

NEUMOLOGIA

Y CIRUGIA DE TORAX

Organo Oficial de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax y del Consejo Nacional de Neumología
Vol. 58

Suplemento, 1999



SUPLEMENTO



LVIII Congreso de la SMNCT

NEUMOLOGIA

Y CIRUGIA DE TORAX

volumen 58
suplemento, 1999

Dirigir correspondencia a: Dr. Héctor Ponce de León y/o Dr. Francisco Navarro Reynoso, editores de la revista *Neumología y Cirugía de Tórax*, Comunicaciones Científicas Mexicanas. Calzada General Anaya núm. 330, Col. Del Carmen, Coyoacán, CP 04100, México, DF. Tel.: 658-82-22, fax: 658-61-33, e-mail: medicina@mail.internet.com.mx

MESA DIRECTIVA 1997-1999

Dr. León Green Schneeweiss
Presidente

Dr. Manuel Díaz Rodríguez
Vicepresidente

Dr. José Elizalde González
Secretario

Dra. Elma Correa Acevedo
Tesorera

VOCALES

Dr. Gabriel de la Escosura R.
Área Metropolitana

Dr. Juan Antonio González Don
Área Centro

Dr. Luis Aguilar Padilla
Área Sur

Dr. Domingo Lizardi García
Área Norte

EDITORES DE LA REVISTA

Dr. Héctor Ponce de León
Dr. Francisco Navarro Reynoso

CONSEJO EDITORIAL

NACIONAL

Dr. Raúl Cicero Sabido
Hospital General de México,
México, DF.

Dr. Manuel Díaz Rodríguez
Hospital Universitario Dr. J. E. González
Monterrey, Nuevo León.

Dra. Teresa Fortoul Van der Coes
Universidad Nacional Autónoma de México,
México, DF.

Dr. Antonio Padua Gabriel
Instituto Mexicano del Seguro Social,
Torreón, Coahuila.

Dr. Gerardo F. Rico Méndez
Instituto Mexicano del Seguro Social,
México, DF.

Dr. Julio Sandoval Zárate
Instituto Nacional de Cardiología,
México, DF.

Dr. Moisés Selman Lama
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias,
México, DF.

Dr. José Luis Téllez Becerra
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias,
México, DF.

INTERNACIONAL

Dr. Robert E. Fromm Jr.
The Methodist Hospital and Baylor
College of Medicine, Houston, Texas, USA.

Dr. Enrique Lau Cortés
Hospital Dr. Rafael Hernández,
Chiriquí, Panamá.

Dr. Kenneth M. Moser
UCSD Medical Center, San Diego,
San Diego, California, USA.

Dr. Stuart W. Jamieson
University of California, San Diego,
San Diego, California, USA.

Dr. Juan Manuel Luna
Hospital F.D. Roosevelt,
Guatemala, Guatemala.

Dr. Hugo Rodríguez Medina
Instituto Hondureño del Seguro Social,
Tegucigalpa, Honduras.

Dr. Joseph Viron
The University of Texas, MD Anderson
Cancer Center, Houston, Texas, USA.

La revista *Neumología y Cirugía de Tórax* es el órgano oficial de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, se publica trimestralmente. Los derechos de reproducción del contenido y las características gráficas de la presente edición (inclusive por medios electrónicos) se hallan reservados de acuerdo a la Ley en los países signatarios de las Convenciones Panamericana e Internacional de Derechos de Autor. Todos los Derechos Reservados © 1995. Registro de Publicación Periódica No. 010196 autorizado por SEPOMEX. La responsabilidad intelectual de los artículos y fotografías firmados reverterá a sus autores. Certificados de Ilícitud de título y contenido Nos. 6331 y 5011 respectivamente. Es una publicación producida por **Comunicaciones Científicas Mexicanas, S.A.** de C.V. Calzada General Anaya Núm. 330, Col. Del Carmen, Coyoacán, CP 04100, México, DF. Tel.: 658-82-22, fax 658-61-33. Suscripción anual en México \$400.00, para otros países US \$46. Todas las solicitudes y otras comunicaciones relacionadas con suscripciones deben dirigirse a: DIEMEX, SA de CV, Dirección de Distribución, Av. Taxqueña 1333, Col. Campestre Churubusco, 04200, México, DF. Tel.: 544-79-53 y fax: 689-65-45. Toda correspondencia relacionada con esta publicación puede dirigirse al e-mail: neumo@ccm.net.mx
Impresa en: Impretei, Almería Núm. 17, Col. Postal, 03410, México, DF. Tel. 696-2503.

