

## HEMOPTISI

Manel Riudor Figuerola, Óscar Martín Tebar

### INTRODUCCIÓ

És l'expectoració de sang o esput tacat de sang procedent de les vies respiratòries inferiors. Cal fer el diagnòstic diferencial amb l'hematèmesi.

### CLAUS DIAGNÒSTIQUES

#### Classificació:

- Hemoptisi massiva

Quan compleix un o més dels següents criteris:

1. Quantitat de sang superior a 200 ml en un únic episodi.
2. Quantitat de sang superior a 600 ml en 48 hores.
3. Qualsevol hemoptisi que s'acompanyi d'insuficiència respiratòria.
4. Qualsevol hemoptisi que s'acompanyi de compromís hemodinàmic.

- Hemoptisi no massiva

Esput hemoptoic o hemoptisi que no compleix els criteris de la H. massiva.

#### Diagnòstic diferencial

- Hemoptisi: aspecte escumós, vermell rutilant i semiologia respiratòria.
- Hematèmesi: aspecte no escumós, vermell mat i semiologia digestiva.

#### Etiologia més freqüent

Inflamatòries:

- Traqueobronquitis.
- Tuberculosi pulmonar.
- Pneumònia.
- Abscés pulmonar.
- Bronquièctasi.

Tumorals:

- Carcinoma broncogènic.
- Adenoma bronquial.

Cardiovasculars:

- Edema agut de pulmó.
- Tromboembòlia pulmonar.
- Hipertensió pulmonar primària.

## GUIA D'ACTUACIÓ

1. Valoració inicial: història clínica especificant les característiques de l'episodi (aspecte, quantitat, durada i la presència o no de tos).
  2. Presa de constants vitals: FC, FR, TA, Sat d'O<sub>2</sub>, T<sup>a</sup>.
  3. Monitoratge de FC, TA i Sat d'O<sub>2</sub>.
  4. Repòs absolut: col·locar al pacient en decúbit lateral sobre el costat de la lesió si és unilateral i coneixem la localització.
  5. Venòclisi, preferentment dues vies perifèriques (14-16) en funció de l'estat del malalt.
  6. Oxigenoteràpia per obtenir una saturació d'O<sub>2</sub> ≥ 95%.
  7. Garantir la permeabilitat de la via respiratòria. Indicacions de intubació traqueal:
    - Signes de hipoxèmia refractària a altes FiO<sub>2</sub>.
    - Aturada o pre-aturada respiratòria.
    - Intubació selectiva per a ventilar el pulmó sa si tenim una lesió coneguda a l'esquerra, introduint més endins el tub per a ventilar el pulmó dret.
  8. Si xoc hipovolèmic l'objectiu és mantenir la TAs >100 mmHg i la FC <100x'.
    - a. Inicialment amb cristal·loides: Sèrum Fisiològic, 0,9% (SF 0,9%) 20 ml/kg.
    - b. Posteriorment amb expandors del plasma.
- Si no és eficaç utilitzarem els fàrmacs vasoactius:
- a. Dopamina 5-10 µgr/kg/min.
  - b. Noradrenalina 0.05-5 µgr/kg/min.
9. Tractament del Broncoespasme associat:
    - c. Salbutamol en nebulització 5 mg en 3 ml de SF.
    - d. 6-Metilprednisolona 1-2 mg/Kg/iv.
    - e. Adrenalina 0.3-0.5 mg/sc (en cas de broncoespasme sever).

**No demorar l'arribada a l'hospital (el tractament definitiu pot precisar hemotransfusions, tècniques especials i/o quirúrgiques.**

---

## Bibliografia

1. J. Lloret y J. Muñoz. *Protocolos Terapéuticos de Urgencia*. Ed. Masson. 4ª Edició. 2004.
2. J. Rodés Teixidor i J. Guardia Massó. *Medicina Interna*. 2ª Edició. Ed. Masson. 2004.
3. R. S. Irwin y J.M. Rippe. *Manual de Cuidados Intensivos*. Ed. Marbán. 3ª Edición. 2004.
4. J.C. Montejo y A. García de Lorenzo. *Manual de Medicina Intensiva*. 2ª Ed. Harcourt. 2001.