

ACTUACIÓN ANTE LA HEMOPTISIS EN LA CONSULTA

DEFINICIÓN: *Expulsión de sangre con la tos procedente de la vía respiratoria subglótica.*

CLASIFICACIÓN: **Leve o expectoración hemoptoica:** Escasa cantidad de sangre expectorada, mezclada con el esputo. No > de 20ml. **Moderada o franca:** > de 20ml. Sin compromiso cardiorrespiratorio y hemodinámico. **Grave o amenazante:** >600ml en 24-48h. Velocidad de sangrado > a 150ml/h. Compromiso respiratorio y/o hemodinámico.

ETIOLOGÍA:

Causa	%	Diagnóstico
Infecciones	40-60	Bronquitis, Bronquiectasias, TBC, Neumonía, Absceso pulmonar, Infección micótica, hidatidosis, aspergilosis
Neoplasias	20-30	Adenoma y carcinoma bronquial, Tumor carcinoide y metástasis.
Lesiones cardiovasculares	5	Estenosis mitral, ICC, TEP, infarto pulmonar, rotura aneurismática aórtica.
Iatrógenas	5	ACO, AAS, ACOS
Otras	5	Cuerpo extraño traqueobronquial, trauma torácico, catamánial, síndrome hemorrágico pulmonar, hemopatías, neumoconiosis, sarcoidosis, anomalías congénitas, coagulopatías.

ANAMNESIS: incluir los siguientes datos siempre.

1-Edad: <40: estenosis mitral, enfermedad bronquiectásica, infecciones. >40: carcinoma pulmonar. 2-Antecedentes de enfermedades respiratorias, de enfermedades sistémicas (conectivopatías), de trauma torácico. 3-Posibilidad de aspiración de cuerpo extraño. 4-Episodios previos de hemoptisis. 5-Dolor torácico pleurítico y disnea. 6-Toma de anticoagulantes. 7-Hábito tabáquico. 8-Características del episodio actual de hemoptisis, (volumen total del sangrado en un tiempo determinado, tiempo de evolución y sintomatología acompañante).

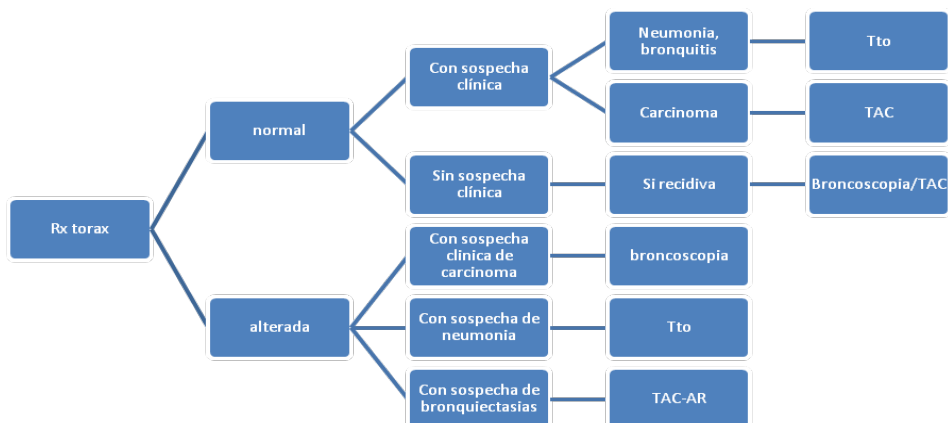
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

	HEMOPTISIS	SANGRADO ORL	HEMATEMESIS
Antecedentes	De enf pulmonar	De enf ORL	Toma AINES o gastropatía
Mecanismo de sangrado	Por la tos	Por la tos y epistaxis	Con el vómito
Características del sangrado	Roja brillante con saliva	Roja, brillante con saliva	Roja mate o en posos de café con restos alimentarios
Cortejo sintomático	Tos, fiebre, dolor costal	Sensación de cuerpo extraño, prurito	Dolor abdominal, pirosis, náuseas, vómitos
Reacción ácido-base	Básica	Básica	Ácida
Anemización	Rara	Rara	Frecuente
Melenas	No	No	Con frecuencia
Confirmación	Fibrobroncoscopia	Rinoscopia posterior, laringoscopia indirecta	Endoscopia

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

1-Mantoux. 2- Analítica: Hemograma, bioquímica (función renal), coagulación. 3- Estudio del esputo: (3 esputos de días diferentes) con baciloscopia, cultivo para micobacterias y cultivo convencional y otras 3 muestras seriadas para estudio citológico. 4-Rx tórax: la de mayor utilidad en ap (comparar imágenes previas).