- 1 Prevalencia de la reacción cutánea a la coccidioidina en una ciudad del norte de México y factores de riesgo asociados
Padua GA, Martínez VA, Velazco VM, Cicero SR, Lazo SG.
- 1 Efectos hemodinámicos y gasométricos de la posición prona en el manejo del SIRPA.
Olivares GRI, Franco GJ, Elizalde JJ, Martínez SJ.
- 1 Neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Diagnóstico etiológico por serología
Alva PJJ, Vivar OR.
- 2 Regulation of ATP-sensitive potassium channels in the heart—a possible molecular path to strategies for improved organ maintenance during surgery.
Light PE, French RJ.
- 2 Biopsia percutánea transtorácica
González DJA.
- 2 El papel del ecocardiograma transesofágico en el diagnóstico y estratificación de pacientes con tromboembolia pulmonar masiva
Gutiérrez FP, Jerjes SC, Ramírez RA, Treviño H, Hernández J, Santos O, Cantú F.
- 3 Trombolisis en tromboembolia pulmonar en pacientes con y sin hipopneumia del ventrículo derecho. Estudio comparativo
Jerjes SC, Gutiérrez FP, Ramírez RA, Treviño H, Villarreal I, Bermúdez M, García CA, Maldonado B, Reyes E, Castillo F, Saucedo D, Mendirichaga R, Enriquez C, Uribe A, Hernández JMA, Cantú F.
- 3 El amplio espectro clínico y terapéutico del trombo en tránsito
Gutiérrez FP, Jerjes SC, Ramírez RA, Treviño H, Villarreal I, Bermúdez M, García CA, Maldonado B, Reyes E, Castillo F, Saucedo D, Mendirichaga R, Enriquez C, Uribe A, Hernández JMA, Cantú F.
- 3 Complicaciones hemorrágicas en pacientes con TEP y trombolisis farmacológica
Jerjes SC, Ramírez RA, Gutiérrez FP, García CA, Cantú F.
- 4 Un enfoque racional para el estudio de los trastornos del sueño
Ramírez A, Cantú F, Villarreal G, Baker A, Valdez L, Moreno S, Gutiérrez P.
- 4 Calidad de vida en pacientes con SAOS sin y con tratamiento. Impacto socioeconómico
Ramírez A, López D, Cantú F, Villarreal G, Baker A, Ramírez S, Moreno S, Valdez L, Velarde H.
- 4 Riesgo laboral y accidentes viales en pacientes con síndrome de apnea obstructiva del sueño
Ramírez A, Baeza C, Cantú F, López D, Ramírez S, Castillo C, Valdez L.
- 5 Movimientos periódicos de las extremidades y síndrome de piernas inquietas en los trastornos del sueño
Ramírez A, Cantú F, Villarreal G, Baker A, López D, Ramírez S.
- 5 Leiomiomas pulmonares. Reporte de un caso y revisión de la literatura
Garza SS, Decanini AH, Velarde MHJ.
- 5 Tumores primarios del mediastino. Una revisión de tres años
Mendoza ML, Ojeda JJ, Decanini AH.
- 6 Tratamiento quirúrgico del cáncer pulmonar
Suárez SJ, Rico MFG.
- 6 Correlación entre presión arterial de oxígeno (PaO₂) e índice de oxigenación tisular (IOT) en cincuenta pacientes. Reporte preliminar
Ayala RJ, Soriano RE, Juárez MJ, Martínez LM, Torres PT, Rodríguez EG, Santiana LL, Olmedo AV.
- 6 Trauma de tórax en el Hospital General de Veracruz
García TR, Hernández RLD, Salas GFJ.
- 7 Herniación pulmonar por traumatismo torácico. Presentación de un caso
García TR, Salas GFJ, Hernández RLD.
- 7 Hernia diafragmática postraumática. Informe de dos casos
García TR, Hernández RLD, Salas GFJ.
- 7 Análisis molecular de los genes HLA clase II en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática
Camarena A, Juárez A, Sánchez P, Figueroa E, Falfán R, Aquino A, Mejía M, Estrada A, Selman M.
- 8 El papel de las selectinas en la neumonitis por hipersensibilidad
Navarro GCM Gaxiola M, Segura VML, Hiriart G, Páramo I, Selman M.
- 8 Fistulas arteriovenosas pulmonares
Cueto RG, De la Escosura RG, Pérez RA, Mares Y, Torres PE, Cicero SR.
- 8 Tromboembolismo pulmonar crónico de arterias proximales
Cueto RG, De la Escosura RG, Pérez RA, Mares Y, Torres PE, Cicero SR.
- 9 Neumotórax espontáneo en síndrome de inmunodeficiencia humana
Cueto RG, De la Escosura RG, Mares GY, Pérez RA, Torres PE, Cicero SR.
- 9 Asma y contaminación atmosférica en las ciudades de Guadalajara, Monterrey y México
Cabrera RMDA, Ochoa JLG, Escobedo AGS, Rico MFG.
- 9 Hiperreactividad bronquial por exposición a insecticidas inhalados en interiores
Escobedo AGS, Ochoa JLG, Cabrera RMDA, Rico MFG.
- 10 Frecuencia de hiperreactividad bronquial asociada a contaminantes ambientales intramuros
Ochoa JLG, Cabrera RMDA, Escobedo AGS, Rico MFG.
- 10 Frecuencia de metástasis pulmonar por sarcoma en el INCan. Periodo 1986-1996
Contreras A, Correa E, Suchil L, Green L, Mohar A, Hernández RN.
- 10 ¿Modifica la edad a la tuberculosis pulmonar? Metaanálisis
Pérez GC, Vargas MH, Torres CA, Villarreal VH.
- 11 Tuberculosis miliar en tuberculosis de reactivación. Informe de 36 pacientes y comparación con las formas puras
Pérez GC, Vargas MH, Torres CA, Villarreal VH.
- 11 Identificación de los mecanismos de toxicidad aguda inducida por un insecticida organosforado en las vías aéreas
Vargas MH, Chávez J, Montaña LM, Segura P, Delaunoy A, Gustin P.
- 11 ¿Cuánto conocemos los médicos sobre tuberculosis? Resultados de una encuesta interinstitucional
Pérez GC, Vargas MH, Torres CA, Rico MG, Ochoa JG, Escobedo AG, Villarreal VH.
- 12 Uso de la pulso-oximetría y el CO₂ espirado como un método no invasivo de evaluar la seguridad de la extubación después de una prueba de una hora de pieza-T
Guadarrama QF, Estrada GA, Elizalde GJ, Franco GJ, Martínez SJ.
- 12 Hipertensión arterial pulmonar de etiología espiratoria. Casuística del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI
Furiya MEY, Ramírez CN, Villasis MA, Rodríguez L, Zúñiga G.
- 12 Citología de lavado broncoalveolar: su utilidad para el diagnóstico temprano de displasia broncopulmonar en recién nacidos con síndrome de dificultad respiratoria
Furiya MMEY, Montoya LJ, Villasis MA, Saldaña QF, Ramón GG, Jurado HVH, Lara G, Ahumada RE, Villegas SR.
- 13 Comparación de niveles de interleucinas 1 y 8 en lavados broncoalveolares de recién nacidos pretérmino con y sin displasia broncopulmonar. Informe preliminar
Montoya LJ, Furiya MMEY, Villasis KMA, Enciso MJA, Ramón GG, Saldaña QF, Jurado HVH, Lara FG, Ramírez A, Ahumada RE, Villegas SR, Alvarez VE.
- 13 Efecto de la combinación de bromuro de ipratropium y salbutamol nebulizados sobre la disnea y el ejercicio en pacientes estables
Velázquez MA, Sánchez RC, Ochoa CL, Ramírez VA, Sansores MR.
- 13 Prevalencia de hiperreactividad bronquial en pacientes con bronquitis crónica y obstrucción expuestos al humo de leña
García GL, Ramírez VA, Regalado J, Sansores MR.
- 14 Características generales de los pacientes hospitalizados en una clínica de EPOC
García GL, Ramírez VA, Regalado J, Sansores MR.

