

TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS MÁS IMPORTANTES; TOS, EXPECTORACIÓN, HEMOPTISIS, ETC.

Dr. LUIS ARGILÉS

EL trato diario con enfermos tuberculosos nos enfrenta con una serie de síntomas: fiebre, tos, sudores, hemoptisis, etc., que son los que molestan al enfermo y contra los cuales, fuera del tratamiento pertinente de sus lesiones pulmonares, no nos queda otra forma de combatirlos que la terapéutica estrictamente sintomática.

No citaremos en esta lección todos los medicamentos que en el transcurso de los años se han empleado, sino que nos concretaremos a los que en la actualidad continúan en uso por haberse demostrado más eficaces.

HEMPTISIS. — Es la expulsión de sangre por la boca, procedente de los vasos del aparato respiratorio.

Un tanto por ciento muy elevado de las hemoptisis es de etiología tuberculosa.

Descartada esta etiología, hay que buscar como posibles causas las enfermedades cardíacas, sobre todo las estenosis mitral, los quistes hidatídicos, las bronquitectasias, la lúes pulmonar, neos, etc. No debe olvidarse la intervención del naso-farinx.

Las hemoptisis tuberculosas muchas veces van precedidas de un cortejo sintomático tal como tos, febrículas, dolores torácicos, cefaleas, anorexia, etc., pero otras veces, son la primera manifestación clínica de una tuberculosis pulmonar, llamándosele entonces de «alarma» porque nos pone en guardia sobre su posible etiología específica.

Clinica

En general, la hemoptisis va acompañada de tos y picor de garganta; la sangre es roja y tiñe los esputos homogéneamente o en forma de estrias. Si es más abundante lo expulsado, es francamente roja y espumosa, y el enfermo a veces tiene la sensación subjetiva de burbujeo, de dolor torácico y sensación de algo caliente que asciende por la tráquea, así como sabor dulzaino. Los días consecutivos la expectoración puede ser negruzca y con coágulos debido a que se expulsa la sangre retenida en los bronquios (diagnóstico diferencial con las hematemesis).

Clasificación de las hemoptisis

Por la intensidad de las mismas las podemos clasificar en hemoptisis de esputo y de bocanada.

Por todos los posibles tipos de hemoptisis: 1.º, *per rexis* o sea efracción vascular; 2.º, *per su patogenia* sólo haremos dos grandes grupos en los cuales van incluir ya de los vasos bronquiales ya de los vasos pulmonares propiamente dichos, y 2.º, *hemoptisis por diapedesis*, debidas a trastornos de la permeabilidad de las paredes de los vasos.

Entre los *per rexis*, hay la expectoración hemática, no abundante, que se

produce el escavarse un infiltrado; las hemoptisis brutales y muchas veces mortales, producidas por la rotura de un aneurisma de Rasmussen y las no tan intensas que tienen por origen una ectasia o varicosidades venosas propias de las paquipleuritis residuales y de las formas erráticas apicales.

En el grupo de las diapedésicas congestivas, tenemos que citar las que aparecen en los infiltrados y brotes de reactivación de focos tuberculosos que reconocen por causa la acción congestiva de las toxinas tuberculosas, productos catalíticos de los focos u otros mecanismos.

Las catameniales, llamadas así porque aparecen unos días antes o durante el menstruo, y son debidas a la acción congestiva general de la foliculina.

Las hemoptisis discrásicas, debidas a fragilidad vascular constitucional o tóxica, o bien a estados hemofloides y plaquetopenias o a brotes debidos a la misma toxina tuberculosa. Por fin hay un tipo de hemoptisis que se incluye entre la variedad por diapedesis, de gravedad extrema, que los autores franceses llaman «hemoptisis brutal, sin apenas expulsión de sangre». Dichos autores atribuyen esta variedad a un trastorno vascular de origen neuro-vegetativo. En estos casos han comprobado en la necropsia pequeños infartos hemorrágicos distribuidos difusamente por el pulmón, apoplejía pulmonar.

No hemos de olvidar tampoco las hemorragias congestivas producidas por substancias medicamentosas, oro, yodo, arsénico, tuberculina, etc., y las producidas por baños prolongados de sol, así como la influencia estacional y las variaciones climáticas.

