMENTE GENERADORAS DE HIPERTENSION PULMONAR.** SM Oliva-Roa, MR Ledesma-Ramírez, J Morales-Gómez, J Villalba-Caloca, ME Aguilar-Mena, JP Rueda-Villalpando. *INER* (pág. 11).
24. **CIERRE QUIRURGICO DE LA PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO.** ME Aguilar-Mena, JP Rueda-Villalpando, P Ledesma-Ramírez, MD Gavito-De la Torre, CA Olivares-Torres, D López-Flores, J Morales-Gómez, J Villalba-Caloca. *INER* (pág. 11).
25. **VENTANA PERICARDICA EFECTUADA POR LAPAROSCOPIA.** C Romero-Mejía, G López-Espinosa, H Martínez-De Alva Córdova. *Hospital General de Tijuana. SS.* (pág. 11).
26. **QUISTE HIDATIDICO, MANEJO ANESTESICO, REVISION DE 1987 A 1995, EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS.** MR Ledesma-Ramírez, SM Oliva-Roa, J Villalba-Caloca, J Morales-Gómez, JL Téllez-Becerra. *INER* (pág. 12).
27. **ABORDAJE DE LA COLUMNA VERTEBRAL POR VIA TRANSTORACICA.** F Navarro-Reynoso, A Pérez-Romo, F Ramos-Sandoval, F Camarillo-Juárez, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología. Hospital General de México, S.S. Unidad de Neurocirugía. Hospital General de México, S.S. Unidad de Ortopedia. Hospital General de México, S.S.* (pág. 12).

NEUMOPEDIATRIA

28. **MALFORMACIONES BRONCOPULMONARES DEL INTESTINO ANTERIOR EN UN PACIENTE CON SINDROME DE HOLT ORAM.** ME Y. Furuya-Meguro, G Zúñiga-Vázquez, I Hernández, JL Ramírez, R Villalpando-Canchola, M Vera-Canelo, G Siordia, H Montalvo. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, IMSS, México* (pág. 12).
29. **ENFERMEDAD PULMONAR VENO-OCCLUSIVA CON AGENESIA DE LA ARTERIA PULMONAR DERECHA.** G Zúñiga-Vázquez, G Siordia, R Villalpando-Canchola. *Hospital de Pediatría C.M.N. Siglo XXI, IMSS, México* (pág. 13).
30. **MICROBIOLOGIA DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES PEDIATRICOS CON FIBROSIS QUISTICA.** JM Ruiz-Torres, F Cuevas-Schacht, LF Pérez-Fernández, C Martínez-Sosa, HR Gil-Díaz. *Departamento de Neumología y Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Pediatría, México* (pág. 13).

ENFERMEDADES INTERSTICIALES E INMUNOLOGICAS

31. **DECIDUOSIS PULMONAR ASOCIADA A EMBARAZO Y NEUMOPATIA INTERSTICIAL.** V Novelo-Retana, N

Rentería, F Tapia, G Arísti-Urta, N Uribe-Urbe. *Unidad de Neumología del Hospital General de México, SS. Unidad de Patología, Hospital General de México, SSA.* (pág. 15).

32. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA (HAD) EN ESCLERODERMA CUTANEA LIMITADA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI-PANCA POSITIVOS. REPORTE DE UN CASO. LA Mendoza-Topete, P Juárez-Martín, M Vázquez-Del Mercado, I García-De la Torre, D Lizardi-García. *CMNO, IMSS, Guadalajara. HGO. SS, Zapopan, Jal.* (pág. 15).

33. SUSTRATO TERAPEUTICO DEL SINDROME DE GOODPASTURE. HJ Velarde-Mora, PM González, J Hernández. *Hospital Muguerza, MTY., N.L.* (pág. 15).

34. GRANULOMA EOSINOFILICO. PRESENTACION DE 1 CASO Y REVISION DE LA LITERATURA. JL Ceara-Gómez, A Torres-Cruz, I Sema, C Pérez-Guzmán. *INER* (pág. 16).

INFECCIONES

35. CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS VAR. GATTII ASOCIADO A: PROTEINOSIS ALVEOLAR. PRESENTACION DE UN CASO. B Muñoz-Hernández, R Olivares-Castañón, E Sada-Díaz, R López-Martínez, E Rivera-Martínez. *INER; Facultad de Medicina, UNAM* (pág. 17).

36. NOCARDIOSIS PULMONAR DISEMINADA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PIEL CABELLUDA. REPORTE DE UN CASO. B Muñoz-Hernández, C Sánchez-Romero, P San Juan-Hernández, R Sansores-Martínez. *INER* (pág. 17).

37. ACTINOMICOSIS PULMONAR Y VERTEBRAL DISEMINADA. G Cueto-Robledo, A Pérez, LE Escobedo, A Hernández, M Romero, S López, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología del Hospital General de México, SS.* (pág. 17).

38. PRESENTACION DE UN CASO DE COCCIDIOIDOMICOSIS PULMONAR Y OSEA. N Rentería, G de la Escosura, P Alonso, R Duarte, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología del Hospital General de México, SS. Unidad de Patología, Hospital General de México, SSA.* (pág. 17).

39. BRONQUIOLITIS OBLITERANTE EN UN PACIENTE CON HIV. G Cueto-Robledo, S López, A Pérez, M Romero, E Torres, R Cicero-Sabido. *Unidad de Neumología, Hospital General de México, SS.* (pág. 18).

40. PRODUCCION DE ANTIGENOS VIRALES PARA LA PRUEBA DE FIJACION DE COMPLEMENTO MEDIANTE INFECCION PERSISTENTE IN VITRO DE LOS VI-

RUS SINCITIAL RESPIRATORIO Y SARAMPION. J Santiago-Cruz, DP Rosete-Olvera, ME Manjarrez-Zavala. *INER* (pág. 18).

41. CUANTIFICACION DE LA SIGA EN POBLACION SANA. CONSIDERACIONES DE SU UTILIDAD Y APLICABILIDAD. FG Rico-Méndez, LF Massey-Reynaud, L Rendón-Rivera, LG Ochoa-Jiménez, JD Mugica-Hernández, L Alvarez-Balbas, FA Gómez-Camero. *Departamento de Neumología, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México* (pág. 18).

42. ¿ES LA INMUNIDAD HUMORAL Y CELULAR LA UNICA RESPONSABLE DE LAS RECIDIVAS DE LOS CUADROS INFECCIOSOS EN PACIENTES CON BC/EP? FG Rico-Méndez, A Sánchez-Juárez, JL Espinosa-Pérez, G Hidalgo-Laffaurie, JD Mugica-Hernández, L Rendón-Rivera, LF Massey-Reynaud. *Departamento de Neumología, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México* (pág. 18)

43. LA REPERCUSION DE UN LISADO BACTERIANO EN LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LAS EXACERBACIONES BACTERIANAS AGUDAS EN LA BC/EP EN EL PERIODO INVERNAL A SEIS MESES DE SEGUIMIENTO. FG Rico-Méndez, LF Massey-Reynaud, L Rendón-Rivera, JD Mugica-Hernández, L Alvarez-Balbas, FA Gómez-Camero. *Departamento de Neumología Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México* (pág. 19).

44. ETIOLOGIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN GERIATRIA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL. FG Rico-Méndez, A Sánchez-Juárez, JL Espinosa-Pérez, Jd Mugica-Hernández, V Huizar-Hernández. *Departamento de Neumología, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México* (pág. 19).

NEOPLASIAS

45. ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL CANCER DE PULMON EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS EN NUEVO LEON. HJ Velarde-Mora, A López-Cavazos. *HRE # 25 CMNE, IMSS, MTY, NL.* (pág. 21).

46. SEMINOMA MEDIASTINAL (MANEJO MULTIDISCIPLINARIO). J Ayala-Rodríguez, E Téllez-Bernal, J García-Salazar, R Enríquez-Reyes, MD González-Blanco. *Unidad de Oncología Clínica del Hospital Betania, Puebla, Pue.* (pág. 21).

47. CARCINOMA VERRUCOSO DE LARINGE (TUMOR DE AECKERMAN). J Ayala-Rodríguez, P Estrada-Estrada, J García-Salazar, R Arriaga-Calva. *Unidad de Oncología Clínica del Hospital Betania. Puebla, Pue.* (pág. 21).

48. **CONDROMIXOMA DE LARINGE. REPORTE DE 1 CASO.** J Ayala-Rodríguez, P Estrada-Estrada, J García-Salazar, E Téllez-Bernal. *Unidad de Oncología Clínica del Hospital Betania, Puebla, Pue.* (pág. 21).

49. **GLOMANMYOMA ENDOBRONQUIAL.** J Ayala-Rodríguez, J García-Salazar, MD González-Blanco, E Téllez-Bernal. *Unidad de Oncología Clínica del Hospital Betania, Puebla, Pue.* (pág. 22).

50. **TUMORES DEL TIMO.** L Green-Schneewiss, E Correa-Acevedo, R Fuentes-Mattos, J Zamora, R Sotelo. *Instituto Nacional de Cancerología* (pág. 22).

51. **SCHWANOMAS TORACICOS.** JP Suárez-Suárez, V Ruiz-Piña, FG Rico-Méndez. *Hospital General, Centro Médico La Raza, IMSS, México* (pág. 22).

52. **PSEUDOTUMOR FIBROSO CALCIFICADO.** JP Suárez-Suárez, V Ruiz-Piña, FG Rico-Méndez. *Hospital General, Centro Médico La Raza, IMSS, México* (pág. 22).

53. **UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA BRONCOSCOPIA ANTE LA SOSPECHA DE CANCER BRONCOGENICO.** MD Escobedo-Sánchez, LE León-Munguía, J Morales-Gómez. *INER* (pág. 23).

METODOS DIAGNOSTICOS

54. **ANALISIS DE LOS CASOS DE BRONCOSCOPIAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE 1995 EN UN HOSPITAL REGIONAL.** J Garza-Cantú. *Hospital Regional del ISSSTE, Monterrey, N.L. México* (pág. 24).

55. **VARIABILIDAD DE DLCO EN PACIENTES CON EPOC Y ENFERMEDAD INTERSTICIAL AL MEDIRLA CON 2 EQUIPOS DIFERENTES.** O Morán-Mendoza, K Alasaly, RT About. *Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP, México. Respiratory Division, Vancouver Hospital and Health Sciences Center, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canadá* (pág. 24).

56. **REPRODUCIBILIDAD DE DOS PRUEBAS DE EJERCICIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA.** R Mejía-Alfaro, M Rojas, C Sánchez-Romero, R Pérez-Padilla, R Sansores-Martínez. *INER* (pág. 25).

57. **EVALUACION DE DIFERENTES METODOS DIAGNOSTICOS DEL DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO.** MA Salazar-Lezama, H Quiroz-Rosales, M Sánchez-Guzmán, R Báez-Saldaña, E Azcona-Martínez, JL Bañales-Méndez, H Villarreal-Velarde. *Clínica de Estudios en Patología Pleural, INER* (pág. 1).

TERAPIA INTENSIVA

58. **CORRELACION DEL INDICE DE VENTILACION RAPIDA SUPERFICIAL (VRS) CON EL TRABAJO RESPIRATORIO (WOB).** JJ Yáñez-López, E Bautista-Bautista, F Granillo-Juvenal, JJ Elizalde-González, J Martínez-Sánchez. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 27).

59. **COMPARACION DE 2 METODOS PARA DESTETE DE LOS PACIENTES DE LA VENTILACION MECANICA (VM).** JJ Yáñez-López, JJ Elizalde-González, A Montenegro-Liendo, R Medina-Niembro, GE López-Mora, F Granillo-Juvenal, J Martínez-Sánchez. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 27).

60. **ALTERACIONES CARDIOPULMONARES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO CRITICAMENTE ENFERMO.** M Vega-Bustos, J González-Arista, S Cevallos-Espinar, JJ Yáñez-López, F Granillo-Juvenal, J Martínez-Sánchez, JJ Elizalde-González. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 27).

61. **PAPEL DE LA ASISTENCIA MECANICA VENTILATORIA NO INVASIVA (AMVNI) DURANTE EXTUBACION FORTUITA.** S Cevallos-Espinar, JJ Yáñez-López, A Maldonado-Ortiz, F Granillo-Juvenal, J Martínez-Sánchez, JJ Elizalde-González. *Departamento de Medicina Crítica Dr. Mario Shapiro. Hospital ABC, México* (pág. 27).

62. **KETOROLACO ASOCIADO A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES CRITICOS.** U Chavarria-Martínez, F Bosques, R Mercado-Longoria. *Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, NL, México* (pág. 28).

63. **DESEMPEÑO DE SISTEMAS DE EXHALACION EN VENTILADORES DE RECIENTE GENERACION.** U Chavarria-Martínez, W Johnson, K Kinninger, K Jacobson, DM Burns. *University of California San Diego, San Diego, California, EUA* (pág. 28).

DIVERSOS

64. **NIVELES URINARIOS DE SEROTONINA EN PACIENTES CON DIVERSOS GRADOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.** FG Rico-Méndez, LG Ochoa-Jiménez, A Medrano-Palacios, JD Mugica-Hernández, AF Torres, L Rendón-Rivera. *Departamento de Neumología, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, México* (pág. 30).

65. **ESTUDIO "IN VIVO" E "IN VITRO" DE LA INHIBICION POR LA GLICINA DE LA GLICOSILACION NO ENZIMATICA DE PROTEINAS EN RATAS DIABETICAS.** P

Zamudio-Cortés, G Carvajal-Sandoval, N Alvarado-Vásquez, J Cruz-Lobo, E Juárez-De Carvajal. *INER; Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN* (pág. 30).

66. EFECTO PROTECTOR DE LA GLICINA EN LA MICROALBUMINURIA DE RATAS CON DIABETES TIPO I. G Carvajal-Sandoval, P Zamudio-Cortés, N Alvarado-Vásquez, J Cruz-Lobo, E Juárez-De Carvajal. *INER; Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, IPN* (pág. 30).

67. EMBOLISMO PULMONAR DE REPETICION, ESTUDIO HEMODINAMICO Y OCLUSION DE VENA CAVA INFERIOR POR METODO PERCUTANEO. J Ayala-Rodríguez, E Ramos-Chazaro, R Enriquez-Reyes. *Unidad de Oncología Clínica del Hospital Betania, Pue., Pue. Hospital General de Puebla, SS.* (pág. 30).

68. MANEJO DE LA ANEMIA SEVERA Y SIRPA EN UN PACIENTE TESTIGO DE JEHOVA. GA Anleu, JL Ceara-Gómez, L Reveles, R Garcia, HI Serna, UG Hernández, O Narváez-Porras. *INER* (pág. 31).

69. MALDEMONTAÑA. REPORTE DE UN CASO. ME Aguilar-Mena, M Rijlaarsdam, MS García-De León. *Hospital ABC, México.* (pág. 31).

70. PRESENTACION CLINICA DE BRONQUIO TRAQUEAL. MA Carballo-Cruz, FJ Cuevas-Schacht, LF Pérez-Fernández, G Arellano-Padilla, JL Ramírez-Figueroa. *Instituto Nacional de Pediatría, México DF.* (pág. 31).

71. INDICACIONES DE BRONCOSCOPIA EN NIÑOS. MA Carballo-Cruz, FJ Cuevas-Schacht, LF Pérez-Fernández, HR Gil-Díaz, JM Ruiz-Torrez. *Instituto Nacional de Pediatría, México DF.* (pág. 25).

72. INTUBACION POR FIBROSCOPIA EN PEDIATRIA. HR Gil-Díaz, FJ Cuevas-Schacht, LF Pérez-Fernández, MC Sosa, JM Ruiz-Torres. *Departamento de Neumología y Cirugía de Tórax, Instituto Nacional de Pediatría, México DF.* (pág. 31).



NEOPLASIAS

LA REPERCUSION DE UN LISADO BACTERIANO EN LA FRECUENCIA E INTENSIDAD DE LAS EXACERBACIONES BACTERIANAS AGUDAS EN LA BC/EP EN EL PERIODO INVERNAL A SEIS MESES DE SEGUIMIENTO.

Rico-Méndez F.G., Massey-Reynaud L.F., Rendón-Rivera, Mugica-Hernández J.J., Alvarez-Balbas L., Gómez-Camero F. A., Departamento de Neumología, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Dado que la BC/EP es una de las enfermedades con mayor morbimortalidad y causa de un importante ausentismo laboral, llevamos a cabo un ensayo clínico controlado para determinar su utilidad en la prevención de los fenómenos recurrentes. Para tal efecto se tomaron dos grupos con diagnóstico establecido de BC/EP. El grupo A con 23 pacientes y quienes recibieron lisados bacterianos además del tratamiento habitual y el grupo B 22 pacientes solo con tratamiento rutinario, a todos ellos se les estudio la IgA secretora como referencia inmunológica por medio de nefelometría con rayos laser directamente de la expectoración y el seguimiento clínico se llevó a cabo durante seis meses a través del número de infecciones, días de duración, uso de antibióticos y número de hospitalizaciones. Nuestros resultados demostraron que existe un incremento máximo de la SigA al cuarto mes de su medición en el grupo A con alta significación estadística ($P < 0.001$) con una disminución en el número de infecciones, días de duración, uso de antibióticos y número de hospitalizaciones. Se concluye que la utilización de lisados bacterianos es una arma terapéutica que reduce las exacerbaciones infecciosas de la BC/EP y abate los costos de su atención.

VIABILIDAD EN LINEAS CELULARES DE ORIGEN TUMORAL EN PRESENCIA DE DNasa I. H. Noé Alvarado, Patricia Rosas, Susana Alcázar, Edgar Zenteno, Pedro Zamudio. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias e Instituto de Investigaciones Científicas Hans Selye, A.C., México, D.F.

La DNasa I dentro de sus múltiples funciones interviene en la regulación de la proliferación celular (en la muerte celular programada)

En algunas líneas celulares de origen tumoral, así como en sujetos que padecen de procesos cancerosos se ha demostrado una deficiente o nula actividad de la endonucleasa DNasa I. Con base a lo anterior se analizó y se ha tratado de estudiar esta posible deficiencia, administrando a cultivos celulares la DNasa I. Este estudio se realizó en las líneas tumorales SK-MES, Calu-1, HeLa, HEP-2, en fibroblastos fetales MRC-5 y mononucleares de individuos sanos. A poblaciones celulares con 2×10^5 células por ml se adicionaron las concentraciones de 9, 6, 3, y 1.5 ng/ml de DNasa I.

La viabilidad celular se valoró con azul de tripán y cristal violeta. La proliferación celular se determinó por medio de la incorporación de $^3\text{H-TdR}$ (18 horas) y simultáneamente se comparó el patrón morfológico de las células tratadas y no tratadas.

Se observó la pérdida de viabilidad celular cercana al 100% en células HeLa y HEP-2, pero para el resto de las líneas (SK-MES y Calu-1) fue del 50%, mientras que para las células MRC-5 y mononucleares fue del 5-10%. Estos resultados concuerdan con la caída en la actividad metabólica encontrada con la incorporación de $^3\text{H-TdR}$.

La morfología de las líneas celulares tratadas fue similar a la que se observa en células en apoptosis (patrón morfológico de células que han sufrido muerte celular programada). Por lo que podemos concluir que la incubación con DNasa I tiene un efecto lítico principalmente en las células tumorales.

ETIOLOGIA DE LAS INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS EN GERIATRIA EN UNA UNIDAD DE TERCER NIVEL.

RICO-MENDEZ F.G., SANCHEZ J.A., ESPINOZA P.J., MUGIJA B.J.J., HUIZAR H.V.

DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGIA, HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

Tratando de determinar los factores etiológicos causantes de la IRA en la población geriátrica, llevamos a cabo un estudio prospectivo, transversal y observacional en 243 pacientes ancianos portadores de neumonía o de BC/EP exacerbada a través de la toma de muestras por fibrobroncoscopia con técnicas y catéter cubierto y cultivados con métodos convencionales de los años de 1991 a 1994. Se estudiaron en total 189 pacientes, de los cuales 54 fueron excluidos. Del global, el diagnóstico de BC/EP fue documentado en 127 y neumonía en 62. El estudio bacteriológico fue positivo en 139 enfermos (75%) y los gérmenes encontrados en orden de frecuencia fueron el neumococo 22% (42), estafilococo 14%(26) haemophilus influenzae 13%(24) y como datos de interés gérmenes gram negativos en 15% (28). Se concluye que existen diferencias entre los gérmenes encontrados en la población adulta comparativamente con la geriátrica, sin embargo, por ser una Unidad de Tercer Nivel y no representativa, es necesario efectuar estudios multicéntricos para determinar con precisión la frecuencia de los factores microbianos causantes de enfermedad en la población geriátrica.

PAPEL DE LA TROMBINA EN EL DIAGNOSTICO DE METASTASIS PULMONARES. Norma A. Hernández-Rodríguez, ²E. Correa, ¹A. Contreras-Paredes, ³L. Green. ¹División de Investigación Clínica, ²Servicio de Neumología, Instituto Nacional de Cancerología Av San Fernando # 22 México, D.F. CP14000.

