

Actualidades

Los riesgos de la transfusión

L. E. H. *Whitby*, *Lancet*, p. 581-584, Mayo de 1942.

El autor que es Médico Consultante en Transfusión de Sangre y Resurrección del Ejército Británico, leyó recientemente el texto del presente trabajo en la reunión de la Harveian Society de Londres.

El autor sitúa los riesgos de la transfusión en cuatro grupos: (1) el tipo de reacción orgánica, particularmente asociado con los líquidos cristaloides; (2) desastres circulatorios debidos al estado general del paciente; (3) hemolisis intravascular, de ordinario en relación con la sangre que se administra, con cuestiones de incompatibilidad; y (4) enfermedades transmitidas de dador a receptor.

Reacciones orgánicas

Estadísticas de confianza, en cuanto a las reacciones de este tipo, son difíciles de obtener porque la incidencia varía según la persona que da la transfusión, el método empleado, la velocidad de administración, y el estado del paciente. Una transfusión demasiado rápida es una causa corriente de rigor. La mayor parte de las autoridades están hoy de acuerdo en que con la sangre conservada, tomada adecuadamente y con limpieza, la incidencia de reacciones no es mayor que con sangre fresca, a condición de que la sangre no tenga más de tres semanas. Las reacciones piroxicas son principalmente debidas a proteína extraña ya sea bacterias muertas, e incluso bacterias no patógenas vivas, que pueden hallarse en el agua destilada vieja. Vale más hacer las soluciones intravenosas con buena agua limpia de grifo que con agua destilada porque el contenido bacteriano de la primera es muy inferior. El rasgo diferencial más importante entre una reacción piroxica debida a bacterias o a alguna proteína extraña y la reacción que indica hemolisis intravascular debida a incompatibilidad, es que la incompatibilidad auténtica va casi

siempre asociada con violento dolor lumbar que se presenta instantáneamente.

Desastres circulatorios

Las soluciones cristaloides abandonan la circulación aun cuando el volumen sanguíneo esté reducido. Su empleo apropiado es en el tratamiento de la deshidratación tisular y no por su efecto fugaz sobre el restablecimiento del volumen sanguíneo. Por otra parte, el agua que va unida a las proteínas, como en la sangre, suero o plasma, queda retenida en la circulación si el volumen sanguíneo es reducido y, de excretarse, no sigue el mismo camino que el agua que va unida a un cristaloides. Las transfusiones en las condiciones de guerra tienen que ser de orden masivo — 5-7 pintas de (2.8 a 4 litros) de sangre o sustitutivo de la sangre — y existe peligro de sobrecargar la circulación. Un análisis de 6 transfusiones fatales en tiempo de paz, demostró que en cuatro las muertes fueron debidas a edema pulmonar, pero se trataba de personas con músculo cardíaco debilitado. Puede suponerse que la baja ordinaria en tiempo de guerra tenga un músculo cardíaco normal antes de recibir su herida; en una experiencia de 150 transfusiones a heridos, el autor no ha visto un solo caso de edema pulmonar debido a transfusión masiva necesaria. Un peligro mucho mayor es no lograr restablecer el volumen hemático.

Incompatibilidad

La cuestión de la incompatibilidad se hace más y más confusa cada día. El riesgo que se corre en la incompatibilidad más importante, es la aglutinación y lisis de los glóbulos que dá lugar a veces a fallecimiento inmediato, pero éste no es en modo alguno inevitable. La compatibilidad de los grupos Landsteiner depende de un suero apropiado para llevar a cabo pruebas de grupo. El mayor peligro es el empleo de un suero impotente. Un suero de prueba infectado también da lugar a dificultades considerables, porque posee propiedades pan-aglutinantes. La aglutinación fría — aglutinación que se produce sólo a temperatura inferior a la del cuerpo — determina el mismo género de resultados.

