

10. Hemoptisis

Jacob , J.; Verduras, D.; Eizaguirre, S.; Sabater, G.

Expulsión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio a nivel subglótico (desde esputos hemoptoicos a hemoptisis masiva).

Etiologías más frecuentes: bronquitis crónica, bronquiectasias, tuberculosis, carcinoma broncogénico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL con la **hematemesis** (colocación de SNG), con sangrados supraglóticos (exploración ORL con laringoscopia indirecta/directa)

VALORACIÓN CLÍNICA Y ACTITUD DIAGNÓSTICA

Historia clínica: Sangre roja brillante, con la tos, acompañada en ocasiones de expectoración, disnea, dolor torácico o fiebre. Valorar volumen y velocidad del sangrado. Tabaquismo, antecedentes respiratorios, descartar otros focos de sangrado, anticoagulantes, traumatismo.

Exploración física: orientada a detectar repercusión hemodinámica o respiratoria.

Exploraciones complementarias

Análítica: hemograma (la anemia es muy poco frecuente), bioquímica y coagulación, d-dimero (si sospecha de TEP). **Bioquímica de orina** (para valorar nefropatía si sospecha de hemorragia alveolar).

Gasometría arterial (si insuficiencia respiratoria).

RX de tórax (etiología y localización del sangrado).

Análisis de esputo (baciloscopia, tinción de GRAM, cultivo, citología AP).

ECG (sospecha de TEP o HTP).

Otras (de urgencia solo en hemoptisis grave): **broncoscopia** (en casos seleccionados), **arteriografía bronquial y embolización**.

CONDUCTA A SEGUIR (ver algoritmo)

Dependerá del volumen y velocidad de la hemoptisis:

<p>HEMOPTISIS GRAVE 100-600 ml en 24h o >600 ml en 48 horas o 100 ml en una hora o 150ml de una sola vez o repercusión hemodinámica o repercusión res- piratoria</p>
<p>HEMOPTISIS MODERADA entre 20-100 ml en 24h</p>
<p>HEMOPTISIS LEVE <20 ml en 24 h</p>

