

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS RESPIRATORIAS: HEMOPTISIS.

AUTORES: LÓPEZ GARCÍA, PATRICIA. CANO GRANADO, ELIZABETH.

PALABRAS CLAVE: Hemoptisis. Cuidados enfermería. Urgencias Respiratorias.

INTRODUCCIÓN

La hemoptisis se define como la expulsión de sangre por la boca mediante la tos. El concepto que en la actualidad define a la hemoptisis amenazante debe ser definido por el riesgo que para la vida del paciente representa un determinado volumen de hemoptisis en función de su capacidad funcional cardiorrespiratoria de base. De una manera arbitraria, se ha definido como hemoptisis masiva un sangrado superior a 600 cc. en 24-48 horas, aunque no todos los autores coinciden ni en el volumen de hemorragia ni en el período de tiempo en que se produce. La clasificación más usada de acuerdo al volumen de la hemoptisis es: Leve: menos de 30 mL/24 horas Moderada: de 30 a 200 mL/24 horas Severa: de 200 a 500 mL/24 horas Masiva: mayor de 600 mL/día o 150 mL/hora. Como la mayoría de las hemoptisis son bronquiales, se puede inferir que la mayoría vienen de la vía aérea. Las principales causas son neoplasias (26%) con compromiso endoluminal, bronquiecasias (11%) y bronquitis, tanto agudas como crónicas reagudizadas (18%). Si se incorpora dentro del algoritmo diagnóstico el desgarro hemoptoico, las bronquitis lideran las causas de hemoptisis; si se descarta y se utiliza la definición clásica de hemoptisis de la escuela francesa, es decir, una expectoración completa de sangre, disminuye la importancia de las bronquitis agudas dentro de las etiologías de hemoptisis. Entre 10% y 20% de las hemoptisis son criptogénicas, es decir, de causa desconocida. Por lo general, es un evento autolimitado, aunque si es masiva puede constituir una patología potencialmente mortal que requiera el ingreso del paciente en una UCI y la realización de estudios diagnósticos y tratamiento de urgencia.

OBJETIVOS

- Conocer la actuación en urgencias del personal de enfermería ante un cuadro de hemoptisis.
- Unificar criterios de actuación y mejorar así la práctica multidisciplinaria.
- Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica y recopilación de información sobre la actuación en urgencias del personal de enfermería ante un cuadro de hemoptisis. El análisis incluyo como base de datos Cochrane, ScIELO, PubMed y Google académico. Se utilizaron como criterios de inclusión que los artículos estuvieran escritos en español y que hubieran sido publicados hace diez años o menos, se utilizaron como palabras clave "Hemoptisis", "Cuidados enfermería", "Urgencias Respiratorias".

RESULTADOS

La actuación del personal de enfermería ante un cuadro de hemoptisis dependerá del tipo de hemoptisis que presente el paciente (leve, moderada o amenazante). Ante todo es fundamental mantener la calma, que suele perderse fácilmente ante la espectacularidad del sangrado. Hay por tanto que tranquilizar al paciente y a sus familiares.

La primera actuación en el estudio de un paciente que refiere expectoración hemoptoica es asegurarse de que verdaderamente se trata de una hemoptisis, debe confirmarse que la sangre procede del tracto respiratorio subglótico y no de regiones supraglóticas, como la cavidad oral, la faringe, la laringe o el tracto digestivo. También hay que tener en cuenta que una epistaxis o una gingivorragia ocurrida durante la noche puede manifestarse, a la mañana siguiente, como una expectoración sanguinolenta, sin serlo.

