

EL VALOR DE LA PRESION VENOSA CENTRAL Y DIURESIS HORARIA EN EL POST-OPERATORIO UROLOGICO

Dres. LISANDRO SANCHEZ SANUDO,* ALEJANDRO R. BONTA,
RICARDO CAPPELLO, JOSE MANUEL RICART y EDUARDO PERLI

En nuestro servicio en el post operatorio de la cirugía de gran envergadura y para prevenir un síndrome de shock, controlamos en forma sistemática la presión venosa central (P.V.C.) y diuresis horaria (D.H.).

Presión venosa central: Está condicionada por los siguientes cuatro factores:

- 1) La vis a tergo,
- 2) La vis a fronte,
- 3) La vis a parte interiores, y
- 4) La vis a letere.

La primera es la presión arterial transmitida a través de los capilares. La segunda es la fuerza originada centralmente por el propio ventrículo. La tercera lo constituye el volumen circulante; en la última interviene:

- a) El tono vasomotor,
- b) la presión tisular y de los músculos, y
- c) los movimientos respiratorios en relación con la presión intrapleural e intraabdominal.

Técnica

Para nuestros casos la hemos controlado en cava superior o aurícula, colocando un catéter K 30 ó K 33, disecando una vena del codo, en especial la basilica derecha, progresando unos 50 cms., aproximadamente, teniendo la certeza de su posición endotorácica por las variaciones de la columna líquida con la respiración. En caso de duda hemos constatado la situación con una Rx. simple, opacificando el catéter con 2 cms. de sustancia iodada existente en plaza.

En el momento del cateterismo hacemos control del pulso por la existencia de arritmias que produciría la colocación del catéter en aurícula o ventrículo; en ese caso lo retiramos unos centímetros.

Las cifras normales oscilan, según los autores, entre los valores extremos de 2 y 15 cms. de agua. Estimamos sean ellas cifras máximas, en nuestros casos oscilan entre 4 y 10 cms. de agua. Deseamos opinar que no hay una cifra uniforme y al igual que la tensión arterial puede tener variaciones individuales. Hay ciertas patologías torácicas que pueden modificarlas —ej.: tumoraciones mediastínicas, enfisema pulmonar, etc.—; la mayoría de ellas se descartan con un estudio semiológico. Una de nuestras enfermas había sido mastectomizada y encontramos un mediastino infiltrado que podría justificar la P.V.C. aumentada.

El valor cero (0) de la escala lo referimos a la línea axilar media;

* Canning 2458, Cap. Fed.

que se nos normalicen los dos factores, la P.V.C. y la D.H., siendo esta última la usada para mantener la hidratación del enfermo con su complemento electrolítico de acuerdo a la indicación del ionograma.

Cuando nos encontramos con una P.V.C. baja y D.H. aumentada consideramos que estamos en presencia de una diabetes hídrica, ya sea por una disminución de la H.A.D. o por una alteración glomérulo-tubular (en la insuficiencia renal y en las poliurias postoligoanúricas, etc.); en este caso hacemos reposición de volumen en la medida de lo necesario. Este síndrome se caracteriza por la intensa polidipsia.

Cuando nos encontramos con la P.V.C. alta, o sea por encima de los 10 cms. de agua, disminuimos la infusión a lo mínimo permisible para mantener la vía; cuando la cifra llega a 15 cms. de agua interpretamos en forma práctica que estamos en presencia de tres síndromes distintos:

- 1) una insuficiencia cardíaca,
- 2) un exceso de expansión de causa iatrogénica,
- 3) una vasoconstricción.

El primer síndrome, la insuficiencia cardíaca, diremos que la semiología nos dará la orientación fundamental en este cuadro. La D.H. puede encontrarse dentro de los límites normales o disminuida, pero siempre acompañada de taquicardia. En estos casos hacemos digitalización rápida y diuréticos; si fuese necesario, recurrimos a la sangría por la misma canalización extrayendo con jeringa hasta 500 c.c.

El segundo síndrome, un exceso de expansión de causa iatrogénica, también será despistado semiológicamente por el interrogatorio, encontrando que la D.H. está evidentemente aumentada con ritmo cardíaco normal o discreta taquicardia. En estos casos hacemos diuréticos de acción rápida si fuera necesario sangría; en caso de dudar de la suficiencia cardíaca, digitalizamos.

El tercero y último síndrome es el correspondiente a la vasoconstricción periférica; el estudio semiológico nos da un signo de la uña positivo, tensión arterial dentro de los límites normales y una D.H. notablemente disminuida. Ante esta sintomatología consideramos estar en presencia de un Shock Endotóxico, sumamente frecuente en los servicios de Urología por todos conocido. En estos casos hacemos Manitol al 15 %, 200 c.c. en forma rápida conjuntamente, antibióticos a altas concentraciones, de preferencia penicilina endovenosa (40 millones o más diarios), corticoides también a altas dosis, Dexatemasona (hemos llegado a 250 mg. diarios) y bicarbonato de sodio molar 50 c.c. Cuando las pulsaciones no pasan de 120 por minuto usamos los Beta-Adrenérgicos Estimulantes, que pueden ser el Sulfato de 1-(3-5 Dihidroxifenil)-2-Isopropilaminoetanol o el Isoproteranol a dosis de 80 mgs. a 2,5 mgs., respectivamente. Se deben hacer en infusión endovenosa y según la tolerancia del enfermo, pero bajo un control estricto de la suficiencia cardíaca y de la P.V.C., usando tónicos cardíacos para el primero o expandiendo cuando el segundo decae por la vasodilatación periférica. La reposición la hacemos según el hematocrito con sangre o Dextron, como ya dijéramos anteriormente.

En todos los casos por nosotros tratados cuando la P.V.C. y la D.H. se normalizaron, continuamos el postoperatorio por vía enteral, conservando la canalización por 24 ó 48 horas por si se presentase alguna eventualidad.