LOS SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA DE LA CRUZ ROJA

Por el DOCTOR ANET

*Jefe del Servicio central de
Transfusión sanguínea de la
Cruz Roja belga*

El 1º. Congreso internacional de Transfusión sanguínea se celebró en París, del 29 de septiembre al 2 de octubre de 1937, patrocinado por el Presidente de la República Francesa y bajo los auspicios de un Comité compuesto por eminentes personalidades del cuerpo médico.

Presidió el Comité de Organización, el Profesor Gosset y actuó de secretario general el Dr. Anault Tzanck.

En la sesión de apertura pronunciaron una alocución el Profesor Roussy, decano de la Facultad de Medicina, el Profesor Gosset y el Ministro de Sanidad.

Cuatro Comisiones de estudios fueron constituidas y encargadas de examinar las cuestiones siguientes:

1a. *Comisión:* Los grupos sanguíneos. 2a. *Comisión:* La sangre conservada; 3a. *Comisión:* Los problemas hematológicos relacionados con la transfusión sanguínea; 4a. *Comisión:* La organización de la transfusión sanguínea.

Las conclusiones de los informes de las Comisiones de estudio se sometieron a la sesión de clausura (sábado 2 de octubre) y, después de discutir y revisar algunos puntos, fueron adoptadas por unanimidad. Estas conclusiones constituirán un guía inapreciable para todos aquellos

que se interesan por la transfusión sanguínea.

Por unanimidad también se decidió crear una Secretaría internacional *permanente* de Transfusión sanguínea, con objeto de asegurar la celebración de estas reuniones internacionales. El Profesor Gosset aceptó asumir la presidencia hasta el próximo Congreso internacional de Transfusión. Sería difícil elegir entre los excelentes informes presentados en dicho Congreso, por consiguiente, nos limitaremos a reproducir a continuación el informe preparado por el Dr. Anet delegado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, sobre "los Servicios de Transfusión sanguínea de la Cruz Roja". Este informe resulta tanto más interesante cuanto que varios congresistas ignoraban aun la importante contribución de la Cruz Roja en dominio. (N. d. I. R.)

En el primer Congreso internacional de Transfusión sanguínea, celebrado en 1935, tuve el honor de presentar una comunicación sobre la organización de los Servicios de Transfusión de la Cruz Roja. Creo oportuno recordar brevemente los principios, las experiencias y los resultados adquiridos por los ser-

vicios de diversas Sociedades nacionales agrupadas en la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

Si se tiene en cuenta que en 1935, ocho Sociedades nacionales disponían de servicios de transfusión sanguínea cuyo total era de 31 y que hoy estas Sociedades nacionales se elevan a 10 y a 57 el número de servicios, se apreciará fácilmente el esfuerzo considerable que se ha realizado desde que fue creado en Londres en 1921, el primer servicio de transfusión sanguínea.

Lo que constituye la característica de los centros organizados por la Cruz Roja es que el efectivo de los donantes y eventualmente el de los médicos especializados, está a la disposición de todos los médicos. Cada servicio tiene, por consiguiente, la misión de facultar la transfusión inmediata no sólo a un hospital o a una clínica sino a toda la población que depende de él.

El Centro de Transfusión de la Cruz Roja debe ser, por tanto, considerado como un servicio público, del mismo modo que sus servicios de socorros en carretera o sus servicios de ambulancias automóviles.

En aquellos sitios donde otros organismos han creado ya los servicios de transfusión, la actividad de la Cruz Roja se ha limitado a colaborar por medio de una propaganda activa y de un reclutamiento intenso de donantes entre sus miembros. Este es el caso, especialmente, en Francia, en Dinamarca y en otros países.

En lo que se refiere a la organización administrativa, los ser-

vicios de transfusión sanguínea dependen, generalmente, de la sección local de la Cruz Roja, que les proporciona una colaboración preciosa por su prestigio, su personal y el hecho de que frecuentemente esta sección local dispone de una clínica, de un hospital o de un edificio en el que están instalados los locales del servicio.