Tratamiento médico

Generalmente cuando somos llamados con urgencia por una hemoptisis se trata de un enfermo que presenta este sintoma con cierta intensidad.

Solemos encontrar al enfermo y familiares asustados y con cierta nerviosidad, por el miedo a lo que le pueda ocurrir; pues bien, lo primero que debe hacerse es tranquilizar el ánimo del enfermo y de los familiares haciéndoles comprender que es un sintoma muy aparatoso pero no de una gravedad extrema. Exploraremos al enfermo, para lo cual le moveremos lo menos posible, prescindiendo de la percusión o todo lo más haremos una percusión ligera.

Se hará guardar silencio absoluto al enfermo y un familiar nos referirá sus antecedentes patológicos y es con estos y con la ligera exploración física que hemos de procurarnos, de momento, una orientación etiológica, de la cual dependerá la terapéutica a seguir. Como reglas generales recomendaremos: 1.º, silencio. 2.º, reposo absoluto. 3.º, alimentación líquida, a la temperatura del ambiente repartida en varias tomas durante el día.

Farmacología

Si hay tos, procuraremos disminuirla a lo mínimo no empleando para ella morfina, si no más bien compuestos de dionina o codeina, ya por vía parenteral o por ingesta, 0'015 a 0'02 gr. 2 o 3 veces al día. Los autores americanos aconsejan la heroína, que al mismo tiempo que calma la tos no deprime el centro respiratorio. Produce habituación.

Extractos de lóbulo posterior de hipofisis (*Pituitrina*). En casos de urgencia se puede inyectar por vía endovenosa, a la dosis de 5-10 UF disueltas en 10 c.c. de agua. Inyectar muy lentamente y estando el enfermo en decúbito supino y con la cabeza baja, sin almohada. La acción de la misma dura unas 8 horas y se puede mantener inyectándola intramuscularmente cada 8 horas. No la emplearemos más de dos días.

Su manera de actuar parece ser que es produciendo una baja de la presión en la arteria pulmonar, y una vasoconstricción por contracción de las fibras lisas;

además, parece que es antagónica a la histamina a la cual hoy se da cierta importancia en la patogenia de las hemoptisis. Los fenómenos schok son pasajeros y sin importancia.

Cloruro de cal al 10 por 100, 10 o 20 c. c., endovenoso, inyectado lentamente.

Gluconato de cal endovenoso al 10 por 100, de 10 a 20 c. c. al día. Actúa favoreciendo la coagulación, es estabilizador del vago y antialérgico.

Vitamina C por vía endovenosa, a la dosis de 0'10 ó 0'15 ó 0'40 gr. Tiene un factor protector contra la permeabilidad capilar, es antialérgica y antianafiláctica. Está sobre todo indicada en las formas congestivas y en los enfermos febriles y con un régimen pobre en vitamina C.

Vitamina K o antihemorrágica, que aumenta la tasa de protrombina disminuida en especial en los tuberculosos con diarreas.

Vitamina P, que según SZENT-GEORGY contiene el factor de la resistencia vascular y de la permeabilidad normal de sus paredes, estando por tanto indicada en las hemoptisis por diapedesis.

Rojos Congo al 1 por 100 endovenoso, 10 c. c.

Pequeñas transfusiones de sangre de 100 a 200 c. c. parece que a veces ayudan a cohibir la hemorragia.

La inyección de unos 100 c. c. de oxígeno subcutáneo también se ha empleado, aunque en la actualidad se usa poco. Se cree actúa por vía refleja.

La inyección endovenosa de Novocaina al 1 por 100 (sin adrenalina). Se pueden inyectar de 10 a 20 c. c. de esta solución, pero antes conviene probar la tolerancia del enfermo al medicamento, para lo cual empezaremos inyectando unos 5 c. c. Debe administrarse estando el enfermo en decúbito supino e inyectarse a razón de 1 c. c. por 15 segundos. Actúa interrumpiendo la acción del simpático y la formación de histamina.

Anestesia del ganglio estrellado. No describiremos la técnica, sólo diremos que generalmente se emplean 10-15 c. c. de Novocaina al 1 por 100. La prueba de que la anestesia del ganglio cervical superior está bien hecha, nos la dará la aparición del síndrome de Claudio Bernard Horner.

