

EVALUACION Y ASISTENCIA AL PACIENTE CON SANGRADO ANORMAL

Ac. Dr. Eduardo Aranda Torrelio.¹

INTRODUCCION

La atención a pacientes en las distintas disciplinas de salud debe ser integral y satisfactoria, a fin de aliviar sus dolencias y que vuelvan a recuperar su condición plena de salud. En esta labor se asume que en un inicio se agotan todas las medidas no invasivas, ó sea aquellas que no implican procedimientos de cirugía menor ó mayor; cuando una determinada dolencia exige una conducta invasiva con distinto grado de complejidad es importante una evaluación completa que descansa en una historia clínica que permita una aproximación diagnóstica para encaminar los exámenes complementarios más apropiados.

Si alguno de esos pacientes refiere episodios previos de sangrado excesivo, aparición de manifestaciones hemorrágicas ó signos de diátesis anormal, se justifica aún más la evaluación médica preliminar y posteriormente podría ser asistido por otras disciplinas que lleguen a ser invasivas como la Odontología y sus especialidades.

Por ello es importante elaborar una historia clínica completa en todo paciente, así sea que el motivo de consulta no tenga relación directa con la historia de sangrado ni se anteceda de la referencia de manifestaciones hemorrágicas no esperadas en

ninguna persona y a cualquier edad.

DATOS ORIENTADORES

La anamnesis ó interrogatorio es parte de una historia clínica y comprende la referencia de antecedentes relacionados con cada paciente, pudiendo desglosarse en tres puntos principales:

Los antecedentes familiares que se relacionan sobre todo con los ascendientes de primer y segundo grado, siendo válido interrogar acerca de padecimientos sufridos por los abuelos, padres, hermanos, hijos y hasta nietos y que orienten al diagnóstico de un trastorno de carácter familiar. En cuanto a eventual sangrado anormal, es inexcusable realizar preguntas sobre otros familiares que requirieron hasta transfusiones sanguíneas para controlar manifestaciones hemorrágicas, como en el caso de hemofilias (A y B), enfermedad de von Willebrand, enfermedades congénitas que cursan con trombocitopenia y otras dolencias de tipo hereditario asociadas con hemorragias a distinto nivel.

Los antecedentes personales que incluyen cuidados médicos previos a pesar de hallarse el paciente sano, sus hábitos de alimentación, antecedentes ginecológicos en el caso de mujeres en edad fértil, el consumo eventual de medicamentos ó de otros compuestos naturales que hoy se hallan muy difundidos ó promovidos, con efectos supuestamente eficaces. Puede añadirse una pregunta sobre ejercicios físicos o deportivos que realice el paciente, en la eventualidad de que informe que presenta equimosis ó hematomas de fácil producción durante esa práctica.

Los antecedentes personales

¹ Médico Pediatra Hematólogo, Docente Emérito UMSA. Miembro de la Academia de Ciencias. Hemato- oncólogo Hospital del Niño

patológicos que incluyen la ejecución de cirugía menor o mayor, durante la cual el paciente podría haber observado hemorragia sostenida y muy prolongada, más allá del mismo acto quirúrgico. En otros casos, es posible la referencia de una hepatitis viral ó de otra naturaleza, cuyo compromiso haya sido de tal grado que deja al paciente con riesgo de presentar sangrado espontáneo o inducido por maniobras muy leves que impliquen trauma no complicado. Por otra parte, en trombocitopenias crónicas es muy probable que con un interrogatorio delicado y calmado, se admitan manifestaciones hemorrágicas previas que no exigieron ni motivaron un estudio médico más detallado, procediendo tan solo a la aplicación de medidas de sostén.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los signos y síntomas sugestivos de sangrado anormal son motivo frecuente de consulta, siendo el ejemplo más frecuente el de epistaxis recurrente ó hasta masiva, generando una preocupación porque el paciente no tiene orientación apropiada sobre la causa de ese sangrado nasal, que ante su recurrencia obliga a una atención profesionalizada. Otros signos de sangrado anormal incluyen a la observación de: equimosis, hematomas, lesiones petequiales, gingivorragias, hematemesis, melenas, enterorragia ó proctorragia y hasta hemartrosis, lo cual debe ser inquirido por el profesional de salud antes de realizar un procedimiento invasivo con riesgo de sangrado persistente y hasta con riesgo de ocurrir un choque hipovolémico

