



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

NUEVAS TECNICAS, NUEVOS RIESGOS

Dr. Ramón Ortúzar E.

La introducción de nuevas técnicas para el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades involucra, muchas veces, riesgos para el paciente que deben ser correctamente considerados antes de decidir su empleo, especialmente en casos en que no sean trascendentes para el manejo del enfermo los datos que estas nuevas técnicas puedan aportar.

El solo objetivo de "un diagnóstico exacto", cuando este no puede significar un cambio en el manejo del paciente, sino sólo completar una información académica, no justifica el empleo de técnicas con las limitaciones que estamos comentando. Mucho menos se puede aceptar su aplicación cuando el riesgo es mayor que el habitual por las condiciones del enfermo, o cuando los datos que pueda proporcionar son aleatorios o de dudosa interpretación.

En el presente número del BOLETIN se publica la ficha Anatómo Clínica de un enfermo joven, portador de una Enfermedad de Hodgkin, tratado y curado histológicamente de su enfermedad, pero muerto por una Sepsis fulminante, que no dió lugar a ningún tratamiento efectivo, y cuya aparición se relaciona con la esplenectomía a que había sido sometido el paciente durante la laparotomía efectuada para clasificar y tratar correctamente la afección. La experiencia ya conocida, y que revisa el artículo ESPLENECTOMIA E INFECCION, establece

claramente que en estos casos existe un alto riesgo de que aparezca esta complicación, y de que los enfermos lleguen al médico cuando ya el shock séptico fulminante, que la caracteriza, sea irreversible. (1,2) En estas condiciones, cabe preguntarse, ¿ se justifica la esplenectomía, aún aceptando que ella pueda mejorar los efectos de la terapia empleada, si a su vez deja al enfermo expuesto a la complicación comentada con un altísimo porcentaje de mortalidad ?.

En el artículo **IATROGENIA Y SEPSIS**, el Profesor Santiago Soto, pasa somera revista a algunos procedimientos corrientes en clínica, capaces de introducir gérmenes patógenos en el organismo del enfermo y provocar una Sepsis de difícil manejo y de pronóstico incierto. Merece especial mención el uso (y abuso) de cateteres endovenosos, colocados con el objeto de aportar soluciones u obtener datos hemodinámicos. Resulta indudable que la sepsis incorporada por la punta del cateter constituye una realidad clínica cada día más frecuente (3), y que esta complicación aumenta en relación con el tiempo de permanencia del cateter en la red venosa.

No nos merece duda que este procedimiento ha significado un gran avance en la alimentación parenteral, y a través de la medición repetida de la presión venosa central, un conocimiento más exacto de la situación hemodinámica del enfermo, necesario para su adecuado tratamiento. La duda nos surge cuando su empleo se hace en forma indiscriminada, en casos en que la simple fleboclisis por aguja podría resolver el problema, o cuando las características del cuadro clínico no requieren la determinación constante de la presión venosa central. Parece también discutible la mantención por muchos días de un cateter in situ, sabiendo que el riesgo de infección aumenta marcadamente con esta prolongación. Hemos visto enfermos en que la sepsis por cateter se hizo presente cuando el cuadro agudo ya se había dominado, y se iniciaba la realimentación oral.

La práctica sin una crítica previa de punción biopsia hepática y renal, constituyen procedimientos diagnósticos que si bien han significado un innegable progreso en el conocimiento de algunas afecciones de estos órganos, han producido con relativa frecuencia (4), accidentes hemorrágicos que han obligado a operaciones de urgencia, y en ocasiones, en el caso de punción renal, a la extirpación del órgano afectado. Desgraciadamente, no siempre en estos casos la indicación de la punción constituía una indicación necesaria para el correcto manejo del enfermo.

Se podrían agregar numerosos procedimientos más, capaces de acarrear más perjuicios que beneficios cuando se les emplea sin un juicio crítico de su indicación. Algunos de ellos talvez deberían desterrarse de la práctica clínica ordinaria, ya que con frecuencia cada día mayor están contribuyendo a enriquecer el grupo de las enfermedades iatrogénicas, tan opuestas al verdadero objetivo de la acción médica.