El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad por cáncer. Aunque las metástasis en pulmón (MP) son comunes, se desconocen los eventos celulares que las inducen. La α -trombina, componente clave de la cascada de la coagulación, es también un potente agente mitogénico y quimiotáctico para fibroblastos pulmonares, que incrementa la incidencia de MP *in vivo*. Esto sugiere, que ésta podría ser importante en el desarrollo de las MP. Para investigar esta hipótesis, se cuantificaron los niveles de trombina en lavados broncoalveolares (LBA) de 6 pacientes con MP (diferentes etiologías) y se determinó su contribución al incremento inducido por los LBA en la proliferación fibroblástica. Se comparó con LBA de 7 pacientes con cáncer de pulmón (CP) y 5 LBA de pacientes, libres de enfermedad pulmonar, empleados como control. LBA del pulmón opuesto al MP o con CP, se emplearon como control individual (CO). La trombina en los LBA, se cuantificó mediante un ensayo cromogénico usando el sustrato S-2238. La proliferación inducida por los LBA en fibroblastos de pulmón humano adulto (CCD 18LU), se realizó con el método colorimétrico del azul de metileno. La mediana de la concentración de trombina en los LBA de pacientes con MP fue de 2.9×10^{-9} M; 1.5×10^{-9} M - 4×10^{-9} M, lo que representa un incremento de 5 veces, con respecto al encontrado en los pacientes con CP (0.53×10^{-9} M; 0.4×10^{-9} M - 0.7×10^{-9} M), los controles (0.3×10^{-9} M; 0.2×10^{-9} M - 0.4×10^{-9} M), o CO (semejante al observado en el grupo control). Diluciones del LBA de pacientes con MP, estimularon la proliferación fibroblástica 16.6%; 0.65% - 43.6%, con respecto al medio control ($p < 0.02$), misma que fue atenuada en un 49.3% y 52.7%, por dos inhibidores de trombina, la hirudina y la antitrombina III. Estos resultados muestran que la trombina está presente en los pulmones de pacientes con MP, y que es parcialmente responsable de la actividad mitogénica inducida por los LBA de éstos pacientes, lo que sugiere podría estar involucrada en el desarrollo de este padecimiento.

ANALISIS POR RT-PCR DE GENES DE RESISTENCIA MULTIPLE A DROGAS EN EL CANCER DE PULMON.

Barrera-Rodríguez R*, Melchor-Balazar A*, Morales-Salgado V*, Flores Flores G**, Medina-Morales F* y Madrid-Marina Y*. * Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; ** Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F. + Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor.

El cáncer primario del pulmón es una de las neoplasias más comunes en todo el mundo y su incidencia se ha incrementado fuertemente en los últimos años. Tan solo en los E.U. este tipo de tumores es responsable de aproximadamente 1,000,000 muertes anuales. En México, para 1991 el cáncer de pulmón junto con el de laringe y traquea ocuparon el primer lugar como causa de muerte dentro de los tumores malignos. Uno de los principales problemas en el tratamiento de estos tumores es su resistencia intrínseca a una variedad de agentes utilizados en quimioterapia. El objetivo de este trabajo fue analizar la expresión de algunos genes que han sido asociados al fenómeno de resistencia a fármacos. Por RT-PCR estudiamos 12 tumores de pulmón del tipo adenocarcinoma provenientes de muestras de tejido incluido en parafina. El tejido fue desparafinado y los ácidos nucleicos (ARN y ADN) fueron purificados. De 1 a 5 µg de ARN fueron utilizados para sintetizar cADN. El cADN fue posteriormente amplificado por PCR con oligonucleótidos específicos para los genes: Topo II alfa, MRP y/o GADPH. Los productos de amplificación fueron separados en geles de acrilamida y observados por tinción con bromuro de etidio. Siete tumores (58%), presentaron niveles disminuidos o nulos para el gen de Topo II alfa. Por lo contrario, la mayoría de los tumores fueron positivos para la expresión MRP (90%). En tres casos (25%) se observó amplificación de MRP junto con una disminución en la expresión del gen de Topo II alfa. Los resultados sugieren que los mecanismos asociados con la resistencia a fármacos pueden ser distintos, algunas veces actuando en forma sinérgica y otros en forma independiente. Se tiene contemplado incrementar la serie de casos y estudiar la expresión de otros genes (MDR-1 y Topo II beta), así como sus productos.

TUMORES BRONCOGENICOS-EVALUACION POR TAC HELICOIDAL, TAC Y FIBROBRONCOSCOPÍA

Crisales JL, Lorenzo JA, Cicero R, CI Scanner de México, Unidad de Neumología, Hospital General de México.

Objetivo. Valorar la utilidad de la Tomografía Axial Helicoidal (TACH) en tercera dimensión conjuntamente con el estudio broncofibroscópico en tumores broncogénicos.

Material y Método. En 12 casos, 9 de tumores broncogénicos (CABr), un fibroma mesotelial, un carcinóide y una neumonía organizada, se practicó estudio por TACH y fibrobroncoscopia. Los hallazgos de estos estudios se compararon conjuntamente con TAC convencional para evaluar la localización y estado del CABr.

Resultados. En todos los casos la TACH permitió valorar la situación espacial del árbol bronquial y las alteraciones en el calibre de los bronquios principales. La sensibilidad respecto a las posibilidades de diagnóstico fue de 90%. La TAC tuvo una sensibilidad semejante y evidenció con mayor precisión los elementos mediastinales, ganglios. La correlación con los hallazgos endoscópicos fue buena particularmente para determinar las zonas donde hubo estenosis.

Conclusiones. El estudio con TACH permite la localización espacial de los procesos tumorales más allá del sitio accesible con el fibroscopio. La combinación con la TAC facilita la estadificación de los tumores y sugiere la posibilidad de patología no neoplásica.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON ADENOCARCINOMA. ¹E. Correa, ¹L. Green, ²R. Sotelo R, ³Fuentes-Mattos, ⁴Serv. Neumología y Cirugía de Tórax, ⁵Serv. de Patología. Instituto Nacional de Cancerología

El mesotelioma pleural, es un tumor raro, originado en pleura, sin embargo hemos observado un notable aumento en su frecuencia durante los últimos años. Ya que la pleura puede ser infiltrada por adenocarcinoma metastásico, esto hace que sea difícil hacer diagnóstico diferencial entre estas dos entidades.

El propósito del trabajo es reportar un grupo de pacientes con diagnóstico de mesotelioma que contaban con estudio de inmunohistoquímica.

Material y método: Se estudió en forma retrospectiva a 14 pacientes con mesotelioma y estudio de inmunohistoquímica.

Resultados: El antecedente de exposición a asbesto se documentó en 2 casos, las principales manifestaciones clínicas fueron dolor torácico y derrame pleural en el 100%. La TAC mostró engrosamiento pleural en todos los casos. Se realizó decorticación pleural en 12, toracoscopia y biopsia en 1, y biopsia de tumor de pared torácica en otro caso. El estudio de inmunohistoquímica de mostró que 4 casos correspondían a adenocarcinoma pseudomesoteliomatoso y el resto estaban correctamente diagnosticados como mesotelioma. La supervivencia a 1 año fue de 2 pacientes y a dos años todos habían fallecido, independientemente de el tratamiento establecido y de el diagnóstico.

Conclusiones: El mesotelioma pleural maligno y el adenocarcinoma pseudomesoteliomatoso, son indistinguibles basados en la clínica, radiología y estudios de rutina de patología, la inmunohistoquímica puede diferenciarlos. La evolución progresiva y mortal a dos años.

15 AÑOS DE MESOTELIOMA EN UNIDAD DE NEUMOLOGIA HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, S S REPORTE PRELIMINAR Gabriela Zúñiga, Sergio López, Alfredo Pérez-Romo, Ernestina Ramírez, Raúl Cicero Unidad de Neumología, Hospital General de México, S.Sa México D.F., México

La incidencia de mesotelioma maligno se ha incrementado en los últimos años, principalmente por la exposición a asbestos. En este estudio se trata de determinar el número de casos de mesotelioma en 15 años y su relación con exposición a asbestos, estadificación, tipo histológico y los métodos diagnósticos empleados.

Resultados Se encontraron 28 casos (19 hombres y 9 mujeres), de los cuales 10 fueron epiteliales, 5 morfos, 7 fibrosos malignos, 2 sarcomatosos y 4 catalogados sólo como mesoteliomas malignos. Sólo dos casos tuvieron contacto comprobado con asbestos. Los estudios diagnósticos fueron toracotomía exploradora en 13 casos, que fue la que dio más resultados definitivos, 2 toracoscopias, líquido pleural 3, aspiración transtorácica 1 y 9 biopsias pleurales. Sólo en aquellos casos en que se realizó toracotomía exploradora se pudo realizar estadificación por TNM, encontrando 4 en estadio II, 6 en estadio III y 3 en estadio IV.

Además se encontraron 11 casos en los cuales el Dx fue sólo clínico, ya que no se completaron sus estudios debido a altas irregularidades. Concluimos que para realizar una estadificación adecuada en base a TNM es necesario realizar toracotomía exploradora, puesto que sin ésta no es posible determinar con exactitud todos los parámetros marcados por TNM.

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL CANCER DE PULMON EN DERECHO-HABIENTES DEL IMSS EN NUEVO LEON, DR. H.J. Velarde y Dra. A. López C. HRE No. 25, CMNE, IMSS, MTY, NL.

El carcinoma broncogénico es la principal causa de mortalidad en el IMSS desde 1982. No hay un método de detección oportuna. En 1994 se internaron en el CMNE 344 casos, por lo que se decidió hacer un estudio prospectivo que nos posibilitara identificar factores causales que permitieran el manejo preventivo en nuestro medio.

Durante 1995 se estudiaron en el HRE No. 25 del IMSS en Monterrey todos aquellos a quienes se hizo el diagnóstico de certeza, revisando los siguientes factores: sexo, edad, tabaco, medio laboral, contaminación ambiental, herencia, estirpe histológica y enfermedades contaminantes. La valoración epidemiológica mostró: 679 pacientes internados al Servicio de Neumología, de los cuales 360 fueron diagnosticados con Ca broncogénico: 213 fueron varones, 32 pacientes eran menores de 45 años, sólo el 10% correspondió a la variedad de células pequeñas. La mitad de los casos tenía entre 56 y 70 años de edad; a 208 se les identificó tabaquismo; 70 inhalaban polvo, gas o humo en su trabajo; 234 radicaban en el área urbana de Monterrey. 13 mujeres cocinaban con leña; 22 pacientes tenían carga genética para cáncer; 60 pacientes cursaban con hipertensión arterial y 59 eran diabéticos; 9 tuvieron traumatismo torácico alguna vez. Debemos mencionar que sólo en el 10% de los casos se logró el diagnóstico en menos de una semana; 25% tardó más de 1 año en ser canalizado a estudios especializados; 119 pacientes sobrevivieron menos de 1 mes luego de hecho el diagnóstico. Los métodos diagnósticos fueron: biopsia pulmonar por aspiración percutánea, fibrobroncoscopia, biopsia pleural transcutánea, biopsia de ganglio y biopsia de cielo abierto. En 100% de los casos el estadio era tan avanzado, que no fue posible el procedimiento quirúrgico.

La incidencia del Ca pulmonar se incrementa clara y constantemente en comunidades con alto nivel de desarrollo e industrialización, como Monterrey y municipios conurbados. Los resultados muestran que las principales medidas deben ser preventivas: no fumar. En los fumadores: acudir con el médico regularmente y realizarse estudios diagnósticos para carcinoma con frecuencia, tal vez tres veces al año, aun habiendo abandonado el hábito, para asegurar un diagnóstico oportuno que permita disminuir la mortalidad y el costo del manejo tanto diagnóstico como terapéutico. Pero es indudable que los habitantes de zonas contaminadas requieren nuevos estudios para encontrar otros factores causales.

SEMINOMA MEDIASTINAL (MANEJO MULTIDISCIPLINARIO)

Téllez Bernal Eduardo, Enriquez Reyes Roberto, González Blanco Ma. de Jesús, García Salazar Jorge M., Ayala Rodríguez José.
Unidad de Oncología Clínica del Hospital Betania.
11 Oriente #1828-204 Puebla, Pue. México.

Masculino de 20 años, valorado inicialmente en Agosto de 1995, con el DX de tumor mediastinal de alto volumen tumoral, que infiltra pericardio. El cuadro clínico incluía taquicardia de 140 X e insuficiencia respiratoria. Fue sometido a toracotomía exploradora realizándose tumorectomía subtotal con el DX de seminoma clásico, recibió cinco ciclos de quimioterapia con una respuesta excelente, recuperando su capacidad respiratoria, al finalizar el tratamiento fue sometido a una 2a toracotomía por persistencia tumoral de 7 cm., el hallazgo operatorio fue de nódulos necróticos, los cuales fueron confirmados por patología, la masa fue reseca en su totalidad y el paciente no necesita de tratamiento complementario.

Comentario: Los seminomas mediastinales, frecuentemente se presentan con alto volumen tumoral, el tratamiento multidisciplinario de los mismos es factor importante para el éxito terapéutico, en el presente caso la toracotomía inicial y el manejo cuidadoso de los líquidos para la aplicación de la quimioterapia, fueron la base principal para el éxito terapéutico del mismo.

CARCINOMA VERRUCOSO DE LARINGE (TUMOR DE AECKERMAN) J. Ayala, P. Estrada, E. Téllez, J. García, R. Arnaga. Unidad de Oncología del Hospital Betania Puebla, Pue. México.

Introducción: El Tumor de Ackerman ó Carcinoma Verrucoso de Laringe, corresponde al 3% de las carcinomas epidermoides de Laringe, existe controversia en cuanto a su origen y clasificación, y la terapéutica es distinta a otros carcinomas de Laringe.

Presentación del caso: Masculino de 42 años de edad con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo severos con un padecimiento de dos años caracterizado por disfonía, disnea inspiratoria y tos productiva, sometido a 3 laringoscopios con hallazgo de lesiones polipoideas sobre cuerda vocal derecha reseca y reportadas como papilomas laríngeos, con recurrencia sintomática. Curva flujo-volumen con diagnóstico de Obstrucción variable de vía aérea extratorácica. Laringobroncoscopia con presencia de tumoración evolutiva glótica que ocupaba el 90% de la luz. Por medio de microlaringoscopia directa con laringoscopia de suspensión, se realizó resección tumoral encontrando extensión contralateral del tumor, con fijación de la hemilaringe derecha, reporte histopatológico de carcinoma verrucoso laríngeo, curva flujo volumen de control con mejoría de la obstrucción de la vía aérea extratorácica, posteriormente se realizó Laringectomía total.

Discusión: Entre los tumores de laringe los tumores verrucosos han sido reportados como ocasionales (1-2% de todos los cánceres en hombres y 0.14% en mujeres). Los cambios ganglionares son mas bien del tipo inflamatorio y no se relacionan a metástasis. El tratamiento definitivo es quirúrgico con curación de 92.4% y recurrencia del 7.6%, la radioterapia tiene un porcentaje de curación del 49% con recurrencia del 51% y cambios malignos post-radiación en el 21% de los casos. Conclusión: Presentamos el caso por la poca incidencia del mismo y para ejemplificar como el abordaje sistemático con un estudio endoscópico bien realizado y biopsias profundas permiten establecer el diagnóstico definitivo y planear la terapéutica adecuada.

CONDROMIXOMA DE LARINGE reporte de 1 caso

J. Ayala, P. Estrada, J. García, E. Téllez. Unidad de Oncología Hospital Betania Puebla, Pue. México.

Introducción: Se han reportado en la Literatura Médica Inglesa aproximadamente 200 casos de tumores cartilagineos de laringe, con un predominio en el sexo masculino de 4:1, la mayor parte en pacientes con edades entre los 40 y 60 años, originándose en el 70% de los casos del cartílago cricoides y solo una minoría de las cuerdas vocales.

Presentación del caso: Masculino 7a década de la vida con antecedente de Neumonectomía izquierda a los 28 años por secuelas de TBP, padecimiento de 3 meses caracterizado por disfonía, síntomas generales y pérdida de 8 kgs., a la exploración física desviación traqueal a la derecha con movilidad normal; Video laringo-broncoscopia con deformación glótica y parálisis de cuerda vocal izquierda, traquea, carina principal normales, muñón bronquial izquierdo largo sin cambios, biopsia profunda de laringe con reporte de Condromixoma neoplasia benigna de estirpe mesodérmica localizada por debajo del epitelio de revestimiento superficial con la presencia de células fusiformes con núcleos alargados sin atipias y sin figuras de mitosis.

Discusión: El condromixoma es una variante del condroma con componente mixomatoso, habitualmente la distinción entre condroma y condrosarcoma es difícil, las características histológicas mas importantes son la pronunciada irregularidad del tamaño de las células y del núcleo, incremento en la celularidad, hiperchromia marcada del núcleo y presencia de células gigantes multinucleadas, La toma de biopsias superficiales no permite establecer diagnóstico.

Conclusiones: Es una neoplasia benigna poco frecuente (2 de 33 cartilagineos en la serie de la Clínica Mayo de 1919 - 1979); el estudio endoscópico y la toma de biopsia profunda permitió de acuerdo con las normas establecidas establecer el diagnóstico preciso en este caso.

GLOMANMYOMA ENDOBRONQUIAL

J Ayala, J. García, M. González, E. Téllez. Unidad de Oncología Hospital Betania Puebla, Pue México

Introducción: Los tumores endobronquiales benignos son raros. Existen pocos reportes en la literatura con respecto a los tumores glómicos en vías aéreas. Se describe el caso de un paciente con tumor glómico en el Bronquio Principal Derecho.

Reporte del caso: Paciente masculino de 60 años de edad, sin antecedentes de importancia con un padecimiento de 6 meses de evolución caracterizado por tos irritativa y disnea de medianos esfuerzos. La radiografía de tórax mostró crecimiento del hilio pulmonar derecho, la Tomografía Axial Computarizada mostró una lesión endobronquial en el bronquio principal derecho. La broncoscopia rígida demostró un tumor endobronquial que ocluía el 100% de la luz del bronquio principal derecho, el reporte histopatológico fue de glomanmyoma. El paciente desarrolló atelectasia total del pulmón derecho y recibió radioterapia externa con Cobalto 60 en 26 sesiones, con una dosis total de 5,000 cGy con resolución de atelectasia. Una nueva broncoscopia reveló una reducción del 10 % de la masa tumoral; se procedió a realizar una toracotomía con broncotomía y resección completa del tumor. Una broncoscopia de control demostró una luz del bronquio principal derecho del 90%, con una línea de sutura adecuada y sin evidencia de lesión tumoral.

Conclusiones: Nosotros reportamos este caso debido a la poca literatura de este tumor en vías aéreas (8 en traquea). Con respecto al tratamiento adecuado de estos pacientes, se requiere un diagnóstico exacto. La falta de disponibilidad de un equipo láser nos obligó a emplear radioterapia externa como medida de rescate y la broncotomía para resolver el caso.

TUMORES DEL TIMO. Il.Green, IE.Correa, IR.Fuentes-Mattos, 2Jesús Zamora, 3R.Sotelo. 1Servicio de Neumología y cirugía de tórax, 2 Serv. de radioterapia, 3Serv. de patología. Instituto nacional Cancerología.

Los tumores del timo son poco frecuentes, la mayoría son benignos y un pequeño grupo malignos, en los cuales la experiencia es limitada y con resultados terapéuticos desesperanzadores.

El propósito de este trabajo es informar la frecuencia de presentación, tipos histológicos, tratamiento y sobrevida de este grupo de pacientes en el Inst. Nal. de Cancerología.

Material y métodos: Se revisaron en forma retrospectiva 25 casos entre 1984 y 1996, analizando las variables antes mencionadas. **Resultados:** De los pacientes estudiados 13 fueron hombres y 12 mujeres de 23 a 71 años de edad, promedio de 34 años. **Manifestaciones clínicas:** Dolor torácico y disnea 15 casos (60%) respectivamente, tos 14(56%), pérdida de peso 13(52%), síndrome de vena cava superior(SVCS) 8(32%), fiebre 7(28%), hemoptisis, disfagia, disfonía, parálisis diafragmática y miastenia gravis 3 casos de cada uno (12%), ptosis palpebral y asintomático 1 caso.

Estirpe histológica: Timomas 9 casos, Carcinoma Tímico 11, Carcinoma de células grandes 4, timo infiltrado por leucemia 1. Se realizó cirugía en todo el grupo, resección completa 14 casos, incompleta 6, y biopsia en 5 casos. En ocasiones se utilizó quimio y/o radioterapia pre o postoperatoria. La sobrevida global a un año fue del 36%, a los 5 años del 12%, y a los 10 años un caso.

CONCLUSIONES: En el grupo estudiado, el sexo y la localización radiológica es igual a la reportada en la literatura, el promedio de edad es menor a la reportada. El SVCS se reporta en un porcentaje mayor y la mortalidad en general es alta.

SCHWANOMAS TORACICOS:

AUTORES: JULIAN P. SUAREZ; VICTOR RUIZ-PIÑA Y FLAVIO G.RICO.

INSTITUCION: SERVICIO DE NEUMOLOGIA, HOSPITAL GENERAL, CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.M.S.S. MEXICO D.F.

INTRODUCCION:

Los Schwannomas mediastinales son tumores frecuentes y representan del 20 al 30% de las series reportadas, sin embargo, los primarios de pulmón y pared torácica son muy raros.

REPORTE DE CASOS:

Nosotros reportamos 10 casos de Schwannomas torácicos (STs) en un período de dos años (1994-95), 7 son mediastinales y corresponden al 25% de nuestra serie de tumores mediastinales; 2 son primarios pulmonares y 1 de pared torácica. Son 7 pacientes del sexo femenino; el promedio de edad es de 39±4.4 años. Son 6 tumores malignos (60%) y 4 no malignos (40%). Los malignos predominan en el sexo femenino en 4 de los 6 casos y son originados en el mediastino y los 2 restantes son primarios pulmonares en pacientes masculinos. De los 6 tumores malignos sólo se resecaron 2 (33%), uno de mediastino y el otro de pulmón (Neumonectomía); a los cuatro restantes sólo se les practicó biopsia en cuña, siendo 3 de mediastino y uno de pulmón. Los 4 tumores no malignos se resecaron (100%), siendo 3 de mediastino y uno de pared torácica.

CONCLUSION:

La frecuencia de los Schwannomas mediastinales es semejante a la reportada en la literatura. Los STs no mediastinales son tumores raros y predominan en pulmón y pared torácica.

