

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA POSTRAUMÁTICA

Discusión

Dr. PETRUCELLI. El Dr. Celso Silva pregunta si es probable, de acuerdo con lo observado por los relatores, decir que cuando un paciente hace una oligoanuria secundaria, no inicial, en relación con el traumatismo, en un alto porcentaje de casos, la causa de la anuria debe buscarse en una complicación extrarrenal, peritonitis, gangrena o hemorragia en curso e ignorada.

Yo creo que en la mayor parte de los casos sucede lo que pregunta el Dr. Silva, es decir, la anuria por shock hemorrágico es una anuria de instalación casi inmediata cuando esa anuria se debe a una auténtica alteración parenquimatosa renal, pero cabe la posibilidad de que el shock hemorrágico, insuficientemente tratado en las etapas iniciales, mantenga un estado de disminución de aporte sanguíneo al riñón que condicione también la existencia de una anuria tardía, en relación al accidente inicial; de modo pues, que si bien el traumatismo o la anuria por shock inmediato al traumatismo es en general inmediata, las primeras horas que siguen al traumatismo pueden condicionar también, por el mal tratamiento o el insuficiente tratamiento del shock traumático, el mantenimiento de una situación extrarrenal que lleve posteriormente a la insuficiencia renal aguda parenquimatosa en el curso de los días siguientes. En cambio no sucede lo mismo con la peritonitis postoperatoria; esa sí es una complicación, es una oligoanuria que aparece siempre en nuestra experiencia en forma relativamente tardía, habitualmente después de las 48 horas del acto quirúrgico, cuando se debe a una auténtica peritonitis y no a un shock bacteriémico especial.

Dr. CAMPALANS.— La segunda pregunta del Dr. Celso Silva es: ¿qué opinan los Dres. Campalans y Petruccelli del uso de vasoconstrictores, en particular de la noradrenalina en el shock traumático con oligoanuria, en particular en relación con vasoconstrictores y daño renal?

Nuestra opinión al respecto es que los vasoconstrictores están, si bien no contraindicados en el tratamiento del shock traumático, su uso está condicionado a circunstancias muy particulares; es un hecho ampliamente demostrado y ya ha sido comentado acá, la acción nociva de los vasoconstrictores indicados en forma indiscriminada sobre la circulación periférica y la agravación que determinan sobre los trastornos metabólicos del shock. En el caso particular de la noradrenalina, debe distinguirse entre las dos acciones de la

noradrenalina, la acción central estimulante del miocardio inotrópica y la acción vasoconstrictora. La noradrenalina puede ser beneficiosa en cualquier tipo de shock, por su acción inotrópica y por el aumento del gasto cardíaco que determina por esa circunstancia, pero puede ser sumamente perjudicial por su acción vasoconstrictora; la experiencia con noradrenalina muestra que utilizada en la dosis mínima necesaria predomina la acción de estimulación miocárdica sobre la acción vasoconstrictora, pero que si se sobrepasan estas dosis y la presión arterial como método de control sobrepasa los 100 mm. de mercurio, predomina la acción periférica vasoconstrictora de la noradrenalina sobre la acción miocárdica e incluso el aumento de resistencia periférica que produce puede agravar la situación miocárdica del paciente. De modo pues, que yo pienso, en primer término, que la noradrenalina en lo posible no debe ser usada y que no resuelve la situación fisiopatológica que es la de una caída del gasto cardíaco por hipovolemia con una vasoconstricción periférica hipercompensadora y que la corrección eficaz de la situación fisiopatológica es aumentar la volemia y combatir la vasoconstricción periférica para mejorar la perfusión de los tejidos.

En circunstancias de extrema urgencia la noradrenalina puede ser usada como recurso, si se quiere desesperado, pero en esas circunstancias debe ser utilizada en la dosis mínima necesaria y si es posible asociada a un vasodilatador periférico del tipo de los bloqueadores de los receptores alfa, como puede ser, por ejemplo, la clorpromacina para inhibir la acción vasoconstrictora de la noradrenalina y mantener su acción de estimulación miocárdica.

