

## RETENCIÓN AZOADA

No sólo en los pacientes de vías urinarias sino en todos los individuos que serán sometidos a una intervención quirúrgica cuando se sospecha un déficit renal debe hacerse sistemáticamente la dosificación del ázoe en la sangre para evitar los riesgos inherentes. La constante de Ambard y la prueba de la fenol-sulfon-taleina han contribuido con la dosificación del ázoe sanguíneo a disminuir considerablemente la mortalidad post-operatoria. Al contrario de la azoemia brightica la quirúrgica es curable por una terapéutica apropiada.

A; principio la retención azoada no se manifiesta con precisión, cuanto más por lasitud física, depresión moral, a veces raquiagia.

A medida que la retención aumenta los síntomas van manifestándose poco marcados en las azoemias ligeras, mayores en las media-s y grandes. El aspecto es característico: piel pálida, anemiada, algunas veces amarillenta; anemia más o menos pronunciada llega hasta realizar el cuadro de la perniciosa. Somnolencia, estupor y astenia. Inapetencia y estado nauseoso; vómitos rebeldes, alimenticios o acuosos; sialorrea, hipo muy conocido y muy frecuente, precioso síntoma. Diarrea disenteriforme. Prurito acompañado de lesiones de rascado y pio-dermitis. Hemorragia, retardo de coagulación e irretractibilidad del coágulo, procedentes de la nariz o

gastro-intestinal.

Aumento de la cantidad de orina y disminución de la densidad, poliuria más acentuada por la noche debido al retardo de eliminación de los líquidos ingeridos por el día. Polaquiuria nocturna por la misma razón. En los prostáticos debe pensarse además en las lesiones renales para explicar la polaquiuria.

La retinitis albuminúrica puede manifestarse desde el principio como síntoma precoz de azoemia, por desgracia generalmente no se busca por falta de entrenamiento del médico o porque no busca el especialista. Este es el cuadro de una azoemia media.

En la grave la uremia es completa; el término etimológicamente es incorrecto; numerosos cuerpos tóxicos conocidos y desconocidos intervienen en su producción; desde hace mucho tiempo se ha demostrado fisiológica y clínicamente la no toxicidad de la urea; luego su encuentro en la sangre es simplemente una revelación del estado de insuficiencia renal y de los cuerpos retenidos que debiera eliminar.

La forma nerviosa o cerebral de la uremia se presenta con accidentes comatosos, convulsivos, delirantes y paralíticos.

La uremia gastro-intestinal se manifiesta por todos los fenómenos digestivos ya mencionados en la retención media muy acentuados.

La uremia respiratoria se exterioriza algunas veces por fenómenos disneicos, sin signos pulmonares objetivos, semejando hasta una crisis, de asma; respiración de Cheyne Stokes; crisis de edema agudo del pulmón con la muerte.

Sean los signos de uremia ligera, media o grande es el laboratorio el encargado de afirmarlo o negarlo por los procedimientos de exactitud de que dispone.

La dosificación de la urea sanguínea se hace así: tomar de una vena, en ayunas, 20 c. c. de sangre; 10 c. c. se mezclan a un volumen igual de ácido tricloracético al 20 % para precipitar las sustancias albuminoides. Después de agitar la mezcla se filtra y recoge el filtrado; en él será dosificada la urea poniéndolo en el ureómetro en presencia de una solución de hipobromito de sodio. Este descompone la urea en ácido carbónico absorbido por la soda y en ázoe libre; la cantidad de ázoe desprendido permite valuar la cantidad de urea.

De 2 a 45 cg. es la tasa normal de urea por 1.000. En el curso de las 24 horas se eleva ligeramente después de las comidas; pero no siempre la azoemia traduce una insuficiencia de la función ureo-secretoria, hay que saber darle su justo valor a este signo. La oliguria de los cardíacos puede falsear los resultados: el riñon trabajando a una concentración máxima, da un rendimiento menos bueno, es decir, que aunque elimina la urea en cantidad considerable con rela-

ción al volumen de orina no llega a eliminar la cantidad de urea normal en relación con la disminución de la orina. La hidremia tiende a disminuir la azoemia, pero en práctica no es capaz de reducirla considerablemente *en* la sangre.