PSEUDOTUMOR FIBROSO CALCIFICADO:

AUTORES: JULIAN P. SUAREZ; VICTOR RUIZ-PIÑA Y FLAVIO G.RICO.

INSTITUCION: SERVICIO DE NEUMOLOGIA, HOSPITAL GENERAL, CENTRO MEDICO "LA RAZA", I.M.S.S. MEXICO D.F.

INTRODUCCION:

El Pseudotumor fibroso calcificado (PFC), es una lesión fibrosa benigna caracterizada por la presencia de abundante colágeno hialinizado, calcificaciones distróficas e infiltrado linfoplasmocitario.

REPORTE DEL CASO:

Nosotros reportamos un caso de este raro tumor en el mediastino, en un paciente masculino de 43 años de edad, con antecedentes de inhalación de polvo de sílice por 28 años. El se encontró asintomático y el hallazgo fue accidental en una telé de tórax, la cual demostró una opacidad redonda a nivel de la ventana aorto-pulmonar, de bordes lisos y con calcificaciones. La tomografía computada mostró una lesión de 6.1 x 7.5 cms con imágenes hiperdenas con densidad de calcio (1368 UH). Se le practicó toracotomía posterolateral izquierda encontrando: tumor de mediastino medio de 8x6 cms de diametro aproximado, nodular, encapsulado e indurado, adherido a pericardio, nervio frénico, llingula y por encima del cayado de la pulmonar. Se logró su resección sin complicaciones. El reporte histopatológico definitivo fue de PFC.

CONCLUSION:

El PFC mediastinal es una lesión benigna, muy rara, que puede simular a cualquier tumor mediastinal y que se debe de sospechar en sujetos expuestos al polvo de sílice o enfermedades granulomatosas.

METODOS DIAGNOSTICOS

UTILIDAD DIAGNOSTICA DE LA BRONCOSCOPIA ANTE LA SOSPECHA DE CANCER BRONCOGENICO.

M. DANTE ESCOBEDO-SANCHEZ, E. LILIA LEON-MUNGUIA, JOSE MORALES-GOMEZ. INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS INER MEXICO D.F.

INTRODUCCION. UNA VEZ QUE SE SOSPECHA DE NEOPLASIA PULMONAR POR CUADRO CLINICO Y RADIOGRAFICO, ES IMPERATIVO OBTENER EL DIAGNOSTICO PATOLOGICO. LA CITOLOGIA DE EXPECTORACION OCASIONALMENTE DA EL DIAGNOSTICO EN PACIENTES CON TUMORES CENTRALES. LA REALIZACION DE BRONCOSCOPIA PARA LA EVALUACION DE ESTOS PACIENTES ES MUY UTIL YA QUE SE REPORTA CON LA COMBINACION DE LAVADO, CEPILLADO Y BIOPSIA CON PORCENTAJES DE 70-90%. LA DETERMINACION ENDOSCOPICA DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES SE REALIZA EN 89 PACIENTES CON SOSPECHA DE CANCER PULMONAR, DE LOS CUALES UNICAMENTE 23 SE EVIDENCIA NEOPLASIA CENTRAL. OBJETIVO: DETERMINAR LA UTILIDAD DIAGNOSTICA POR ENDOSCOPIA DE LOS TUMORES CENTRALES. SE TOMARON 23 PACIENTES, 16 HOMBRES Y 7 MUJERES CON UNA RANGO DE EDAD DE 22 a 85 AÑOS, CON UN PROMEDIO DE 61 AÑOS. HOSPITALIZADOS EN EL INER DE JUNIO DE 1995 a ENERO 96. CON TABAQUISMO POSITIVO EN 14 DE ELLOS, EN PROMEDIO PRESENTAN INDICE TAB. DE 31 PAQUETES AÑO. 8 PACIENTES NEGARON ESTE HABITO Y UNO DE ELLOS CON EXPOSICION PASIVA INTENSA. 7% INGRESO POR HEMOPTISIS Y TOS, LA ASOCIACION DE TOS Y DISNEA EN EL 26%, DOLOR TORACICO 21%, Y EN LOS 23 PACIENTES PRESENTABAN EN SU RADIOGRAFIA DE TORAX IMAGEN SUGESTIVA DE NEOPLASIA PULMONAR, LOCALIZANDOSE EN EL HEMITORAX DERECHO 52%, HEMITORAX IZQUIERDO 39%, Y LA ASOCIACION CON DERRAME PLEURAL 8.6%. SE LES SOMETE A FIBROBRONCOSCOPIA EN DONDE LA CONFIRMACION ETIOLÓGICA SE OBTUVO EN EL 61%, DONDE EL CARCINOMA EPIDERMÓIDE FUE DEL 30.4%, CARCINOMA DE CELULAS PEQUEÑAS Y ADENOCARCINOMA EN EL 8.6%, CARCINOIDE Y ADENOIDEO QUISTICO EN EL 4.3%, CON TRATAMIENTO FINAL POR RESECCION EN EL 13%, QUIMIOTERAPIA A 4.3%. EN 5 PACIENTES SE CONFIRMA DIAGNOSTICO DE ETIOLOGIA INFLAMATORIA NO NEOPLASICA: NEUMONIA EN 13%, TBP 4.3%, Y EPOC 4.3%. CONCLUYENDOSE QUE EL ESTUDIO ENDOSCOPICO SIGUE COMO PRIMERA OPCION EN EL DX. DE CANCER PULMONAR.

DIFERENCIAS EN CORRELACION ENTRE LA CAMINATA DE 12' MIN Y LA DE 6' MIN, CON ALGUNAS VARIABLES DE FUNCION PULMONAR EN PACIENTES CON EPOC. R Mejía-Alfaro, A Ramírez-Venegas, C Sánchez, R Pérez-Padilla, RH Sansores. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Clínica de EPOC, México D.F.

Las pruebas de caminata de 6 y 12 minutos son instrumentos útiles para la evaluación clínica de pacientes con limitación respiratoria crónica. Quisimos investigar cuál de estas dos pruebas correlaciona mejor con algunas variables de la función pulmonar, para seleccionar una de ellas como instrumento estándar. Se estudiaron 18 pacientes con obstrucción al flujo aéreo moderada a severa secundaria a EPOC (FEV₁ %p 57.6 ± 19.7 y PaO₂ 53.6 ± 7.8 Torr). Todos los pacientes estaban previamente familiarizados con las pruebas de caminata. Cada paciente realizó en forma aleatoria dos pruebas de caminata de 12 minutos y dos pruebas de 6 min, en dos días consecutivos, supervisados por el mismo observador, y de acuerdo con instrucciones estandarizadas. Se midió la disnea antes e inmediatamente después de la prueba, utilizando una escala análoga visual (EAV). Se registraron cada dos minutos durante las pruebas, la frecuencia cardíaca (FC), la saturación de oxígeno (O₂Sat), la escala de Borg (B), la distancia recorrida (D), y el número de veces que el paciente necesitó detenerse o sentirse (S). El coeficiente de correlación (r de Pearson) promedio entre las dos pruebas fue de 0.85 ± 0.09, considerando todas las variables mencionadas antes. Cuando se correlacionó por separado la caminata de 6 y 12 minutos se obtuvieron los siguientes coeficientes: con la PaO₂ 0.64 y 0.75, y con la PaCO₂ -0.57 y -0.75 respectivamente. Las correlaciones con la FVC y el FEV₁ fueron bajas (0.20 a 0.25) para ambas pruebas. Los coeficientes con las EAV fueron -0.74 y -0.82; con la escala de Borg fueron -0.65 y -0.63 para las pruebas de 6 y 12 minutos respectivamente. La saturación de oxígeno al final de la prueba mostró una pobre correlación con la distancia caminada (0.29 y 0.28). Estos resultados sugieren que aunque existe una buena correlación entre las dos pruebas, la caminata de 12 minutos mostró mejores coeficientes de correlación con algunas variables de las pruebas de función pulmonar.

UTILIDAD DE LA BIOMPEDANCIA ELECTRICA TRANSTORACICA (BET) EN LA EVOLUCION DEL EDEMA PULMONAR AGUDO (EPA). Vega BM., Yáñez JJ., Juvenal FG., Elizalde JJ., Martínez SJ. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro" Hospital A.B.C México, D.F. México

INTRODUCCION: La BET se ha utilizado con distintos objetivos, entre ellos documentar la acumulación de líquido en tejidos vivos. A nivel pulmonar, puede haber cambios importantes de impedancia por incremento en la conductividad (atelectasias) o incremento en el volumen del fluido intratorácico (edema pulmonar agudo intersticial y/o alveolar).

OBJETIVOS: Comparar los cambios en las mediciones de agua pulmonar mediante BET en pacientes (p) con EPA, con los cambios observados al examen físico y radiológico convencionales.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo, longitudinal, en p consecutivos con EPA admítidos a UTI. Todos los p fueron monitorizados al momento de su ingreso mediante un monitor de BET (IQ Renaissance Tech Inc.). Se midió la Zo (Impedancia torácica). Todas las mediciones fueron realizadas en posición semisentada (75°) al ingreso, durante la etapa inicial del EPA (Zo_i) y 12 hrs. después en la misma posición (Zo_f).

Se utilizó una clasificación por puntos de las anomalías radiográficas y la severidad de la disnea, correlacionándola con la Zo.

RESULTADOS: Se estudiaron 14 p: 8 mujeres y 6 hombres con edad \bar{x} : 59.57 ± 17.50 años (27-82), 4 p con antecedentes de tabaquismo intenso y 1 más con inhalación de humo de leña. Zo_i = 31.05 ± 10.65 ohms (21-64), Zo_f = 34.90 ± 10.72 ohms (25.2-61), con un incremento de 12.42% con un valor de t de 13.34 (p < 0.001). La correlación entre las dos variables fue excelente r² = 0.9888, (r = 0.9949) teniendo un p < 0.001. La Zo_f en presencia de Rx y clínica normales fue 39.3 ± 1.2 ohms y de Rx con sintomatología clínica de edema alveolar fue 34.6 ± 1.5 ohms. Tanto la evaluación del estado radiológico y clínico inicial comparado con los estados finales fue significativo p < 0.001.

CONCLUSIONES: La BET es un método no invasivo eficaz para confirmar el diagnóstico del EAP y para su seguimiento, sin sustituir a la clínica ni a la Rx convencional.



COMPARACION ENTRE EL GASTO CARDIACO POR TERMODILUCION CONTINUO vs CONVENCIONAL. Yáñez L.J., Elizalde G.J., Montenegro L.A., Medina N.R., López MGE., Franco G.J., Martínez S.J. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro" Hospital ABC. México, D. F.

INTRODUCCION: Con el advenimiento de los catéteres de Swan-Ganz se hizo posible la medición del gasto cardíaco (Gc) por termomodulación (TD) a la cabecera del enfermo. En el neumópata inestable y en el paciente (p) crítico sería deseable contar con un monitoreo de variables fisiológicas en tiempo real, por lo que evaluamos la utilidad de la medición continua de Gc (GcC), comparándolo con el método convencional de TD con bolos.

MATERIAL Y METODOS: Se utilizó el Sistema OptiQ (Abbott Laboratories, North Chicago, IL) de GcC conectado a una computadora Q-Vue de la misma casa, para medir en tiempo real el Gc en 13 p graves admitidos en UTI, comparando dichos valores con la medición estándar del Gc con bolos de agua helada, misma que fue realizada cada 3 a 4 hrs. si las condiciones del p se encontraban estables o bien cada vez que estuviera clínicamente indicado o al menos cada hora en p inestables. El sistema OptiQ activa una espiral térmica que calienta la sangre del corazón derecho, midiendo un sensor la temperatura en la AP e Interpretándola como GcC con lo que construye una gráfica de tendencias. Se evaluó la correlación entre ambos Gc mediante la r de Pearson, considerando de significancia estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se realizaron 194 mediciones de Gc encontrando una correlación excelente: $r=0.8653$ ($p<0.001$), misma que no varió al utilizar otros métodos estadísticos (Kendall, Spearman). Ninguno de los dos métodos permitió registro alguno del Gc con una temperatura corporal $\leq 31^\circ\text{C}$. No se detectó ninguna complicación atribuible al calentamiento de la sangre del corazón derecho.

CONCLUSIONES: La medición continua del Gc es confiable, segura y permite la identificación inmediata de cualquier alteración hemodinámica.

METASTASIS ENDOBRONQUIALES. VALOR DEL ESTUDIO ENDOSCOPICO Y CITOLOGICO EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Fabiola Tapac; Francisco P. Navarro, Raúl Cicero
Unidad de Neumología, Hospital General de México, SS

La mayoría de los tumores endobronquiales son neoplasias que ocurren como primarias en el epitelio bronquial. La posibilidad de que otro tipo de tumores, principalmente metastásicos se localicen en el árbol bronquial, obliga a realizar un estudio que permita descartar esta eventualidad. Cuando el tumor primario es evidente y existen metástasis en otros órganos, el diagnóstico de metástasis endobronquial es relativamente fácil, pero cuando el primario está oculto o ha sido extirpado, el diagnóstico es difícil. El obtener una muestra adecuada por fibrobroncoscopia para el diagnóstico de malignidad depende de la localización de la lesión, la combinación del cepillado, lavado bronquial y biopsias. Sin embargo, no existen muchos estudios de la utilidad de la fibrobroncoscopia en el diagnóstico de metástasis endobronquiales. Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal de Marzo de 1994 a Febrero de 1996, con el propósito de conocer la frecuencia con que se presentan las metástasis endobronquiales y determinar la sensibilidad, especificidad y el valor diagnóstico del estudio citológico en estos casos. Se incluyeron pacientes con antecedente de cáncer primario extrapulmonar y que tenían sospecha clínica y/o radiológica de metástasis pulmonares, así como aquellos pacientes y casos de metástasis pulmonares con primario desconocido, a los cuales se les realizó citología de expectoración y fibrobroncoscopia con toma de cepillado, lavado y biopsias endobronquiales. Se estudiaron 75 casos con metástasis, 57 mujeres y 18 hombres durante un período de 24 meses con un rango de edad de 16 a 81 años. Se realizó fibrobroncoscopia en 58, encontrándose 18 casos de tumor endobronquial, 6 con estenosis bronquial y 7 con compresión extrínseca. De 43 cepillados bronquiales, 13 fueron positivos para diagnóstico, 28 se reportaron con alteraciones inflamatorias, 3 con displasia y 1 con atipias. En 46 lavados bronquiales, 13 fueron positivos para diagnóstico, 28 se reportaron con alteraciones inflamatorias, 3 con displasia, 1 con atipia y 1 como material inadecuado. Se realizaron 13 biopsias endobronquiales, 4 fueron positivas para diagnóstico, 7 se reportaron como mucosa endobronquial normal, 1 con alteraciones inflamatorias y 1 muestra inadecuada. El cáncer metastásico más frecuente fue el de mama 17 casos, el CaCu con 12 y con primario desconocido 8. La sensibilidad del lavado bronquial fue de 94.4%, para el cepillado bronquial del 100% y para la biopsia endobronquial fue del 66.6%. La especificidad de los 3 estudios fue del 100%. La fibrobroncoscopia es un método útil para obtener muestras para citología en el diagnóstico de metástasis, su utilidad es mayor si combinamos los diferentes métodos.

"ANÁLISIS DE LOS CASOS DE BRONCSCOPIAS REALIZADAS DURANTE EL AÑO DE 1995 EN UN HOSPITAL REGIONAL" Dr. Juan G Garza-Centú, Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. Monterrey, N.L., México.

OBJETIVO: Efectuar un análisis de todos los casos de las broncoscopias realizadas durante el año de 1995 para evaluar la utilidad y accesibilidad al diagnóstico a través de éste procedimiento armado además de los datos estadísticos y los resultados obtenidos

LUGAR: Sala de endoscopias del Hospital Regional del I.S.S.S.T.E. en Monterrey, N.L.

METODO: Estudio retrospectivo transversal, obtenido de los expedientes de todos los pacientes sometidos a broncoscopia diagnóstica desde el primer día de enero hasta el 31 de diciembre de 1995.

RESULTADO: Se efectuaron un total de 81 broncoscopias a 78 pacientes, los cuales 31 fueron mujeres y 47 hombres, con rango de edad desde 19 hasta 67 años, predominando el grupo de edad de los 51 a los 70 años. La causa de envío más frecuente fue para descartar cáncer de pulmón (35 casos), toma de muestras para bacteriología (20 casos), hemoptisis (10 casos), radiografía de tórax anormal (8 casos), tos persistente (6 casos), un caso para revisión de estoma de traqueostomía y un paciente para valoración de parálisis diafragmática. En cuanto a los resultados del estudio, el diagnóstico endoscópico más frecuente fue árbol bronquial normal (30 casos), bronquitis aguda (20 casos), lesión endobronquial (18 casos), broncoestenosis (5 casos), compresión extrínseca (4 casos), bronquiectasias (3 casos) y un caso de neoplasia laríngea.

Se tomaron un total de 30 biopsias (19 de lesión visible y 11 transbronquiales) cuyos reportes más frecuentes fueron bronquitis aguda y crónica (10 casos), carcinoma epinoelular (8 casos), fibroatractosis (6 casos), carcinoma de células grandes (2 casos), carcinoma de células pequeñas (2 casos), un caso de adenocarcinoma y un granuloma.

CONCLUSION: La broncoscopia es uno de los procedimientos armados más importantes en el arsenal diagnóstico disponible para el Neumólogo actual porque permite la observación directa del árbol bronquial descartando en forma segura y ambulatoria las lesiones malignas o infecciosas que se sospechan clínicamente y en la radiografía de tórax, que combinada con otros métodos de gabinete, aumenta las probabilidades de llegar a un diagnóstico.

VARIABILIDAD DE DLCO EN PACIENTES CON EPOC Y ENFERMEDAD INTERSTICIAL AL MEDIRLA CON 2 EQUIPOS DIFERENTES.

A. Osafre Morán, Kadria Alsayy, Raja T. Abboud. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, México. Respiratory division, Vancouver Hospital and Health Sciences Center, University of British Columbia, Vancouver, B.C. Canada.

Durante los últimos 10 años se han publicado algunas recomendaciones internacionales con el fin de estandarizar la DLco por el método de respiración única ó "single breath", sin embargo algunas no han sido validadas científicamente. Para determinar la mejor reproducibilidad posible en las pruebas de Dlco en un mismo paciente, estudiamos la Dlco en 91 pacientes, 49 con sospecha de Cáncer (C) y 42 con Enf. Intersticial (I). Usamos 2 equipos diferentes, el Modelo Andover Transfer Test P.K. Morgan (MG) y el Modelo 2200 Sensor-Medics (SM). Los equipos se calibraron diariamente y se siguieron las recomendaciones de la ATS. Tratamos que 2 pruebas aceptables estuvieran dentro del 5% entre ellas, y si esto no era posible, se permitía una variación de 10% entre las pruebas en un máximo de 4 pruebas.

En el MG la reproducibilidad dentro del 5% se obtuvo en 58 pacientes (64%), 42 con 2 pruebas, 15 con 3 y solo 1 con 4 pruebas. Para estar entro del 5% ó 10%, 66 pacientes requirieron solo 2 pruebas, 23 pacientes 3 pruebas y 2 pacientes requirieron 4 pruebas. Con el SM los resultados fueron muy similares, excepto que ningún paciente requirió 4 pruebas.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los parámetros estudiados de Pruebas de Función Respiratoria (PFR) entre los pacientes que estuvieron dentro del 5% y aquellos dentro del 10% en el grupo completo. Tampoco existieron diferencias estadísticas en ninguna de las PFR entre los pacientes que estuvieron dentro del 5% ó 10% para los grupos con C e I. Para definir la ventaja de la reproducibilidad de 5% ó 10% comparamos la concordancia de Dlco entre los 2 equipos usando la diferencia absoluta (MG-SM) en ml/min/mmHg y el coeficiente de correlación Intraclase (R_i). Para el subgrupo dentro del 5%, MG-SM fue 0.45 cuando se comparó el promedio de 2 pruebas y 0.44 cuando se comparó el resultado más alto; El R_i para ambos fue de 0.93. Para el subgrupo dentro del 10%, MG-SM fue 0.92 al comparar el promedio de dos pruebas y 0.91 al comparar el resultado más alto. El R_i para ambos fue de 0.77.

Nuestro estudio sugiere que es posible lograr una reproducibilidad dentro del 5% en 2/3 partes de los pacientes, y que esto es preferible a la recomendación del 10%. No encontramos diferencia en reportar el resultado más alto ó reportar el promedio de 2 resultados de Dlco.

REPRODUCIBILIDAD DE DOS PRUEBAS DE EJERCICIO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA. R Mejía-Alfaro, M Rojas, C Sánchez, R Pérez-Padilla, RH Sansores. Clínica de EPOC. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). México D.F.