- 14 Pimax y Pemax en pacientes con diferentes enfermedades pulmonares crónicas estables
Domínguez ME, Velázquez A, Ramírez A, Lucatero I, Mejía R, Romero E, Martínez R, Villalba J, Sansores R.
- 14 Tratamiento quirúrgico para la miastenia gravis en pacientes pediátricos
Villalpando CR, Morales JE, Tolosa KM, Ramírez VJA, Vera CJM, Aguilar RF, Zepeda SJ, De la Cruz YH.
- 15 Resección de quiste broncogénico por toracoscopia
Morales JE, Villalpando CR, De la Cruz YH, Ramírez VJA, Vera CJM, Ramírez FJL, Zepeda SJ.
- 15 Indicación de la endoscopia respiratoria y hallazgos en niños
Montoya HML, Austria MR.
- 15 Presión arterial pulmonar asociada con la calidad de vida en pacientes con EPOC
Toledo G, Sansores RH.
- 16 Ocurrencia de respiración periódica con ventilación con soporte por presión (VSP) durante el sueño
Meza VMS, Méndez BM, Vázquez GJC, Younes M.
- 16 Trastornos respiratorios del dormir en niños con adenoamigdalitis
Meza MS, Vázquez JC, Méndez L, Ramírez A, Soda A, Pérez PR.
- 16 Prevalencia de signos y síntomas respiratorios en infantes de las comunidades rurales del Valle de Solís, México en relación con exposición crónica al humo de leña en interiores
Regalado PJ, Manjarrez CV, Páramo I, Pérez PJR.
- 17 Respiración nocturna en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la Ciudad de México
Vázquez GJC, Pérez PR.
- 17 Prevalencia de niños roncadores en escolares de la Ciudad de México
Vázquez GJC, Meza MS, Rojas M, Catalán M, Pérez PJR.
- 17 Características acústicas de los ronquidos simulados y espontáneos en sujetos sanos y con SAOS
Chi LG, González CR, Bujanos LR, Pérez PJR.
- 18 Estandarización de las mediciones acústicas del sonido traqueal
Chi LG, Bujanos LR, González CR, Baños FR, Pérez PJR.
- 18 Tratamiento antimicrobiano intravenoso ambulatorio en niños con fibrosis quística. Experiencia en el Centro Médico Nacional La Raza del IMSS
Hernández AE, Cruz MA, Rosas RMT, Valdés SE.
- 18 Pinzas para extracción de cuerpos extraños especiales. Extracción de seguros abiertos hacia arriba
González BJG.
- 19 Agentes etiológicos asociados a empiema torácico en pacientes hospitalizados
Soriano RE, Ayala RJ, Centeno TM, Torres PT, Rodríguez EG, Santana LL, Martínez GC, Olmedo AV.
- 19 Utilidad del estudio de expectoración en el diagnóstico de neumonía en pacientes hospitalizados
Juárez MJ, Ayala RJ, Centeno TM, Torres PT, Rodríguez EG, Santana LL, Martínez GC, Olmedo AV.
- 19 Embolia pulmonar asociada a síndrome nefrótico
Ferra MF, Ayala RJ, Colchero GC.
- 20 Alteraciones hemodinámicas durante la fibronoscopia (FBR) en 52 pacientes
Fujarte VS, Ayala RJ.
- 20 Diagnóstico no invasivo de fístula arterio-venosa pulmonar (FAVP). Reporte de un caso
Ayala RJ, Juárez MJ, Soriano RE.
- 20 Decorticación de empiema por toracoscopia video asistida (TVA). Reporte de un caso
Ayala RJ, Enriquez RF, Juárez MJ, Soriano RE.
- 21 Tratamiento de la enfermedad bulosa por medio de toracoscopia video asistida (TVA). Reporte de 4 casos
Juárez MJ, Ayala RJ, Enriquez RR, Soriano RE, García SJ.
- 21 Correlación entre espirometría y gasometría arterial en cincuenta pacientes. Estudio preliminar
Montes GM, Ayala RJ, Martínez LM, Torres PT, Rodríguez EG, Santana LL, Olmedo AV.
- 21 Determinación del valor normal de la P_{50} en la ciudad de Puebla. Reporte preliminar
Cazarez MM, Ayala RJ, Torres PT, Rodríguez EG, Martínez GC, Olmedo AV.
- 22 Experiencia institucional con biopsia pulmonar en fibrosis intersticial
Aguilar DP, Escosura RG, Cicero SR, Hernández GA, Cueto RG.
- 22 Tomografía axial de alta resolución en tuberculosis pulmonar hematogena
Escobedo L, Ciales JL, Hernández A, Cicero R.
- 22 Tratamiento del empiema crónico con mloplastia
Pérez RA, Navarro RF, Lorenzo SJM, Cueto RG, Cicero SR.
- 23 Tumor neuroectodérmico primitivo maligno del tórax (tumor de Askin)
Fuentes MR, Navarro RF, Pérez RA, Lorenzo SJ, Cicero SR, Soto AV.
- 23 Osificación pulmonar difusa. Reporte de un caso
Fuentes MR, Navarro RF, Pérez RA, Lorenzo SJM, Cicero SR, Ríos y Valles VD.
- 23 Schwannoma maligno en el mediastino anterosuperior. Reporte de un caso
Fuentes MR, Navarro RF, Pérez RA, Lorenzo SJM, Cicero SR, Ríos y Valles VD.
- 24 Antibióticos profilácticos en cirugía torácica
Fernández CMA, De la Escosura RG, Cicero SR.
- 24 Tos y disnea en un enfermo con antecedente de linfoma de Hodgkin
Fernández CMA, Kelly GJ, Alvarado I, Ibarra PC.
- 24 Enfermedad de Castleman pulmonar simulando carcinoma broncogénico
Gómez LOM, Fernández CMA, Kelly GJ, Alvarado I, Ibarra PC.
- 25 Dos enfermos HIV negativos con criptococosis pulmonar
Fernández CMA, Cobnenero ZS, Kelly GJ, Canclanedo GF, Ibarra PC.
- 25 Elastofibroma dorsal
Tinoco TLL, Fernández CMA, Kelly GJ, Chávez GM, Ibarra PC.
- 25 N-Acetilcisteína contra surfactante como protector pulmonar del daño por toxicidad por oxígeno
Estrada GA, Guadarrama QF, Cortés D, Franco GJ, Elizalde JJ, Martínez SJ.
- 26 Comunicación de diez casos de braquiterapia para tumores endobronquiales
Cobnenero ZS, Bustos TM, Huerta BJ, Kelly GJ, Ayala JR, Ibarra PC.
- 26 Estudio de los indicadores de diagnóstico de la biopsia pleural cerrada
Báez SR, García LMP, Sánchez GM, Vázquez ME, Salazar LM.
- 26 Alteraciones espirométricas en mujeres expuestas al humo de leña
Loera RMO.
- 27 Tromboembolia pulmonar. Experiencia de 3 años en un hospital de segundo nivel de atención
Loera RMO.
- 27 Comparación de la concentración de cotinina urinaria en escolares vs niños atendidos en una unidad pediátrica
Ponciano RG, Centeno CF, Morales MV, Aranda E, Saavedra OD, Villarreal H, Rivero SO, Rubio MH.
- 27 Carcinoma atípico (carcinoma neuroendocrino bien diferenciado) de pulmón con invasión a pericardio y ganglios mediastinales, con manifestaciones clínicas de tumor mediastinal e hiperglicemia. Presentación de un caso clínico
Garza SS, Hernández GDM, Decanini AH.
- 28 Contaminación atmosférica y espirométrica en escolares de la zona metropolitana de la Ciudad de México
Muñoz BBR, Sánchez RJ.
- 28 Neumotórax asociado a tuberculosis pulmonar. Reporte de casos del Hospital Universitario Dr. José E. González, UANL
Elizondo RA, Hernández PJ, Córdova LJA, Aranda GA, Covarrubias CS, Mercado LR, Rendón PLA.
- 28 Correlación entre variedad histológica y localización del cáncer broncogénico
Hernández PJ, Elizondo RA, Mercado LR, Villegas EF, Gómez LG, Covarrubias CS, Rendón PLA.

LVIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax - LX Aniversario de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax

Con un doble propósito los neumólogos mexicanos nos reunimos en esta oportunidad para participar en nuestro congreso anual y para celebrar el LX aniversario de la fundación de nuestra Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. En primer lugar, debemos reconocer que somos una agrupación de médicos especialistas que ha conseguido permanecer unida y consolidarse con el paso de los años. En segundo, que tenemos el compromiso de llevar a nuestra especialidad al más alto nivel de reconocimiento académico. Para esto, precisamente, se organizan cada año nuestros congresos. Éstos son el foro para mostrar nuestros progresos en investigación, para traer a la discusión nuestros desacuerdos y para escuchar las novedades más recientes.

El material que acompaña a este suplemento que reúne los trabajos libres, es el testimonio más fiel de la tarea que en los diferentes frentes se está realizando. Los trabajos libres constituyen uno de los máximos atractivos para los médicos con experiencia en la especialidad y un reto para quienes apenas comienzan a incursionar en las variadas facetas de la neumología.

Es importante que esta cantidad de trabajos libres, sus resultados y conclusiones, no sólo queden en la memoria de quienes asistan a las presentaciones orales o de los que conserven este escrito, sino que el esfuerzo realizado se complemente con la redacción formal de un trabajo original con los lineamientos necesarios para ser publicado en nuestra revista y, de esta manera, se trascienda más allá de nuestros límites y aportemos a toda la comunidad médica nuestros conocimientos y experiencias.

León Green S.

LVIII Congreso de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía del Tórax

LX Aniversario de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax

PREVALENCIA DE LA REACCIÓN CUTÁNEA A LA COCCIDIODINA EN UNA CIUDAD DEL NORTE DE MÉXICO Y VACIONES DE RIESGO ASOCIADAS.

Pedraza GA, Martínez VA, Valasco VM, Cicero SR, Lazo SG. La coccidioidomicosis es una infección micótica muy frecuente en el norte de México, es necesario conocer su prevalencia, en las diferentes ciudades del norte de México.

Se llevo a cabo un estudio transversal para conocer la prevalencia de coccidioidomicosis en Torreón, Coah. Se analizaron también, la asociación del medio ambiente, condiciones sociales y el estado de la salud. RESULTADOS: La tasa de positividad se ha incrementado en esta ciudad y resultó ser de 40.2%. No hubo diferencias significativas considerando condición socio-económica o actividades ocupacionales, la mayor reactividad fue observada en sujetos entre 30 y 65 años de edad.

CONCLUSIÓN: Los resultados positivos se relacionan al tiempo de vida/exposición al suelo infectado con artroconidios. Estos resultados fueron documentados en residentes y en inmigrantes. El 87.5% fueron catalogados como sujetos de alto riesgo.

Sería recomendable que se estudie la prevalencia a la coccidioidina en las ciudades del norte de México, ya que se consideran zonas endémicas.

Efectos hemodinámicos y gasométricos de la posición prona en el manejo del SIRPA. Olivares GR, Franco GJ, Elizalde JJ, Martínez BJ. Departamento de Medicina Crítica "Dr. Mario Shapiro". Hospital ABC México D.F.

Introducción: El SIRPA es una forma de edema pulmonar no cardiogénico que generalmente ocurre dentro de las primeras 24-48 hrs de sustrada la lesión o enfermedad. En 1994 se publicaron los criterios diagnósticos: $PaO_2/FiO_2 < 200$ mmHg, opacidades radiológicas bilaterales y PCP < 18 mmHg, además del signo túbido. El incremento de los Q_{tO_2} hace necesario aumentar FiO_2 y al PEEP, con el fin de mejorar la hipoxemia. Los pacientes en decúbito supino, en su mayoría presentan acumulo de secreciones, atelectasias y derrames paraneumáticos en la parte posterior del pulmón ocasionando alteraciones importantes de la relación ventilación/perfusión. Con la posición prona, se favorece el incremento del flujo sanguíneo a las regiones mejor ventiladas con la consecuente mejoría de la oxigenación sanguínea.

Objetivos: Conocer los efectos del decúbito prono sobre la oxigenación arterial, corrientes cardiacas (Q_{tO_2}) y hemodinámicas del paciente con SIRPA.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y longitudinal. Realizado de Junio 97 a Agosto 98. La población incluyó pacientes: (p) con criterios de SIRPA que ingresaron al departamento. Los pacientes se encitraron en AUV controlada por volumen (ventilador Puritan Bennett 7200A) con volumen corriente de 6.5 ml/kg. Se determinó gasometría arterial, PaO_2/FiO_2 , distensibilidad estática (Dist), GC, PCP, IRVS y Q_{tO_2} 1 hr antes del decúbito prono y a las 3ra, 6ta y décima hora de permanecer en posición prona. Se consideró respuesta favorable cuando hubo mejora de la relación PaO_2/FiO_2 de más de 20 mmHg. El análisis incluyó promedio, DS y T de Student. La p < 0.05 se consideró con significancia estadística.

Resultados: Se estudiaron 8 p, 5 (63%) masculinos y 1 (17%) femenino con edad promedio de 43 ± 3 años (rango de 26 a 51 años). 2p (33%) con sepsis abdominal, 1p (17%) con neumonía, 1p (17%) por aspiración, 1p (17%) por pancreatitis severa y 1p (17%) con contusión pulmonar. Con la posición prona a las 1ra hora la relación PaO_2/FiO_2 aumentó 16 mmHg en relación a la posición supina (p=0.04) la cual se incrementó al transcurrir el tiempo de pronación hasta una ganancia de 80 mmHg (a la 10 horas de pronación). La PaO_2 aumentó de 84 (supino) a 88 mmHg (10 hrs de pronación) con p=0.03. Durante las primeras 3 hrs de pronación los Q_{tO_2} descendieron de 45 (supino) a 33% (p=0.02) y la Dist se incrementó de 24 (supino) a 33 mmHg (3 hrs de pronación) con p=0.02. A las 6 y 10 hrs de pronación la mejora de los Q_{tO_2} y Dist no tuvieron diferencia estadísticamente significativa (p=0.06), pero al cuando se compara con el supino (Q_{tO_2} de 45 a 28% y Dist de 24 a 36 mmHg) respectivamente (p=0.02). Lo anterior se logró sin un cambio significativo del PEEP en decúbito supino y prono (18 vs 14cmH₂O p=0.06), permitiendo sólo elevar la FiO_2 de 50 (supino) a 47% (10 hrs de pronación) con p=0.03. No hubo cambios significativos del GC, PCP e IRVS cuando se comparó la posición supina y prona (p=0.07).

Conclusiones: Aunque tenemos una serie pequeña con nuestros resultados debemos de considerar la posición prona en casos de hipoxemia refractaria, ya que esta estrategia tiene un efecto sobre la hemodinámica del paciente y el gran beneficio en el intercambio gaseoso.

NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO POR SEROLOGÍA.

ALVÁ Y P. JOSE LUIS, VIVAR O. RAUL. HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚM.35 IMSS CIUDAD JUAREZ, CHIH.