En cada país, se ha conseguido la uniformidad en el establecimiento de las fichas y registros así como en la entrega de las tarjetas de identidad del donante.

La organización científica está a punto, debido a que cada servicio se ha asegurado la colaboración de un personal médico experimentado dirigido al mismo tiempo por un comité de personalidades científicas muy competentes.

Desde el punto de vista práctico, la organización de los servicios de transfusión de la Cruz Roja está muy bien concebida. Algunas Sociedades nacionales han constituido un cuerpo de donantes voluntarios que no aceptan ninguna remuneración; otras, han juzgado preferible concederles una retribución moderada y otras, por último, han adoptado un sistema intermedio que consiste en retribuir a algunos donantes. Esta diversidad se explica por la diferencia de mentalidad de un país a otro, pero es indudable que, en todos los casos, los servicios de transfusión han conseguido asegurarse la colaboración de donantes desinteresados cuya mayoría pertenecen a esferas sociales que no tienen más móvil que el de la abnegación.

Más adelante demostraremos que la organización de los servicios de la Cruz Roja evita la creación de donantes "profesionales" cuyo único fines el interés o—lo que es peor todavía—cierta publicidad.

La Cruz Roja ha llegado a constituir donantes de primera categoría, desinteresados, plenamente conscientes de sus deberes y muy respetuosos de la disciplina que impone el servicio. Las estadísticas de llamamientos urgentes muestran que, en un servicio que tenga un radio de acción de 10 kms, el donante tarda, como término medio, 10 minutos en presentarse en el lugar de la transfusión. Este plazo es de 10 a 20 minutos cuando se trata de servicios que tienen un radio de acción más extenso o en los grandes centros urbanos donde la intensidad del tráfico constituye un verdadero problema. Algunos servicios han resuelto la cuestión utilizando ambulancias automóviles para el transporte del donante, con lo que se ganan unos minutos gracias a los timbres de alarma de que están dotados estos vehículos.

Si el buen funcionamiento de los servicios de transfusión de la Cruz Roja debe ser mencionado, nos parece oportuno también llamar la atención del cuerpo médico sobre ciertos inconvenientes, no para el enfermo ni el centro de transfusión, sino para el donante.

Estos inconvenientes resultan del principio de organización según el cual el donante debe ponerse a la disposición de todos

los médicos. En efecto, se puede calcular que, del conjunto de los servicios de la Cruz Roja, el 85 por ciento de las transfusiones son efectuadas por médicos que no pertenecen a los centros de la Cruz Roja. Esto no quiere decir que pongamos en duda la habilidad de estos médicos, todo lo contrario. Por otra parte, hablando jurídicamente, esta cuestión no nos interesa puesto que en cuanto el donante se encuentra en el lugar de la transfusión se halla bajo la responsabilidad del médico transfusor. Prácticamente hablando, debemos señalar, en cambio, que con harta frecuencia por muy competente que sea el médico transfusor descuida a veces detalles que tienen una gran importancia para el funcionamiento del servicio. Sucede, que el material para la toma de sangre no está siempre impecable, que las agujas están despuntadas y que se debe proceder a múltiples punciones, que un donante se haya presentado para una transfusión urgente y que se le haga esperar sin explicarle las causas del retraso y, por último, aunque el médico considere ante todo el bien de su enfermo no debe descuidar por ello al donante a quien hay que atender y con quien se deben tener ciertas consideraciones.

Me apresuré añadir que, en la mayor parte de los casos, el donante suele quedar satisfecho y que los hechos mencionados se han producido sobre todo al principio. Las excelentes relaciones de los médicos de la Cruz Roja y de su personal con los demás especialistas han permitido siempre allanar estas peque-

ñas dificultades. Las indicamos con objeto de llamar la atención de aquellos que tienen el propósito de crear nuevos servicios, pues no hay que olvidar que uno o dos incidentes desgraciados pueden ser un obstáculo serio para una eficaz propaganda de reclutamiento de donantes. Señalaremos por último, que los servicios de la Cruz Roja poseen siempre uno o varios aparatos de transfusión reservados para los casos de extrema urgencia.

