

Lo sencillo que es evitar ciertos accidentes Post-operatorios acompañados de hiperazotemia

Leyendo uno de los artículos científicos de uno de los últimos números de "La Prensa Médica" he encontrado un artículo de los Profesores Robineau y Max Levy en el cual presentan a los círculos de profesionales una multitud de consideraciones respecto a las causas de las muertes de individuos operados que aparentemente estaban bien al salir de 3a Sala de Operaciones y que unas veces breves horas después y otras breves días aparecían ciertos síntomas de pronóstico fatal y que no se gastaban mucho tiempo para llevarse el caso en tratamiento.

Bastante vimos en nuestros libros al pasar por las aulas y lo hemos visto después ya profesionales que los motivos ocasionales de una defunción los podemos conocer *ipso-facto* por medio de la autopsia y nos encontramos una fractura enorme o una gran hemorragia y un flegmón mayúsculo o una infección a distancia y también hay ocaosines que aun así no podemos saber la causa de la muerte porque las circunstancias que la ocasionaron no la podemos encontrar como por ejemplo una falsa oclusión intestinal u otras pocas causas de igual índole.

También pueden atenuarse los daños de las moscas protegiendo los alimentos de su contacto o exterminándolas con medios **mecánicos** que por ser demasiado conocidos no merecen ser

En nuestra práctica nos hemos encontrado a cada rato enfermos operados que presentan una fascie peculiar -que nos hace presentir peligro: sed, náusea, vómitos, algo de timpanismo, pulso regular si es que no malo, poco de temperatura y especialmente hipo; podemos ponernos a pensar en todo lo que querramos, pero sí a ese enfermo le hacemos un examen de su sangre, le encontramos su índice de urea notablemente aumentado y en cambio encontramos los cloruros notables disminuidos, decoloración que la debemos especialmente a los vómitos que tanto molestan y debilitan y que hacen al enfermo perder ja moral. Podemos encontrar también en un enfermo la **hiperazotemia** y la hipocloremia sin que se presenten los síntomas que dejo expresados más arriba y este caso es peor porque no hemos sido advertidos del peligro, pero en ambos casos ese peligro puede ser combatido según los expresados profesores por medio de inyecciones de Cloruro de sodio en soluciones al 10, 20 y 30%, es decir, soluciones hipertónicas que van a restablecer el equilibrio humoral de la sangre y a evitar una serie de

recordados aquí.

(Comunicado por la Secretaría de la Liga de **Sociedades** de la Cruz Roja, 2, Ayenue Velázquez, PARÍS. VIIIe.)

síntomas molestos dando al mismo tiempo paz y tranquilidad al operado.

Como todos sabemos, cualquier intervención quirúrgica en la cual ha sido más o menos larga y accidentada la anestesia y en la que ha habido un mayor o menor shock, el índice de la urea sanguínea es aumentado según nos han dicho los textos de estudio ; desgraciadamente en nuestro medio en que ya comenzamos a no carecer de todo no hemos tenido manera de estudiar el quimiograma de la sangre que tan magistralmente nos diseñó ©1 Doctor Ricardo D. Alduvón en una notable conferencia que disertó en la Asociación Médica Hondureña, quimiograma que sería una brújula para llevar a buen fin y con seguridad el tratamiento post-operatorio y la convalecencia de nuestro paciente. Este índice de urea sanguínea, cuando no' es muy elevado, fuera de dar la alarma consiguiente es vencido por las fuerzas orgánicas vitales y regresiona a ser normal. Pero ¿y la hipocloremia?

Veamos: Tenemos un enfermo operado con el cuadro clínico esbozado al principio y por ende con el índice de cloruros disminuido en su sangre. Entonces, cualquiera que sea la forma que evolucionen esos accidentes, el tratamiento que nos indican los Profesores precitados es la inyección inmediatamente, o más antes si es posible, de suero hipertónico al 10, 20 o 30 % según la gravedad del caso y el mejor o peor estado general que presente ese enfermo, por la vía endovenosa a fin de restablecer el equilibrio del cloro plásmico

y globular desintegrados teniendo una rapidez de acción sorprendente. Aquí en nuestro Hospital y en "La Policlínica" ya ha sido comenzado a experimentar este suero hipertónico intravenoso con resultados notables.

Este artículo, como comprenderá el colega lector amable, me ha movido a escribirlo únicamente su importancia y la fácil aplicación en nuestro medio, después de leer las notables y proficuas observaciones hechas por notables maestros en las escuelas extranjeras; de parte nuestra tenemos la buena voluntad para este estudio y poner al lector en orientación hacia la prensa médica donde puede encontrar profusión de datos y de experimentos al respecto.

Insisto, sí,, en la eficacia y facilidad de este tratamiento que puede usarse y aplicarse en cualquier momento y de manera fácil.

El suero hipertónico tiene indiscutiblemente al ser inyectado una acción en el quimiograma sanguíneo que tan detallada -mente nos explicó el Doctor Alduvín en la conferencia mencionada; y esa acción sobre el índice de ázoe residual que siempre se aumenta en todo operado anestesiado desde el día mismo de su operación, se prolonga también hasta la corrección de la presentada provocando una diuresis bastante buena y se prolonga por ende, hasta 'hacerse ver en el estado general del paciente, quien en los casos que hemos tenido a la vista, después de su inyección de suero hipertónico ya no tienen esa fascie de fatiga y más bien se torna el

rostro fresco y el abdomen se meteoriza poco o casi nada y la expulsión de gases se hace hasta con lujo.

La acción del suero sobre el índice de cloro sanguíneo, plasmático y globular, tan notablemente disminuido después de una operación es restablecerlo y reintegrarlo para lo que hay que inyectarlo a grandes dosis y seguir según la marcha del estado general del enfermo, pues inyectando el primer día unos 20 gramos de Cloruro de Sodio en tres o cuatro inyecciones en una solución al 10 o 15 por ciento para no irnos por los extremos de la posibilidad inyectable, vemos que una pequeña parte será eliminada por la orina, pero el resto será desintegrado y aprovechado para restablecer el quimiograma normal y el resto será almacenado por el mismo organismo para irlo usando poco a poco a medida que lo vaya necesitando. Al ser necesario se sigue inyectando el suero por dos o tres días más a razón de una inyección diaria hasta obtener el resultado más satisfactorio.

¿Que el enfermo tenía una pequeña cantidad de albúmina o se le dejó venir después de la operación? Si esa cantidad no es muy grande y el filtro renal no está demasiado averiado siem-

pre se puede poner el suero, pero en dosis medidas y vigilando el enfermo, haciendo, si posible dos exámenes al día de la cantidad de -albúmina, lo que es fácil por medio del sencillísimo método de Purdy, a base de Ferrocianuro de Potasio y Acido Acético al 50 %: en este caso no se debe pasar de unos 8 gramos inyectados el primer día, y vigílese el paciente.

CONCLUSIONES:

1°—La inyección de suero hipertónico debe ponerse sistemáticamente a todo operado anestesiado en la forma que dejo t. cho atrás y mejor sería comenzar a inyectarlo desde uno o dos días antes - de la intervención quirúrgica.

2°—La inyección de suero no ocasiona' ningún peligro al paciente y pueden evitarse por medio de él muchos malestares; y en el caso que haya albúmina como queda dicho siempre puede ponerse tomando las precauciones apuntadas.

3°—Es un tratamiento al alcance de todos, barato, fácil y sencillo.

Emilio Gómez Rovelo.