La NAC es una de las 10 primeras causas de muerte en México. En algunos países se ha buscado identificar a los gérmenes responsables para poder establecer guías diagnósticas y terapéuticas. Como parte de un estudio prospectivo multicéntrico buscamos identificar mediante estudios serológicos específicos posibles agentes causales. Incluímos pacientes adultos con diagnóstico clínico y radiológico de NAC a los que se les tomó muestra sanguínea que de inmediato se congeló para un análisis posterior en el laboratorio central. Se tomó una segunda muestra entre los días 31 y 38 después del diagnóstico.

Se buscaron anticuerpos contra Legionella pneumophila, Coxiella burnetii, Mycoplasma pneumoniae, así como Chlamydia pneumoniae, trachomatis y psittaci. De 56 pacientes con NAC a 35 se les efectuaron las 2 determinaciones, en 2 solo se estudió la muestra inicial y en 4 solo la final. En 3 los niveles fueron diagnósticos para NAC por Mycoplasma. En otros 4 los niveles señalan como posible germen responsable C. pneumoniae para que en un total de 7 enfermos (20%), fuera posible identificar al microorganismo causal.

Del total de pacientes estudiados 9 (21.95) tuvieron serología positiva para L. pneumophila, 20 (48.78) para Coxiella burnetii, 19 (46.34) para Mycoplasma, 32 (78.04) para C. pneumoniae y solo 2 (4.87) para C. psittaci.

CONCLUSIONES: Los estudios serológicos demostraron la presencia de anticuerpos vs Legionella, Coxiella, Mycoplasma y Chlamydia y permitieron definir el germen responsable en 20% (7 de 35) de los que tuvieron estudio completo.



REGULATION OF ATP-SENSITIVE POTASSIUM CHANNELS IN THE HEART - A POSSIBLE MOLECULAR PATH TO STRATEGIES FOR IMPROVED ORGAN MAINTENANCE DURING SURGERY

Iqbal, P.E.¹ and French, R.J.², Departments of ¹Physiology & Biophysics, and ²Pharmacology & Experimental Therapeutics, University of Calgary, Calgary, Canada T2N 4N1

Introduction: In various tissues, adenosine triphosphate-sensitive potassium channels (K_{ATP} channels) provide a link between metabolic state and electrical activity. Activation of K_{ATP} channels tends to decrease excitability and reduce the rate of energy expenditure. In heart, pharmacological data from whole-animal and whole-organ experiments show a correlation between activation of K_{ATP} channels and ischemic preconditioning (IPC), a process by which a brief period of ischemia increases the resistance of the heart to subsequent ischemic episodes. Protein kinase C and K_{ATP} channels are activated in parallel during development of IPC.

Materials and Methods: Patch clamp techniques were used to record action potentials and whole-cell currents from isolated rabbit cardiac myocytes, or K_{ATP} channel currents from isolated patches of surface membrane from the myocytes, or from transiently expressed channels in cultured cells (HEK 293A-201).

Results: Pharmacological activation of K_{ATP} channels decreases the action potential duration in isolated myocytes and decreases the rate of firing on primary pacemaker cells. In myocytes, and in 293A-201 cells expressing K_{ATP} channels, application of phorbol esters (PKC activators) induces an increase in K_{ATP} current. Direct application of active, purified PKC increases K_{ATP} channel activity in excised membrane patches in both systems. Mutagenesis studies suggest that PKC acts at a single, identified threonine residue on the channel-forming subunit of the K_{ATP} protein to increase the probability of channel opening.

Conclusions: Prior pharmacological activation of K_{ATP} channels to mimic IPC may offer a strategy to prolong organ survival during ischemia imposed during surgery. However, further studies will be required to clarify the relative importance of plasma-membrane K_{ATP} channels and pharmacologically distinct mitochondrial K_{ATP} channels in the development of IPC.

BIOPSIA PERCUTÁNEA TRANSTORÁCICA

INTRODUCCION: La biopsia transtorácica es un procedimiento de grandes alternativas para el diagnóstico de padecimientos pulmonares tumorales, periféricos de mediastino anterior retroesternal, con agujas tru-cut y finas. Las complicaciones son por abajo de 0.56% en personas hábiles. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia, indicaciones específicas, rapidez diagnóstica y contraindicaciones. La técnica debe realizarse previa valoración clínica, radiológica, fluoroscópica y en algunos casos tomográfica; bajo aspirio riguroso, anestesia local, su precisión en la región y el nivel preciso de la lesión y se procede a realizarla.

MATERIAL Y METODOS: Nuestra casuística en los últimos 15 años es de 3013 casos, predominando el carcinoma broncogénico 1848 casos con 61.26%, carcinoma metastásico 824 con 27.34%, nódulo pulmonar solitario 199 con 6.60%, tuberculosis 80 con 2.85%, mesoteliomas 34 con 1.12% y otras patologías que en total suman 24 casos con 0.79%. Del total de casos 107.57 fueron masculinos y 32.33 femeninos; el 99% fueron canalizados por oncólogos. El diagnóstico se realizó en el fragmento biopsia y en seis frotes del estado de la aguja en tumores malignos realizado el frotes por nosotros.

CONCLUSIONES: En nuestra opinión la biopsia percutánea de tórax es un procedimiento fácil, con elevado porcentaje de éxito positivo, bajo índice de complicaciones que van de acuerdo a las precauciones, cuidados, ya que se debe precisar bien la vía de abordaje, tener presente que solo debe practicarse el neumólogo y solo aquellos que se sientan seguros de lo que hacen. El Neumólogo debe saber cuando no practicarla, aun cuando se la indique otro médico, ya que contamos con recursos técnicos para precisar diagnóstico. No practicarla en lesiones de hilio pulmonar, o muy cercanas a grandes vasos. Nuestros fallas diagnósticas al inicio estuvieron entre 5 y 8%, también dependen de un buen patólogo. Actualmente la negatividad diagnóstica esta por abajo de 0.56% en tumores y nódulos pulmonares malignos con aguja fina.

EL PAPEL DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOPÁGICO EN EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR MASIVA

González-Pajardo P, Jorja-Sánchez C, Ramírez-Revera A, Treviño H, Hernández J, Santos O, Casas F

