

PRIMER CONGRESO NACIONAL  
DE LA  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PATOLOGIA  
RESPIRATORIA

(San Lorenzo de El Escorial, 2-4 de Mayo de 1968)

NOTAS COMPLEMENTARIAS AL TEXTO DE LA PRIMERA PONENCIA,  
«INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y COR PULMONALE», EN SU TER-  
CERA PARTE, «CORRELACIONES CON LA HEMODINAMICA»

DR. P. MARTÍN ESCRIBANO

(Madrid)

Deseando enviar a los compañeros con suficiente antelación el texto de la ponencia, y dado el escaso tiempo de que se dispuso para elaborarla, tuvimos que publicarla sin corregirla y completarla, como nosotros hubiéramos deseado. En la lectura de nuestra parte de la Primera Ponencia, presentamos sobre el primer texto algunas modificaciones y novedades que a continuación relatamos:

El objeto de la parte hemodinámica de la ponencia era, en primer lugar, el análisis de los datos hemodinámicos, y, en segundo, y sin duda el más interesante al clínico, la correlación con los datos de otras fuentes y su rentabilidad diagnóstica.

En el primer apartado, lo más importante a añadir es el correspondiente cálculo estadístico. Este cálculo estadístico nos ha hecho rechazar algún dato; en el hecho concreto de la PCP, el rechazar el dato más anormal hace disminuir muy considerablemente una de las medias, y, por tanto, la diferencia entre los dos grupos. En la tabla siguiente se relacionan los valores de los diferentes parámetros, en los grupos, general, recaída y mejoría, y el valor de «p» para estos dos últimos grupos. Como se ve, ninguno de los parámetros tiene significación estadística; no obstante, esta falta de estricta significación estadística, las diferencias pueden ser interesantes, y justifican muchos de los comentarios que se hacen en este trabajo.

Parámetros	Grupo general	Grupo recaída	Grupo mejoría	«P»
Capacidad vital ... ..	66,4	65,7	67,2	0,9
vems/cv ... ..	54	54	47,2	0,4
pH ... ..	7,398	7,384	7,423	0,2
sat O <sub>2</sub> ... ..	78,4	73,8	83,8	0,3
paCo <sub>2</sub> ... ..	55,1	59,7	52,6	0,4
Hematócrito ... ..	53	57,25	54	0,2
PCP media ... ..	8,5	11	5,75	0,3
PAP media ... ..	38	50,6	30,25	0,3
Diast AP-PCP media ...	15	20,7	17,8	0,5
Indice cardíaco ... ..	3,84	4,45	3,72	0,5
Resistencias ... ..	3,85	4,55	4,5	> 0,9
NÚMERO DE CASOS ...	14	5	4	—

En cuanto al índice cardíaco, la relación con el diagnóstico viene expresada en la siguiente relación:

Índice cardíaco:

Grupo total ... ..	3,84 l/m/m <sup>2</sup>
Bronquitis crónica ... ..	3,87 l/m/m <sup>2</sup>
Bronquiectasias ... ..	4,9 l/m/m <sup>2</sup>
Hipoventilación primaria y obliteración por hidatidosis ...	3,2 l/m/m <sup>2</sup>
Enfisema (?) ... ..	2,5 l/m/m <sup>2</sup>

en donde en último lugar hemos puesto a un caso de presunto enfisema anatómico; se trata de un caso de cuyo diagnóstico únicamente hay sospecha, ya que no tenemos la imprescindible confirmación histológica; por ello le hemos puesto una interrogación. Este caso es el de índice cardíaco más bajo.

La relación de los coeficientes de correlación y de probabilidad de los parámetros estudiados y comparados es:

Parámetros relacionados		«R»	«P»	Casos con significación estadística
Índice cardíaco ... ..	cv	0,06	0,8	
Índice cardíaco ... ..	vems/cv	0,001	> 0,9	
Índice cardíaco ... ..	satO <sub>2</sub>	-0,36	0,2	
Índice cardíaco ... ..	paCO <sub>2</sub>	0,41	0,2	
Índice cardíaco ... ..	VH	0,58	0,05	+
Índice cardíaco ... ..	PAP	0,16	0,6	
PCP ... ..	cv	-0,82	0,01	+
PCP ... ..	vems/cv	-0,36	0,8	
PCP ... ..	pH	0,14	0,8	
PCP ... ..	satO <sub>2</sub>	-0,16	0,6	
PCP ... ..	paCO <sub>2</sub>	0,71	0,02	+
PCP ... ..	PAP	0,27	0,4	
PCP ... ..	PAD	0,44		
PAP ... ..	VH	0,34	0,3	
PAP ... ..	Hb	0,002	> 0,9	
PAP ... ..	cv	0,06	0,8	
PAP ... ..	vems/cv	0,08	0,8	
PAP ... ..	pH	-0,07	0,8	
PAP ... ..	satO <sub>2</sub>	-0,21	0,5	
PAP ... ..	paCO <sub>2</sub>	0,50	0,1	
Diast PAP - PCP media...	pH	-0,61	0,1 a 0,05	+
Diast PAP - PCP media...	satO <sub>2</sub>	-0,21	> 0,9	
Diast PAP - PCP media...	paCO <sub>2</sub>	0,03	0,8	