Existen diferentes tipos de servicios de transfusión según los países. Unos, y éstos constituyen la mayoría, centralizan los servicios administrativos y médicos (permanencia, examen del donante, laboratorio) en un mismo local. Los otros, a pesar de tener una permanencia y un servicio administrativo, confían el examen a los donantes y los análisis a los médicos de un hospital. En ciertos sitios, además de un servicio completo, se han creado, en las pequeñas aglomeraciones, secciones secundarias que dependen del servicio principal para el examen del donante y de los análisis.

Generalmente, uno o dos médicos, un secretario y, con frecuencia, una enfermera se encargan del servicio; suelen estar secundados por el personal voluntario de la Cruz Roja.

He aquí la forma en que se efectúan el reclutamiento, el examen físico y la vigilancia de los donantes. Un interrogatorio muy completo sobre los antecedentes hereditarios y personales del donante, un profundo reco-

nocimiento médico, un examen detenido de las venas del codo y, en caso de duda, hasta una radioscopia de los pulmones, constituyen la primera prueba del candidato. Los donantes de ambos sexos pueden ser admitidos y los límites de edad son de 20 a 60 años.

La determinación del grupo sanguíneo se practica según los métodos empleados por los diferentes servicios. Habiendo presentado un informe sobre este punto, en lo que se refiere a los servicios belgas de transfusión sanguínea, juzgamos preferible no tratar aquí esta cuestión demasiado importante para ser resumida brevemente. Por otra parte, dicha cuestión ha sido estudiada por la Comisión de grupos sanguíneos en el I.º Congreso. Diremos únicamente que sea cual fuere el método empleado, se dedica un cuidado especial a estas determinaciones y que un laboratorio diferente o el mismo servicio practican invariablemente exámenes de control. Ningún error de determinación de *grupo* ha sido señalado.

La preparación de los "sueros-tests", salvo en dos excepciones, está siempre a cargo de un médico del servicio. Estos sueros no se emplean más que para las necesidades del servicio. Indicaremos, sin embargo, que el servicio de Londres procura, por medio de una casa especializada, "sueros-tests" de alto poder aglutinante. Esta decisión fue adoptada a causa de los frecuentes errores de determinación provocados en el enfermo por médicos que aplicaban

sueros comerciales. Observemos, de paso, que los sueros que procura el servicio de Londres son de un precio muy inferior, pues los suministra a precio de coste. El peligro, de utilizar ciertos "sueros-tets", comerciales está por otra parte, indicado por la mayoría de nuestros colaboradores en los diversos servicios de transfusión sanguínea.

La reacción de Bordet-Wassermann se practica, como es natural, invariablemente y, a menudo, con una de las reacciones de floculación corrientemente utilizadas para el sero-diagnóstico de la sífilis.

Mientras todos los servicios de transfusión proceden a la enumeración de los glóbulos (rojos y blancos) y a la dosificación de la hemoglobina, otros completan estas investigaciones con la lectura de la sedimentación globular, fórmulas leucocitarias y dosificación de la urea sanguínea, etc.

En lo que se refiere a la orina, por último, se practica el análisis cualitativo, albúmina y azúcar, y, en ciertos casos, análisis de cantidad (fosfatos, cloruros o urea).

También se somete a los donantes a una vigilancia periódica. La mayor parte de los servicios de transfusión sanguínea han fijado en 500 cc. la cantidad máxima de toma de sangre por trimestre. Estos servicios examinan, por consiguiente, a los donantes cada tres meses y los inscriben en las listas con objeto de que sean llamados para la transfusión lo más pronto posible después del reconocimiento trimestral. Una Sociedad de Cruz Roja que no utilice sino

donantes voluntarios les deja una cierta libertad en la elección de fechas en que debe efectuarse el reconocimiento de control. Son también libres de inscribirse para una o varias transfusiones al año. Consideramos personalmente que el reconocimiento trimestral obligatorio no sólo constituye una medida de seguridad indispensable sino que permite también al médico del servicio conocer verdaderamente a sus donantes, tanto desde el punto de vista médico como personal.