Hospital de Especialidades Cardiovasculares y del Tórax No. 34, IMSS, Monterrey

Desde del proceso de diagnóstico y estratificación de la TEP, el papel del ecocardiograma transesofágico (ETE) no ha sido bien determinado. Objetivo: a) conocer la seguridad del ETE en pacientes con TEP y tromboembolia pulmonar, b) establecer si este procedimiento puede realizar el diagnóstico al demostrar un trombo en el tracto de salida del VD, tronco de la arteria pulmonar y en la rama derecha y/o izquierda de la arteria pulmonar c) comparar los hallazgos de un ecocardiograma transesofágico (ETT) con el ETE. Incluidos: pacientes con cardiopatía o neuropatía crónica grave y con TEP probada por: a) alta sospecha clínica, b) gammagrama V/Q de alta probabilidad, c) ecocardiograma sugestivo o diagnóstico de TEP, d) demostración de TTP. Estudios que fueron considerados técnicamente adecuados. En todos los casos se realizó un ETT y TLT y se evaluó grado de HAP, PSAP, inversión de la relación VD/VI, grosor del endocardio del VD, diámetro diastólico del VD y VI, movilidad de la pared libre del VD, colapso inspiratorio de la vena cava. Con el ETE se trató de identificar el tracto de entrada del VD, tronco de la arteria pulmonar y la rama derecha e izquierda. Se definió TEP masiva por a) estado de bajo gasto o choque cardiogénico, b) síncope, manifestaciones clínicas sugestivas de HAP grave, c) obstrucción > 50% de la circulación o perfusión pulmonar. Resultados: de 1996 a 1999, 40 pacientes con TEP fueron llevados a trombolisis farmacológica. Se realizó ETT en 46/40 pacientes y ETE en 39/40 (PNS) No existió ninguna complicación hemorrágica o incremento de la insuficiencia respiratoria atribuible al ETE. Ambos procedimientos demostraron obstrucción del VD, inversión de la relación VD/VI, HAP, manifestación tricuspídea. Al analizar los trastornos de movilidad de la pared libre del VD se observó que el grado de hipocinesia regional se evaluaba mejor con el ETE (p < 0.07). En pacientes con sospecha clínica de TEP masiva en los que el ETT solo mostró la presencia de HAP grado grave y distorsión del VD, el ETE demostró la presencia de trombo (p < 0.00003) en el tracto de salida del VD (1), trombo en el tronco de la arteria pulmonar (1), en la rama derecha de la arteria pulmonar (10) y en la rama izquierda (1). En un paciente con obstrucción crónica importante el ETT fue considerado como técnicamente inadecuado y en este mismo paciente el ETE no fue posible evaluarlo por que el paciente no cooperó. Al analizar el grado de repercusión en los gammagramas V/Q existió una mayoría > 30%, sin embargo el ETE demostró en 6 pacientes la presencia de un trombo > del 40% en la rama derecha e izquierda de la arteria pulmonar.

TROMBOLISIS EN TROMBOEMBOLIA PULMONAR EN PACIENTES CON Y SIN HIPOQUINESIA DEL VENTRÍCULO DERECHO. ESTUDIO COMPARATIVO

Jorge-Sánchez C, Gutiérrez-Fajardo P, Ramírez-Ruveda A, Treviño H, Villarreal I, Bermúdez M, García-Castillo A, Maldonado B, Reyes E, Casullo F, Saucedo D, Merdanchaga R, Esquivel C, Uribe A, Hernández JMA, Canú F
Hospital de Enfermedades Cardiovasculares y del Tórax No 34, CMN, IMSS, Monterrey

En pacientes con tensión arterial normal e hipopneumia (HQ) regional del ventriculo derecho (VD) el empleo de trombolisis farmacologica (TF) parece ofrecer menor incidencia de reanatomia y mortalidad. Hasta nuestro conocimiento la seguridad y efectividad de emplear TF en pacientes normotensos y sin trastornos de la movilidad del VD no ha sido explorado. Dicho del estudio: prospectivo, longitudinal, abierto, comparativo. Incluidos: pacientes sin cardiopatia o neumopatia cronica grave y con TEP probada por: a) alta sospecha clinica, b) gammagrama V/Q de alta probabilidad, c) ecocardiograma sugestivo o diagnostico de TEP, d) disminucion de TVP. Los pacientes se dividieron en dos grupos de acuerdo a la movilidad normal o anormal de la pared libre del VD a través de un ecocardiograma transtoracico (ETT) y intrateleologico (ETE). Grupo I: ETT y ETE con HAP aguda grave (PSAP > 50 mmHg), inversión de la relación VDI/VI 2:1 y distorsión del VD por HQ. Grupo II: ETT y ETE con HAP aguda grave, inversión de la relación VDI/VI 2:1 e hipertrofia (HK) del VD. Todos recibieron una dosis de estroptiquinasa de 1,500,000 UII hora por vena periférica. Para tener una muestra con mayor poder estadístico, se analizaron en forma retrospectiva 40 pacientes (1992-1993) con diagnóstico no invasivo de TEP y que recibieron el mismo régimen trombolítico, con iguales criterios de inclusión, exclusión, efectividad y con la misma técnica de aminocaproilato posttrombolítico. Se analizó relación entre los factores de la movilidad del VD con mortalidad y reanatomia durante la fase aguda y a 30 días. Resultados: de 1996 a 1999 40 pacientes llegaron en forma absoluta los criterios de inclusión. El análisis de los 80 pacientes demostró la presencia de HQVD en 48 (60%) e HK en 32 (40%) enfermos. En ambos grupos existió HAP grave (PNS) y defensas de perfusión > 8 segmentos (PNS). La mortalidad global fue del 12% y existió estrecha relación con la presencia de HQVD (p < 0.01). Ningún paciente con HKVD falleció. Esta variable se consideró como predictor de supervivencia (p < 0.005). Como predictor de reanatomia intrahospitalaria y a 30 días, la HQVD mostró correlación (p < 0.03). Estos resultados sugieren que el espectro de la TF en pacientes normotensos podría ampliarse en presencia de HAP grave, obstrucción importante e HK del VD. Se requieren estudios multicéntricos con una muestra con mayor poder estadístico para confirmar nuestros hallazgos.

EL AMPLIO ESPECTRO CLÍNICO Y TERAPEUTICO DEL TROMBO EN TRANSITO

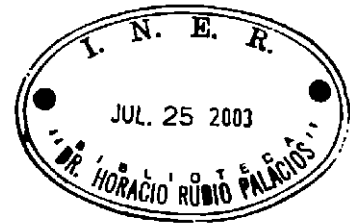
Gutiérrez-Fajardo P, Jorge-Sánchez C, Ramírez-Ruveda A, Treviño H, Villarreal I, Bermúdez M, García-Castillo A, Maldonado B, Reyes E, Casullo F, Saucedo D, Merdanchaga R, Esquivel C, Uribe A, Hernández JMA, Canú F
Hospital de Enfermedades Cardiovasculares y del Tórax No 34, CMN, IMSS, Monterrey

