

HEMOPTISIS MASIVA: A PROPÓSITO DE UN

CASO

AUTORÍA

DANIEL ARAGON SUAREZ*

NOELIA MARTINEZ CASAS*

*ENFERMEROS DE URGENCIAS HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 73 años de edad, con antecedentes de Ca de laringe, ex fumador de 3 paquetes de cigarrillos diarios, con compromiso de la vía aérea progresivo y evidente, que se niega a traqueostomía programada.

Acude a urgencias con disnea importante por cierre de la vía aérea, y hemoptisis masiva secundaria a trabajo respiratorio forzado e ineficaz.

Clasificado desde la sala de RAC como nivel 1 de urgencias, y atendido de forma inmediata en la Sala de Reanimación-Críticos.

Se aspira contenido hemoptoico evidente de árbol respiratorio, se toman constantes vitales.

Se canalizan dos vías periféricas del calibre 18G con Suero Salino Fisiológico, con ritmo de perfusión variable en relación a TA.

El paciente sube a quirófano de Urgencias para realización de Traqueostomía Urgente.

Posteriormente permanece en Unidad de Reanimación Postquirúrgica unas horas, e Ingresa en planta para control y seguimiento.

ETIOLOGÍA:

- Se denomina hemoptisis a la expulsión de sangre por la boca procedente del árbol traqueobronquial o los pulmones, es decir con la tos.

- La expectoración de incluso pequeñas cantidades de sangre puede ser marcador de una enfermedad potencialmente grave.

- La hemoptisis masiva constituye un riesgo para la vida del paciente, de ahí la importancia del manejo de esta entidad.

- En la mayoría de los casos la hemoptisis se origina en la circulación bronquial (90%), debido a que estas arterias proceden de la aorta y manejan presiones más elevadas que la circulación pulmonar, en cuyas arterias se origina sólo el 5% de los casos de hemoptisis.

- Causas infeccioso inflamatorias:

Bronquitis agudas y crónicas.

Neumonías bacterianas, víricas y fúngicas.

Absceso pulmonar

TBC

Bronquiectasias. Fibrosis quística.

Infecciones fúngicas: micetoma, aspergillosis.

Parásitos (quiste hidatídico)

- Neoplásicas:

Carcinoma broncogénico.

Metástasis pulmonares.

Tumor carcinoide bronquial.

Adenoma bronquial.

Linfoma, Sarcoma.

GUÍAS DE ACTUACIÓN URGENCIAS. HULAMM

- Cardiovasculares

TEP con infarto pulmonar.

Malformaciones arteriovenosas.

HTP primaria o secundaria.

Cardiopatías congénitas.

Aneurisma aórtico.

Sdr. vena cava superior.

Malformaciones vasculares.

- Iatrogénicas:

Biopsias y punciones.

Cateter de Swanz-Ganz.

Intubación. Traqueostomía.

Radioterapia. Braquiterapia.

Fármacos: anticoagulantes, amiodarona, vinblastina.

- Traumáticas:

Contusión pulmonar.

- Síndrome de hemorragia alveolar:

Enfermedad de Good-Pasture.

Vasculitis y conectivopatías.

Hemosiderosis pulmonar.

Diátesis hemorrágicas.

Fármacos y tóxicos.

- Miscelánea:

Cuerpos extraños

Broncolitiasis.

Secuestro pulmonar

Endometriosis pulmonar.

GUÍAS DE ACTUACIÓN URGENCIAS

- Idiopáticas.

La etiología más frecuente en nuestro medio es la neoplásica (28%), la bronquitis crónica del fumador (19.8%), las bronquiectasias (14.5%) y las neumonías y los abscesos Pulmonares.

DIAGNOSTICO:

Confirmación de hemoptisis:

- Debe confirmarse que la sangre procede del tracto respiratorio subglótico y no de regiones supraglóticas, como cavidad oral, faringe, laringe o el tracto digestivo. Hay que tener en cuenta

que una epistaxis o gingivorragia nocturna puede manifestarse sin serlo como una hemoptisis.

Por ello es importante examen de cavidad oral, fosa nasal y Otorrinolaringológico si es posible.

GUÍAS DE ACTUACIÓN URGENCIAS.

Hemoptisis masiva:

- Sangrado superior a 600 ml en 24 - 48 horas.

- Velocidad de sangrado superior a 150 ml por hora.

- Puede asociarse a hipovolemia y asfixia por insuficiencia respiratoria (ésta última es la causa más frecuente de muerte)

TRATAMIENTO:

Hemoptisis sin criterio de ingreso hospitalario:

- Tranquilizar al paciente.

- Tratamiento de la infección de vías respiratorias, si se sospecha con antibióticos de amplio espectro: Amoxicilina clavulánico, Claritromicina o Levofloxacino ó Moxifloxacino en caso de sospecha de bronquiectasias.

Hemoptisis con criterio de ingreso hospitalario:

-Hemoptisis no masiva:

Medidas generales.

- Dieta absoluta para poder hacer broncoscopio.
- Reposo absoluto en cama, en decúbito lateral ipsilateral al probable lado del sangrado
- Control de ctes: presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y diuresis.
- Canalización de vía venosa periférica con perfusión de líquidos en función de la situación hemodinámica del paciente.
- Intentar cuantificar el sangrado con recogida de la sangre en recipiente.
- Solicitud de reserva de hematíes, para una posible transfusión.