El autor discute luego el grado de seguridad de los "dadores universales" haciendo resaltar la gran importancia, especialmente en

transfusiones repetidas, de llevar a cabo como es debido una determinación de grupo directa, así como la importancia de la simple prueba biológica, la lenta inyección de los primeros 20 cm.3 de la transfusión, y el error de suponer que el dador una vez compatible haya de serlo siempre para el mismo receptor. También se ocupa el autor de la importancia dada recientemente al factor rhesus (Rh). El ideal sería utilizar los dadores Rh-negativos, pero de no ser así, puede conseguirse una relativa seguridad con la prueba directa de grupo y la simple determinación biológica. El factor Rr. se ha usado para explicar las tragedias hemolíticas del nacimiento *eritroblastosis foetalis* e *icterus gravis*, y es probablemente la explicación de la mayor parte de los riesgos anteriormente atribuidos a los dadores del Grupo O.

Enfermedades transmisibles

En las enfermedades transmisibles de dador a receptor, la sífilis es la primera que hay que tener en cuenta, pero este riesgo no es grande en Inglaterra. Hasta el momento de la guerra, en Gran Bretaña y América del Norte se han registrado alrededor de 40 casos de sífilis transmitida. La acostumbrada salvaguardia es una prueba serológica del donador, pero hay que tener en cuenta las limitaciones de dicha precaución. El último periodo de la fase primaria y el principio de la secundaria son los más peligrosos en la sífilis, pero en éstos, el análisis serológico es a menudo negativo, o por lo menos dudoso, en tanto que con una buena fase terciaria puede obtenerse un análisis serológico positivo y sin embargo el sujeto ser inocuo como dador. El almacenamiento de la sangre proporciona bastante protección contra la sífilis porque las espiroquetas sólo parece ser que sobreviven cinco días en el refrigerador.

No se ha dado prácticamente noticia de ninguna transmisión de infecciones por virus procedente de sangre conservada. El paludismo es un riesgo difícil de evitar y no se sabe cuanto tiempo sobrevive el parásito en el frigorífico. Puede transmitirse alergia a las proteínas, durando de ordinario solamente unas cuantas semanas.

El autor pone fin a su trabajo manifestando que la mayoría de los riesgos de la transfusión pueden ser evitados. Los riesgos simplemente pirécicos pueden quedar eliminados mediante limpieza escrupulosa; la experiencia práctica y el juicio clínico, reducen la incidencia de los desastres circulatorios, en tanto que la hemólisis

intravascular debida a incompatibilidad se producirá siempre de vez en cuando, pero principalmente como resultado de haber llevado a cabo imperfectamente las pruebas de grupo.

*Caso mortal de Taquicardia y Disnea
Paroxísticas en un niño de pecho*

(Rev. Argentina de Cardiología t. IX, Set., Oct.)

E. García Carrillo insiste en la rareza de casos mortales de taquicardia paroxística en niños. Por eso relata la historia clínica de un enfermito de pecho que sucumbió en pocas horas por edema pulmonar sobreagudo. La aceleración cardíaca alcanzó 214 por minuto. Tanto la sintomatología como los trazados electrocardiográficos denotaban algo parecido a una taquicardia paroxística supraventricular.

*Influencia del clima tropical de Costa Rica
en las cardiopatías*

(Archivos Argentinos de Cardiología y Hematología)

E. García Carrillo se refiere a las enfermedades del corazón en relación al clima de Costa Rica teniendo principalmente en mira rectificar conceptos populares que algunos médicos generales han aceptado como correctos. Enumera sucesivamente la situación geográfica y peculiaridades del terreno, temperatura del aire, presión barométrica, evaporación, insolación, humedad, nubosidad, vientos y lluvias, factores que concurren a estatuir la modalidad climática. "El clima tropical y ecuatorial de Costa Rica no influye sobre la alta mortalidad por afecciones cardíacas que se constatan aquí como en otros países. El clima de meseta no es desfavorable para los aclimatados, pero no protege tampoco contra las afecciones reumáticas," concluye diciendo el doctor García Carrillo.