Dentro del espectro clínico de la TEP, un trombo en transito en la aurícula y/o ventriculo derecho y/o vena cava inferior constituye un caso complejo ya que hasta nuestro conocimiento no existe evidencia científica que apoye cual es la mejor estrategia terapéutica cuando esta complicación se presenta. Objetivo primario: conocer el comportamiento clínico y ecocardiográfico de pacientes con TEP probada y trombo en transito. Objetivo secundario: conocer si existe relación entre trombo en transito e hipopneumia del ventriculo derecho (VD), con TEP probada por: a) alta sospecha clinica, b) gammagrama V/Q de alta probabilidad, c) angiografía pulmonar diagnóstica de reanatomia. En todos los casos se realizó ecocardiograma transtoracico (ETT) y transesofágico (ETE) por un ecocardiografista con experiencia. Se realizaron pronósticos individuales. Se trató de identificar la presencia de un trombo en transito, ventriculo o en vena cava inferior. Se analizaron características ecocardiograficas, el tamaño y localización del trombo. En la mayoría de los casos, se realizó un ecocardiograma de control después de la terapia iniciada. Resultados: Se demostró trombo en transito en 18 pacientes con TEP probada, 8 del sexo femenino y 10 del masculino, edad 24-69, media 50 ± 17.79 años. En todos los casos existió por lo menos un indicador mayor de riesgo para TVP. El perfil clínico de los pacientes sugirió como probabilidad clínica una TEP. En 11/18 se encontró grave HAP con elevación ECG de segmento superior del VD. En 8/18 se observaron manifestaciones clínicas sugestivas de una TEP nueva. Ecocardiográficamente se demostró trombo en la vena cava inferior en 1 paciente, en la aurícula derecha se observaron 10/18, en el VD 7/18. En 1/10 trombos en la aurícula derecha se observó prolapso del trombo a través de la válvula; el tamaño fluctuó desde 1 cm (aurículas adyacentes) hasta trombos "toracales" que fueron en un principio considerados como embolias. En trombos < 3 cm se dio tratamiento con heparina o trombolisis farmacológica. Si el trombo era > 3 cm y los síntomas eran mayores a 15 días se decidió realizar cirugía por la posibilidad de trombos organizados, caso se demostró en la cirugía. No existió relación entre hipopneumia del VD y la localización del trombo en su zona. La mortalidad se relacionó con el grado de obstrucción arterial pulmonar y en algunos casos una obstrucción mecánica > 80% de la arteria pulmonar asociada a una HAP grave podría explicar la presencia de un trombo en transito.

COMPLICACIONES HEMORRAGICAS EN PACIENTES CON TEP Y TROMBOLISIS FARMACOLOGICA

Jorge-Sánchez C, Ramírez-Ruveda A, Gutiérrez-Fajardo P, García-Castillo A, Canú F
Hospital de Enfermedades Cardiovasculares y del Tórax No 34, CMN, IMSS, Monterrey

En pacientes con TEP considerados para trombolisis farmacológica, la presencia de hemorragias mayores constituye una de las más serias y temidas complicaciones. Hasta nuestro conocimiento la relación entre hemorragias mayores y estroptiquinasa en pacientes con TEP no ha sido analizada. Objetivo principal: determinar los factores de riesgo y la frecuencia de complicaciones hemorrágicas mayores. Incluidos: pacientes sin cardiopatia o neumopatia cronica grave y con TEP probada por: a) alta sospecha clinica, b) gammagrama V/Q de alta probabilidad, c) ecocardiograma transtoracico con HAP aguda grave (PSAP > 30 mmHg) y distorsión del ventriculo derecho por hipopneumia regional o global, d) ecocardiograma transtoracico diagnostico de TEP (trombo en el espacio de entrada y/o en la rama derecha e izquierda de la arteria pulmonar), e) Radiografía radiológica con TVP. Excluidos: A) TEP previa, b) gammagrama V/Q normal o cercano a normal, c) contraindicaciones absolutas para trombolisis como hemorragia activa e hemorragia reciente, enfermedad intracranial, traumatismo craneoencefálico, cirugía neurológica o mayor en las últimas 4 semanas o cualquier condición que limite la supervivencia en un tiempo no mayor a tres meses. Definición de hemorragia mayor: hemorragia intracranial (confirmada por TAC) o hematomas > de 5 cm, hemorragia externa prolongada en el sitio de punción, hemorragia gastrointestinal y oral y hematuria o cualquier otro tipo de hemorragia con hipotensión arterial (TAD < 60 mmHg) que requiera infusión de líquidos, transfusión sanguínea, control quirúrgico, suspensión de la infusión del fibrinolítico, o que conlleva una disminución > 15% del Hb basal o > 30 g/L en la Hb. Resultados: de 1992 a 1999, 80 pacientes con TEP y una edad de 23 a 90 años, con una media de 47.27 ± 30.5 recibieron 1,500,000 UII de estroptiquinasa por vena periférica en un hora, 4 pacientes llegaron los criterios de hemorragia mayor (5%), no existió ninguna hemorragia intracranial. Las hemorragias se originaron en la cavidad oral (2), pulmonar (1), hematuria dorsal externa que requirió punción (1) y en tubo digestivo (1). Dos pacientes fallecieron (2.5%) con embolización inducida por heparina. Existió una estrecha relación entre hemorragia mayor y procedimientos invasivos (p < 0.04). Los resultados sugieren que en pacientes con diagnóstico de TEP a través de una estrategia no invasiva y una situación asintomática de estroptiquinasa por vena periférica, si no se realizan procedimientos invasivos la incidencia de hemorragia mayor es reducida. La asociación de tromboembolismo inducida por heparina debe ser considerada como un factor de riesgo importante e considerarse.



UN ENFOQUE RACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO
 A Ramirez, T Euse, G Villarreal, A Iñán, L Valdez, S Moreno P, Lamerica
 Hospital de Enfermedades Cardiovasculares y del Tórax No 34 Centro Médico del Norte, IMSS
 Monterrey, N.L.

Objetivo: Se describe el enfoque diagnóstico y terapéutico en pacientes referidos a un laboratorio del sueño, que usan como principio la óptima utilización de los recursos, y los resultados después de 2 años de funcionamiento del laboratorio del sueño y de 1 año de operación de una Clínica de Trastornos del Sueño. **Materiales y Métodos:** Criterios de inclusión: 1) Pacientes con somnolencia durante el día (SDE), 2) Pacientes con ruidos y SDE, 3) Pacientes con hipertensión arterial pulmonar sospechable, 4) Pacientes con poliglobulia sospechable. El abordaje diagnóstico se realiza por etapas: Etapa 1. Historia clínica general y dirigida a síntomas específicos de trastornos del sueño; 2) polisomnografía; 3) polisomnografía e intermitente nocturna; 4) Radiografía de tórax. Esta etapa discrimina a los casos que tienen indicación para polisomnografía. Etapa II: 1) Polisomnografía nocturna. 2) Si se demuestra índice apnea-hipoxemia (IAH) ≥ 5 se asigna a protocolo de estudio para Síndrome de Apnea Obstruktiva durante el Sueño (SAOS). 3) Si se descarta SAOS se procede a la Etapa III: 1) Se investiga Síndrome de Piernas Impulsadas, Narcolepsia, secuencias de fármacos y otras causas de SDE. 2) Se evalúa polisomnografía de la polisomnografía para registro de movimientos periódicos de las piernas. 3) Cuando el diagnóstico fue SAOS, se indica tratamiento con presión positiva en la vía aérea (CPAP) en todos los pacientes que tuvieron índice apnea-hipoxemia (IAH) > 20 . Si no era posible el tratamiento con CPAP en domicilio se evaluó endoscópicamente la vía aérea para identificar a los que se sometieron a cirugía de paladar. **Resultados:** 157 pacientes referidos a la Clínica de Trastornos del Sueño, en 23 se ha realizado estudio asociado al sueño en la primera etapa del estudio, 12 se encuentran en lista de espera para realizar polisomnografía, y en 122 se ha realizado el estudio completo, estableciéndose el diagnóstico definitivo 107 casos de SAOS, 16 de ellos asociado a Movimientos Periódicos de las Piernas (MPPS) durante el sueño, 8 casos de MPPS aislada, y 9 de otros diagnósticos (D Ruido/Sueño, 3 probable Síndrome de Respiración de la Vía Aérea Superior, 1 Epilepsia, 1 Histeropatía y 2 de Asma Bronquial de presentación nocturna). 86 pacientes tuvieron IAH > 20 , y 79 tuvieron IAH > 50 . En 36 pudo iniciarse tratamiento con CPAP, dos de ellos con IAH de 20 y de 49, y los restantes 34 pacientes con IAH > 50 . **Conclusiones:** Este enfoque por etapas permitió en 14% de los casos identificar la patología asociada al sueño con la evaluación clínica y pruebas de función pulmonar, se realizó polisomnografía en el 86% de los casos restantes. Los estudios invasivos, así como el tratamiento quirúrgico, se destinan a una minoría de los pacientes.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SAOS SIN Y CON TRATAMIENTO. IMPACTO SOCIOECONÓMICO
 A Ramirez, D López, F Casas, G Villarreal, A Baker, S Ramirez, S Moreno, L Valdez, Velarde H
 Hospital de Enfermedades Cardiovasculares y del Tórax No 34 CMNN, IMSS, Monterrey, N.L.