Sus efectos son casi inmediatos aun en los casos en que han fracasado todas las anteriores terapéuticas.

Se cree que actúa primero por interrupción de un arco reflejo vasodilatador del pulmón, por un bloqueo directo de unas fibras centripetas descritas por FRANCOIS FRANK, que partiendo del pulmón, corazón y aorta van al cordón simpático cervical, de donde salen unas fibras para anastomosarse con los nervios craneales.

Segundo: Por acción sobre los centros vasomotores del diencefalo.

Tercero: Acción indirecta por vía humoral.

Cuarto: Acción equilibrante del sistema nervioso vegetativo.

Recomiendan los autores que emplean esta terapéutica ir inyectando novocaina precediendo la punta de la aguja; así se evitarán accidentes. Entre éstos se han citado lipotimias, afasias transitorias, ataques epilépticos.

Hay descrito algún caso de siembra controlateral.

Si la hemoptisis es intensa y no se cohibe, podemos vernos obligados a emplear el neumo hemostático, para lo cual, naturalmente, es necesario saber con seguridad qué lado es el que sangra. Lo que nos dará una seguridad más grande, además de la exploración física, es la radiografía practicada a la cabecera del enfermo.

La técnica del neumo hemostático sólo se diferencia de la del neumo ordinario por la cantidad de gas insuflado y por el ritmo de las reinsuflaciones. La primera insuflación no suele pasar de 500 c. c. de gas, se espera 1-2 horas y si la hemoptisis continúa se vuelve a reinsuflar, dejando siempre las presiones finales negativas. A veces el neumo es contraproducente por haber adherencias a nivel de la lesión.

Si las hemoptisis se presentan en un neumo bridado pueden obligar a una toracocautia de urgencia.

En los casos que no se ha podido hacer el neumo en el lado que sangra hay autores que recomiendan el neumo contralateral, o bien la frenicoparálisis y neumoperitoneo, si la situación de la lesión nos hace presuponer que será influenciado por esta terapéutica.

Tratamiento de la tos. En general, podemos decir que hay dos tipos de tos: inútil y útil. La primera, no reporta ningún beneficio al enfermo, porque no expectora, y por tanto hay que suprimirla. La segunda, es la que sirve para que el enfermo expulse la expectoración y tiene por tanto una acción beneficiosa, ya que al expectorar evita las siembras canaliculares.

Esta la respetaremos siempre que no sea demasiado intensa.

La tos es uno de los síntomas sobre el cual se puede influir más sin medicación, siempre que el enfermo colabore con el médico. Recomendaremos al enfermo no ceda a los estímulos de la tos, cosquilleo en garganta, y que cuando éste aparezca basta a veces un poco de carraspeo para que cese, o si no, unas inspiraciones y espiraciones seguidas sin pausa intermedia, con la cual conseguiremos no se cierren las cuerdas vocales y por tanto no es posible el golpe de tos.

Los calmantes de la tos por excelencia son los derivados de opio; codeína, dionina, heroína, etc. Siempre hemos de procurar emplearlos a las dosis mínimas útiles. Codeína, 0'01-0'03 por dosis, 2-3 día. Paracodina, 0'01. Dicodid, 0'005-0'01, 2-3 veces al día. Dionina, 0'005-0'01 toma, al día, 0'002 gr. Eucodal y Dilaudid, 0'0025 gr.

La morfina no se debe dar más que en los casos «in extremis» y a enfermos a quienes este síntoma priva del descanso nocturno.

Expectoración. Cuando la expectoración es espesa y abundante se pueden seguir dos caminos, dar fluidificantes del moco o disminuir la secreción del mismo. Para lo primero tenemos el licor amoniaco anisado de XV a XX gotas, dos o tres veces. Cloruro amónico, de 5 a 6 gramos al día. Mixture solvente, una cucharada cada tres horas. Polvo Dover, 0'10 dos o tres veces al día. Ipecopan, de XV a XX gotas o bien de una a dos tabletas, dos veces al día. No debe darse en ayunas.

Hay que prescindir de los compuestos yodados y de los de guayacol, sobre todo en los enfermos que tienen propensión a la hemoptisis.