Dr. PETRUCCELLI.—El Dr. Celso Silva dice lo siguiente: coincidimos con usted en la enorme utilidad de la penicilina en la fase oligoanúrica de la insuficiencia renal aguda, pero, ¿no cree usted que debe insistirse en usar la sal sódica y no potásica? Hemos tenido oportunidad de ver enfermos en esas condiciones que estaban recibiendo grandes cantidades de penicilina potásica. ¿qué opina usted al respecto?

●pino que es una observación muy atinada y es de gran valor práctico y estamos completamente de acuerdo, hay una cantidad de detalles que lógicamente no los tratamos, pero ● ereo que este es un elemento de mucho valor.

Dr. CAMPALANS.—El Dr. Ríos Bruno dice, ¿cuántos de sus pacientes, en porcentaje, de gran insuficiencia renal lo son por errores de diagnóstico y/o tratamiento?

Bueno, el número de casos no permite sacar ninguna conclusión estadística; en realidad, errores groseros de diagnóstico, como es la ignorancia de la situación de insuficiencia renal, podemos decir que fueron pocos, apenas 1,5%. Ahora en cuanto a los que llegaron a la insuficiencia renal por error diagnóstico o de tratamiento, de acuerdo a la evaluación que hicimos, pensamos que el shock fue insuficientemente tratado en un alto porcentaje que llega prácticamente al 70%, en cierto modo eso puede considerarse una insuficiencia o un error en la evaluación para el tratamiento.

Los que se dializaron tardíamente, ¿a qué se debió?

bueno, para contestar esta pregunta hay que ponerse de acuerdo en qué es dializar correctamente. Si estos pacientes los hubiéramos presentado hace poco más de dos años, tres años, posiblemente hubiéramos considerado que todos estaban bien dializados porque se tenía como norma dializar cuando los enfermos alcanzaban niveles de desequilibrio urémico límites en los que se establecían 4 gr. de azoemia, 7 miliequivalentes de potasio, etc. El concepto de diálisis profiláctica, que ha sido insistido sobre todo por los autores ingleses y que se ha generalizado lógicamente, nos coloca frente a la revisión de estos enfermos, en la necesidad de considerar que desde ese punto de vista fueron todos dializados tardíamente, dejando de lado este hecho el motivo de diálisis tardía más frecuente, es el envío tardío al centro de diálisis por un retardo en el diagnóstico o por una falsa confianza en la evolución espontáneamente favorable del paciente. En algunos de estos enfermos la diálisis no ha sido hecha en su debido momento por la notoria insuficiencia de organización que padecemos para permitir ofrecerle a estos enfermos el tratamiento de acuerdo a las directivas modernas; no existe en este momento un centro en condiciones de ofrecer la diálisis reiterada, precoz, repetida, profiláctica, tal cual lo hemos señalado en la exposición.

Dr. PETRUCCELLI.—En cuanto al Dr. Chiara, que creo que fue el que hizo la primer pregunta, la voy a repetir para que quede constancia. El Dr. Chiara preguntó ¿qué concentración de urea en orina y qué concentración de sodio en orina existía en el primer enfermo presentado? Este fue un enfermo que ingresó en tal estado de gravedad que fue dializado de urgencia y en el que no consta más que un examen de orina previo, sin estos datos la azouria generalmente no se hace o no se pide expresamente y la dosificación de sodio la estamos pidiendo recientemente en este último año. En ese momento nadie tuvo seguramente la lucidez suficiente como para pedir la urea en ese enfermo, que hubiera sido de gran importancia. En cuanto a si ¿en los fallecidos hubo autopsia? Creo que en todos hubo autopsia legal, eso generalmente retarda el examen anatómico por los mecanismos conocidos y el estado renal no puede ser valorado por los anatomopatólogos. Eso es lo que reiteradamente nos ha sucedido y cada vez que hemos conseguido los riñones de estos enfermos, se los hemos llevado al Dr. Acosta Ferreira y nos ha contestado que las lesiones "post mortem" son de tal entidad que no puede abrir diagnóstico anatómico.