OBJETIVO: Investigar el impacto del tratamiento en pacientes con Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) en términos de mejora sintomática, apego al tratamiento, efectos secundarios, y calidad de vida. **METODO:** Se incluyeron pacientes con DX de SAOS grave y moderado, tratados con presión positiva continua en la vía aérea través de mascarilla nasal o con cirugía. Se evaluaron los efectos del tratamiento objetivamente a través de medicación nasal o con INM, síntomas hipertensión arterial, consumo de fármacos hipertensivos, recuperación de capacidad laboral, y evaluación de la calidad de vida a través de un cuestionario que exploró limitación en actividad física, en actividades sociales, laborales, limitación por problemas emocionales, vitalidad, y percepción general de su salud. **RESULTADOS:** Se estudiaron 44 pacientes, 39 con SAOS grave, y 5 con SAOS moderado. 35 fueron tratados con presión positiva continua (CPAP) a través de mascarilla nasal, 5 pac. fueron sometidos a uvulopalatofaringoplastia (UPFP), dos a traqueotomía y dos a glossectomía. En condiciones basales el IAH resultó de 20.9 \pm 14.1, el INM de 33.6 a 34 ml, la somnolencia diurna (SDS) fue máxima en la mayoría de los casos. El tratamiento con CPAP produjo cambios significativos en la somnolencia, mejoró la SDE, redujo el IMCL, la HAS se controló, se redujo el consumo de fármacos hipertensivos. Solo un paciente continuó incapacitado, de forma temporal, a causa de una enfermedad psiquiátrica intercurrente. En términos de calidad de vida se registró una mejoría importante en todos los pacientes. Efectos secundarios al tratamiento con CPAP, irritación cutánea superficial y resistencia de la mascarilla nasal 3 pac. de 49. Buena apego al tratamiento UPFP. Desaparición del ruidado en los 5 pac., mejoría del IAH en 4 pacientes, 1 pac. reportó mareos con CPAP. Traqueotomía también se observó mejoría sintomática y de calidad de vida, pero con efectos secundarios que impusieron la interrupción laboral. **CONCLUSIÓN:** Aunque todas las modalidades de tratamiento producen mejoría sustancial, se demuestra una ventaja del tratamiento con CPAP sobre el tratamiento quirúrgico. Es evidente con los resultados que en estos pacientes el tratamiento mejora significativamente tanto el cuadro clínico como la calidad de vida. Además se demostró un impacto socioeconómico favorable.

RIESGO LABORAL Y ACCIDENTES VIALES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO
 Ramirez A, Duran C, Casas F, López D, Ramirez S, Castillo C, Valdez L
 Hospital de Enfermedades Cardiovasculares y del Tórax No 34, CMN, IMSS, Monterrey

INTRODUCCIÓN: Se ha relacionado al Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) con aumento en la frecuencia de accidentes automovilísticos así como de accidentes laborales. La causa de esta relación es el deterioro de las funciones cognitivas y la somnolencia diurna causada consecuentemente de múltiples despertares del sueño por apneas repetidas. Hasta nuestro conocimiento, no existe en México un estudio que investigue la ocurrencia de accidentes automovilísticos en pacientes con SAOS. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de accidentes laborales y automovilísticos en pacientes con SAOS en una población mexicana adulta trabajadora. **METODO:** Se realizó un estudio transversal comparativo en 68 individuos adultos, que estuvieron laborando en cualquier empresa y habiendo manejado cualquier tipo de vehículo automotor en los últimos 10 años. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de Euf. de Parkinson, epilepsia, y antecedentes de pérdida del estado de alerta de cualquier causa. Grupo de Estudio (GE) pac. con diagnóstico establecido de SAOS en base a cuadro clínico y polisomnografía de 12 canales. Grupo Control (GC) pac. que acudieron al Laboratorio de Fisiología Pulmonar con patologías diferentes al SAOS y choferes de taxi de la Cd. de Monterrey, todos ellos con diagnóstico de SAOS. Se aplicó un cuestionario anónimo retrospectivo durante a través de una entrevista. Se les informó previamente del motivo del estudio. Se investigó la frecuencia de accidentes laborales y de accidentes o "cuasi-accidentes" automovilísticos que ocurrieron con somnolencia, se consumió alguna de alcohol y fármacos el día del accidente, así como la actividad laboral con énfasis en el hecho de trabajar en más de un sitio, turnos laborales rotatorios y tiempos curtos durante la semana del accidente y la semana previa al mismo. Se utilizó un paquete estadístico Epiinfo 6.02 y se aplicó la prueba de chi cuadrado para determinar la significancia estadística. **RESULTADOS:** GE 24 pac. con edades entre 28 y 67 años, X 50 \pm 10 años y GC 34 individuos de 30 a 65 años, X 48.7 \pm 8.6 años (PHS). **ACCIDENTES EN GENERAL:** Del GE, 13 pac. (44%) tuvieron accidentes laborales y automovilísticos, y del GC 4 (12%), p < 0.05. **ACCIDENTES LABORALES:** 4 pac. (12%) del GE, y 3 pac. (9%) del GC (PHS). **ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS:** 11 pac. del GE (33%) y 3 pac. del GC (9%). **ACCIDENTES AUTOMOVILÍSTICOS EN CHOFERES:** Se compararon los accidentes automovilísticos en 8 pac. con SAOS que laboran como choferes, con 17 taxistas. En los primeros, 3 tuvieron accidentes automovilísticos (38%) y en el grupo de taxistas, ninguno, p < 0.05. **CONCLUSIÓN:** Los pac. con SAOS tienen 3.6 veces más probabilidad de tener accidentes laborales y automovilísticos que la población general, 3.5 veces mayor probabilidad de accidentes o "cuasi-accidentes" automovilísticos, y 4 veces más de sufrir un accidente laboral.