En ningún servicio de transfusión de la Cruz Roja se ha dado el caso de que un donante haya sido separado del servicio por causas atribuibles a las tomas de sangre.

Esta vasta experiencia, efectuada en diez países diferentes, nos permite precisar el límite de 500 cc. por trimestre como un *término medio* excelente que puede ser adoptado por todos los donantes. Insistiremos sobre el hecho de que este modo de proceder suprime, tratándose de donantes retribuidos, la tentación de que prevalezca el interés a la abnegación.

El 31 de diciembre de 1936, el efectivo de donantes de los cuatro grupos sanguíneos en los 57 servicios de la Cruz Roja era de 5.550.

A éstos hay que añadir, en ciertos países, un contingente de donantes de reserva cuyo grupo sanguíneo ha sido consignado en un registro de matriculación, y que no deben utilizarse más **que** en caso de catástrofe o de guerra.

En 1936, estos 5.550 donantes se han prestado a 7.950 transfusiones.

La organización de los servicios de transfusión sanguínea de la Cruz Roja no nos permite dar, actualmente, estadísticas exactas sobre las indicaciones y los resultados de las transfusiones efectuadas.

Debido al número elevado de especialistas que utilizan los donantes de la Cruz Roja, los servicios no pueden siempre conocer el diagnóstico justo y los resultados obtenidos.

La mayor parte de los médicos de la Cruz Roja tratan de conseguir, sea personalmente, sea por medio de fichas especiales redactadas por el médico transfusor, datos precisos.

Abrigamos la esperanza de que, en un próximo futuro, podamos centralizar, en la Secretaría de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, las estadísticas anuales así como un servicio de transfusión sanguínea de la Cruz Roja.

Conclusiones

Las Sociedades nacionales de la Cruz Roja han podido organizar, en pocos años, un número importante de centros de transfusión concebidos como *un*

verdadero servicio público y se esfuerzan en constituir un cuerpo de donantes seleccionado y proporcionado con el radio de acción de cada servicio.

Reconociendo que la acción de la Cruz Roja en la espera de esta actividad es todavía relativamente reciente en numerosos países, un estudio del funcionamiento de sus servicios de transfusión demuestra sin embargo, en forma incontestable, que ya¹ ha vencido la era de las experiencias para entrar en la de las realizaciones.

Los especialistas agregados a los servicios de transfusión de la Cruz Roja, conscientes del apoyo tan generoso y de la colaboración tan eficaz que las Sociedades nacionales de la Cruz Roja proporcionan a la creación y sostenimiento de estos centros, ruegan al II^o Congreso internacional de Transfusión se digne aprobar sus realizaciones y que considere si no sería conveniente formular el voto de que "dado su prestigio, su absoluta neutralidad y su competencia, se estimule a otras Sociedades nacionales de la Cruz Roja para que creen, conforme al tipo existente, nuevos y numerosos centros de transfusión" .

Corea de Sydenham

En más de cuatro años de estar a nuestro cargo uno de los servicios de Medicina del Hospital San Felipe, hemos tenido ocasión de observar solamente tres casos de COREA DE SYDENHAM (Corea Infantil, Corea Menor. Baile de San Vito, etc.), lo que demuestra la poca frecuencia de esta afección nerviosa entre nosotros. De ahí que consideramos interesante relatar, por lo menos una de tales observaciones en la Revista Médica Hondureña.

El caso en cuestión es el siguiente: J. J. H., muchacho de 8 años de edad, originario de la aldea de Jacaleapa, ingresa al servicio de Medicina de Hombres el día 26 de enero de 1938, quejándose de movimientos desordenados, generalizados a todo el cuerpo e interezando principalmente las extremidades superiores e inferiores.