GUÍAS DE ACTUACIÓN URGENCIAS

Medidas farmacológicas:

- Antitusígenos, como codeína v.o. valorándose su administración en los casos con depresión respiratoria.
- Antibióticos (amoxicilina clavulánico, claritromicina o Levofloxacino i.v.
- Sustancias coagulantes, de eficacia no demostrada en el vaso pulmonar: Amchafibrin ampollas (ácido trenexámico): 2 ampollas v.o. cada 8 horas o una ampolla i.v.lenta cada 8 horas. También se puede usar el ácido aminocaproico (Caproamin Fides) una ampolla v.o. cada 6 horas.

-Hemoptitis masiva

Objetivos

- Mantenimiento de apertura de la vía area, para prevenir la asfixia
- Mantenimiento de las funciones vitales del paciente.
- Localización broncoscópica del lugar de sangrado y detención de la hemorragia si es posible.
- Decisión del momento preciso para la intervención quirúrgica.

Medidas generales

- Dieta absoluta
- Reposo absoluto en cama en posición Trendelenburg y en decúbito lateral ipsilateral al probable lado del sangrado.
- Oxigenoterapia con Ventimask o mascarilla reservorio a una concentración entre el 24-50% y que permita mantener P02 por encima de 60 mmHg.
- Intubación orotraqueal si la Pa02 no superalos 50 mmHg a pesar de administrar oxígeno al 50%, si el paciente presenta hipercapnia con acidosis respiratoria o si no se puede mantener la vía área libre de sangre o coágulos. Usar tubo de calibre mayor de 8 mm para faicilitar broncoscopio y aspiración..
- Monitorización continua de ritmo y frec. Cardiacas.
- Medición de presión arterial
- Sondaje vesical y medición de diuresis.

GUÍAS DE ACTUACIÓN URGENCIAS.

- Canalización de vía venosa y perfusión de SF a ritmo según la situación hemodinámica del paciente
- Solicitud de reserva urgente de hematíes para una posible transfusión sanguínea. Los mililitros necesarios son iguales al peso del paciente en Kg por el incremento del hematocrito deseado. Cada bolsa de hematíes supone 300 ml de ese volumen.
- Cuantificar sangrado.
- Tranquilizar al paciente.

Tratamiento farmacológico

- Corregir la situación de shock hipovolémico.
- Corrección de la coagulopatía si se produce: plasma leucodeplecionado, plaquetas y/o vitamina K (Konakion, una ampolla vía i.v. cada 8 horas)
- Antibioticoterapia de amplio espectro.: Augmentine, claritromicina o Levofloxacino i.v.

Tratamiento farmacológico específico:

- Deberá aplicarse lo antes posible a partir de una fibrobroncoscopia rígida o flexible para localizar el punto de sangrado e intentar cohibir la hemorragia, pudiéndose emplear para esto:
 - Solución de adrenalina tópica al 1/20000.
 - Instilación de suero fisiológico helado.
 - Taponamiento endotraqueal con Fogarty o catéter balón de doble luz.
 - Intubación endotraqueal selectiva, siendo el método no quirúrgico más efectivo.
 - Embolización de la arteria bronquial. Efectiva en el 73-98% de pacientes.
- Se debe intubar al paciente antes de utilizar el fibroscopio.

Tratamiento quirúrgico. Indicaciones:

- Fracaso de las medidas no quirúrgicas al 4º día de ser instauradas.
- Hemorragia unilateral, lobular o segmentaria.
- Ausencia de tratamiento eficaz para la enfermedad de base.
- Supervivencia estimada de la enfermedad causante mayor de 6 meses.

GUÍAS DE ACTUACIÓN URGENCIAS

Tratamiento quirúrgico. Contraindicaciones:

- No localizar el punto de sangrado.
- Reserva funcional insuficiente (neuropatías difusas)
 - Coagulación y enfermedad sistémica.
 - Cardiopatía en situación inestable.
 - Cáncer diseminado en estadio terminal.
 - Hemorragia pulmonar difusa.

CRITERIOS DE INGRESO EN ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS:

- El paciente con hemoptisis leve, debe ser observado durante un tiempo prudencial, y una vez descartados otros motivos de ingreso, se le remitirá a consulta externa de Neumología, para su estudio ambulatorio.
- Permanecerán en esta área los pacientes con hemoptisis de dudosa cuantía hasta que se tipifique.

CRITERIOS DE INGRESO EN PLANTA HOSPITALARIA

- Deben ingresar en general, todos los pacientes con hemoptisis que no sea ocasional y pueda

cuantificarse en mililitros, y aquellos en quienes se sospeche un carcinoma broncogénico, siempre y cuando presenten una hemoptisis no masiva

- Ingresarán los casos con etiología no suficientemente aclarada.
- Ingresarán aquellos en los que así lo justifique la patología que desencadene la hemoptisis.

CRITERIOS DE INGRESO EN UCI.

- Casos de hemoptisis no masiva producida por procesos que requieran ingreso en UCI, p.e. TEP
- Hemoptisis masivas, mientras se valora la localización del punto sangrante y su tratamiento efectivo.

BIBLIOGRAFIA

1. Roig J, Llorente JL, Ortega FJ, Orriols R, Segarra A. Manejo de la hemoptisis amenazante. Recomendación SEPAR. Arch Bronconeumología 1997; 33: 31-40
2. Haro Estarriol M, Vizcaya Sánchez M, Jiménez López J, Tornero Molina A., Etiología de la hemoptisis: análisis prospectivo de 752 casos. Rev. Clin. Esp. 2001; 201: 696-700.
3. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª Edición. R. Lama Martínez, L. Jiménez Murillo, F. Santos Luna, B. Jurado Gámez y F.J. Montero Pérez. P. 256- 260.