

**HEMOPTISIS****Dra. Irene Cabo Plaza**

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Expulsión de sangre por la boca procedente de vía respiratoria con la tos. Su intensidad es muy variable, oscilando desde el esputo manchado de sangre (esputo hemoptoico), hasta la emisión de sangre pura (hemoptisis franca), siendo su expresión más grave la hemoptisis masiva.

**CLASIFICACION**

Por su gravedad la hemoptisis se clasifica en:

- **HEMOPTISIS NO MASIVA:** sangrado leve-moderado que no compromete de manera vital la función respiratoria (Vol. aprox. < 150 ml/ día).
- **HEMOPTISIS MASIVA:** sangrado importante con compromiso vital, dándose alguna o varias de las siguientes circunstancias:
  - Una única emisión de > 200ml.
  - Rapidez de sangrado > 150-200 ml/hora.
  - Pérdida sanguínea > 600ml en 24-48 horas.
  - Signos de hipovolemia.
  - Insuficiencia respiratoria aguda grave, asfixia (causa de muerte más frecuente).

**DIAGNOSTICO**

- A) DE CONFIRMACION:** la sangre procede realmente de la vía respiratoria y no del tubo digestivo o la región oronasofaríngea. (Muy importante la anamnesis!!)
- B) ETIOLÓGICO:** múltiples patologías.
- **Bronquiectasias:** consecuencia de la hipervascularización bronquial; suele ser copiosa (infección respiratoria y broncorrea).
  - **Bronquitis crónica:** de menor intensidad; junto con las bronquiectasias son la causa más frecuente.
  - **TBC:** secuelas fibróticas de lesiones antiguas con rica vascularización y gran facilidad de sangrado.
  - **Neoplasmas:** sobre todo Ca. escamoso y el "oat cell"; no muy abundante (síndrome constitucional, tabaquismo, > 40 años).
  - **Enfermedades cardiovasculares:** insuficiencia cardiaca izquierda, estenosis mitral (cardiopatía y soplos), TEP (TVP), infarto pulmonar (traumatismo o TEP).
  - **Otras:**
    - Cuerpos extraños endobronquiales (antecedente de sofocación/ atragantamiento),
    - Absceso pulmonar (esputos pútridos),
    - Aspergilosis broncopulmonar,
    - Fístulas arteriovenosas,
    - Secuestros pulmonares,
    - Granulomatosis de Wegener (rinitis con perforación septal),
    - Síndrome de Good-Pasture,
    - Enfermedad de Behçet (aftas),
    - Coagulopatías, etc.

¡Un episodio de hemoptisis único o que persiste sólo unos días raramente indica una enfermedad grave!

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS****A) EN URGENCIAS:**

- **Rx PA y lateral de tórax:** normal o alteraciones (cavitación, condensación alveolar, atelectasias, nódulos o masas, quistes, hilio patológico, derrame pleural, etc.).
- **Pulsioximetría:** si SatO<sub>2</sub> < 92% realizar gasometría arterial

**B) SI TIENE CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:**

- **HG:** cuantía pérdida hemática y diagnóstico de procesos infecciosos.
- **BQ:** glucemia, urea, Cr, Na y K.
- **Sedimento de orina.**
- **Coagulación.**
- **ECG.**

**C) DURANTE EL INGRESO:**

- **Broncoscopia:** es la exploración más eficaz ya que tiene utilidad diagnóstica y terapéutica; por ello debe practicarse sistemáticamente en todo paciente con hemoptisis, cualquiera que sea la pérdida hemática. Si existe deterioro clínico rápido se realiza de urgencia; si no es conveniente retrasarla 24-48h.
- **Angiografía:** utilidad diagnóstica en la hemoptisis secundaria a enfermedades cardiovasculares; de urgencia si se sospecha TEP.
- **TAC torácica:** para lesiones no visibles en la Rx tórax (bronquiectasias, pequeños carcinomas bronquiales, etc.); si TACAR debe hacerse antes de la broncoscopia salvo en las masivas.

**CRITERIOS DE INGRESO**

Debe ingresar todo paciente con hemoptisis que no sea ocasional y se pueda cuantificar en mililitros y aquel en que se sospeche un carcinoma broncogénico. La ubicación del enfermo depende de la gravedad de la hemoptisis:

- **H. no masiva o 2ª a Ca. Broncogénico:** Neumología.
- **H. masiva:** UCI.
- **H. de dudosa cuantía:** Observación, hasta que se tipifique.

**TRATAMIENTO****A) HEMOPTISIS SIN CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:**

- Tranquilizar al paciente (ansiedad y angustia importantes por el sangrado).
- Si se sospecha infección respiratoria como causa, iniciar ATB empírica:
  - Amoxicilina- ácido clavulánico (AUGMENTINE) 875/ 8 h durante 10 días
  - Claritromicina (KLACID) 1g / 24 h durante 10 días
  - Levofloxacin (TAVANIC) 500mg / 24h durante 7 días
  - Moxifloxacin (ACTIRA u OCTEGRA) 400mg / 24h durante 7 días

**B) HEMOPTISIS CON CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO:**

- **Hemoptisis No Masiva:**
  - Medidas generales:
    - Dieta absoluta, salvo para medicación.
    - Reposo absoluto en cama en decúbito ipsilateral al probable lado del sangrado.
    - Vía venosa periférica y suero glucosalino 1500-2000ml cada 24h, modificándose según la situación hemodinámica y la patología de base del paciente.
    - Cuantificación del sangrado: recogida en un recipiente.
    - Reserva de CH para una posible transfusión.
    - Control constantes: TA, FC, Tª y diuresis cada 8 horas, modificándose según la situación hemodinámica.
    - Tranquilizar al paciente (evitar ansiolíticos).
  - Tratamiento farmacológico:
    - *Antitusígenos:* Codeína (CODEISAN) 30mg cada 6h vo. Hay que valorar bien cada caso ya que tiene acción depresora sobre el centro respiratorio y debe evitarse si mala función pulmonar.
    - *ATB de amplio espectro:*
      - Amoxicilina-clavulánico 1g / 8h iv
      - Claritromicina 500mg / 12h iv
      - Levofloxacin 500mg / 24h iv
    - *Sustancias coagulantes:* Acido tranexámico (AMCHAFIBRIN) 1g / 8h si vo o bien 500mg / 8h si vía intravenosa lenta.
- **Hemoptisis Masiva (estado crítico):**
  - Objetivos terapéuticos iniciales:
    - Mantenimiento de la vía aérea permeable, evitando la asfixia.
    - Mantenimiento de las funciones vitales.
    - Avisar a UCI.
  - Secundariamente:
    - *Localización broncoscópica del lugar de sangrado y detención de la hemorragia:* mediante sol. de Adrenalina tópica 1/20.000; instilación de suero salino helado; taponamiento endotraqueal; intubación endotraqueal selectiva (método no quirúrgico más efectivo); embolización de la arteria bronquial; crioterapia, etc.
    - *Decisión del momento de la cirugía:* si fracasan las medidas anteriores (al 4º día), siempre y cuando la hemorragia sea unilateral o lobar, existan condiciones de operabilidad funcional y general, ausencia de tratamiento eficaz para la enfermedad de base y la supervivencia estimada sea > 6 meses.