Puede también disminuir el valor de la azoemia la alimentación muy pobre en materias azoadas que parecerá la retención azoada en los límites de ia normal.

El cloruro de sodio puede aumentar la eliminación de la urea; está demostrado que baja la cantidad de urea en la sangre.

Enormes hiperazoemias tienen por substratum lesiones hiperplásicas del hígado, sin embargo puede decirse que no existe azoemia durable sin una insuficiencia marcada de la función ureo-secretoria del riñon.

Castaigne considera tres grupos de azoemias patológicas: Primero, azoemia limite con enfermos cuya urea varía entre 0,45 y un gramo. Segundo, azoemia fuerte de 1 a 3 gramos y tercero, hiperazoemia con retenciones mayores de 3 gramos.

Para el pronóstico en las enfermedades quirúrgicas no debe ceñirse estrictamente a las leyes de Widal; en general se admite que los pacientes con retención azoada de 1 a 2 gr. viven rara vez más de un año; la muerte es cuestión de aíses cuando oscila entre 2 y 3 gramos.

La constante ureo-secretoria de Ambard tiene un gran valor para las pequeñas insuficien-

cias por ser de mayor precisión que la dosificación, en la sangre. En cambio no posee ninguno cuando pasa de Igr. El gran defecto es de hacerse únicamente en un tiempo insuficiente de la diuresis (90 minutos) ; causas de error son también la oliguria y las grandes hipertermias.

Recoger la orina por sondaje vesical previa evacuación completa. Se toman los primeros 40 minutos y luego 30 c. c. de sangre; se continúa recogiendo por 40 minutos más. La constante normal es de 0.075 a 0.080; será tanto más elevada cuanto la insuficiencia renal más considerable. El cirujano puede apreciar la cantidad de parenquima sano, es suficiente elevar al cuadrado la cifra resultante de la división de la constante normal por la constante del enfermo.

Chevassu considera como límite de operabilidad urinaria una constante de 0.120. La cifra es arbitraria y puede restar al paciente una operación salvadora.

La prueba de la fenol-sulfon-taleina puesta en evidencia por los trabajos de Gerathy y Rowñtrée triunfa en pocos años como el método preponderante en la apreciación del funcionamiento renal. Al contrario de la azoemia y la constante de Ambard, no es influenciada por la oliguria, la poliuria ni la retención clorurada; solo los trastornos cardio-vasculares importantes pueden comprometer el débito de taleina por lentitud de la corriente sanguínea que disminuye la cantidad de sangre llevada a la célula renal. De aplicación simplísima esta prueba se

hace así: 6 miligramos Justos de fenol-sulfon-taleína o sea un centímetro exacto de la solución sen inyectados por vía endovenosa; desde el momento de la inyección empiezan a recogerse las orinas por una sonda en permanencia. En un sujeto normal la taleina empieza a eliminarse en los 10 primeros minutos; se recejen en un primer frasco durante 40 minutos y en un segundo durante 30. Sobre 70 minutos se hace la prueba.

Eliminación no menor de 45 % del colorante en una hora y diez minutos es normal; es el límite<sup>P</sup> de operabilidad que puede bajar hasta 40 % en la gran hipertensión arterial.

Esta prueba concuerda, de un modo general con la azoemia y la constante Ambard; es siempre más sensible pero algunas veces aparece en contradicción con aquéllas.

En los prostáticos, por la oliguria o la retención clorurada la constante condena la intervención en tanto que la prueba taleínica la autoriza. El éxito operatorio dio la razón a la última. La inversa puede también presentarse, constante normal y débito taleínico defectuoso; en estos casos repetir las pruebas y si la segunda vez continúa la contradicción dar la preferencia al débito taleínico siempre P-J<sup>V</sup> que indica más exactamente el valor funcional de los riñones.

En conclusión deben siempre practicarse las tres pruebas: azoemia, constante de Ambard y de la fenolsulfon-taleina. Las tres se pueden hacer al mismo tiempo: colocar una sonda vesi-