



**Instituto Boliviano  
de  
Biología de Altura**

**Septiembre de 1969**

**La Paz - Bolivia**

**Boletín No. 4**

no, además de una utilización de oxígeno muy inferior a la normal.

----- 0 -----

(Nueva Sección del Boletín)

REVISTA DE REVISTAS

INFORMACION SOBRE PRODUCCION CIENTIFICA DE BIOLOGIA  
DE ALTURA

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Corazón pulmonar crónico por desadaptación a la altura Tesis Doctoral. Dr. Dante Peñaloza Ramella Lima 1969 114 pgs. Fueron estudiados 10 pacientes con manifestaciones clínicas que indicaban pérdida de su adaptación a la altura a 4,300 mts. sobre el nivel del mar en Cerro de Pasco Perú.

Los datos sobresalientes de hallazgo se refieren a que en el grupo enfermo la hemoglobina (Hb) y Hematocrito (Hte) fué de 24.8% y 79.3% respectivamente a diferencia de 20.1% y 59.4% que se encontró en residentes normales del mismo nivel. La tensiometría de la arteria pulmonar reveló 64,33 y 47 para las presiones sistólica, diastólica y media en comparación con 34,13 y 23 mm de Hg. de los sujetos normales del mismo nivel. Las resistencias pulmonares total y alveolar 622 y 527 dinas/seg/cm-5 respectivamente en los pacientes de Mal de Montaña Crónico, contrastando con 229, 197 dinas/seg/cm-5 en el grupo de residentes normales de la altura.

El débito cardíaco mostró gran dispersión en los enfermos con soroche crónico. El valor medio de consumo de oxígeno, diferencia A-V de O<sub>2</sub> y saturación arterial

fué de 825 cm/min/m<sup>2</sup>, 11,69 vol% y 61,4% respectivamente, en comparación con 152,3,88 y 7.3 obtenidos en condiciones de reposo.

Por otra parte tres casos fueron nuevamente estudiados a nivel del mar (Lima) donde permanecieron de 3 a 2 meses las manifestaciones clínicas mejoraron rápidamente (disnea, fatigabilidad, y otras manifestaciones de insuficiencia cardíaca) La hemoglobina y el hematocrito disminuyeron. La saturación arterial de O<sub>2</sub> se normalizó y la presión media de la arteria pulmonar se redujo de 62 a 24 mm. Hg., observándose una disminución importante de las resistencias pulmonares y del trabajo del ventrículo derecho, el índice cardíaco disminuyó lo mismo que otros parámetros dinámicos.

El autor concluye el hallazgo de hipertensión pulmonar de grado más acentuado en los enfermos con Soroche Crónico en relación a los normales del mismo nivel (Cerro de Pasco), y atribuye tal incremento a la vasoconstricción arteriolar y a la policitemia cuyo rol cobra mayor importancia debido al severo grado de hipoxia; demuestra la existencia de hipertrofia ventricular de grado más acentuado en enfermos con Mal de Montaña Crónico en comparación con los normales del mismo nivel, desde el punto de vista radiológico electro-vegetocardiográfico.

GAA.

(Sección del Boletín: Revista de Revistas)

HANS HECHET: Una clasificación fisiológica del corazón pulmonar Med. Clin. N. Amer. 50: 37, 1966.

El autor divide el cor pulmonar en un tipo A. Cardiopatía hipertensiva pulmonar y B. un signo de Síndrome de Disventilación con insuficiencia cardíaca, y señala como representantes en el grupo la hipertensión pulmonar esencial, y la embolia pulmonar repetida. En el Síndrome de Disventilación señala al cora-

zón del enfisema, a la cardiopatía sifoescoliótica, a la imperancia mecánica y a la obesidad como expresión típica.

Señala para el segundo grupo la existencia constante de Cianosis, dedos en palillo de tambor, policitemia, insaturación arterial, contenido elevado de anhídrido carbónico arterial, flujo espiratorio retrasado y espirometría muy anormal, aumento moderado de la resistencia arteriolar pulmonar y aumento ocasional de presión en cuña (capilar). Además este sería el tipo de cor pulmonar crónico con P'Pulmonar" (E.C.G.).

En el primer grupo destaca la presencia contante de disnea, síncope y fatiga, P2 intenso y retrasado, soplos de insuficiencia pulmonar, agrandamiento considerable del ventrículo derecho, hipertrofia ventricular derecha clásica (E.C.G.), resistencia arteriolar pulmonar excesiva, por último destaca ausencia de Cianosis, dedos en palillo de tambor policitemia y P pulmonar (E.C.G.) y pruebas funcionales respiratorias positivas en este grupo.

El autor reconoce que la clasificación de la cardiopatía pulmonar crónica fundándose en anomalías funcionales revela que existen muchos hechos inciertos acerca de la patogenia de los cambios. Por otra parte señala la patente dificultad de encasillar otros cuadros nosológicos como el síndrome de Hamman y Rich.

G.A.A.