Para disminuir la expectoración emplearemos los balsámicos: gomenol, eucaliptol, terpinol, combinados y en forma de inyectables oleosos, uno diario. Inyecciones de cloruro de cal al 10 por 100, 5 c. c.

Sudores nocturnos. Hay que tener en cuenta las siguientes reglas higiénicas.

- 1.º Aligerar de ropa la cama si hay un exceso en la misma.
- 2.º Habitación bien aireada, con ventanas orientadas al sur, evitando las corrientes de aire.
- 3.º La cena no tiene que ser sobrecargada, ni contener alimentos que requieran una digestión laboriosa.

Como preparados de uso externo podemos emplear un lavado con Lysoform al 2-3 por 100, o con vinagre, una cucharada en 1 litro de agua.

Los preparados de cal per os o por vía parenteral, también van bien a estos enfermos.

Alcanfor en forma de aceite alcanforado al 10-20 por 100, 1 c. c. intramuscular a última hora de la noche.

Atropina en gránulos de 0'00025 o 0'0005 suelen ser suficientes. Si producen efectos tóxicos, midriasis, sequedad de boca, etc., suprimirla.

Agaricina. Píldoras de 0'01 gr. 5 o 6 horas antes de que sobrevengan los sudores. Hay que administrarla con este tiempo de antelación porque se absorbe muy lentamente. Si produce diarrea por irritación de la mucosa intestinal se puede añadir 0'01 gr. de polvo de opio.

Bellergal, una tableta.

Clohidrato o bromuro de acetil colina de 2 a 4 cgr. por vía subcutánea.

Fiebre. La fiebre es un síntoma a veces fácil de corregir en algunos tuberculosos. Basta el reposo en cama para que aquellas febrículas desaparezcan.

Si la fiebre no produce trastornos en el estado general, no disminuye el apetito y el enfermo subjetivamente no la acusa, muchos autores son partidarios de tratarla sólo con reposo absoluto, sin antitérmicos. Lo que realmente interesa es aliviar las molestias subjetivas aunque objetivamente la temperatura no descienda.

Es interesante una curva horaria de la temperatura para que así podamos actuar mejor sobre ella.

Hay que procurar repartir los antitérmicos durante el día de manera que la temperatura no haga ascensos elevados y evitar, sobre todo, los sudores producidos por la caída brusca de la temperatura al administrar antitérmicos.

Los principales fármacos empleados son:

Piramidón: 0'3-0'5 en 300 c. c. de agua repartidos durante el día.

Lactofenina, 0'25 gr., toma 2-3 veces al día.

Criogenina, 0'10 gr., toma 2-3 veces al día.

Fenacetina, 0'15 gr., toma 2-3 veces al día.

Anorexia. Amargos. Tintura de genciana, acasia, condurango y tintura de nuez vómica, media hora antes de las comidas.

Insulina. Insulina 5 o 10 unidades media hora antes de comer. Antes de administrar insulina hay que descartar una posible insuficiencia de las suprarrenales que en las formas larvadas no se manifiesta clínicamente más que por una astenia; tuvimos un caso que con 10 unidades hizo un coma hipoglucémico.

Astenia. Muchas veces el cuadro de astenia es debido a una insuficiencia suprarrenal larvada debida a las toxinas tuberculosas. El tratamiento más apropiado es la inyección de extractos de corteza suprarrenal del tipo de la Corticina o Percorten que, en los casos intensos, emplearemos a las dosis de 5 a 10 mgr. diarios. En los casos leves, 1-2 mgr. al día, y en los medianos, 2 mgr. diarios.



M A I Z P U R

ALIMENTACIÓN HIDROCARBONADA DE GRAN PODER NUTRITIVO
EXENTA DE GRASAS Y PROTEÍNAS

IMPRESINDIBLE para los niños de segunda infancia.

ESPECIALMENTE indicado en regímenes de úlceras gástricas, afecciones intestinales y hepáticas, dietas hidrocarbonadas, de sostén, etc.

Muestras y Fórmula a disposición de los Sres. Médicos



DEPARTAMENTO CIENTÍFICO
DE

PRODUCTOS ALIMENTICIOS
POTAX S. A.

Cristina, 1 Teléfono 16514
BARCELONA