Nos propusimos evaluar la reproducibilidad de las pruebas de ejercicio en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. Esto tiene particular importancia, cuando se trata de mostrar cambios que puedan ser atribuidos a una intervención médica, y que no sean producto de la variabilidad de la prueba. Estudiamos las respuestas de 10 pacientes, 5 con restricción severa debida a fibrosis pulmonar (FP) (FVC 55% \pm 12) y 5 con obstrucción severa de la vía aérea (FEV₁ 41% \pm 14). La PaO₂ de los pacientes con FP fue de 56 \pm 14 Torr y la de los pacientes con EPOC fue de 61 \pm 16 Torr. A cada paciente se le realizaron dos pruebas de ejercicio, en dos días consecutivos, a la misma hora del día y en condiciones similares. Las pruebas fueron realizadas por dos observadores. Se utilizó un equipo para pruebas de ejercicio con analizador de gases espirados marca Jaeger. El protocolo de prueba consistió en una fase inicial de 3 min de pedaleo libre, posteriormente etapas de 2 min con incrementos de 20 Watts hasta que el paciente era incapaz de mantener una velocidad de 50 RPM. Se indicó a los pacientes se abstuvieran de realizar actividad intensa y tomar café en los días en que fueron realizadas las pruebas. Utilizamos el Coeficiente de Correlación Intraclass (R_i) y el Coeficiente de Variación (CV) para evaluar la concordancia y la variabilidad de las variables escogidas entre las dos pruebas. Los resultados están expresados como coeficientes promedio para las diez pruebas analizadas. Para la frecuencia cardíaca se encontró un R_i de 0.80 con un CV de 2%; la frecuencia respiratoria tuvo un R_i de 0.88 con un CV de 1.4%; para el volumen corriente fue de 0.58 con un CV de 3.9%; para el consumo máximo de oxígeno el R_i fue de 0.79 y el CV de 4.4%; para la producción de CO₂ un R_i de 0.74 y CV de 4.2%; el cociente respiratorio mostró un R_i de 0.81 y un CV de 1.9%; la carga máxima de trabajo tuvo un R_i de 0.70 y un CV de 4.4%; y la saturación de oxígeno un R_i de 0.90 y CV de 1.2%. Estos resultados muestran que existe buena concordancia entre las variables medidas en dos pruebas de ejercicio, realizadas en condiciones similares, y manteniendo la condición del paciente estable. Además, son similares a los niveles de concordancia y confiabilidad de estas pruebas informados por otros autores.

INDICACIONES DE BRONCOSCOPIA EN NIÑOS

MA Carballo-Cruz, FJ Cuevas-Schacht, LF Perez-Fernandez, HR Gil-Díaz, JM Ruiz-Torres.

Instituto Nacional de Pediatría, México, D.F. México.

Objetivo: Conocer las principales indicaciones de broncoscopia en un centro de atención pediátrica de tercer nivel.

Diseño: estudio de revisión de casos retrospectivo, transversal, descriptivo, y observacional.

Material y métodos: se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes a quienes se les realizó broncoscopia en el Departamento de endoscopia del Instituto Nacional de Pediatría en un período de 4 años. Se investigó edades, sexo, diagnóstico clínico y diagnóstico endoscópico. Los estudios fueron realizados con broncoscopio rígido y flexible bajo anestesia general, realizándose valoración dinámica de la laringe previo a la inducción de la anestesia.

Resultados: Se realizaron 848 broncoscopias en 728 pacientes, 419 masculinos (57%) y 309 femeninos (43%), con edades del nacimiento a 18 años. El 55% de los estudios fueron realizados en menores de 2 años. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron estridor, sospecha fundada de cuerpo extraño y atelectasia persistente. El diagnóstico endoscópico más frecuente fue endobronquitis en 263 pacientes. Se reportó estudio normal en 126 pacientes (17%). Las complicaciones inherentes al procedimiento fueron mínimas, no se reportó mortalidad.

Conclusiones: Las indicaciones de broncoscopia concuerdan con lo reportado en la literatura.

EVALUACION DEL INDICE LINFOCITOS/NEUTROFILOS Y DE ADENOSINA DESAMINASA EN DERRAMES PLEURALES DE ORIGEN TUBERCULOSO Y MALIGNO. M. Salazar-Lezama, JL. Bañales, G. González, R. Báez, J. Cuadra, A. Nava y G. Carrillo.

El diagnóstico del Derrame pleural tuberculoso (DTB) puede ser difícil. La determinación de los niveles de Adenosina Desaminasa en el líquido pleural ha sido una herramienta muy útil en el diagnóstico de esta enfermedad. Su principal actividad fisiológica está relacionada a la proliferación linfocítica y a su diferenciación. Otra de las patologías pleurales son las malignas (DCA), que ocasionan derrame, y algunos de estos pueden mostrar altos niveles de ADA. En orden de evaluar el papel diagnóstico de la ADA en el derrame pleural tuberculoso determinamos simultáneamente el índice linfocitos/neutrófilos (IL/N) en estos líquidos pleurales. Elegimos 30 pacientes consecutivos con derrame pleural: 16 con DTB y 14 con DCA de diferente etiología de Enero a Septiembre de 1995. Todos los pacientes tuvieron aspirado del líquido pleural y biopsia pleural cerrada. El líquido fue enviado para análisis de rutina tal como determinación de proteínas, bioquímica, microbiología, ADA y diferencial de leucocitos, con esta cuenta calculamos el índice linfocitos/neutrófilos. El diagnóstico de DTB fue hecho en base a histología mostrando granulomas típicos o baciloscopia positiva en líquido pleural. El DCA fue confirmado por citología positiva o histología. El valor de ADA obtenido en líquido pleural para DTB fue de 88.3 (D.E 24.2) y para DCA de 18.6 (D.E. 8.1), (p<0.0001). Usando 84 U/L como valor de corte, la determinación de la ADA tuvo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 100% para diagnóstico de tuberculosis. El valor predictivo positivo fue del 100% y el valor predictivo negativo fue del 87%. En cuanto al IL/N, la media fue de 11.08 (DE 12.02) para tuberculosis y para malignidad 2.3 (DE 1.8), (p<0.008). Usando un índice de 3.0 como valor de corte el IL/N tuvo una sensibilidad del 68% y una especificidad del 64%. El valor predictivo positivo fue del 68% y el valor predictivo negativo del 64%. Valorados juntos, ADA e IL/N, la sensibilidad fue del 100% y la especificidad del 64%, el valor predictivo positivo fue del 84%, y el valor predictivo negativo del 100%. Nosotros concluimos que, aunque la sensibilidad puede ser mejorada al combinar ADA más IL/N, la especificidad es menor y que la determinación de ADA en líquido pleural por sí misma puede ser suficiente para discriminar entre derrames pleurales tuberculoso de los malignos. Sin embargo, es necesario explorar más esto en diferentes etiologías que ocasionan derrame pleural.

TERAPIA INTENSIVA

FRECUENCIA Y CONSECUENCIAS DE LAS ADMISIONES A LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE PACIENTES SIN DIAGNOSTICO CLARO. Dr. Adria Resoñ, Dr. Kirkland Nolan, Robert Walls, PhD y Dr. Charles Hiller. University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock, Arkansas, EUA.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de admisiones sin diagnóstico claro a las UCI y su efecto sobre la evolución final de los pacientes.

MÉTODOS: En forma prospectiva se recopilaron todos los ingresos a 2 UCI médicas admitidos en un periodo de 6 meses. El diagnóstico de admisión fue clasificado como "claro" o "no claro" basándose en la nota de ingreso y en la discusión del caso con el médico tratante; un diagnóstico se consideró como "no claro" si, a) se expresó duda acerca del diagnóstico, b) se estableció una lista de diagnósticos diferenciales en vez de un diagnóstico único o, c) el diagnóstico final basado en estudios subsecuentes, evolución o en la autopsia fue diferente del diagnóstico inicial. Los pacientes con diagnóstico "no claro" se subdividieron en los que habían recibido tratamiento inicial adecuado o inadecuado. Un tratamiento se consideró inadecuado si el tratamiento ideal no se dio o si el tratamiento dado estaba contraindicado, basándose en el diagnóstico final. En todos los casos se registró la edad, sexo, enfermedades asociadas, procedencia y el APACHE III. Se excluyeron los pacientes post-paro cardiorespiratorio (PCR). Usando un modelo de regresión logística, se realizó un análisis multivariado para determinar cual de las variables clínicas era predictor independiente de diagnóstico "no claro", "tratamiento inadecuado" y mortalidad. Se utilizó la T de Student, Chi cuadrada y la prueba de Fisher para comparar grupos.

RESULTADOS: Se revisaron 490 casos, excluyéndose 15 con diagnóstico de PCR. De los 475 casos analizados, 96 (20.2%) tuvieron un diagnóstico "no claro". Los pacientes de este grupo tuvieron un APACHE III mayor que los pacientes con diagnóstico "claro" (72 vs 49) y también una mayor mortalidad (38.5% vs 13.5% - p mayor 0.001). Entre los pacientes con diagnóstico "no claro", la mortalidad fue mayor para los que no recibieron tratamiento adecuado que para los que recibieron tratamiento adecuado (56.4% vs 32% p mayor 0.01).

CONCLUSION: El no tener diagnóstico "claro" al momento de la admisión a la UCI se asocia con una mayor mortalidad ya que estos pacientes se encuentran en condiciones clínicas más graves y a que se les indican tratamientos inadecuados con más frecuencia.

APLICACION DE FORMAS NO INVASIVAS DE VENTILACION MECANICA EN LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (IRA) DEL CARDIOPATA. Cavallos ES, Yáñez LJJ, Cortéz MC, Franco GJ, Martínez SJ, Elizalde GJJ. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro". Hospital A.B.C., México, D. F. México.

INTRODUCCION: La IRA en los pacientes (p) cardiopatas es relativamente frecuente, pudiendo requerir intubación orotraqueal (IOT) y Asistencia Mecánica Ventilatoria (AMV).

El objetivo del presente estudio fue analizar la utilidad de la AMVn en su manejo.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo en p con IRA, y cardiopatía de cualquier origen como patología basal, en quienes se utilizó AMVn a través de mascarilla nasal con ventilador BIPAP (Respironica Inc.) y Puritan Bennet 7200e, clasificándolos de acuerdo al tipo de IRA en: I hipoxémica y II: hipercápnica. Se evaluó la evolución clínica y gasométrica pre AMVn a los 60, 120 y 360'. Se consideró éxito a la mejoría en el intercambio gaseoso y disminución en el trabajo respiratorio y falla del método a la necesidad de IOT.

RESULTADOS: Se estudiaron 23 P con edad \bar{x} de 63.4 \pm 23 (33-92) años. Masculinos 13 (56.5%) y femeninos 10 (43.5%). Las causas de IRA fueron: Edema agudo pulmonar cardiogénico 10 p (43.5%), IRA post-extubación OT en p operados de corazón 13 p (56.5%). IRA I 18 p (78%) y 5 IRA II (22%). Éxitos 19 p (82.6%), fracasos 4 p (17.3%). La única complicación fue laceración nasal leve en 3 p (13%). Hubo mejoría estadísticamente significativa en FC y FR (p < 0.05) en ambos tipos de IRA. En los p IRA I, el Pao₂/FIO₂ inicial \bar{x} fue de 96, con mejoría a partir de los 60' a 225 (p < 0.001). En los p IRA II la PaCO₂ inicial \bar{x} fue 58.1 mmHg, con disminución a los 120' a 45 mmHg (p < 0.001). La mortalidad fue 2 p (8.6%) no relacionadas a IRA sino a arritmias ventriculares e ICCV, uno durante la AMVn y otro durante AMV convencional con IOT.

CONCLUSIONES: La AMVn constituye un recurso terapéutico más en las emergencias respiratorias del enfermo cardiopata, pudiendo evitar su IOT en un alto porcentaje y con buen margen de seguridad.

EXACTITUD DE LAS MEDICIONES DE AUTO-PEEP REALIZADAS POR VENTILADORES MECANICOS. Uriel Chevarría, Wayne Johnson, Katie Klingler, Keith Jacobsen, David M. Barnes. University of California San Diego Medical Center (UCSD).

INTRODUCCION: El Auto-PEEP (AP) puede ser medido por medio de maniobras estáticas (AP-ST) o dinámicas (AP-D). Se han incorporado recientemente a los ventiladores mecánicos paquetes con "software" o maniobras con muestreo espiratorio para medir AP. El propósito de este estudio fue el evaluar la exactitud de estas mediciones en un modelo mecánico pulmonar con un valor conocido de AP-D. **MÉTODOS:** Cada ventilador fue evaluado usando un pulmón de prueba en ventilación mecánica controlada con un Vt de 7 L, "plateau" de 3 seg., Ti fijo de 1 seg. y frec. con incrementos progresivos de 16, 20, 24, 28, y 32. El flujo y presión en vías aéreas fueron medidos en la conexión con el tubo endotraqueal. El volumen fue obtenido de la integración de la señal analógica de flujo. La "presión alveolar" fue medida dentro del pulmón de prueba. Los ventiladores evaluados fueron el Nellcor-Puritan Bennett 7200e (NPB7200), el Dräger Evita (DE) y el Siemens Servo 300 (SS). El NPB7200 y el DE miden AP-S con un paquete de "software" que realiza una maniobra de muestra espiratoria completamente automatizada. El DE obtiene y muestra AP y volumen atrapado. El NPB7200 muestra el último AP medido, el AP y el AP total. En este ventilador el valor usado para comparación fue el AP-total. El SS tiene un control de muestra espiratoria que muestra la presión espiratoria cuando la manobra se aplicó. Se realizaron cinco mediciones en cada ventilador obteniendo la media a cada frecuencia respiratoria. Este valor fue comparado con la media de cinco mediciones del "gold standard" el cual fue la presión alveolar al final de la espiración. La exactitud fue evaluada calculando el "sesgo" (bias), el cual fue definido como la diferencia de las medias en cmH₂O. La reproducibilidad fue evaluada por medio de la "precisión" la cual fue definida como la desviación estándar de las medias. **RESULTADOS:**

Ventilador	Medición	Frecuencia					Mediana
		16	20	24	28	32	
NPB7200	Bias	-.32	.02	-.38	-.01	.01	-.01
	Precisión	0	0	0	0	548	0
Evita	Bias	.01	0	-.24	-.1	-1.5	-.24
	Precisión	.045	.11	.084	.122	.602	.11
Servo 300	Bias	-.53	-.23	-.6	-.17	-.13	-.23
	Precisión	0	0	0	0	548	0

Todos los ventiladores mostraron un bias menor de 1% de el AP real. DE subestima el valor a altos niveles de AP. La diferencia es cercana a 1.5 cmH₂O lo cual es poco probable que sea clínicamente significativa. **CONCLUSION:** Las mediciones automatizadas de AP realizadas por los ventiladores mecánicos reflejan exacta y precisamente el AP-D en un modelo mecánico pulmonar. La facilidad y seguridad de operación introducida con estas opciones debe mejorar la atención al paciente crítico.

VALORACION DE APACHE II. EXPERIENCIA EN DOS GRUPOS CON PATOLOGIA NEUMOLOGICA

De la Escosura G, Fernández MA, Cicero R. Unidad de Neumología. Hospital General de México.

Objetivo. Valorar la utilidad del puntaje de APACHE II como valor pronóstico de mortalidad en una UCIR entre un grupo con patología pulmonar y otro sometido a procedimientos de cirugía de tórax.

Materia y método. Se estudiaron 197 casos que ingresaron a la UCIR en un lapso de 12 meses en los cuales se analizaron la mortalidad esperada y la mortalidad observada de acuerdo a la escala de APACHE II (Knauss).

Resultados. La mayor mortalidad se observó en el grupo no quirúrgico 50.9% vs 11.8% del quirúrgico p<0.01. Los valores terminales de APACHE II en los fallecidos son mayores que los iniciales p<0.005 en el grupo no quirúrgico, en tanto que en el quirúrgico la diferencia es ns. En los sobrevivientes no quirúrgicos no existe diferencia y en los quirúrgicos sí p<0.03. De acuerdo a la escala de Knauss solo hay diferencia significativa en los casos con valores 15-19 puntos p<0.05 aún cuando los números son mayores en este estudio.

Conclusiones. La valoración por APACHE II permite un pronóstico confiable de mortalidad en una UCIR.

CORRELACION DEL INDICE DE VENTILACION RAPIDA SUPERFICIAL (VRS) CON EL TRABAJO RESPIRATORIO (WOB). Yáñez LJJ, Bautista BE, Elizalde JJ, Franco GJ, Martínez SJ. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro". Hospital ABC. México, D.F. México

INTRODUCCION: El WOB del paciente (p) traduce el uso y eficiencia de la musculatura respiratoria (MR) en la fase activa del ciclo ventilatorio. La Ventilación con Soporte por Presión (VSP) se ha utilizado para disminuirlo. El VRS ha demostrado ser buen parámetro en el retiro de la AMV pero su correlación con WOB no ha sido plenamente estudiada.

OBJETIVO: Evaluar la correlación entre la determinación del WOBp y el índice de VRS a diferentes niveles de soporte por presión.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo, longitudinal (Dic 94-Dic. 96), con p estables, con inicio de retiro de AMV ($\text{FIO}_2 < 50\%$, fuerza inspiratoria $> 30 \text{ cmH}_2\text{O}$, CPAP $< 5 \text{ cmH}_2\text{O}$. Con monitoreo respiratorio (Microprocesador controlado Blicore CP 100). Las distensibilidades y resistencia a la vía aérea basales se tomaron en CMV y bajo sedación, con los p entre 45° y 90° obteniendo 3 grupos: 1 Basal (100% WOB sin VSP), 2 Intermedio (VSP para llevar al paciente a su 50% de WOB) y, 3 Reposo (VSP para llevar al p a reposo total). Se realizaron mediciones en tiempo real (15 min). Comparando los grupos con t de student y correlación de VRS y WOB con prueba de Pearson.

RESULTADOS: Se estudiaron 32 p, con edad $\bar{x} 52.15 \pm 15.2$ años (21 - 61), 17 mujeres y 15 hombres. el WOB basal de los pacientes fue de 0.459 ± 54 , con un VRS de 117.3 ± 63.7 , con un valor de $r=0.077$ (p=NS), en el grupo 2 fue de $0.225 \pm 0.12 \text{ J/L}$ con un VRS de 94.5 ± 54 ($r=0.237$, p=NS), requiriendo un nivel de VSP de $8 \pm 3.5 \text{ cmH}_2\text{O}$. Al disminuir el WOB a cero el VRS tuvo valores de 68.4 ± 45 requiriendo un nivel de VSP de $12.6 \pm 4.3 \text{ cmH}_2\text{O}$.

CONCLUSIONES: El VRS no es un buen parámetro de medición del WOB por lo que éste deberá ser medido de forma directa en cualquier tipo de paciente, poniendo especial énfasis en p de retiro difícil de AMV.

COMPARACION DE 2 MÉTODOS PARA DESTETE DE LOS PACIENTES DE LA VENTILACION MECÁNICA (VM). Medina NR, Cavallos ES, Montenegro LA, Envia FR, Franco GJ, Elizalde GJJ, Martínez SJ. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro" Hospital ABC, México D.F. México

INTRODUCCION: El destete de los pacientes (P) de la VM es en muchas ocasiones un procedimiento que se lleva a cabo en forma empírica y por esto puede conllevar a fallas en el procedimiento que podría haberse adelantado o pospuesto.

OBJETIVO: Comparar la eficacia entre dos métodos de destete de VM.

MATERIAL Y METODOS: Llevamos a cabo un estudio prospectivo y aleatorio entre octubre de 95 y febrero de 96 de los P que recibieron VM y que fueron considerados estar listos para el retiro de la misma por sus médicos. Los P se designaron en forma aleatoria para ser destetados en ventilación con presión de soporte (VSP) o plaza T (PT). También debían tener resuelta la causa que los había llevado a la asistencia mecánica ventilatoria, tener estabilidad hemodinámica (ausencia de fiebre, normotensión y frecuencia cardíaca menor de $130 \times$) y tener una mecánica ventilatoria adecuada (fuerza inspiratoria mayor de 25 Vt de 5 ml/kg de peso, f menor de $35 \times$ y VRS menor de 110) para ser incluidos en el protocolo. En VSP debían llegar a $6 \text{ cmH}_2\text{O}$ como apoyo para iniciar el destete. Debían permanecer 2 hrs en el método designado sin evidencia de insuficiencia respiratoria o inestabilidad hemodinámica para ser extubados. Se consideró falla si el P tenía que ser reintubado dentro de las primeras 24 hrs.

RESULTADOS: Completaron los criterios de inclusión 53 P con una edad \bar{x} de 59.8 ± 17.5 años, 39 hombres (73.5%) y 14 mujeres (26.5%). Se dividieron en dos grupos: A) destetados con VSP 28 P (52.8%) con un éxito del 100% y B) destetados por PT 25 P (47.2%) con un 96% de éxito. 40 P (78%) fueron quirúrgicos. Cuando se compararon las variables demográficas y de parámetros hemodinámicos y ventilatorios de ambos grupos no se encontró significancia estadística. (pNS).

CONCLUSIONES: Este estudio demostró que siguiendo un protocolo estricto de destete el porcentaje de éxito en el mismo es independiente del método utilizado.

ALTERACIONES CARDIOPULMONARES EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CRÍTICAMENTE ENFERMO. Vega BM, González AJ, Cavallos ES, Yáñez LJJ, Franco GJ, Martínez SJ, Elizalde GJJ. Depto. Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro", Hospital ABC. México D.F., México.

INTRODUCCION: El cuidado crítico de los pacientes (p) con cancer es complejo, debido al efecto tóxico del tratamiento y/o a la agresividad de la misma enfermedad.

El objetivo de este estudio fue identificar si la morbi-mortalidad en estos p estuvo relacionada con su tratamiento (quimioterapia) o con la neoplasia de base.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo. En un período de 10 meses se incluyeron a todos los p con diagnóstico de cancer que ingresaron con alteraciones cardiopulmonares a nuestra UTI. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tratamiento previo con quimioterapia (Qt) o radioterapia, diagnóstico de ingreso, AMV, días de estancia, complicaciones y la mortalidad. Se analizó mediante T no pareada.

RESULTADOS: 19 p: 6 hombres (31.6%) y 13 mujeres (68.4%), con una edad \bar{x} : 52.7 ± 14.7 años (17-83). 17 p tuvieron complicaciones pulmonares (89%), 10 (52.6%) cardíacas y 8 (42.1%) cardíacas y pulmonares. De las complicaciones pulmonares 5 p (26.3%) desarrollaron SIRPA, 3 neumonía (15.8%), 3 TEP (15.8% c/u), 2 derrame pleural, 2 lealón pulmonar aguda, y 2 permeación linfática (10.5 c/u). De las complicaciones cardíacas 5 p (26.3%) desarrollaron falla cardíaca aguda, 2 tamponada, y 2 p trastornos de la contractilidad miocárdica (10.5% c/u), 1 (5.3%) leuqemia miocárdica y arritmias, 12 (63%) tenían el antecedente de haber recibido Qt, 6 p (31.6%) desarrollaron sepsis.

