

Tabla 2. Datos clínicos subjetivos del origen de la hemorragia*

	Glomerular	Vías urinarias
Sangre roja. Coágulos	-	+++
Dolor	+	+++
Síndrome irritativo vesical	+	+++
Cilindros eritrocitarios	+++	-
Dismorfia eritrocitaria	+++	-
Urografía	Normal	Anormal

*Modificada de Garat y Gosálbez.

b) Hematuria moderada y grave:

- Reposo absoluto.
- Canalizar la vía venosa periférica y mantener con un suero cristaloide y/o para indicación de transfusión de serie roja.
- Forzar diuresis con abundante ingestión de líquidos.
- Sondaje vesical con sonda antihematúrica de 3 vías permanente conectada a bolsa colectora.
- Lavado vesical con suero lavador de fisiológico continuo para evitar coágulos.
- Diagnóstico etiológico mediante hospitalización.

2. Tratamiento de las hematurias macroscópicas procedentes del aparato urinario inferior:

a) Hematuria ligera:

- Reposo relativo.
- Forzar diuresis con abundante ingestión de líquidos.
- Lavado vesical continuo con suero fisiológico si lo requiere; con sondaje vesical de 3 vías (antihematúrica).
- Estudio posterior ambulatorio.

b) Hematuria moderada o grave:

- Reposo absoluto.
- Canalizar vía venosa periférica y mantener con un suero cristaloide y/o para indicación de transfusión de concentrado de hematíes si lo requiere.
- Forzar diuresis con abundante ingestión de líquidos.
- Sondaje vesical con sonda antihematúrica de 3 vías permanente conectada a bolsa colectora.
- Lavado vesical con suero lavador de fisiológico permanente para evitar coágulos; si los hubiera habrá que extraerlos previamente con jeringa de 50 ml (de cono ancho).
- Diagnóstico etiológico mediante hospitalización.
- En la actualidad hay cada vez más autores que suelen asociar al tratamiento de las hematurias un antiséptico urinario (ácido pipemídico, norfloxacin, ofloxacin o ciprofloxacino) por su gran asociación con la enfermedad infecciosa del tracto urinario^{2,5,6}.

MARÍA JOSÉ CLEMENTE MILLÁN*, JUANA MARÍA GONZÁLEZ BARRANCO*, JOSÉ DE BURGOS MARÍN*, ROCÍO GARCÍA LUQUE*, EMILIO ILDEFONSO GARCÍA CRIADO** Y JOSÉ TORRES MURILLO***

*Facultativo General Hospitalario. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. **Médico del Servicio Especial de Urgencias del Ambulatorio de la Avenida de América. Córdoba.

***Médico adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Máster en Medicina de Urgencias y Emergencias por la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba.

Correspondencia: Dra. M.J. Clemente Millán. Avda. de Barcelona, 20, 1.º 5.ª. 14010 Córdoba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charles B, Breendler MD. Evaluation of de urologic patient. History, physical examination, and urinalysis. En Patrick C, Walsh A, editores. Campbell's Urology (7.ª ed.). Filadelfia: Saunders Company, 1998; 131-157.
2. Prieto Castro R, Montero Pérez FJ, Requena Tapia MJ, Leva Vallejo M, Regueiro López JC, Jiménez Murillo L et al. Hematuria. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez J, editores. Protocolos de actuación en medicina de urgencias (1.ª ed.). Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1995; 221-224.
3. Messing EM, Young TB, Hunt UB. Hematuria home screening: repeat testing results. Urology 1995; 154: 57-61.
4. Stephen HT. Trastornos de los órganos genitales del varón. En: David M. Cline HC et al, editores. Medicina de urgencias (4.ª ed.). Vol. 1. McGraw-Hill Interamericana, 1998; 370-374.
5. Samblas García RJ, De Cabo Ripio M, Salinas Casado J. Hematuria. En: Manual para residentes "Urgencias en urología". Madrid: Jarpyo Ed., 1996; 98-108.
6. Segura Martín M, Lorenzo Romero JG, Salinas Sánchez A. Hematuria. En: Resel Estévez L, editor. Urología: Libro del Residente. Madrid: Litofinter S.A., 1998; 45-50.
7. Shane Roy III MD, H Norman Noe MD. Real disease in childhood. En: Patrick C, Walsh A, editores. Campbell's urology (7.ª ed.). Filadelfia: Saunders Company, 1998; 1669-1680.
8. Fitzwater DS, Wyatt RJ. Hematuria. Pediatr Rev 1994; 15: 102-109.

Violación y abusos deshonestos en la urgencia general

Sr. Director: Desgraciadamente, la violación y los abusos deshonestos son consultas cada vez más frecuentes en una urgencia general, y en alguna ocasión nos podemos encontrar en la situación de no contar con la ayuda de un ginecólogo o de un forense que nos guíen sobre la pauta de actuación. Por ello remitimos este protocolo de actuación a fin de orientar a los compañeros que se puedan encontrar en esta situación.

Enumeraremos las distintas posibilidades que se nos pueden presentar en estos casos y la conducta a seguir.