PRUEBAS PRELIMINARES

DIAGNOSTICAS

Ante la evidencia de que el (la) paciente que acude a un centro médico u odontológico tenga manifestaciones hemorrágicas sin causa aparente, es imperativo solicitar pruebas de tendencia hemorrágica con antelación a la ejecución de cualquier procedimiento invasivo que implique sangrado leve o mayor por manipulación de tejidos vivos. La mayoría de médicos y odontólogos acostumbran requerir pocas pruebas de hemostasis que incluyen a: tiempo de coagulación, tiempo de sangría, tiempo de protrombina y el hemograma completo con recuento de plaquetas. Según los datos consignados en la historia clínica podría hasta solicitarse otras pruebas que confirmen determinada dolencia como subyacente y causante de sangrado anormal, teniendo entre ellas a: tiempo de trombina, fibrinógeno plasmático, retracción del coágulo, cuantificación de ciertos factores de coagulación como el VIII y IX.

CONDUCTA Y MANEJO

En pacientes con sangrado anormal, la primera recomendación consiste en evitar en todo lo posible cualquier procedimiento invasivo porque se puede generar una solución de continuidad ó daño en tejidos superficiales ó profundos, con hemorragia local o extensa en forma muy prolongada ó indefinida. Es probable que al tratarse de pacientes que se asisten en forma ambulatoria, no sea indispensable la internación y solo se iría a su domicilio con recomendaciones expresas.

En otra situación, si el paciente persiste con sangrado y compromiso hemodinámico y ahí proceden medidas de emergencia tales como: mantener vía aérea permeable, canalizar una vía

venosa para administrar soluciones coloidales y fracciones de sangre, aportar oxígeno si es necesario para evitar hipoxia tisular y mayor compromiso orgánico. Más allá de estas medidas generales ó de emergencia procede el estudio inmediato del paciente con pruebas ya señaladas para confirmar un diagnóstico y si éste corresponde a un trastorno hematológico referirlo con prontitud al especialista para iniciar medidas terapéuticas especiales.

REFERENCIAS

Aquino J, Casella J. Bleeding Disorders. En: Custer JW, Rau RE, eds. The Harriet Lane Handbook. 18th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2008. p. 377-82.

Coller BS, Schneiderman PI. Clinical Evaluation of Hemorrhagic Disorders: The Bleeding History and Differential Diagnosis of Purpura. En: Hoffman R, Benz EJ, Shattil SJ, Furie B, Silberstein LE, McGlave PM, Heslop HE, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2008. p. 1851-76.

Gastineau DA. Inicio y control de la coagulación. En: Mazza JJ, ed. Hematología Clínica. 3ª. Ed. Madrid: Marbán Libros S.L.; 2004. p. 420-37.

Lusher JM. Clinical and Laboratory Approach to the Patient with Bleeding. En: Nathan DG, Orkin SH, Ginsburg D, Look AT, eds. Nathan and Oski's Hematology of Infancy and Childhood. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2003. p. 1515-26.

Scott JP, Montgomery RR. Hemorrhagic and Thrombotic

Disorders. Clinical and Laboratory Evaluation of Hemostasis. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 18th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2007. p. 2062-6.

Seligsohn U, Kaushansky K. Classification, Clinical Manifestations, and Evaluation of Disorders of Hemostasis. En: Lichtman MA, Kipps TJ, Kaushansky K, Beutler E, Seligsohn U, Prchal JT, eds. Williams Hematology. 7th ed. New York:McGraw-Hill; 2006. p. 1741-7.