Fallecieron 6 p (31.6%): 3 (60%) SIRPA, 1 de TEP masiva, 1 LPA + sepsis, y otro de falla cardíaca (16.7% c/u), 4 p (66%) con antecedente de Qt. Al comparar los sobrevivientes con los no sobrevivientes no hubo significancia estadística en relación a las variables descritas (p=NS).

Este estudio sugiere que la morbi-mortalidad es independiente del tratamiento Qt y que al parecer es condicionada por la evolución misma de la enfermedad.

CONCLUSIONES: El paciente oncológico que desarrolle además sepsis, SIRPA o ambas tiene una elevada mortalidad (50, 60 y 75%, respectivamente)

PAPEL DE LA ASISTENCIA MECÁNICA VENTILATORIA NO INVASIVA (AMVn) DURANTE EXTUBACION FORTUITA. Cavallos ES, Yáñez LJJ, Maldonado A, Franco GJ, Martínez SJ, Elizalde GJJ. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro". Hospital A.B.C. México, D. F. México

INTRODUCCION: La extubación fortuita (EF) es un evento que no se presenta con frecuencia, sin embargo se considera como un riesgo inminente en los pacientes (p) bajo AMV. Las complicaciones pueden ser múltiples, inmediatas o tardías asociadas al evento primario o durante la reintubación.

El objetivo de este estudio fue caracterizar la epidemiología de la EF en nuestra UTI, conocer sus factores predeponentes, repercusión y manejo, con especial énfasis en la utilidad, eficacia y seguridad de la AMVn.

MATERIAL Y METODOS: Estudio prospectivo, clínico, observacional, descriptivo en un período de 11 meses. Se analizaron edad, sexo, diagnóstico de ingreso, parámetros ventilatorios, hora del evento, sus mecanismos, y si fue presenciado o no.

RESULTADOS: Se estudiaron 353 p en AMV de los cuales 29 p (8.2%) tuvieron 33 eventos de EF (9.3%). Los p fueron divididos en 3 grupos de acuerdo a su manejo: Grupo A: AMVn (BIPAP o Puritan Bennett 7200), GRUPO B: Máscara facial convencional y GRUPO C: p reintubados inmediatamente. En 11 eventos (33.3%) se dió AMVn, fracasando ésta en 3 ocasiones (27.2%), 7 p (21.2%) fueron reintubados inmediatamente, y en 15 eventos (45.4%) se asistieron con máscara facial.

El tiempo de identificación de la EF fue inmediato. El 58% de los p estaban solos al momento del evento, el 32.6% en presencia del personal de la unidad y el 9.6% en presencia de familiares. Un p falleció (3.4%) sin relación a la EF.

CONCLUSIONES: Cada UTI debe monitorizar y analizar su % de EF. Los p que por su mejoría respiratoria son sometidos a destete deben vigilarse en especial. La AMVn es un método de apoyo seguro y eficaz, pero que debe ser indicado individualmente.

DIVERSOS

NEUROLÓGICO ASOCIADO A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PACIENTES CRÍTICOS. Dr. Uriel Chavarría Martínez, Dr. Francisco Rosales Padilla, Dr. Roberto Marín de Larrea, Unidad de Cuidados Intensivos Postquirúrgicos, Hospital Universitario Dr. José E. González, Monterrey, N.L. México. **INTRODUCCION** El ketorolaco es un antiinflamatorio no esteroideo que es utilizado con suma frecuencia en cuidados intensivos por sus propiedades de analgésico no-narcótico. Rápidamente han aparecido en la literatura reportes de caso aislados acerca de la asociación de ketorolaco con sangrado de tubo digestivo (STD). Debido a la alta incidencia de STD en nuestros pacientes nosotros decidimos realizar un estudio de caso-control para analizar la potencial asociación de STD con ketorolaco. **MÉTODOS.** Los ingresos totales a nuestra unidad en un periodo de seis meses fueron utilizados para análisis. Se observaron para análisis factores de riesgo conocidos para STD tales como uso de esteroides, el uso/uso de profilaxis para STD, el diagnóstico del paciente en sí, el grado de gravedad del paciente manifestado por la escala de APACHE II, la presencia de insuficiencia respiratoria y la administración de heparina profiláctica o terapéutica. Los criterios para STD fueron la presencia de hematemesis o la observación de posmo de café o sangre fresca en la sonda nasogástrica o la presencia de melena o hematoquecia. Los criterios para clasificar un sangrado como clínicamente importante fueron el descenso de la TA > 20 mmHg, el aumento de la FC > 20 latido x o el descenso de la Hb > 2 gr% y la no elevación de ésta cifra con dos unidades de sangre. **RESULTADOS:** El total de pacientes fue de 129. 75 tenían diagnóstico relacionado con el área de neurocirugía, 46 con cirugía general, 4 con diagnóstico ginecológico, 2 con diagnóstico traumatológico, un paciente con diagnóstico urológico y un paciente de cirugía plástica. La edad fue de 41.5 ± 28.8 años. 38 pacientes fueron mujeres. Los días de estancia fueron 7.5 ± 7.4 días. La mortalidad fue de un 20%. La escala de APACHE II fue de 11.5 ± 7.04 puntos. El análisis de los datos es el siguiente:

	Sangrado	No sangrado	Total
Uso de Ketorolaco	28	46	74
No uso de ketorolaco	8	47	55
Total	36	93	129

Se observó una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.004$) entre el uso de ketorolaco y la presencia de STD en esta población de pacientes. La proporción de desigualdad (odds ratio) fue de 3.57 con un intervalo de confianza de 1.37-9.57. No se observó una diferencia significativa entre el grupo que sangró y usó o no usó ketorolaco en cualquiera de los demás factores de riesgo mencionados antes. El sangrado fue clínicamente significativo en el 72% de los pacientes que usaron ketorolaco y en el 63% de los pacientes que no usaron ketorolaco. **CONCLUSION.** Este estudio de caso-control demuestra una asociación entre el uso de ketorolaco y el desarrollo de STD en esta población de pacientes críticamente enfermos. Creemos que se justifica el uso cauteloso y no indiscriminado de este medicamento en las unidades de cuidados intensivos.

DESEMPEÑO DE SISTEMAS DE EXHALACION EN VENTILADORES DE RECIENTE GENERACION. Dr. Uriel Chavarría Martínez, Wayne Johnson, Katie Kjaalager, Kathy Jacobsen, Dr. David M. Burns, University of California San Diego, San Diego California, EUA.

INTRODUCCION: La resistencia espiratoria juega un papel muy importante en ventilación mecánica. El propósito de este estudio fue el evaluar la relación presión/flujo (PF) espiratoria en tres ventiladores de reciente generación y examinar el desempeño de los sistemas de exhalación en un modelo mecánico pulmonar. **MÉTODOS:** Se simularon respiraciones espontáneas con un simulador de señal digital (Dräger LS2000). Se obtuvieron curvas de flujo y de presión en vías aéreas en la conexión, del tubo endotraqueal. Se midió la presión dentro del simulador y proximal a la válvula de exhalación (XV) en el brazo espiratorio. El volumen fue integrado a partir de la curva de flujo. Se calculó P/F de la XV en CPAP a flujos espiratorios del simulador de .5, 1 y 1.5 L/seg y a 0, 5 y 10 cmH₂O de CPAP. Asimismo el desempeño de cada ventilador fue evaluado con disparo por presión (pressure triggering-PT) y con disparo por flujo (flow triggering-FT) en presión soporte (PSV) de 15 cmH₂O con un Vt de 50 ml en el simulador, y frecuencias de 16, 20, 24, 28, 32, 36 y 40. Finalmente, la contribución de la válvula en la generación de auto-PEEP fue determinada en ventilación controlada por volumen (CMV) con tiempo inspiratorio fijo de 1 segundo, Vt de .7 L, y frecuencias de 16, 20, 24, 28 y 32, con un simulador pulmonar TTL, un tubo endotraqueal 6 y compliance de 100ml/cmH₂O. Los ventiladores evaluados fueron el Nellcor-Puritan Bennett 7200ae, el Siemens Servo 300 y el Dräger Evita. **RESULTADOS:** La presión máxima espiratoria obtenida en la XV fue de 7.27, 12.17 y 9.73 para el Evita, el NPB7200ae y el Servo 300 respectivamente. La resistencia media en la XV fue 2.76, 6.59 y 5.58 para el Evita, el NPB7200ae y el Servo 300 respectivamente. En PSV, el evita no falló en asumir ninguna respiración a ninguna frecuencia respiratoria. El Servo 300 inició el fallo de ciclado a 32 de frecuencia con PT y 40 de frecuencia con FT. El NPB7200ae inició el fallo de ciclado a 28 de frecuencia tanto en PT como en FT. En CMV, la presión espiratoria final medida proximal a la válvula fue de 2.2 para Evita, 2.3 para el NPB7200ae y 2.7 para el Servo 300 a 24 de frecuencia respiratoria. **CONCLUSION:** El Dräger Evita produjo la menor resistencia en la XV, aunque la resistencia de los demás respiradores fue baja también. Permanece por ser determinado la potencial repercusión clínica manifestada por generación de auto-PEEP y falla para ciclar en pacientes con pobre esfuerzo inspiratorio, tal como fue demostrado en nuestro modelo de PSV.

TOLERANCIA A LARGO PLAZO DE LA PRESION POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AEREA (CPAP NASAL) EN EL SINDROME DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAOS). Dr. Manuel Díaz, Dr. Adrián Rendón, Dr. Francisco Buques, Hospital Universitario Dr. J.K. González, UNL y Centro de Estudios sobre Alteraciones del Sueño (CESAS), Wj, M.

El CPAP nasal es un tratamiento efectivo para el SAOS con tolerancia a largo plazo de 75%. El objetivo del estudio fue revisar la experiencia del CESAS en los últimos 5 años. **MATERIAL Y MÉTODOS:** revisamos los expedientes de los pacientes estudiados durante el periodo 1990-95 e incluimos a 34 casos que reúnen 3 requisitos: diagnóstico de SAOS demostrado por polisomnografía nocturna (PSGN) seguimiento en el CESAS y contacto vía telefónica. A los pacientes que usaban el CPAP nasal al momento de la entrevista se les clasificó como tolerantes (T) n=31(91.17%). A los que lo habían suspendido se les clasificó como no tolerantes (NT) n=3(8.83%). En cada grupo se compararon: edad, sexo, peso índice específico (IA), índice respiratorio (IR), saturación mínima de oxígeno (SAO₂), nivel de CPAP, meses de uso, % de uso durante el tiempo de sueño y sistemas colaterales, obteniéndose estos **RESULTADOS:**

	GLOBAL n=34	T(n=31)	NT(n=3)
EDAD (años)	45 ± 11.64	45 ± 12.01	41 ± 7.02
SEXO (H-M)	32 - 2	30 - 1	2 - 1
PSO	106.5 ± 25.8	111.45 ± 25.15	78.33 ± 5.85
IA	34.7 ± 54.7	91.5 ± 55.2	75.2 ± 45.6
IR	199.8 ± 50.7	198.9 ± 52.4	119.7 ± 30.6
% SAO ₂	35.58 ± 15.07	55.7 ± 14.6	51.3 ± 22.3
CPAP (cmH ₂ O)	11.41 ± 2.8	11.3 ± 3.7	12.0 ± 6.0
Meses de USO	28.3 ± 17.4	30.3 ± 13.2	10.6 ± 11.9
% de USO	68.2 ± 26.5	94.6 ± 16.9	21.6 ± 2.8
Sistemas colaterales	9 (26.4%)	6 (19.3%)	3 (100%)

Los tolerantes se subdividieron en: sin síntomas colaterales (tolerancia excelente) y con síntomas colaterales (tolerancia regular-TR). Los sistemas de los pacientes (TRIS) y NT(3) se compararon: Resespald nasal-faríngea: TR/NT-4/1, obstrucción nasal: TR/NT-1/0, presión nasal: TR/NT-2/2, constatación gástrica: TR/NT-0/1, incomodidad: TR/NT-2/3, irritación ocular: TR/NT-1/1. Las razones dadas por los pacientes como responsables de la NT fueron: incomodidad por la mascarilla (2) e incomodidad por la presión de aire (1). **DISCUSION:** Los resultados mostraron una tolerancia a largo plazo mejor que la reportada por otros autores. Una posible explicación para esto es que el grupo de pacientes estudiados fue de un nivel socioeconómico alto y que tuvieron un seguimiento personalizado. **CONCLUSION:** El CPAP nasal es muy bien tolerado si se seleccionan adecuadamente los pacientes y se les da un seguimiento individualizado.

CARACTERIZACION CLINICO-IMAGENOLOGICA DE LA NEUMONIA LIPOIDICA EXOGENA. MEY Furuya, I Martínez, I Hernández, G Zúñiga, L Rendón, JL Ramírez, AR Aranda, JC Marín, Departamentos de Neumología, Inhaloterapia, Endoscopia y Fisiología Pulmonar e Imagenología. Hospital de Pediatría CMN "Siglo XXI" IMSS, México DF, México.

INTRODUCCION Dentro de las neumonías por aspiración, la neumonía lipídica exógena (NLE) tiene un papel relevante en nuestro medio dado el arraigo cultural de administrar aceite, en forma empírica, a los recién nacidos y lactantes que presentan constipación nasal o intestinal. De ahí la importancia de analizar la forma de presentación clínica e imagenológica, de esta entidad en nuestro medio.

OBJETIVO Conocer las características clínico-epidemiológicas, así como las manifestaciones imagenológicas en los pacientes con diagnóstico de NLE en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un estudio de serie de casos, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de NLE de julio de 1991 a diciembre de 1995.

RESULTADOS Se encontraron 15 expedientes clínicos y 10 radiológicos. Nueve pacientes eran masculinos y 6 femeninos, de 1 a 19 meses de edad, procedentes de Guerrero 6, D.F. 5, Chiapas 3 y Oaxaca 1. Con antecedente de ingesta de aceite y neumonía recurrente o persistente en 11 (73%). Doce eran remitidos de unidades de segundo nivel de atención con diagnósticos variados, cinco con NLE, 4 con neumonía bacteriana, hasta un paciente con Dx de neuroblastoma; sospecha al ingreso en 3. Rango de evolución de 2 días a 17 meses. Cuadro clínico caracterizado por tos en el 100%, dificultad respiratoria en todos menos uno, cianosis 10 (66.7%) y fiebre solo uno. El Dx se realizó por historia, imagen sugestiva y lipófagos positivos en 11, imagen y lipófagos en 2; historia e imagen 1 y como hallazgo de autopsia en 1.

La Rx simple de tórax mostró imágenes de consolidación multilobares con broncogramas aéreos, el lóbulo superior derecho se afectó en el 100% de los casos y existió lesión bilateral e hilar en 60%. Las lesiones se caracterizaron por ser persistentes. En 8 estudios tomográficos los lóbulos más afectados fueron el superior derecho y ambos inferiores con imagen de consolidación y broncogramas aéreos. La presencia de densidades negativas (tejido graso) solo se presentó en 2. La terapéutica fue antibiótica en 13, esteroides en 5 y lobectomía en 1. La evolución fue hacia la mejoría en 13 y sin cambios en 1. En un paciente el Dx fue hallazgo de autopsia después de una estancia breve en terapia intensiva.

DISCUSION Y CONCLUSIONES Las manifestaciones clínico-imagenológicas fueron muy variadas en nuestra población, desde pacientes casi asintomáticos hasta insuficiencia respiratoria grave. La presencia de neumonía persistente o recurrente frecuentemente afebló fue la pauta para investigar intencionalmente aspiración de aceite. El hallazgo de densidades negativas en la TAC puede orientar al diagnóstico, pero frecuentemente este dato no es positivo. En nuestro medio siempre hay que tener en mente esta entidad.

EFFECTO DEL CARBACOL Y LA HISTAMINA SOBRE LA CONTRACCIÓN Y FORMACIÓN DE FOSFATOS DE INOSITOL EN PREPARACIONES TRAQUEOBRONQUIALES DE PERRO. B. Bazán, V. Carbajal, M. Macías, M.G. Campos, A. García Sainz y L.M. Montaña. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, IMSS, IFICE y Depto. de Farmacología, Fac. Medicina UNAM.

La contracción del músculo liso (ML) de las vías aéreas inducida por agonistas colinérgicos requiere de calcio extracelular ($Ca^{++}e$) e intracelular ($Ca^{++}i$), mientras que la histamina utiliza principalmente $Ca^{++}e$. Se ha propuesto que ambos agonistas producen la formación de 1,4,5-trifosfato de inositol (IP_3), segundo mensajero capaz de inducir la liberación de Ca^{++} de los almacenes intracelulares. En un trabajo reciente encontramos que en preparaciones bronquiales la estimulación con carbacol en un medio sin Ca^{++} produce una respuesta de contracción sostenida que depende del $Ca^{++}i$. En el presente estudio investigamos la participación del IP_3 en este fenómeno. Se usaron bronquios de tercera generación y ML traqueal. La contracción de bronquios y ML inducidas por el carbacol (0.42 μ M) y la histamina (10 μ M) fueron evaluadas en solución de Krebs (2.5 mM Ca^{++}) y en un medio sin este ion más 0.1 mM de EGTA. Para la determinación de los fosfatos de inositol (FI) se obtuvieron fragmentos de ML y de preparaciones bronquiales. Estos fragmentos se incubaron con 150 μ Ci de inositol [H^3] durante 2 hrs a 37°C. La formación de FI inducida por carbacol o histamina se evaluó en un medio con 2.5 mM de Ca^{++} o sin Ca^{++} más EGTA 0.1 mM. La determinación de los FI se obtuvo mediante cromatografía de intercambio iónico. El carbacol o la histamina en las tiras bronquiales produjo una contracción sostenida en un medio sin Ca^{++} ; mientras que en el ML traqueal el carbacol ocasionó una respuesta transitoria y la histamina no produjo ningún efecto lo que sugiere que en las preparaciones bronquiales existen mecanismos adicionales que favorecen el incremento del Ca^{++} en el citosol. El carbacol (0.1 mM) incrementó ($p < 0.05$) la formación de FI tanto en bronquios (6.25 veces la basal) como ML traqueal (12.12 veces la basal), la histamina (0.1 mM) no modificó los valores de FI con respecto a la basal. Estos resultados sugieren que en la contracción bronquial sostenida inducida por carbacol en un medio sin Ca^{++} se requiere de la formación de IP_3 , pero en el caso de la histamina no es necesaria su producción, por lo que podríamos especular que la histamina aumenta las concentraciones de $Ca^{++}i$ por un mecanismo independiente al IP_3 . Apoyado por CONACyT (5076M), DGAPA (IN202194) y PUIS UNAM

APLICABILIDAD DE DIVERSOS VALORES DE REFERENCIA ESPIROMETRICOS EN SUJETOS SANOS EN SAN LUIS POTOSÍ.

Dr. Osafre Morán, L.E. Patricia Quintana. Facultad de Medicina, U.A.S.L.P. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones P". San Luis Potosí, S.L.P. México.

No existen en México valores de referencia normales para espirometría, por lo que nuestro objetivo fue el evaluar la aplicabilidad de diversos valores de referencia extranjeros a una muestra de 39 sujetos sanos y no fumadores (20 F, 19 M), de 18 a 65 años, representativa de los pacientes que atendemos en el Hospital Central. Se empleó un equipo Medgraphics P/Dx (MG) que utiliza un Neumotacógrafo y que reúne los requisitos de la ATS. Para la realización de la espirometría nos seguimos a las recomendaciones de la ATS. Los valores predichos se calcularon empleando las ecuaciones de regresión de la publicación original.

Los valores promedio de los sujetos sanos como % de los diversos predichos, su Desviación Estándar (DE) y los Coeficientes de Correlación Intraclass (R_c) se muestran en la tabla.

	CVF		VEF1		VEF1/CVF		FEF25-75	
	R_c	% DE	R_c	% DE	R_c	% DE	R_c	% DE
KNUDSON	0.33	103±17	0.67	101±17	0.03	95±15	0.44	96±23
CRAPO HISP.	0.78	99±19	0.86	97±19	0.11	95±18	0.13	90±22
GAMSKY	0.91	97±16	0.84	99±17			0.02	87±31
CRAPO	0.81	96±16	0.56	94±16	0.05	95±16	0.15	91±22
MILLER	0.77	95±16	0.58	94±16			0.60	99±23
QUANJER	0.63	102±17	0.89	99±17	0.08	99±16	0.06	85±20
VILJANEN	0.46	93±15	0.21	91±7	0.03	94±15		
COULTAS	0.80	100±17	0.89	99±17			0.25	83±23

Los valores de referencia a los que mejor se ajustaron los sujetos estudiados fueron los de los hispanos publicados en EUA por Coultas, Gamsky y Crapo para CVF y VEF1, sin embargo a los que mejor se ajustaron de los que cuenta el equipo MG fueron los de Quanjer para CVF, VEF1 y VEF1/CVF. Los valores de Miller son los que mejor ajustaron para FEF₂₅₋₇₅. Se calculó la concordancia de los interceptos y de las pendientes de las variables independientes talla y edad de las ecuaciones de regresión obtenidas en el Hospital Central con las de los diferentes autores corroborándose las mismas conclusiones. Aún cuando la concordancia de los autores extranjeros es buena, no es ideal, por lo que se requiere contar con valores de referencia realizados en nuestro medio.

EFFECTO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO PARA FIBROBLASTOS ACIDICO (FCFA) SOBRE LA EXPRESION Y SINTESIS DE COLAGENA Y COLAGENASA EN FIBROBLASTOS DERIVADOS DE PULMON HUMANO NORMAL.