Dr. CAMPALANS. Si no hay más preguntas, deseábamos leer brevemente unas líneas de conclusión en las que decíamos: Resumen y conclusiones: primero, en todos los pacientes hubo un shock inicial grave que fue insuficientemente tratado o recibió grandes cantidades de sangre para reponer la volemia. Segundo, cuando la intervención quirúrgica fue necesaria, se realizó en la mayoría de los casos en un paciente cuyo estado de shock había sido insuficientemente tratado. Tercero, la falla renal fue de gravedad desigual, en algunos casos la oligoanuria duró apenas dos a cuatro días y se produce...

Dr. GARCIA CAPURRO. Discusión general del tema, ¿hay alguno que quisiera hacer uso de la palabra? Si no hay nadie que quiera hacer uso de la palabra, entonces yo haré un pequeño comentario, que la verdad es que el pequeño comentario que yo iba a hacer es exactamente el último párrafo de los comunicantes. En el cual quiero insistir, porque de los casos que llegan a tener lesiones parenquimatosas renales, evidentemente son enfermos que han sufrido importantes desequilibrios. La corrección inmediata, desde un comienzo (como se dijo en transporte, en la atención inmediata y demás) debería suprimir la gran mayoría de los casos en los cuales se llega a producir una lesión del parénquima renal, dado que la lesión de este parénquima renal no es nada más que una de las manifestaciones del estado de desequilibrio en que se encontró el enfermo. Me parece que las condiciones del tratamiento, las condiciones hospitalarias, la energía con que se trabaje en esos enfermos, dicho en una frase un poco grosera, si a un enfermo se le saca lo que tiene malo y le dejan lo que tiene bueno, lo que tiene bueno quiere seguir viviendo y debía seguir viviendo. Son las partes lesionadas las que provocaron sobre las demás. Hay que suprimir o corregir lo que está lesionado, para que lo demás no sufra quizá. Disculpen la manera de encararlo, un poco demasiado grosero, pero esa es la realidad. Damos con esto por terminada esta sección.

TEMAS LIBRES

- Riñón del politraumatizado grave. Aporte clínico y experimental.*
Dr. Juan Edelmiro Vadra.
- Método de utilidad ante emergencias del politraumatizado grave.*
Dr. Juan Edelmiro Vadra.
- La traqueotomía en los traumatizados graves de tórax.* *Dr. Pablo Matteucci.*
- El politraumatizado grave.* *Dres. Félix A. Pereyra, Humberto Farraoni y Enrique Testa.*
- Paracentesis diagnóstica en las complicaciones peritoneales del politraumatizado grave.* *Dres. Roberto Perdomo y José L. Filgueira.*
- Tácticas terapéuticas en los politraumatizados graves. Nuestra experiencia en el Hospital Salaverry de Buenos Aires.* *Dr. Benjamín P. Ceriani.*
- Acceso quirúrgico al espacio retroestileo.* *Dres. Néstor B. Turco, Felipe C. Galmarini y Alberto Fernández.*
- Nuestra táctica operatoria en la operación supraclavicular. *Dres. Néstor B. Turco, Manuel Calviño y Felipe C. Galmarini.*
- Rupturas múltiples de intestino delgado por contusión abdominal directa.* *Dres. Alberto L. Pataro y Antonio F. R. Pietravalle.*
- Contusión de abdomen. Estudio estadístico.* *Dres. Mario C. Camaño, Juan C. Castiglioni Barriere y Romeu Machado Da Luz.*
- Drenaje biliar externo. Nuestra experiencia. *Dres. Pascual M. A. R. Magaldi, Arnaldo Pataro, Héctor Marchitelli y José Mussini.*
- Hemobilia. Consideraciones sobre cuatro casos.* *Dres. P. Magaldi, A. H. Pataro, H. Marchitelli y J. Mussini.*
- La ayuda ventilatoria mecánica en los grandes traumatizados de tórax.*
Dres. Aldo Roncagliolo, Miguel Mate y Juan Pardié.
- Fasciotomía en los traumatismos y accidentes vasculares agudos de los miembros.* *Dres. Víctor Zerbino y Roberto Rubio.*

* Con su correspondiente comentario.