De toda la serie de parámetros comparados, sólo cuatro de ellos tienen significación estadística.

La relación entre índice cardíaco y valor hematocrito revaloriza la importancia de este último en este tipo de problemas; igualmente si comparamos las correlaciones de índice cardíaco y presión arterial pulmonar con el valor hematocrito y la hemoglobina, encontramos siempre una mejor correlación con el hematocrito que con la hemoglobina, lo cual demuestra el papel de actor, y no de mera con-

secuencia de una anormal situación respiratoria, y su relación con el problema de la viscosidad sanguínea.

Según comentábamos en el primer texto, la elevación de la PCP se podría deber a una redistribución sanguínea que hiciera aumentar la relación

volumen sanguíneo pulmonar/volumen sanguíneo total.

Según los autores que han estudiado estos problemas, esta redistribución está relacionada con la acidosis; nosotros hemos encontrado relación valorable, no con la acidosis, pero sí con la hipercapnia.

La relación entre PCP y Cv es también valorable, y los dos posibilidades que se nos sugieren son:

1. La supuesta redistribución que produciría un aumento de la PCP causaría concomitantemente una disminución de la capacidad vital por el mismo aumento del volumen sanguíneo pulmonar.

2. Tanto la alteración de la PCP como la de la Cv corresponderían a un mismo grado de alteración ventilatoria o gasométrica, pero sin ningún mecanismo fisiopatológico común. Nosotros nos inclinamos por esta segunda posibilidad.

La segunda parte de la ponencia, en su aspecto hemodinámico, iba dirigida a la relación de la hemodinámica con los datos clínicos y paraclínicos, al alcance de cualquier medio, revalorizando aquellos de inmediata obtención a la cabecera del enfermo. Todos estos datos podrían ser los de recogida de datos en la anamnesis y en la exploración física; de éstos, junto con el cuestionario propuesto en el texto anterior, eran muy de valorar con relación a la hemodinámica, los datos de auscultación de la hipertensión pulmonar, hechos perfectamente establecidos por diferentes autores desde hace tiempo.

Nosotros sólo hicimos mención, apoyándonos en un caso nuestro, de la posibilidad de presentación de edemas sin insuficiencia cardíaca congestiva y con probable relación con la hipercapnia.

En los dobles ciegos de radiología se introdujeron nuevas series de respuestas, procedentes de un nuevo lector; esto hizo variar algunos porcentajes:

— El porcentaje de aciertos del volumen minuto desciende del 65 al 54 %, quitándole, por tanto, todo su valor.

— El porcentaje de aciertos de hipertensión pasa de 72 a 71 %. El análisis de los casos no acertados, al evaluar la hipertensión pulmonar, demuestra que casi todos son de hipertensión leve. Si el test hubiera incluido, dentro de la respuesta negativa, los casos sin hipertensión pulmonar y con hipertensión leve, y en la respuesta positiva los casos de hipertensión moderada o severa, el porcentaje de aciertos alcanzaría el 98 %. De lo cual podemos deducir que la radiología tiene un alto rendimiento en el diagnóstico de hipertensión pulmonar, con la salvedad de que el primer grado de hipertensión leve no debe tener clara repercusión radiográfica demostrable.

Por último, nada importante hemos de añadir a las conclusiones sobre este problema de la hemodinámica en la insuficiencia respiratoria, relatadas en el primer texto, salvo insistir con mayor énfasis en el valor de los datos de anamnesis y clínica, recogibles a la cabecera del enfermo, y la gran ayuda que les proporcionan técnicas como la electrocardiografía y la radiología, de alto rendimiento diagnóstico, y al alcance de los más modestos equipos.

Madrid, 25-V-68.