Montaña M, Becerril C, Ramos C, Ramírez R, Pardo A, Selman M. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Facultad de Ciencias, UNAM.

El FCFA tiene diversos efectos biológicos sobre una gran variedad de células. Sin embargo, aunque este factor parece tener alguna influencia sobre las funciones de las células mesenquimatosas, su posible papel en el metabolismo de la matriz extracelular del pulmón no ha sido evaluado. En este estudio se examinó el efecto del FCFA y del FCFA en combinación con heparina sobre la expresión génica de colagenasa y de colágena tipo I, así como sobre la biosíntesis de colágena en fibroblastos de pulmón humano normal. La heparina fue utilizada debido a que estabiliza la actividad biológica del FCFA. Se utilizaron cultivos confluentes de fibroblastos los cuales fueron expuestos a 20 ng/ml de FCFA en medio libre de suero con o sin 100 mg/ml de heparina durante 48 h. Los controles se incubaron en medio libre de suero. La expresión de los RNA mensajeros de la colagenasa y de la colágena tipo I fue analizada por northern blot y cuantificada por densitometría. Los resultados mostraron que el FCFA induce la expresión del RNAm de la colagenasa, pero este efecto aumenta 4 veces en presencia de heparina. Por otro lado, el FCFA produjo una moderada disminución en los niveles de RNAm de la colágena tipo I, y en presencia de heparina se redujo en un 80% el transcrito de esta proteína. La síntesis de colágena mostró un patrón similar al de su expresión génica (controles 604 ± 172.5 cpm, FCFA 329 ± 54.2 cpm, heparina sola 372 ± 51.6 cpm, FCFA más heparina 188 ± 28.8 cpm). Estos hallazgos demuestran que el FCFA, especialmente en presencia de heparina, aumenta significativamente la expresión de colagenasa y disminuye la expresión y biosíntesis de colágena tipo I, sugiriendo que desempeñan un papel en la remodelación de la matriz extracelular.

RESPUESTA A LA RELAJACION MUSCULAR Y MENTAL EN NEUMOPATAS, MONITORIZADA, OXIMETRIA DE PULSO.

Dominguez M.E., Salas J., Mejías R., Gerviso M.C., Sansores R., Villalba J., INER México, D.F.

Se ha descrito que pacientes neumopatas entrenados en técnicas de relajación muscular y mental progresiva, demuestran una disminución del grado de ansiedad así como aumento en los flujos espiratorios, y disminución de la FC, FR y aumento en la SAT de O₂.

OBJETIVO: Estudiar la respuesta a la relajación mediante el monitoreo de las siguientes variables: CVF, FEV1, PEACK FLOW, SAT de O₂, FC y FR.

MÉTODO: Se monitorizaron la primera y la última sesión de relajación de 14 pacientes neumopatas. La sesión de relajación consistió en un ejercicio combinado de relajación mental y muscular progresivo con la técnica de Jacobson. A cada paciente se realizó una espirometría antes y después del ejercicio y durante el ejercicio se monitoreó la FC y la SAT O₂ con un oxímetro de pulso y clínicamente se evaluó la FR.

RESULTADOS: Se estudiaron 14 pacientes con Dx de EPOC y ASMA, con edad promedio de 57.8 ± 8.4 años, que recibieron en promedio 6 sesiones de relajación. Los valores promedio de la FC y la FR antes de la relajación fueron de 79.8 ± 15 latidos por minuto; y 20.4 ± 2 respiraciones por minuto. Estas dos variables mostraron una disminución durante el ejercicio con los siguientes promedios 75.7 ± 15 y 19.5 ± 7 respectivamente. Posterior al ejercicio de relajación FC fue de 77.5 ± 13 y la FR de 20.2 ± 5. La FVC cambió de 2.32 ± 0.8 a 2.37 ± 1.02 y el FEV1 de 1.44 ± 0.73 a 1.55 ± 0.77 L/min. El cambio observado en la O₂ SAT fue de 89.2 ± 5.07 % antes del ejercicio, 89.2 ± 4.44, durante la relajación, y 90.5 ± 4.4 inmediatamente después del ejercicio. Cambios similares se observaron durante un segundo ejercicio monitorizado.

DISCUSIÓN: En este trabajo se describen los cambios observados en las variables de estado, antes, durante e inmediatamente después de un ejercicio de relajación muscular y mental en un grupo de pacientes neumopatas. Ninguno de estos cambios fue estadísticamente significativo y debido a que no se tuvo control de las variables, estos cambios difícilmente podrían ser considerados como respuesta a la relajación. Por otra parte las variables que seleccionamos no parecen ser los mejores indicadores de respuesta a la relajación. Es necesario estudiar esta respuesta en base a su efecto ya sea en la sensación de bienestar general del paciente o de su estado de ansiedad.

NIVELES URNARIOS DE SEROTONINA EN PACIENTES CON DIVERSOS GRADOS DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA.

RICO-MENDEZ F.G., OCHOA-JIMENEZ LG., MEDRANO-PALACIOS A., MUGICA-BERNANDEZ J.J., TORRES A.F., RENDON-RIVERA L.

DEPARTAMENTO DE NEUMOLOGIA, HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. IMSS.

La serotonina es una sustancia a la cual se le ha relacionado con la presencia de insuficiencia respiratoria, sin embargo, su resultados aún son controversiales. Con la finalidad de dilucidar su participación, se llevó a cabo un estudio prospectivo transversal y observacional en 100 sujetos que se dividieron en cuatro grupos: 1) Sanos, 2) Insuficiencia Respiratoria Aguda (IRA), 3) Insuficiencia Respiratoria Estable y 4) Insuficiencia Respiratoria Crónica Exacerbada. A todos ellos se les cuantificó serotonina por medio de técnicas colorimétricas en un potenciómetro marca Beckman y los datos se analizaron por medio de la "t" de Student, el coeficiente de correlación de Pearson y la Prueba exacta de Fisher's. Nuestros resultados demostraron una relación inversamente proporcional entre la concentración de oxemia y la serotonina en los pacientes agudos ($P < 0.001$) y una relación directamente proporcional en los pacientes agudos y crónicos exacerbados ($P < 0.05$). En ambas situaciones y en casos extremos, es decir, con serotoninas muy altas o muy bajas se observó una mayor mortalidad, por lo que se desprende la posibilidad de que la cuantificación de serotonina pueda ser un factor pronóstico de mortalidad.

Estudio "in vivo" e "in vitro" de la inhibición por la glicina de la glicosilación no enzimática de proteínas en ratas diabéticas

Pedro Zamudio*, Guillermo Carvajal**, Noé Alvarado*, Jaime G. Cruz*, Eneida Juárez Carvajal*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Farmacología Secretaría de Salud.

**Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Departamento de Bioquímica, Instituto Politécnico Nacional.

La hiperglicemia de los pacientes con diabetes mellitus provoca un aumento de la glicosilación no enzimática de las proteínas, que se alteran en sus funciones. Esta es una de las principales causas de los daños crónicos de la diabetes. El aumento de los productos endógenos de glicosilación de proteínas están implicados en el desarrollo acelerado de la arteriosclerosis, de la disfunción renal y de la neuropatía diabética. Este hecho hace que con más frecuencia se use la determinación de la hemoglobina glicosilada, como una marca fiel de la evolución y riesgo de complicaciones de la diabetes mellitus. Se pensó que la administración del aminoácido glicina podría disminuir la presencia de estas complicaciones y desde hace algunos años venimos suplementando con glicina a los enfermos con diabetes mellitus y estudiando en un modelo experimental de rata diabética, los efectos terapéuticos de la glicina. En este trabajo presentamos los resultados "in vivo" e "in vitro" del efecto protector de la glicina contra la formación de productos de glicosilación no enzimática. MÉTODO. Estudio "in vivo" Se utilizó un modelo de rata con diabetes tipo I (usando estreptozotocina). Cinco ratas tratadas con una solución de glicina al 1% "ad libitum", comparadas con cinco ratas no tratadas. Se les aplicó por vía subcutánea 0.01 mCi/kg de peso de glucosa marcada con ^{14}C y se tomó sangre total a las 3, 6, 12, 18 y 24 hs. Se separó el suero y se precipitó con solución saturada de sulfato de amonio al 33%, 45%, 85%, (a estas concentraciones no se precipita la glicina ni la glucosa) el producto fue leído en contador de centelleo. En el experimento "in vitro" se incubó suero total de rata normal, albúmina sérica humana y hemoglobina de rata, con glucosa marcada con ^{14}C , a concentración de 1 μ Ci/ml, usando glucosa no marcada para ajustar su concentración a 4 mg/ml y glicina a la concentración del 1%, se incubó por 72 hs a 37 °C con agitación continua y se precipitó con una solución saturada de sulfato de amonio al 33% 80% y 85%. Se midió en contador de centelleo. RESULTADOS: En los animales tratados se redujo en un 12%, 10% y 20%, la lectura de actividad de glucosa marcada con ^{14}C , correspondiente a la precipitación del 33%, 45% y 85% a las 24 hs de la inyección de la marca. "In vitro" con la presencia de glicina se encontró una disminución de lectura del 22% al 38%. CONCLUSIONES: "in vivo" e "in vitro" la glicina disminuye la presencia de productos de glicosilación no enzimática de proteínas del suero y mejora en esta forma el estado general del enfermo diabético, disminuyendo el riesgo de complicaciones en la diabetes mellitus.

Efecto protector de la glicina en la microalbuminuria de ratas con diabetes tipo I.

Guillermo Carvajal*, Pedro Zamudio*, Noé Alvarado*, Jaime G. Cruz*, Eneida Juárez de Carvajal*

*Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Departamento de Farmacología Secretaría de Salud.

**Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Departamento de Bioquímica Instituto Politécnico Nacional.

Entre las principales causas de muerte del paciente con diabetes mellitus, es la nefropatía, del 15% al 60% de los enfermos diabéticos presentan alteraciones renales. Crónicamente se presenta daño glomerular, como el síndrome de Kimmelstiel-Wilson. Una de las causas de estas complicaciones, es el aumento de la glicosilación no enzimática de las proteínas en los enfermos con hiperglicemia. La determinación de microalbuminuria es una forma temprana de diagnosticar el mal funcionamiento de los riñones, la cual está relacionada directamente con el pronóstico y mortalidad de la diabetes mellitus. Nuestro grupo de trabajo ha venido desarrollando algunos estudios sobre las complicaciones en la diabetes mellitus, en humano como en modelo experimental de rata diabética, así como su tratamiento con el aminoácido glicina, que disminuye la glicosilación no enzimática de proteínas. En este trabajo se muestran los efectos de la glicina sobre la microalbuminuria de ratas diabéticas. MÉTODO: Se estudio la eliminación de albúmina en orina mediante el método de Micral-Test (Boehringer-Mannheim). Los valores 0 mg/l a 10 mg/l son normales para esta método, en 15 ratas diabéticas tratadas con glicina en agua al 1% "ad libitum", comparándolas con 24 ratas no tratadas en las mismas condiciones generales. Las ratas se hicieron diabéticas con estreptozotocina (que provoca una diabetes tipo 1). La edad de los animales fue de 2 meses y con peso entre 180g-215g al inicio del estudio. Las determinaciones se hicieron al comienzo del estudio y cada mes hasta cumplir las 20 semanas. RESULTADOS: A los tres meses de diabetes las ratas presentaron alteraciones en las lecturas de albúmina, las ratas tratadas presentaron a los cinco meses los siguientes resultados: 7 ratas, tenían lectura por debajo 0 mg/l; 5 ratas, 10 mg/l y 3 ratas, 50 mg/l. El grupo no tratado: 2 ratas, 10 mg/ml; 10 ratas, 50 mg/ml y 12 ratas, 100 mg/ml. COMENTARIO Las ratas tratadas con glicina disminuyeron significativamente la eliminación de albúmina mejorando, su función renal.

EMBOLISMO PULMONAR DE REPETICION, ESTUDIO HEMODINAMICO Y OCLUSION DE VENA CAVA INFERIOR POR METODO PERCUTANEO

A) La Rodríguez José, Ramos Cházaro Enrique, Enriquez Reyes Roberto, Hospital Betana y Hospital General de Puebla SS

Introducción: A pesar de la alta incidencia de la Tromboembolia Pulmonar (TEP) en México, esta no se diagnostica siempre o no es posible fundamentarla. En los casos de embolismo pulmonar de repetición se requiere: cateterismo derecho para evaluar la repercusión hemodinámica y precisar diagnóstico de TEP, descartar trastornos de la coagulación, documentar trombosis venosa profunda (TVP) y considerar medidas de oclusión venosa.

Presentación del caso: Mujer de 42 años con antecedente de 2 embarazos con enfermedad vascular hipertensiva, cuadro de TVP y TEP tratado con anticoagulantes, a los 12 meses nuevo episodio motivo de gammagrama venoso y pulmonar reportando defectos de captación compatibles con trombosis venosa distal y 3 defectos subsegmentarios en pulmón izquierdo determinación de proteína S, C, antitrombina III y anticuerpos antifosfolípido negativos, cateterismo derecho sin repercusión hemodinámica y angiografía pulmonar sin defectos en las arterias pulmonares, procediendo a colocar filtro de Greenfield en vena cava inferior previa cavografía; la paciente recibió tratamiento farmacológico con heparinas de alto peso molecular a dosis convencionales y casermanicos.

Discusión: El embolismo pulmonar de repetición es una entidad de difícil diagnóstico y manejo, a pesar del tratamiento farmacológico persistente el riesgo de nuevo embolismo, por lo cual deben considerarse métodos de oclusión venosa quirúrgicos y no quirúrgicos como la colocación de filtros por vía percutánea. La colocación de filtros venosos tiene una menor morbilidad y nos permite realizar cateterismo derecho, angiografía pulmonar y cavografía con lo que se documenta de manera completa el caso.

Conclusiones: Se requiere estudio sistemático en todos los pacientes con sospecha de TVP y TEP sobre todo si tienen factores de riesgo; Es indispensable destacar un trastorno primario de la coagulación en pacientes jóvenes con embolismo de repetición; La interrupción de la vena cava por vía percutánea resulta un método seguro y facilita la realización de angiografía y cateterismo derecho.

MANEJO DE LA ANEMIA SEVERA Y SIRPA EN UN PACIENTE TESTIGO DE JEHOVA

Se presenta el caso de un paciente femenino de 38 años de edad, que ingresó en nuestra Institución posterior a la realización de su tercera cesárea por desproporción cefalopélvica y ruptura prematura de membranas. Durante la cirugía presentó ruptura de útero con protrusión de la placenta, realizándose histerectomía subtotal; durante la operación presentó hemorragia profusa y choque hipovolémico, restituyéndose volumen con cristaloides en cantidades profusas, por razones peligrosas; 48 horas después del evento presentó disnea y empeoramiento de su estado general; a su ingreso se encontró taquicárdica, polipneica e hipotensa.

En base a las condiciones clínicas y gasométricas de la paciente se inicia AMV invasiva en sistema CMV con Hb de 2.1, por lo que se inició manejo con eritropoyetina SC (160 U/kg/dosis subsiguientes de 80 U/kg), además de hierro dextrán IV (dosis total 3,805 mg (56 cc)). Durante el tratamiento la paciente se mantuvo siempre con fracciones inspiradas de O₂ de 100%, disminuyéndose hasta ser decanulada.

Se mantuvieron durante todo el tratamiento, saturaciones de O₂ mayores de 93% a pesar de la Hb baja (2.1 g/dl inicial).

Con el fin de mantener un consumo tisular de O₂ bajo, se indujo hipotermia leve (34-35°C), evitando con estas temperaturas alteraciones del ritmo cardiaco.

El día 25 se inicia protocolo de extubación, encontrándose con un nivel de Hb de 4.7 g; el día 39 se realiza decanulación sin complicaciones.

CONCLUSIONES

La aplicación de eritropoyetina y hierro dextrán aumenta los niveles de Hb de 2.1 a 7 hg/dl, durante dos semanas de aplicación, manteniendo una SaO₂ mayor de 93%, con una evolución satisfactoria, sin afectar las convicciones religiosas de la paciente, lo que permite suponer que la aplicación de estos compuestos puede ser usada en otras situaciones clínicas que cursen con anemia severa.

Durante el tratamiento y una vez concluido, no se observaron en esta paciente reacciones adversas a la aplicación de hierro dextrán y eritropoyetina que han sido reportadas en la literatura.

MAL DE MONTAÑA (REPORTE DE UN CASO)

Ma. Aguilar-Mena, M. R. Izquierdo, M. Sosa Hospital ABC, México, D.F.

INTRODUCCION: El Mal de Montaña es un síndrome que ocurre en personas que ascienden rápidamente a alturas elevadas. Cerca de 30 millones de gente viven en zonas de aproximadamente 3 mil metros sobre el nivel del mar y otros tantos millones viajan de las costas a zonas elevadas. La rapidez con que se asciende y el tiempo de estancia son importantes en el desarrollo del síndrome. La hipoxia secundaria a la baja presión barométrica, ocasiona un incremento en la ventilación minuto, alcalosis periferica, así como un incremento en el flujo cerebral. Hansen y Evans sugirieron que la hipocortía y la hipoxia protegen contra un incremento de la presión del líquido cefalorraquídeo y que la hiperventilación ocasiona una protección en el Mal de Montaña. El aumento de la permeabilidad de la vasculatura pulmonar ocasiona fuga de líquido al espacio intersticial ocasionando edema pulmonar. El síndrome ocurre usualmente dentro de los 3 primeros días del ascenso. Las personas afectadas tienden a ser relativamente jóvenes, físicamente sanas y libres de patologías pulmonar o cardíaca. Los hombres son más comúnmente afectados que las mujeres. Las manifestaciones clínicas son: disnea, fatiga, anorexia, tos al inicio seco posteriormente productiva y/o asetonada y en ocasiones cianosis periférica, taquicardia y puede haber fiebre de 38.5°C. La biometría, con incremento de la hemoglobina y hematocrito, leucocitosis y sola en la causa por lo que se puede confundir con neumonía. La placa de tórax muestra opacidades cónicas que pueden ser bilaterales, puede haber derrame pleural y cardiomegalia así como ramas pulmonares prominentes, las gasometrías con hipoxemia y alcalosis respiratoria.

El electrocardiograma (E.C.G.) con crecimiento del eje derecho, desviación del eje a la derecha, predominio de fuerzas del ventrículo derecho y sobrecarga sistólica.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de Mal de Montaña.
MATERIAL Y METODO: Paciente masculino de 12 años de edad al cual procedió de Estación (Suiza). Tres días anterior a su ingreso al Hospital, arribó a la Ciudad de México (2238 metros sobre el nivel del mar). A las 24 horas de su llegada presentó asenia, anorexia, adinamia, tos seca, cefalea, siendo autmedicado con aspirina y jarabe vaporizante sin mejoría del cuadro. Cuarenta y ocho horas después acude al Hospital donde se encontró taquipneico, con cianosis labial y ungueal, alito nasal y sibilos intercostal, diaforético y taquicárdico, con TA: 140/90, FC: 100, FR: 28, Temp: 38.5°C, los campos pulmonares con presencia de silbancitos y ruidos de grandes burbujas rápidamente progresivos, una cianosis sin sople pero con chapaquillo prototípico, abdomen con borde hepático 3 cm por debajo de reborde costal, pulso rápido e intenso. La biometría con hemoglobina de 17.8, hematocrito de 53, leucocitosis de 20,700 con 67% de neutrófilos. La gasometría con pH 7.56, PO₂ 43.7, PCO₂ 26, SATURACIONAL 85%. E.T.E.K.G. son ritmo sinusal, FC 88 AQRS 120°, PR 0.12, Rar/ra VI y 8 empastada en V2. 8 profunda desde V2 hasta V6.

La tomografía torácica mostró predominio de ramas pulmonares con imágenes cónicas en ambos campos pulmonares. El ecocardiograma no mostró alteraciones estructurales pero sí insuficiencia tricúspida con presión pulmonar por intervalos de 60 mm Hg.

El tratamiento de urgencia se inició con administración de furosemida en bolo 40 mg, así como nitroglicerina en infusión continua a 0.3 mcg/kg min, oxígeno en puntas nasales a 8 l por min y positivamente nebulizaciones al 100%, se administró eritropoyetina sólo por dos días y se siguió la evolución radiológica y ecocardiográfica. A las 48 horas de internamiento se tomó nuevamente ecocardiograma habiendo bajado el PBP (Presión sistólica de arteria pulmonar) a 40 mm Hg. El oxígeno se fue lentamente disminuido y finalmente se retiró posterior al ecocardiograma al igual que la nitroglicerina.

RESULTADOS: El tercer día las estudios reportaron hemoglobina de 16 g/dl, hematocrito de 43.9%, leucocitos de 10,400 y gasometría con pH 7.41, PO₂ de 55 y PCO₂ de 41. Saturación de pulso de 90%. con oxígeno ambiental, dándose alta al día siguiente en nuestro Hospital lugar de servicio médico para una población de 43,000 habitantes. Siendo nuestro Hospital lugar de servicio médico es importante y debe considerarse a la resolución pronta del edema agudo de pulmón así como de la alcalosis respiratoria ya que de no llevarse a cabo el manejo adecuado, el sistema puede evolucionar hasta el edema cerebral de diversos grados.

PRESENTACION CLINICA DE BRONQUIO TRAQUEAL

MA Carballo-Cruz, FJ Cuevas-Schacht, LF Pérez-Fernández, G Arellano-Padilla, JL Ramírez-Figueroa Instituto Nacional de Pediatría, México DF.

Objetivo: conocer el perfil clínico y diagnóstico del paciente con bronquio traqueal (BT).