Actuación desde la consulta:



INDICACIONES DE FIBROBRONCOSCOPIA:

1-Paciente > 40 años. 2-Fumador de > 40 paquetes/año.3-Hemoptisis durante>10 días.4-Clínica sugestiva de malignidad. 5-Cambios radiológicos no justificados. 6-Recurrente aún con Rx tórax normal.

INDICACIONES DE LA TAC:

1-Para descartar un cr broncogénico. 2-Cuando hay sospecha clínica, radiológica o broncoscópica de bronquiectasias.3-Hemoptisis recidivante, persistente o progresiva. 4-En los que no se ha encontrado una causa que justifique la hemoptisis.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

1-Claramente ante una moderada o amenazante. 2-Cuando precise de broncoscopia (salvo en centros donde se pueda pedir).3-Ante sospecha de carcinoma.4-Ante sospecha de bronquiectasias.5-Si persiste hemoptisis leve.6-Si sospecha de estenosis mitral.7-Si sospecha de TEP.8-Si sospecha de TBC.9-Si sospecha de Sindr Good-Pasture, Enf Wegener.

CONCLUSIONES:

1-Las causas más frecuentes son la bronquitis crónica y el cáncer broncogénico.2-La actitud inicial ante la hemoptisis se basa en la confirmación de la misma, la valoración de su gravedad y la aproximación diagnóstica.3-El patrón en la Rx tórax puede orientarnos a la etiología, teniendo en cuenta que hasta en un 20-30% de los casos, cursa con Rx normal.4-Cuando la Rx tórax es normal, las causas más frecuentes son las inflamatorias y las probabilidades de encontrar un tumor en la fibroscopia son menores a un 5%. 6-La condición de fumador de >40 paquetes-año y >40 años es la que se asocia con mayores probabilidades de hallar un tumor en la broncoscopia. 7-No hay consenso entre autores en cuál de las pruebas de 2º nivel debe ser realizada antes, de lo que sí hay evidencias es de que son métodos complementarios que conjuntamente mejoran la rentabilidad diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Gonzalez Delgado ML; Alcorta Michelena I. Hemoptisis. Guías Clínicas Fistera 2009;9(36) Disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/hemoptisis.asp>. Consultado el 22/09/10
2. Cortés R, Cossío P, Miñambres E, Rodríguez J, Puyo M. Actitud diagnóstica y terapéutica ante el paciente que acude con hemoptisis. MEDIFAM 2003; 13: 258-64 Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682003000400004&script=sci_arttext. Consultado el 22/09/10.
3. Garcia Lopez P. Manejo del paciente con hemoptisis. En : Guías Clínicas SEPAR(19): 243-251) disponible en <http://www.neumosur.net/files/EB04-19%20Hemoptisis.pdf>. Consultado el 22/09/10.
4. Alcaraz Martinez JJ. Hemoptisis. En Guía de Actuación en Atención Primaria. Semfyc Ediciones. 3ª Edición. Barcelona 2006: 192-194.
5. Millar AB, Boothroyd AE, Edwards D, Hetzel MR The role of computed tomography (CT) in the investigation of unexplained hemoptysis. Respir Med. 1992 Jan;86(1):39-44.
6. McGuinness G, Beacher JR, Harkin TJ, Garay SM, Rom WN, Naidich DP. Hemoptysis: prospective high-resolution CT/bronchoscopic correlation. Chest. 1994 Apr;105(4):1155-62.
7. Set PA, Flower CD, Smith IE, Chan AP, Twentyman OP, Shneerson JM .Hemoptysis: comparative study of the role of CT and fiberoptic bronchoscopy. Radiology. 1993 Dec;189(3):677-80.
8. Weinberger, Steven. Etiology and evaluation of hemotysis.: UpToDate, Rose, BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2005.
9. Dewsbury and District Hospital, Mid Yorkshire Hospitals NHS Trust, Halifax Road, Dewsbury, West Yorkshire WF13 4HS, UK. Is investigation of patients with hemoptysis and normal chest radiograph justified? Thorax 2009, Oct. 64(10) 829-30.

AUTORES: Marta Ferrer Royo. MªJosé Monedero Mira

CENTRO DE SALUD RAFALAFENA. CASTELLÓN

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA: Marta Ferrer Royo

(marferro@hotmail.com).

PALABRAS CLAVE: Hemoptysis,Hemoptisis.

FUENTE DE FINANCIACIÓN: ninguna

FECHA DE REMISIÓN: 14 Octubre 2010