Como premisas generales y muy importantes:

1. Evaluaremos de entrada el estado general de la paciente. Si existen traumatismos o hemorragias de cierta importancia, procederemos a estabilizar sus constantes y la remitiremos rápidamente a un centro hospitalario. En caso contrario, continuaremos con nuestro examen.
2. Informaremos a la paciente y familiares de que deben denunciar los hechos lo antes posible.
3. Si los hechos no son recientes, remitiremos a la paciente a la policía judicial y al forense.
4. Cumplimentaremos un primer parte judicial siempre.
5. Procuraremos por todos los medios evitar el enmascaramiento o destrucción de pruebas que puedan ser de vital importancia en la posterior investigación médico-legal:
 - a) Conservación intacta de toda la ropa que llevase la víctima en el momento de la agresión¹.
 - b) No lavar o desinfectar zonas antes de la recogida de muestras.
 - c) Si se necesitase rasurado púbico para sutura de heridas, se deben recoger muestras del mismo previamente.

Una vez cumplidas estas premisas, pasamos a enumerar las distintas situaciones en que nos podemos encontrar:

1. Si estamos cerca de un centro hospitalario con unidad de ginecología o contamos con la ayuda rápida de un forense de guardia, nos limitaremos a tranquilizar a la paciente, incluso con alguna sedación suave, y la remitiremos al centro hospitalario cumplimentando un primer parte judicial y avisando al juzgado de guardia más cercano.

2. Si la actuación de éstos se demorase mucho o fuese imposible, procederemos de la siguiente manera:

a) Recogeremos de la víctima toda la información posible de los hechos ocurridos, lo cual nos permitirá orientar mejor nuestro examen. Inmediatamente, la comunicaremos al juzgado de guardia más cercano y/o a la policía.

b) Una vez tranquilizada la víctima, procederemos a quitarle toda la ropa que llevase en el momento de la agresión. Para ello, la colocaremos sobre una sabana blanca y todo lo introduciremos sin manipular en una bolsa cerrada y etiquetada, que más tarde entregaremos a la policía judicial al forense para el estudio de restos de vello, sangre, semen, etc., del agresor o agresores, que pueda contener.

c) Procederemos al peinado del vello púbico sobre un paño o papel blanco y todas las muestras recogidas serán introducidas en un recipiente cerrado y etiquetado, procediendo de igual manera que con el resto de las muestras.

d) Evaluaremos todas las lesiones que presente la paciente, especialmente las existentes en zona genital y anal, prestando especial atención a su estado (excoriaciones leves, grado de tumefacción, etc.), si, como es frecuente, no existen lesiones evidentes².

Sobre el estado del himen, sólo haremos un juicio si presenta signos de desgarramiento reciente y nunca revisaremos la vagina con un espéculo si no tenemos mucha destreza y estamos muy seguros de la existencia de relaciones sexuales previas³.

1. Si se aprecia salida de semen por vagina y/o ano, procederemos a recoger muestras de la manera indicada en el punto siguiente.

2. Salga o no semen, tomaremos tres muestras de la vagina y/o del ano con torundas para citología vaginal o de medios de cultivo, simplemente introduciéndolas en dichas zonas sólo con ayuda manual. En el caso de violaciones orales se tomarán dos muestras, de los labios y de la mucosa bucal^{4,5}.

3. Una de las muestras se depositará en un portaobjetos y se fijará con fijador para citología o simplemente con la ca del pelo si no se dispone de lo anterior, y servirá para el estudio citológico y de detección de espermatozoides. Las dos muestras restantes se introducirán en un tubo de vidrio o pasta o en un bote de orina, con la condición de que sean estériles. Los etiquetaremos y meteremos en frigorífico hasta su entrega para estudio de ADN^{1,3}.

4. Siempre remitiremos a la paciente a consulta de enfermedades de transmisión sexual para su control y estudio.

5. Debemos informar a la víctima o a su familia de la posibilidad de embarazo y si está conforme le suministraremos un anaovulador como píldora del día siguiente para paliar en lo posible esta eventualidad⁴⁻⁶.

Concluimos este artículo con la premisa más importante a tener en cuenta: somos responsables de la custodia de las pruebas hasta su entrega a la policía judicial, por lo que debemos evitar el hecho muy frecuente que supone su extravío.

MANUEL ALTAMIRANO CIFUENTES*,

MANUEL MORILLO CONEJO*,

MARÍA DE LOS ÁNGELES GARCÍA VÁZQUEZ**

Y EMILIO ILDEFONSO GARCÍA CRIADO***

*Médico adjunto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Médico adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba. *Médico de Familia.

Servicio de Urgencias Extrahospitalarias. Ambulatorio de la Avenida de Américas. Córdoba.

Correspondencia: Dr. E.I. García Criado.

Avda. del Aeropuerto, 35, 4.º 3.º. 14004 Córdoba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durán M. Rev Rol Enf 1999; 22: 303-307.
2. Grimes DA. A 17 year-old mother seeking contraception. JAMA 1996; 276: 1163-1170.
3. Harrison G. Recovered memories of childhood sexual abuse: what is the evidence? Br Med J 1998; 316: 488-489.
4. Larrañaga B. Anticoncepción postcoital. Sendagaiak 1997; 10: 1-2.
5. Matheson CI, Smith BH, Flett G, Bond CM, Kennedy J, Michie C et al. Over the-counter emergency contraception: a feasible option. Fam Pract 1998; 15: 38-43.
6. Seamark C. Endometrial sampling in general practice. Br General Pract 1998; 48: 1597-1598.