Diseño: estudio de revisión de casos, retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Material y métodos: se revisaron todos los expedientes clínicos y radiológicos de todos los pacientes con edades de 0-18 años con diagnóstico endoscópico de BT realizado en el servicio de Endoscopia del INP en un periodo de 1971-1993. Se investigó tipo de BT, edad, sexo, manifestación clínica predominante, Rx de tórax, malformaciones congénitas asociadas, indicación de broncoscopia, broncografía, y tratamiento efectuado. **Resultados:** se estudiaron en total 17 pacientes, no hubo predominio de un tipo de BT, las edades oscilaron de 0-14 años, con una media de 1 año. Hubo predominio del sexo masculino con una relación 5:1. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron dificultad respiratoria y tos. Se detectó atelectasia apical derecha en 7 pacientes (41.2%). La indicación de broncoscopia fué atelectasia persistente en 6 pacientes (37.5%). El tratamiento fue resección quirúrgica en 7 pacientes (41.2%) la broncografía correlacionó con la endoscopia en un 80%.

Conclusiones: no existe un perfil de manifestaciones clínicas definido en pacientes con bronquio traqueal, se debe sospechar en presencia de infecciones y atelectasias de repetición del lóbulo superior derecho. El diagnóstico debe ser endoscópico, ya que existen falsas negativas en la broncografía.

INTUBACION POR FIBROSCOPIA EN PEDIATRIA. HR Gil-Díaz, FJ Cuevas-Schacht, LF Pérez-Fernández, MC Sosa, JM Ruiz-Torres. Departamento de Neumología y Cirugía de Torax del Instituto Nacional de Pediatría (INP), México, D.F.

Objetivo: Investigar la frecuencia de intubación endotraqueal por fibroscopia (IEFC) en pacientes pediátricos con diagnóstico de vía aérea difícil (VAD). Diagnóstico más frecuente de VAD, técnicas y éxito de la IEFC.

Diseño: Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** Se revisaron 29 expedientes clínicos de pacientes pediátricos con VAD sometidos a IEFC, Instituto Nacional de Pediatría, marzo 1994 a febrero 1996. Mediciones: sexo, edad, peso, diagnóstico de VAD, técnicas y éxito de la IEFC.

Resultados: 9,904 pacientes requirieron intubación endotraqueal para manejo anestésico. En 35 pacientes (0.35%) por IEFC, 22 correspondieron al sexo masculino (62%) y el promedio de edad, 7.2 años. En el diagnóstico de VAD, la orofaringe se involucró en el 97.2%. Catorce pacientes (40%) por micrognatia, once (31.4%) con anquilosis temporomaxilar, cuatro (11.4%) tumores, dos (5.8%) secuelas de quemaduras, dos (5.8%) combinados, uno (2.8%) macroglosia. La técnica de IEFC sistemática naso o bucotraqueal, la más empleada con 71.5% (25 pacientes) y 22.8% (8 pacientes), respectivamente. En solo dos pacientes fueron utilizadas otras técnicas. En seis pacientes (17%) la IEFC se logró en 2 ó 6 mas intentos. Fracasó en dos pacientes (5.7%).

Conclusiones: La frecuencia de la IEFC de la VAD pediátrica fue menor del 1%. Los diagnósticos de VAD mas frecuentes: micrognatia y anquilosis de la articulación temporomaxilar (40 y 31%), respectivamente. La técnica de IEFC mas utilizada fue la sistemática naso o bucotraqueal (94.3%). El éxito de este procedimiento fue del (94.3%).

Índice analítico *

A

acidosis respiratoria; 4c
actinomicetos; 17b
actinomicosis pulmonar; 17c
adenocarcinoma; 20b
adenosindesaminasa; 1c, 25b
adenovirus; 16c
Aeckerman, tumor de; 21c
agenesia de la arteria pulmonar; 13c
alveolitis alérgica extrínseca; 14b
alveolitis fibrosante; 15b
aminofilina; 4a
anemia; 31a
anestesia; 9d
anticuerpos anti-pANCA; 15c
antígenos virales; 18b
antitrombina; 19d
APACHE II; 26d
apnea obstructiva del sueño; 28c
apoptosis; 19c
arteria pulmonar, agenesia de la; 13c
asma; 4b, 4c, 5a, 5c, 29d
auto-PEEP; 26b, 28b

B

bacterias, lisado de; 19a
bioimpedancia eléctrica transtorácica; 23d
biopsia bronquial; 23a
biopsia pleural; 1c, 25b
biopsia transbronquial; 24c
broncoscopia; 13b, 23a, 24c, 25c, 31a
broncospasmo; 4a
bronquio traqueal; 31c
bronquiolitis obliterante; 18a
bronquitis crónica, exacerbación de la; 18d, 19b
bulectomía; 7c

C

calcio; 29a
caminata, prueba de; 23c
cáncer; 25b, 27c
cáncer broncogénico; 20c, 21a, 23a
cáncer pulmonar; 19d, 20a, 21a, 24d
captopril; 11c
carbacol; 29a

cardiopatía; 26c
cardiopatía congénita; 11a, 11b, 11c, 12d
cavitación pulmonar; 17b
cepillado bronquial; 23a
cirugía cardiovascular; 11a
cirugía videoasistida; 7d
citocinas; 1a
coccidioidomicosis; 17d
colágena; 14a, 22d, 29b
colagenasa; 29b
colagenolítica, actividad; 14a
comunicación interauricular; 11a, 11b
conducto arterioso, persistencia del; 11a, 11b, 11c, 13a
contaminación atmosférica; 5c, 6a, 6c
CPAP nasal; 28c
Cryptococcus neoformans; 17a
Cuidados Intensivos; 26a, 28a

D

daño alveolar difuso; 14d
deciduosidad pulmonar; 15b
decorticación pleural; 9a, 20b
derrame pleural; 1c, 1d, 20b, 25b
diabetes mellitus; 3c, 30b, 30c
difteroides, bacterias; 5d
difusión de monóxido de carbono; 24d
digestivo, sangrado de tubo; 28a
displasia broncopulmonar; 12c, 13a
DNasa; 19c

E

Echinococcus granulosus; 12a
edema agudo pulmonar; 23d, 31b
ejercicio, prueba de; 5b, 25a
embarazo y neumopatía; 15b
embolismo pulmonar; 30d
empiema; 8d, 9a
endonucleasa; 19c
endoscopia; 13a
enfermedad pulmonar venooclusiva; 13c
eosinofilia; 9b
epiplón; 8d
EPOC; 23c, 29d
eritropoyetina; 31a
Escherichia coli; 13d

* La letra que sigue al número de página es la posición del resumen en esa página (a=arriba izquierda, b=abajo izquierda, c=arriba derecha, d=abajo derecha).

escleroderma cutánea limitada; 15c
 esclerodermia; 14c, 15a
 esófago; 10c
 espirometría; 29c
 estafilococo; 19b
 estenosis traqueal; 9c, 9d, 10a, 10b
 estreptomycin; 3b
 estreptozotocina; 30b, 30c
 estrés; 7a
 exhalación, sistemas de, en ventiladores; 28b
 extubación; 27d

F

factor de crecimiento para fibroblastos; 29b
 férula endotraqueal; 9c
 fibroblastos; 19d, 29b
 fibrobroncoscopia; 19b, 20c, 24b, 31d
 fibrosis pulmonar; 14b, 14c, 15a
 fibrosis quística; 13d
 fístula broncopleurales; 8d
 fístula traqueoesofágica; 10c
 fuga aérea; 7c
 furosemide; 4a, 31b

G

gasto cardiaco; 24a
 geriatría; 19b
 glicina; 16d, 30b, 30c
 glomangiomatosis endobronquial; 22a
 Goodpasture, síndrome de; 15d
 granuloma eosinofílico; 16a
 Greenfield, filtro de; 30d

H

Haemophilus influenzae; 19b
 Hamman y Rich, síndrome de; 14d
 hemorragia alveolar difusa; 15c
 heparina; 29b
 hidatidosis; 8c, 12a
 hierro dextrán; 31a
 hiperreactividad de las vías aéreas; 5b, 6a
 hipertensión pulmonar; 11b
 hipoplasia pulmonar; 13c
 hipoventilación; 4c
 hirudina; 19d
 histamina; 29a
 histiocitosis X; 16a
 Holt Oram, síndrome de; 12d

I

IgA secretora; 18c
 infección respiratoria; 19b

inmunidad celular; 18d
 inmunidad humoral; 18d
 inositol, fosfatos de; 29a
 insuficiencia respiratoria; 4c, 25a, 26c, 30a
 interferón; 16c
 intersticial, enfermedad; 24d
 intubación endotraqueal; 31d
 ipratropio, bromuro de; 4d
 isoniácida; 2c

K

ketorolaco; 28a

L

laringe, carcinoma verrucoso de; 21c
 laringe, condromixoma de; 21d
 laringoscopia de suspensión; 10d
 láser, rayo; 8a, 9d, 10b, 10d
 lavado broncoalveolar; 13d, 19d
 lavado bronquial; 23a
 linfocitos; 1a, 25b
 lipófagos; 28d
 lisado bacteriano; 19a
 lobectomía; 28d

M

macrófagos; 16a
 malformación broncopulmonar; 12d
 malla de teflón; 7c
 marcadores de polimorfismo; 2a
 matriz extracelular; 29b
 mediastino; 21b, 22c, 22d
 mesotelioma; 20b, 20d
 metacolina, prueba de provocación con; 5b
 metástasis endobronquial; 8a, 24b
 metástasis pulmonares; 19d
 metilprednisolona; 14b
 micosis ósea; 17d
 micosis pulmonar; 17d
 microalbuminuria; 30c
 monóxido de carbono, difusión de; 24d
 montaña, mal de; 31b
 Montgomery, cánula de; 9c

N

nariz, flora de la; 5d
 neumococo; 19b
 neumonectomía; 8d
 neumonía intersticial aguda; 14d
 neumonía lipídica; 28d
 neumatosis intersticial, y embarazo; 15b
 neutrófilos; 25b



nitroglicerina; 11c, 31b
 Nocardia asteroides; 17b
 nocardiosis pulmonar; 17b

O

ofloxacina; 2b
 ozono; 6a, 6b

P

paquipleuritis; 8d
 PEEP, auto-; 26b, 28b
 pericárdica, ventana; 11d
 piel cabelluda; 17b
 pleura, engrosamiento de la; 17b
 pleura, tuberculosis de la; 1d
 polimerasa, reacción en cadena de la; 20a
 polimorfismo, en M. tuberculosis; 2a
 proteinosis alveolar; 17a
 prueba de provocación, con ejercicio; 5b
 prueba de provocación, con metacolina; 5b
 Pseudomonas; 8d
 Pseudomonas aeruginosa; 13d
 Pseudomonas cepacia; 13d
 pseudotumor fibroso calcificado; 22d

Q

quinolonas; 2b
 quiste hidatídico; 8c, 12a

R

referencia, valores de; 29c
 relajación, técnica de; 29d
 resistencia a medicamentos; 2b, 2c, 2d, 3a, 20a
 resistencia de las vías aéreas; 5d
 retratamiento antifímico; 2b
 rifampicina; 2c
 RNAt; 16c

S

salbutamol; 4d
 sangrado de tubo digestivo; 28a
 schwannoma torácico; 22c
 secuestro pulmonar; 12d
 seminoma; 21b
 serotonina; 30a
 SIDA; 16d
 síndrome de Goodpasture; 15d
 síndrome de Hamman y Rich; 14d
 síndrome de Holt Oram; 12d
 síndrome de Steven Johnson; 3b
 síndrome de supuración pulmonar; 17b
 SIRPA, cáncer y; 27c

sistema nervioso central; 17b
 Staphylococcus aureus; 13d
 Staphylococcus epidermidis; 5d
 Steven Johnson, síndrome de; 3b
 sueño, apnea obstructiva del; 28c
 supuración, síndrome de; 17b
 sustancia P; 6a, 14a

T

tabaquismo; 6d, 7a
 teflón, malla de; 7c
 Terapia Intensiva; 13b
 termodilución; 24a
 timo, tumores de; 22b
 tolerancia; 6a, 28c
 tomografía axial computada; 20c
 tomografía axial helicoidal; 20c
 tomografía computada de alta resolución 15a
 topoisomerasa; 14c
 toracoscopia; 9a
 toracotomía; 21b
 trabajo respiratorio; 27a
 tráquea, bronquio en; 31c
 tráquea, dilatación de la; 9c
 tráquea, estenosis de la; 9c, 9d, 10a, 10b
 traqueoplastia; 9c
 trasplante, infección pulmonar en; 8b, 9b
 trasplante, rechazo agudo de; 8b, 9b
 trimetoprim-sulfametoxazol; 17b
 trombina; 19d
 tromboembolia pulmonar; 30d
 trombosis venosa; 13c
 tuberculosis; 1a, 1b, 2b, 2c, 2d, 3a, 3b, 3c, 3d, 25b
 tuberculosis pleural; 1d
 tumores bronquiales (véase también cáncer) 20c, 24b
 tumores endobronquiales; 10d

V

vena cava inferior; 30d
 ventilación mecánica; 26c, 27a, 27d
 ventilación mecánica, retiro de la; 27b
 ventilación rápida superficial; 27a
 ventiladores mecánicos; 26b, 28b
 vertebral, columna; 12b, 17c
 vías aéreas, hiperreactividad de las; 6a
 vías aéreas, resistencia de las; 5d
 VIH; 16d
 virus, antígenos de; 18b
 virus del herpes simple; 16c
 virus del sarampión; 18b
 virus sincitial respiratorio; 16c, 18b

Indice de autores

A

About, Raja T; 24
Aguilar-Mena, María Elena; 11, 31
Alasaly, Kadria; 24
Alcázar-Leyva, Susana; 16, 19
Alonso, Patricia; 17
Alva-Y Pérez, José Luis; 2
Alvarado-Diez, Miguel Angel; 13
Alvarado-Vásquez, Noé; 16, 19, 30
Alvarez-Balbas, Luis; 18, 19
Amador, José Antonio; 2
Ancieta-Nava, María Bernarda; 13
Andrade-Ortega, Lilia; 15
Angeles-Sánchez, Lorena; 14
Anleu, G A; 31
Aranda-López, Ana Rosa; 12, 13, 28
Arellano-Padilla, Gabriela; 31
Aristi-Urista, Gerardo; 15
Arriaga-Calva, Roxana; 21
Ayala-Rodríguez, José; 10, 21, 22, 30
Azcona-Martínez, Emilio; 1

B

Balandrano, Susana; 2
Bañales-Méndez, José Luis; 1, 25
Barrera-Rodríguez, Raúl; 20
Bautista-Bautista, Edgar; 27
Bazán-Perkins, Blanca Margarita; 29
Becerril-Berrocal, Carina; 14, 29
Bosques, Francisco; 28
Báez-Saldaña, Renata; 1, 25
Burns, David M; 26, 28

C

Cabrera-Muñoz, Lourdes; 8
Camarillo-Juárez, Felipe; 12
Campos-Lara, María G; 6, 29
Cantú, Olga; 1
Cantú-Díaz, Felipe; 5
Carballo-Cruz, Martín Arturo; 25, 31
Carrillo-Rodríguez, Guillermo; 14, 25
Carvajal-Salinas, Verónica Estela; 29
Carvajal-Sandoval, Guillermo; 16, 30
Castillo-Camacho, Alfredo; 3, 10
Caudillo, Enriqueta; 13
Ceara-Gómez, José Luis; 16, 31

Cedillo-Acosta, P; 6
Cevallos-Espinar, Stenio; 24, 26, 27
Chapela-Mendoza, Rocío; 14
Chavarría-Martínez, Uriel; 8, 9, 26, 28
Chavolla, Rogelio; 10
Chay-Esquivel, Leticia; 2
Cicero-Sabido, Raúl; 2, 3, 8, 10, 12, 17, 18, 20, 24, 26
Contreras-Paredes, Adriana; 19
Corona-Hernández, Ma de los Angeles; 9, 10
Correa-Acevedo, Elma; 19, 20, 22
Cortez-Mejía, César; 26
Criales, José Luis; 20
Cruz-Lobo, Jaime; 16, 30
Cuadra-Cuadra, Jorge; 25
Cueto-Robledo, Guillermo; 17, 18
Cuevas-Schacht, Francisco; 13, 25, 31
Córdoba-Ponce, Ma del Pilar; 7

D

De Buen, Nuria; 6
De la Escosura, Gabriel; 17, 26
De León-González, Maximiliano; 4
Domínguez-Flores, María Eugenia; 29
Duarte, Reyna; 17
Díaz-Mejía, Guillermo; 4
Díaz-Rodríguez, Manuel; 28

E

Elinos-Báez, Carmen; 1
Elizalde-González, José J; 23, 24, 26, 27
Enríquez-Reyes, Roberto; 10, 21, 30
Envila-Fisher, Raúl; 24
Escobedo, Laura E; 17
Escobedo-Sánchez, M Dante; 9, 23
Espinosa-Pérez, José Luis; 18, 19
Espitia, Clara; 2
Estrada-Estrada, Pascual; 10, 21

F

Fernández, Marco Antonio; 26
Flores-Aréchiga, Amador; 1, 3
Flores-Flores, Guillermo; 20
Fuentes-Mattos, Rafael; 20, 22

G

García, R; 31

García-Cárdenas, Gustavo; 9
 García-De la Torre, Ignacio; 15
 García-De León, Mario Seoane; 31
 García-León, Felipe de Jesús; 14
 García-Sainz, Adolfo; 29
 García-Salazar, Jorge; 10, 21, 22
 García-Toral, René; 3, 10
 Garza-Cantú, Juan; 24
 Gavito-De la Torre, María del Carmen; 11, 29
 Gil-Díaz, Héctor R; 13, 25, 31
 Gómez-Camero, Federico Alonso; 18, 19
 González, Eva; 3
 González, Juan; 1
 González, Pedro Mario; 15
 González-Arista, Jorge; 27
 González-Avila, Georgina; 25
 González-Blanco, María de Jesús; 21, 22
 González-Cabello, Héctor; 13
 González-Ortiz, Beatriz; 13
 González-Romero, Angel; 5
 Granillo-Juvenal, Franco; 23, 24, 26, 27
 Green-Schneewiss, León; 19, 20, 22
 Grupo de Estudio del Asma en el Niño; 4

H

Hanssen-Villegas, D; 6
 Hernández, Alejandro; 17
 Hernández, Isidro; 12, 28
 Hernández, Jorge; 15
 Hernández, U G; 31
 Hernández-Rodríguez, Norma Alicia; 19
 Herrera-Azcona, Carlos; 5
 Herrera-Kiengelher, Loredmy; 6
 Hidalgo-Laffaurie, Gladys; 18
 Hiller, Charles; 26
 Huizar-Hernández, Víctor; 19

I

Ibarra-Villarreal, D; 2

J

Jacobson, Kathy; 26, 28
 Jamieson, S W; 8, 9
 Johnson, Wayne; 26, 28
 Juárez, María Elena; 3
 Juárez-De Carvajal, Enequina; 16, 30
 Juárez-Martín, Pablo; 15

K

Kapelanski, David P; 8, 9
 Kinninger, Katie; 26, 28
 Kriett, Jolene M; 8, 9

L

Labastida-Bautista, Miguel Angel; 4
 Ledesma-Ramírez, Ma Rosario Patricia; 9, 11, 12
 León-Munguía, Lilia Elena; 23
 Lizardi-García, Domingo; 15
 Llacas, Jorge; 1, 3
 Loera-Ramírez, Mayra Ofelia; 5
 Lorenzo, José ; 20
 López de Lara, Agustín; 5
 López, D; 7
 López, Sergio; 17, 18
 López-Carbajal, Beatriz; 8
 López-Cavazos, Adriana; 21
 López-Espinosa, Guillermo; 11
 López-Estupiñán, Sergio; 20
 López-Flores, Diana; 10, 11
 López-Luna, José de Jesús; 14
 López-Martínez, Rubén; 17
 López-Mora, Gerardo Enrique; 27

M

Macías, Marina; 29
 Madrid-Marina, Vicente; 20
 Maldonado-Ortiz, Abel; 27
 Mancilla-Jiménez, R; 1
 Manjarrez-Zavala, Ma Eugenia; 16, 18
 Maraboto-Millán, José Antonio; 4, 5
 Marín, Juan Carlos; 12, 28
 Martínez, Irma; 28
 Martínez, Natalia; 4
 Martínez-Cordero, Erasmo; 14, 15
 Martínez-de Alva Córdova, Héctor; 11
 Martínez-Rossier, Luis Alberto; 1, 2
 Martínez-Segura, Juan Antonio; 3
 Martínez-Sosa, Cristina; 13
 Martínez-Sánchez, Jesús; 23, 24, 26, 27
 Massey-Reynaud, Luis Felipe; 18, 19
 Medina-Jiménez, Ruth; 3
 Medina-Morales, Frumencio; 20
 Medina-Niembro, Rebeca; 24, 27
 Medrano-Palacios, Alfredo; 30
 Mejía-Alfaro, Roberto; 4, 23, 25, 29
 Mejía-Avila, Mayra; 14
 Melchor-Baltazar, Angeles; 20
 Mendoza-Martínez, Ma de los Angeles; 14
 Mendoza-Topete, Luz Audina; 15
 Meneses-Flores, M; 6
 Mercado-Longoria, Roberto; 1, 28
 Molina-Barrera, Ernesto A; 7, 10
 Montalvo, H; 12
 Montaña-Ramírez, Luis M; 6, 14, 29
 Montaña-Ramírez, Martha; 14, 29



Montenegro-Liendo, Abelardo; 24, 27
 Morales-Gómez, José; 3, 7, 9, 10, 11, 12, 23
 Morales-Salgado, Verónica; 20
 Morán-Mendoza, Onofre; 24, 29
 Márquez-Enríquez, Luis Miguel; 13
 Méndez, Fernando; 2
 Méndez-Guerra, Mónica; 6
 Mugica-Hernández, José de Jesús; 5, 18, 19, 30
 Muñoz-Hernández, Bertha; 17
 Múzquiz-Barrera, Guadalupe; 4

