

CONDUCTA EN PRESENCIA DE UNA HEMORRAGIA

El tratamiento depende, ante todo, de la etiología de la hemorragia, de su situación; pero esto no siempre es fácil de precisar, y de todas formas se impone un tratamiento sintomatológico general en presencia de cual hemorragia importante.

Acostar al enfermo horizontal, y mejor con la cabeza baja: instalar una perfusión de sangre, preferiblemente fresca. Prácticamente, la primera perfusión será abundante, de 500 ml o aun más. Ulteriormente, la cantidad de sangre dependerá de los resultados de los exámenes biológicos (numeración, hematócrito). En caso de hemorragias repetidas se puede recurrir a pequeñas transfusiones renovadas (150 a 200 ml), con fin hemostático.

Se intentará la transfusión de sangre isoagrupada, respetando evidentemente el factor rhésus del enfermo.

Aunque esto salga del cuadro en cuestión, es de lamentar que los franceses—notablemente todos los que han recibido ya una transfusión—no sean portadores obligatoriamente de una nota indicando su grupo sanguíneo y su factor rhésus. Esta medida salvaría indudablemente muchas vidas humanas.

La administración del medicamento con fines hemostáticos es clásica. Su valor es muy desigual: vitamina K, y sobre todo K₁, está indicada cuando hay hipoprotrombinemia (recién nacidos, insuficiencia hepática, intoxicación por el dicumarol); vitamina C, de eficacia dudosa fuera de las hemorragias escorbúticas; factores de acción vitamínica P (rutina esculósido), con su principal acción sobre la resistencia capilar; trombina, agente diastásico de la coagulación, que puede utilizarse por vía local o parenteral; solución de gelatina a 5 ó 10 por 100, como hemostático local; pectina en ampollas bebibles (arhemapectina); el adrenocromo (adrenoxil), derivado oxidado de la adrenalina, en inyección subcutánea o intramuscular, que disminuye notablemente el tempo de la hemorragia y actúa sobre las hemorragias ligadas a lesiones puramente vasculares; extractos hipofisarios que actúan por una hormona hipertensiva o vasopresiva, notablemente utilizados en obstetricia y en el curso de las hemopti-

sis; testosterona (acetato o propionato) indicado en las hemorragias genitales (fibromas) y en los síndromes hemogénicos.

Son de citar:

El veneno de sapo, de actividad moderada;

El suero sérico (antema), extraído del conejo en el curso de un choque anafiláctico provocado por el suero del caballo;

Las preparaciones cálcicas, cuya acción parece de hecho nula sobre el plasma hemostático.

El rojo Congo en solución a 1 por 100; la protamina, únicamente indicada como antagónico de la heparina; la ergotamina, especialmente utilizada en las hemorragias uterinas.

Pero señalase el valor incomparable de la sangre, que no sólo compensa la pérdida sanguínea, sino que aporta igualmente los factores de coagulación y de hemostasis que puedan faltar, particularmente de hemogenia, de hemofilia.

En presencia de una hemorragia externa procédase a una hemostasia provisional. — Aplicación local de hemostáticos; trombina (polvo o solución de trombosa), esponja de gelatina desecada (espongil), solución de antipirina a 10 por 100 o agua oxigenada de doce volúmenes.

Además, apósito compresivo preparado con compresas superpuestas de algodón y una venda sólida inextensible, preferiblemente de tela. Este tratamiento bastará con la mayor frecuencia para detener las hemorragias venosas, en las cuales el garrote no solamente es inútil, sino hasta perjudicial.

En casos de una hemorragia importante, si se dispone de una pinza hemostática estéril, apriétese la vena que sangra.

Si no, recúrrase a la compresión manual a distancia, compresión de la arteria sobre terreno óseo al nivel de la raíz del miembro, o hágase un garrote, pese a sus inconvenientes. Siendo posible, empléese un tubo o una tira de caucho hueco.

Toda persona que se le aplique el garrote será transportada en el espacio más breve a un centro quirúrgico. Al cabo de cuatro horas de aplicación del garrote es regla practicar la amputación por encima del garrote dejado en su sitio.

En presencia de una epistaxis. — Cuando la hemorragia sea ligera, compresión digital durante unos minutos; introducción de un pequeño tapón embebido en una solución de antipirina

a 10 por 100, de agua oxigenada, de una esponja de gelatina desecada (esponjil).

Pedir al enfermo que se esté inmóvil durante algunos minutos, que respire profundamente por la boca y que no se suene.

Más tarde, de ser necesario, cauterización por ácido crómico o galvanocauterización prudente.

Cuando la epistaxis es importante colóquese un tapón, como anteriormente. Para que sea correcto, hágase sonar enérgicamente para vaciar la nariz de sangre y expulsar los coágulos. Introdúzcase después, bajo inspección, rinoscopio, a ser posible de mechas de 12 a 15 cm de largo embebidas de un hemostático (ferripirina, peróxido de cinc, solución de trombasa), que serán superpuestas de abajo arriba, metódicamente, y tan apretadas cuanto sea posible.

Además, asegurarse bien luego que no persiste derrame sanguíneo posterior.

Si el taponamiento anterior es insuficiente porque el vaso de sangre sea posterior, será entonces obligado, pero solamente en este caso, recurrir al taponamiento posterior. Introducción de una sonda fina de Nélaton en la ventana de la nariz que sangra. Introducir la extremidad en la faringe y desatar la extremidad del hilo de seda que permitirá alcanzar la faringe; después, bloquear en la parte correspondiente con una bolita de gasa del tamaño de un botón. Por precaución, la otra extremidad del hilo de seda que sale por la boca será fijada a la mejilla del enfermo con leucoplasto.

(*Mon. Pharm. Lab.*, 959, 1959.)

EL Dr. JOSE ALBERTI VITON

Con gran dolor damos la noticia del fallecimiento de nuestro compañero D. José Alberti Vitón el día 4 de mayo pasado.

A sus hermanas doña Carmen y doña Dolores, y a todos sus compañeros, en especial a los de la XXV promoción, les acompañamos en su dolor.