La historia de la enfermedad es de las más sencillas: Refiere la madre del enfero, que hace 17 días le aparecieron los mencionados movimientos en el miembro superior derecho, con menos intensidad que la fecha de la exploración. Dicho trastorno lo atribuyeron a MALA COSTUMBRE del niño, pero luego fueron notando la generalización de los movimientos, al mismo tiempo que se hacía imposible la bipedestación y la marcha. Se notó además, desde el principio, dificultad de la pala-

bra, llegando a hacerse imposible después; hubo trastornos de la deglución e insomnio. Este cuadro se instaló en el término de 5 días, sin ninguna manifestación febril; y así con esas características relatadas tuvimos oportunidad de contemplarlo el día de su ingreso al hospital.

En la anamnesis lejana encontramos: Sarampión y tos ferina a los 2 años de edad; erisipela de la pierna derecha en varias ocasiones y dos meses antes de la enfermedad actual, artralgias localizadas en ambas rodillas, sin acompañarse de aparentes fenómenos inflamatorios.

Entre los antecedentes hereditarios, es de notarse el temperamento neuropático de la madre, quien ha tenido cinco partos normales.

Al practicar la exploración clínica, nos encontramos con un niño que representa realmente la edad declarada; está en decúbito supino, el cual varía constantemente debido a movimientos involuntarios e ilógicos que afectan el tronco, las extremidades, los músculos de la cara, siendo la lengua proyectada hacia adelante con frecuencia, siéndole imposible al enfermito contestar las preguntas que se le formulan a pesar de estar indemne su estado mental. Los movimientos se acentúan al practicar cualquier acto exploratorio; con motivo de la más leve excitación.

Así pues, nos fue imposible verificar desde el primer día el examen metódico del sistema nervioso, como era de rigor, pudiendo comprobar solamente una acentuada hipotonía muscular. Sin embargo, por lo características de los movimientos, el modo de instalarse el cuadro clínico, la edad del enfermo, el terreno neuropático de la madre y la considerable disminución del tono muscular, formulamos desde el primer momento el diagnóstico de COREA DE SYDENHAM con carácter de provisional, por aquello de lo incompleto del examen; pero dos o tres días después, que la agitación disminuyó, hubimos de ratificar nuestro diagnóstico, pues no encontramos otra alteración somática del sistema nervioso que nos llevara a confusión en el diagnóstico diferencial.

El tratamiento consistió en primer lugar, en prescribir el régimen lácteo que fue después mitigándose, ordenóse el acondicionamiento de un lecho para evitar que el enfermito, quien ya presentaba algunos traumatismos infectados, continuara lesionándose. El tratamiento medicamentoso consistió en la administración de luminal y baños calientes, luego salicilato de sodio. Nos fue imposible, dadas las condiciones de nuestro medio hospitalario, practicar el aislamiento del enfermo, que es una medida fundamental en el tratamiento de esta afección.

Los otros casos observados, a los cuales he aludido al principio, presentaron análoga sintomatología y encontramos también entre sus antecedentes lejanos, la historia de dolores ar-

ticulares que despiertan inmediatamente la idea de REUMATISMO ARTICULAR.

La evolución de estos casos ha sido favorable, pues los enfermos han abandonado el hospital sin los síntomas molestos que presentaban a su ingreso, notándose únicamente cierta dificultad en la marcha. Ignoramos si a la fecha ha ocurrido alguna recidiva o se ha operado la curación. El último caso, que es el relatado en este trabajo, permanece aún bajo nuestros cuidados y su evolución es también favorable a pesar de haber sido el que se presentó con caracteres de mayor agudeza.

Aún cuando la experiencia de tres casos no es una base suficiente para sentar conclusiones que tengan un alcance científico trascendental, podemos decir lo siguiente:

1°. —La teoría de Germán se, en la cual se establece una relación directa entre la Corea y el Reumatismo Articular, parece evidente en los enfermos observados por nosotros.

2. —Nuestro medio hospitalario no es adecuado para el tratamiento de esta afección, puesto que no se puede cumplir con el requisito indispensable del aislamiento del enfermo y quizá la evolución del mal se prolongue más de lo que es debido por tal motivo.

3. —El luminal unido a los baños calientes prestan grandes servicios, sobre todo cuando la enfermedad alcanza su período de mayor agudización.

4°. —Entre las enfermedades nerviosas de la infancia que más necesitan de divulgación científica, principalmente entre los