N

Narváez-Porras, Octavio; 14, 31
 Nava, Arnulfo; 25
 Navarro-Reynoso, Francisco; 8, 10, 12, 24
 Negrete-García, Ma Cristina; 14
 Niebla-Alvarez, Benito; 3, 7, 10
 Nolan, Kirkland; 26
 Novelo-Retana, Virginia; 14, 15

O

Ochoa-Jiménez, Luis Gerardo; 18, 30
 Oliva-Roa, Susana Margarita; 11, 12
 Olivares-Castañón, Rocío; 17
 Olivares-Torres, Carlos Alberto; 7, 10, 11
 Olvera-Castillo, Romualdo; 4
 Olvera-López, J Martín; 14

P

Padilla-Trejo, Alejandro; 14
 Pardo-Semo, Annie; 14, 29
 Perricone, T; 8, 9
 Pérez, Alfredo; 17, 18
 Pérez-Fernández, Lorenzo F; 13, 25, 31
 Pérez-Guzmán, Carlos; 1, 2, 16
 Pérez-Neria, J; 6
 Pérez-Padilla, Rogelio; 23, 25
 Pérez-Romo, Alfredo; 8, 12, 20

Q

Quintero, Patricia; 29
 Quiroz-Rosales, Hilario; 1

R

R-Juárez, María Dolores; 2
 Ramos-Abraham, Carlos; 14, 29
 Ramos-Chazaro, Enrique; 30
 Ramos-Sandoval, Francisco; 12
 Ramírez, Jorge Luis; 12, 13, 28
 Ramírez-Casanova, M Ernestina; 2, 3, 20
 Ramírez-Figueroa, Jorge Luis; 8, 12, 13, 31
 Ramírez-Gutiérrez, Raúl; 5

Ramírez-Rangel, Remedios; 29
 Ramírez-Venegas, Alejandra; 14, 23
 Rendón, Leticia; 28
 Rendón-Pérez, Luis Adrián; 1, 3, 26, 28
 Rendón-Rivera, Leticia; 18, 19
 Rentería, Natividad; 15, 17
 Reveles, L; 31
 Rico-Méndez, Favio Gerardo; 5, 18, 19, 22, 30
 Rijlaarsdam, María; 31
 Rivera-Martínez, Eduardo; 17
 Rodríguez-Armendáriz, Martha Cecilia; 7, 9
 Rodríguez-Filigrana, Sergio; 16
 Rojas, Margarita; 25
 Rojas-Peña, Luis; 8
 Rojas-Ramos, M; 6
 Romero, Laura; 6
 Romero, Mónica; 17, 18
 Romero-Mejía, César; 11
 Rosas-Medina, Patricia; 19
 Rosete-Olvera, Dora P; 18
 Rueda-Villalpando, José Pablo; 11
 Ruiz-Piña, Víctor; 22
 Ruiz-Torres, Juan Manuel; 13, 25, 31

S

Sada-Díaz, Eduardo; 17
 Salas, Enrique; 7, 9
 Salas-Hernández, Jorge; 14, 29
 Salazar-Flores, Margarita; 14
 Salazar-Lezama, Miguel Angel; 1, 25
 San Juan-Hernández, Patricia; 17
 Sansores-Martínez, Raúl; 4, 6, 7, 14, 17, 23, 25, 29
 Santiago-Cruz, Julio; 16, 18
 Schcolnik-Corral, Morris; 7, 9
 Selman-Lama, Moisés; 14, 29
 Serna, H I; 16, 31
 Sienra-Monge, Juan José; 4
 Siordia, Georgina; 12, 13
 Smith, Cecilia M; 8, 9
 Sommer, Betina; 6
 Sosa-Martínez, Cristina; 31
 Sotelo, Rita; 20
 Sánchez-Guzmán, Mariano; 1
 Sánchez-Juárez, Arturo; 18, 19
 Sánchez-Romero, Candelaria; 4, 17, 23, 25
 Suárez-Suárez, Julián P; 22

T

Tapia, Fabiola; 15, 24
 Tapia-Mendoza, Fabiola; 8
 Téllez-Becerra, José Luis; 3, 7, 9, 10, 12
 Téllez-Bernal, Eduardo; 21, 22

Torres, A F Rendón-Rivera, Leticia; 30
 Torres, Esteban; 18
 Torres-Cruz, Alfredo; 1, 2, 16
 Torres-Ramírez, Gloria Eugenia; 4, 5

U

Uribe-Uribe, Norma; 15
 Urueta-Robledo, Juan; 1, 2

V

Vargas, Mario H; 4, 6
 Vega-Bustos, Martín; 23, 27
 Velarde-Mora, Héctor Joel; 15, 21
 Velásquez-Córdova, Juan Luis; 8
 Velázquez-Sámano, Guillermo; 3
 Vera-Canelo, Manuel; 8, 12
 Villagrán-Guzmán, Ma Eugenia; 9, 10
 Villalba-Caloca, Jaime; 3, 7, 10, 11, 12, 29

Villalpando-Canchola, Ricardo; 8, 12, 13
 Villarreal-Velarde, Héctor; 1, 2
 Villegas-Elizondo, José Felipe; 3
 Vázquez-Del Mercado, Mónica; 15

W

Walls, Robert; 26

Y

Y. Furuya-Meguro, María Elena; 12, 13, 28
 Yáñez-López, José Juan; 23, 26, 27

Z

Zamora, Jesús Sotelo, Rita; 22
 Zamudio-Cortés, Pedro; 16, 19, 30
 Zenteno-Galindo, Edgar; 19
 Zúñiga-Cortés, Gabriela; 20
 Zúñiga-Vázquez, Guillermo; 8, 12, 13, 28



LA SECRETARÍA DE SALUD, EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
 Y LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL JUÁREZ, S.C.



INVITAN AL:

I CONGRESO MÉDICO-QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

(del 19 al 23 de agosto de 1996)

Sede: Hospital Juárez de México, S.S.

- Cursos teórico-prácticos*
- Simposia*
- Conferencias magistrales*
- Talleres*
- Cursos de actualización*
- Videos*
- Mesas redondas*

Dr. César Vargas Martínez
 Director General
 Hospital Juárez de México, S.S.

Dr. Heriberto Pérez Terrazas
 Director Médico
 Hospital Juárez de México, S.S.

Dr. Aquiles Ayala Ruiz
 Director de Investigación y Enseñanza
 Hospital Juárez de México, S.S.

Dr. Ulises Rodríguez Wong
 Presidente

Dr. Javier García Álvarez
 Coordinador General

Costo Congreso: Residentes \$ 150.00 Médicos especialistas y generales \$ 250.00 Socios activos Sin costo

INFORMES E INSCRIPCIONES
 SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL HOSPITAL JUAREZ, S.C.
 Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Deleg. Gustavo A. Madero, México, D.F.
 Tels.: Conmutador 747-75-60 al 69 Exts. 322 y 324. Tele-fax 747-76-11.

CALENDARIO GENERAL DE EVENTOS MEDICOS

Lista parcial. Un servicio de Ediciones Obsidiana para la profesión médica
Para que su evento aparezca en este calendario, basta que envíe la información al fax 689-65-45
a la atención de CALENDARIO. Todas las especialidades y todos los eventos son bienvenidos.

Marzo 1996

Días: 2, 9, 16, 23 y 30
Horario: 8 a 14 h.
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Curso Sabatino
ACTUALIZACION EN MEDICINA
INTERNA PARA MEDICOS
GENERALES
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A.C.
Sede: Auditorio A. Ayala
González, Hosp. General de
México, Dr. Balmis 148, Col
Doctores, 06720 México, D. F.
Informes: AMIM, Tel: 5795489
Fax: 6960982

Días: 2 al 30 Sábados
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Curso
MEDICINA INTERNA PARA EL
MEDICO GENERAL
Patrocina: INER Costo: \$ 150.00
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias, Calz.
de Tlalpan 4502, Col. Sección
XVI, 14082, México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Días: 3 al 7
Especialidad: *Inmunología*
Evento: IV Congreso
Latinoamericano, XII Mexicano de
Inmunología
Patrocina: Asoc. Latinoamericana
de Inmunología y Soc. Mex. de
Imun
Costo: Miembros ALAI, SMI, AAI
US\$ 325, Otros US\$ 325
Sede: Teatro Calderón, Zacatecas,
Zac.
Informes: ALAI Ethel García la
Torre, Tel.: 5272270
Fax: 3995224

Días: 4 de marzo a 30 de agosto
Especialidad: *Fisiología*
Evento: Diplomado Fisiología
Respiratoria
Patrocina: INER
Costo: \$ 1,000.00
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias, Calz.
de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI,
14080, México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Días: 6 al 8
Especialidad: *Neumología*
Evento: Curso Teórico-Práctico
BRONCOSCOPÍA Y
ENDOSCOPÍA TORACICA
Patrocina: INER
Costo: \$ 250.00
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias, Calz.
de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI,
14082, México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Días: 14 a 18
Especialidad: *Dermatología*
Evento: Curso Anual
TERAPEUTICA
DERMATOLOGICA
Patrocina: Academia
Mexicana de Dermatología, A.C.
Sede: Hotel Royal Padregal,
México, D. F.
Informes: Srta. Elvia Ruiz,
Tel.: 2110173
Ext. 25823

Días: 14 al 16
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: XIV Curso de
Actualización en
Gastroenterología
Patrocina: Sociedad de
Gastroenterología de Coahuila,
Torreón, Coah.
Informes: Srta. Silvia González
Tel. 2769859 Fax: 5531711

Días: 14 al 16
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso HIGADO Y
PANCREAS
Patrocina: Sociedad de
Gastroenterología del Edo. de
Michoacán, Morelia, Mich.
Informes: Srta. Silvia González
Tel. 2769855 Fax: 5531711

Días: 22 al 23
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso ACTUALIDADES
EN GASTROENTEROLOGIA
Patrocina: Sociedad de
Gastroenterología del Edo. de
Michoacán, Zamora, Mich.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2767855 Fax: 5531711

Días: 27 Horario: 20-21 30 hrs.
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Sesión Mensual
GENETICA MOLECULAR
Y CANCER
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A.C.
Sede: Auditorio B. Sepúlveda,
Hosp. de Esp. CMN Siglo XXI,
Av. Cuauhtémoc 330, Col.
Doctores, 06720, México, D. F.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Abril

Días: 12 a 13
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Congreso
CONSENSO SOBRE HEPATITIS
Patrocina: Asociación Mexicana
de Gastroenterología
México, D. F.
Informes: AMG, Srta. Silvia
González
Tel.: 2767855
Fax: 5531711

Días: 18, 19 y 20
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Cursos Regionales
ACTUALIZACION EN MEDICINA
INTERNA
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A.C.
Cd. Obregón, Son.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Días: 18 a 20
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso EL ABC DE LOS
CULTIVOS CELULARES
Patrocina: Instituto Nacional de la
Nutrición y UAM, México, D. F.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2767855 Fax: 5531711

Días: 20
Especialidad: *Dermatología*
Evento: Sesión Mensual
Patrocina: Academia Mexicana de
Dermatología, A.C.
Sede: Pendiente

Informes: Srta. Elvia Ruiz
Tel.: 2110173 25623

Días: 24 Horario: 20-21:30 h.
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Sesión Mensual
NUEVOS METODOS DE
DIAGNOSTICO EN MEDICINA
INTERNA
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A. C.
Sede: Auditorio B. Sepúlveda,
Hosp. de Esp. CMN Siglo XXI, Av.
Cuauhtémoc 330, Col. Doctores,
06720, México, D. F.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Días: 25
Especialidad: *Neumología*
Evento: TALLER DE
TABAQUISMO
Patrocina: INER
Costo: \$ 100.00
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias, Calz.
de Tlalpan 4502, Col. Sección XVI,
14082, México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Mayo

Días: 16 a 18
Especialidad: *Dermatología*
Evento: Curso COSMIATRIA
Patrocina: Academia Mexicana de
Dermatología, A.C.
Sede: Hotel Royal Padregal,
México, D. F.
Informes: Srta. Elvia Ruiz
Tel.: 2110173, 25623

Días: 17 a 18
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso URGENCIAS EN
GASTROENTEROLOGIA
Patrocina: Sociedad de
Gastroenterología del Edo. de
Michoacán, Morelia, Mich.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2767855
Fax: 5531711

Días: 23, 24 y 25
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Cursos Regionales
ACTUALIZACION EN MEDICINA
INTERNA
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A.C.
Acapulco, Gro.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Días: 26 a 27
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso Regional
PANCREAS
Tampico, Tamps.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2767855 Fax: 5531711

Días: 28 Horario: 20-21.30 hrs.
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Sesión Mensual
INFECCION Y ATEROGENESIS
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A.C.
Sede: Auditorio B. Sepúlveda
Hosp. de Esp. CMN Siglo XXI, Av.
Cuauhtémoc 330, Col. Doctores,
06720, México, D. F.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Días: 31
Especialidad: *Neumología*
Evento: DIA MUNDIAL SIN
FUMAR
Patrocina: INER
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias,
Calz. de Tlalpan 4502,
Col. Sección XVI, 14082,
México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Junio

Días: 3 al 7
Especialidad: *Neumología*
Evento: Curso-Taller
INVESTIGACION SOCIAL
Patrocina: INER
Costo: \$ 100.00
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias,
Calz. de Tlalpan 4502,
Col. Sección XVI,
14082, México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Días: 5 al 7
Especialidad: *Neumología*
Evento: VIII REUNION DE
TRABAJO SOCIAL
Patrocina: INER
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias,
Calz. de Tlalpan 4502,
Col. Sección XVI, 14082,
México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Días: 6 al 8
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Reunión Internacional
HEPATOLOGIA
Patrocina: Asociación Mexicana
de Hepatología
México, D. F.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2867855 Fax: 5531711

Días: 15
Especialidad: *Dermatología*
Evento: Sesión Mensual
CONFERENCIA
Patrocina: Academia Mexicana de
Dermatología, A.C.
Sede: Pendiente
Informes: Srta. Elvia Ruiz
Tel.: 2110173 25623

Días: 21 a 23
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Reunión Regional del Sur
Patrocina: Asociación Mexicana
de Gastroenterología
Veracruz, Ver.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2867855 Fax: 5531711

Días: 28 Horario: 20-21:30 h.
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Sesión Mensual
LA TERAPEUTICA IDEAL DE LA
ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA
Patrocina: Asociación de
Medicina Interna de México, A. C.
Sede: Auditorio B. Sepúlveda,
Hosp. de Esp. CMN Siglo XXI,
Av. Cuauhtémoc No. 330,
Col. Doctores, 06720,
México, D. F.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Julio

Días: 1 a 5
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso
ACTUALIDADES EN MEDICINA
Y CIRUGIA DEL APARATO
DIGESTIVO
Sede: Centro Médico Nacional 20
de Noviembre, México, D. F.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2867855 Fax: 5531711

Días: 3, 4, 5 y 8
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Curso Internacional de
Medicina Interna
Temas: Vanos
Patrocina: Asociación Mexicana
de Medicina Interna, A.C
Sede: Unidad de Congresos
Dr. I. Morones, CMN Siglo XXI,
Av. Cuauhtémoc 330,
Col. Doctores, 06720,
México, D. F.
Informes: AMIM, Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Días: 3 al 8
Especialidad: *Neumología*
Evento: IV Curso-Taller
REHABILITACION
RESPIRATORIA INTEGRAL
Patrocina: INER
Costo: \$ 100.00
Sede: Instituto Nacional de
Enfermedades Respiratorias,
Calz. de Tlalpan 4502,
Col. Sección XVI,
14082, México, D. F.
Informes: Lic. Beatriz Cruz Valdez
Tel.: 6663187 Directo

Días: 20
Especialidad: *Dermatología*
Evento: Sesión Mensual
TRABAJOS DE INGRESO
Patrocina: Academia Mexicana
de Dermatología, A.C.,
Sede: Pendiente
Informes: Srta. Elvia Ruiz
Tel.: 2110173 25623

Días: 24 a 28
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso
ACTUALIZACION Y
CONTROVERSIAS EN
GASTROENTEROLOGIA
Patrocina: Hospital Juárez de
México, México, D. F.
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2867855
Fax: 5531711

Días: 25, 26 y 27
Especialidad: *Medicina Interna*
Evento: Cursos Regionales
ACTUALIZACION EN MEDICINA
INTERNA
Patrocina: As. Mexicana de
Medicina Interna, Jalapa, Ver.
Informes: AMIM,
Tel.: 5795489
Fax: 6960982

Días: 28 a 27
Especialidad: *Gastroenterología*
Evento: Curso Anual
ALCOHOL E HIGADO
Patrocina: I. N. de la Nutrición S. Z.
y National Institute on Alcohol
Abuse and Alcoholism, EUA
Informes: Srta. Silvia González
Tel.: 2867855
Fax: 5531711

El Asma es un problema de 24 horas

Serevent*
Salmeterol aerosol

El broncoestabilizador
de 12 horas continuas



- B₂ Agonista de larga duración.
- Protege al paciente de los síntomas, particularmente los nocturnos, en la mejor vía de administración: La inhalada. (1,2,3)
- Efecto directo en el sitio de la acción.

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR REDUCIDA SEREVENT 1.-NOMBRE COMERCIAL Y GENERICO: Serevent. Salmeterol. 2.- FORMA FARMACEUTICA: Suspensión en aerosol. Fórmula. Cada 100 g de suspensión contienen: Hidroxinaftoato de Salmeterol equivalente a 31 mg de Salmeterol vehiculo c.b.p. 100 g. 3.-INDICACIONES TERAPEUTICAS: Broncodilatador para el tratamiento regular a largo plazo en pacientes con: Asma, Bronquitis crónica, Enfisema, Asma inducida por ejercicio, Asma nocturna y otras patologías con obstrucción reversible de vías aéreas. 4.- CONTRAINDICACIONES: En los siguientes casos: •Tirotoxicosis. •En los 2 primeros trimestres del embarazo y el periodo de lactancia. •En niños menores de 6 años. •No deberá ser utilizado para aliviar las crisis asmáticas (por su inicio de acción más lento). •Hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. 5.- PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: • La experiencia del uso durante el embarazo y la lactancia es limitada y debe considerarse si el beneficio previsto para la madre es mayor que cualquier otro riesgo posible para ella y el feto. 6.- REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS: •Se ha reportado temblor, tensiéndolo a ser pasajero, relacionado con las dosis y disminuye con el tratamiento regular; cefalea y palpitaciones subjetivas. •Puede presentarse broncoespasmo paradójico. 7.- INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO: Los bloqueadores beta no selectivos, como el propranolol, nunca deben prescribirse para el asma, y por lo tanto no deben asociarse con Serevent. Los niveles plasmáticos de Serevent son tan bajos que es poco probable que se verifiquen interacciones con otras drogas. 8.- PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD. No se encontraron efectos que se consideraran de importancia clínica en términos de toxicidad genética o sobre la fertilidad en los estudios de Serevent entre ratas blancas y en conejos holandeses, en pruebas a corto plazo incluyendo las máximas concentraciones tóxicas. La evaluación del potencial oncogénico, en ratas y ratones, a largo plazo con Serevent no indicó riesgo asociado con las concentraciones terapéuticas. Serevent debe administrarse con precaución en pacientes con tirotoxicosis. No es necesario ajustar dosis en pacientes con disfunción renal o de edad avanzada. 9.- DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: Vía inhalada oral. (cada disparo otorga 25 mcg. de Salmeterol). Adultos.- Dos disparos dos veces al día. (cada 12 hrs.) Dosis total diaria 100 mcg. En pacientes con obstrucción severa.- Se recomienda 4 disparos dos veces al día. (cada 12 hrs.) Dosis total diaria 200 mcg. Niños.- (6 años en adelante). Dos disparos (50 mcg) 2 veces al día. (cada 12 hrs.) El beneficio se hace evidente después de las primeras dosis y con el uso regular. El efecto terapéutico sucede en un periodo de 10-20 minutos. 10.- SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: Los signos y síntomas son: Temblor, Cefalea y Taquicardia. El antídoto es un agente Beta bloqueador cardioselectivo. 11.-PRESENTACION: Frasco de aluminio con dispositivo inhalador presurizado con válvula dosificadora que descarga 25 mcg. de Serevent por disparo. Frasco con 5.1 g. que contiene 60 dosis. 12.- LEYENDAS DE PROTECCION: •Literatura exclusiva para médicos. •Su venta requiere receta médica. •No se deje al alcance de los niños. •El empleo de este medicamento en el embarazo y la lactancia será sólo bajo la responsabilidad del médico. 13.- FABRICADO POR: Glaxo Group, Ltd. Greenford Road Greenford Middlesex UB6 0HE England. 14.- ACONDICIONADO Y DISTRIBUIDO POR: Glaxo de México, S.A. de C.V. Calz. México-Xochimilco 4900 Col. San Lorenzo Huipulco 14370, México, D.F. 15.- REG. No. 438M93 S.S.A. CLAVE: FER 14335/94 IMED:HEJR-19625/95 BIBLIOGRAFIA. 1. Britton M. Eur Resp J 1991;4:288-292. 2. Pearlman Ds, et al. A comparison of salmeterol with albuterol on the treatment of mild to moderate asthma. The New Journal of Medicine 1992 vol 327 no. 20 pp 1420-1425. 3. Palmer JBD. Eur Respir Rev 1991, 1, 4, 297-300.

Glaxo





En la próxima
década podrían
morir de TB más
de 30 millones de
personas ⁽¹⁾



OMS



TB

**ALTA
PRIORIDAD ⁽¹⁾**



OMS

Rifater® *y* **Rifinah**®

Rifampicina
Isoniacida
Pirazinamida

FASE INTENSIVA

Rifampicina
Isoniacida

FASE DE SOSTEN

98.5 %

de baciloscopías negativas
después de 6 meses. ^(2, 3)



Merrell Lepetit