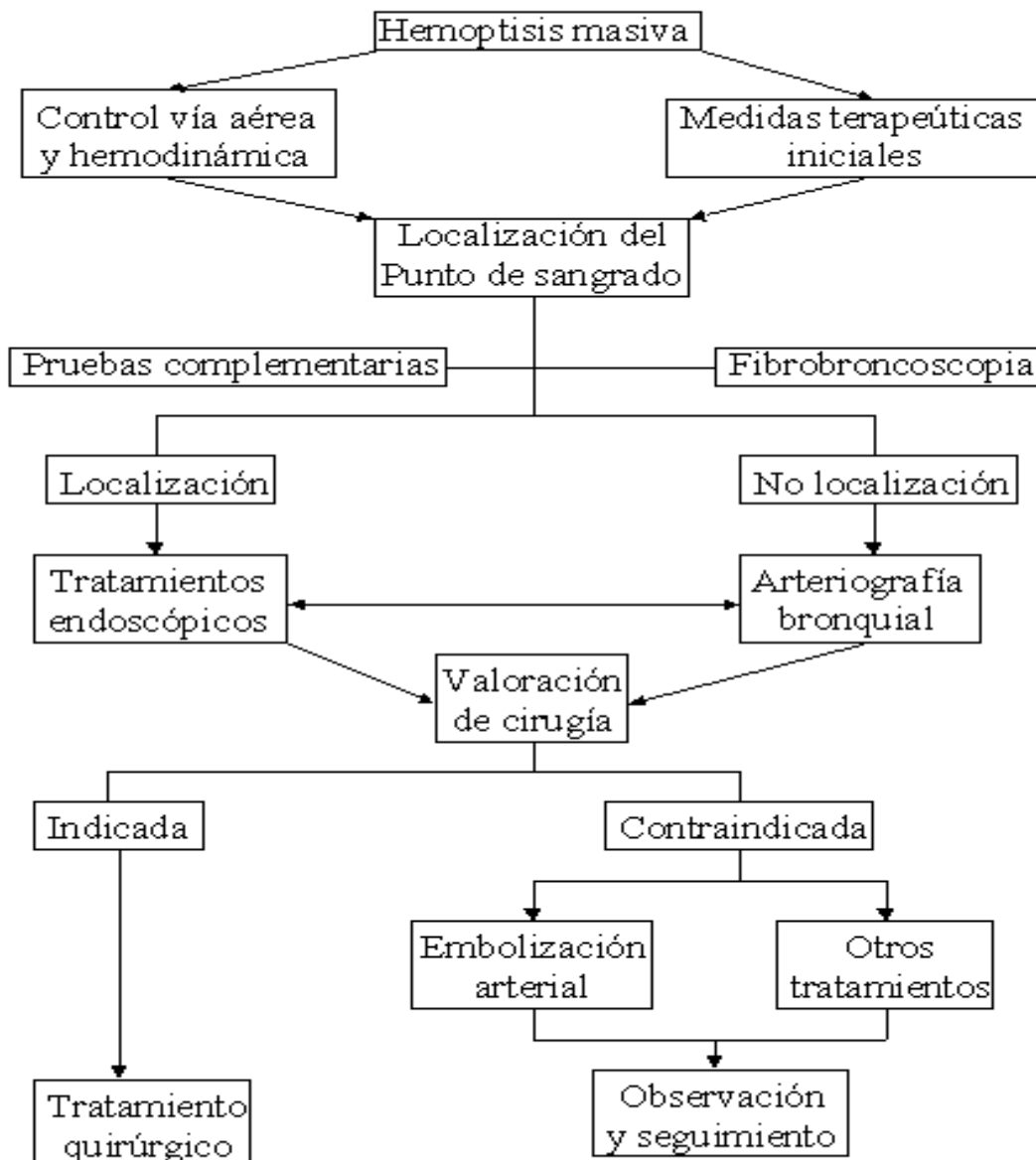
ACTUACIONES SEGÚN TIPO DE HEMOPTISIS:

- Caso de sangrado ocasional autolimitado o con persistencia de mínima expectoración hemoptoica, el paciente permanecerá en área de urgencias en espera de complementarias y para cuantificar la hemoptisis durante 6 a 8 horas, si la hemoptisis no es cuantificable y no hay sospecha de carcinoma se remitirá el enfermo a la consulta externa de Neumología para su estudio ambulatorio (entregando al enfermo las exploraciones complementarias), tratando la posible infección respiratoria de base con cefuroxima axetilo o claritromicina caso sospecha de bronquitis agudizada o de ciprofloxacino caso de sospecha de bronquiectasias.
- Caso de sangrado moderado o grave, tendrá que ser valorado por neumólogo para su posible hospitalización, debiendo tomar las siguientes medidas:
 1. **Reposo en cama:** en posición de **decúbito lateral ipsilateral** al lado del sangrado. Se intenta así evitar en cierta medida la aspiración pulmonar contralateral, es razonable guiarse por una localización clínico radiológica de presunción a la espera de la confirmación endoscópica. El paciente no debe permanecer sentado, ya que esta postura facilita la aspiración y dificulta el drenaje al exterior con riesgo de ocupación bronquial masiva y asfixia.
 2. **Dieta absoluta:** Esta medida es necesaria para la adopción de la mayoría de las modalidades diagnóstico-terapéuticas que debemos emplear caso de complicación.
 3. Valoración de **permeabilidad de la vía aérea:** Disponibilidad inmediata de tubo endotraqueal, equipo de aspiración y medicación adecuada para intubación. Si el paciente se muestra incapaz de evacuar la hemorragia endobronquial mediante la tos o bien se constata insuficiencia respiratoria gasométrica, debe precederse a intubación traqueal y ventilación mecánica (ver hemoptisis amenazante).
 4. **Vía venosa:** Se ha de instaurar una vía venosa adecuada para la administración rápida de líquidos. En general, la aparición de inestabilidad hemodinámica o la existencia de patología de base que pudiera entrañar riesgo de sobrecarga (edad avanzada, hepatopatía, insuficiencia renal o cardíaca) obligan a la implantación de una vía venosacental con control de PVC.
 5. **Reserva de sangre:** Solicitar disponibilidad inmediata de reserva de sangre para posible transfusión.
 6. **Administración de antitusígenos:** Es aceptable siempre y cuando no exista contraindicación formal a los mismos, como ocurre en los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica evolucionada. El mismo criterio es aplicable a la prescripción de ansiolíticos en caso de ansiedad acusada.
 7. **Cuantificación del volumen de hemorragia.**
 8. **Control de constantes:** Se debe controlar la presión arterial, la frecuencia cardiaca y respiratoria, Saturación de Oxígeno.
 9. **Tratamiento de la causa** desencadenante, antibióticos caso de infección respiratoria, corticoides caso de E. de Wegener, vitamina K caso de déficit, etc...
 10. **Oxigenoterapia** continua en caso de insuficiencia respiratoria.
 11. **Broncoscopia:** el papel de la broncoscopia en urgencias debe indicarse únicamente en pacientes con criterios de hemoptisis amenazante.
 12. En general se acepta que se debe realizar la broncoscopia reglada a todo paciente con hemoptisis salvo dos casos: paciente ya estudiado con patología susceptible de provocar hemoptisis y aquel con antecedentes de sangrado ya estudiado y localizado con hemoptisis leve en la actualidad

ACTUACIÓN ANTE LA HEMOPTISIS AMENAZANTE:

- Se ejecutan las normas del **ABC** de la reanimación.
 - **Vía aérea permeable y monitoría** de la saturación de oxígeno. Si ésta no es satisfactoria, se debe intubar con un tubo normal No.8, en lo posible o un bilumen de Carlens.
 - **Soporte hemodinámico** con cristaloides, expansores de volumen y transfusión si es necesario, manteniendo siempre dos vías venosas o una vía central.
 - Traslado a **UCI** para monitoría y manejo constante, ya que estos pacientes con alguna comorbilidad tienen una alta probabilidad de muerte (más de un 80%).
 - Como medidas generales, el paciente debe ser colocado en decúbito lateral sobre el lado que esté o se sospeche esté afectado, para evitar la aspiración pulmonar contralateral.
 - Drogas supresoras de la tos pueden ser agregadas, teniendo en cuenta el riesgo de la retención de sangre en los pulmones, con la consecuente alteración del intercambio gaseoso.
 - Interconsulta con neumología para evaluación y realización de fibrobroncoscopia
- Ninguna terapia invasora está indicada en el manejo de la hemoptisis causada por terapia de anticoagulación, discrasias sanguíneas, o síndrome de Goodpasture. Estos pacientes deben recibir terapia médica específica y adecuada

ALGORITMO PARA LA HEMOPTISIS MASIVA



CONCLUSIONES

El manejo de las hemoptisis en urgencias debe realizarse de forma escalonada, priorizando la protección de la vía aérea y la estabilización respiratoria y hemodinámica del paciente, para asegurar un intercambio gaseoso y una función cardiovascular adecuadas.

Trabajar mediante metodología científica, facilita el seguimiento del paciente, ya que se unifican criterios del personal de enfermería, y esto nos permite una mejor calidad asistencial y un aumento del grado de satisfacción de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carlos Rueda Rios*. Miguel Perez Peinado**. Jose Bujalance Zafra*. Hemoptisis. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemopti.pdf>
2. P. García López. Manejo del paciente con hemoptisis. Disponible en: <http://www.neumosur.net/files/EB04-19%20Hemoptisis.pdf>
3. Sonia Lucía Bravo Camacho, MD. Hemoptisis. Capítulo XXVI. Disponible en: <http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Cardiovascular-Respiratorio/Hemoptisis.pdf>
4. Mauricio Ruiz. Hemoptysis I: clinical manifestations. Medwave 2006 Sep;6(9):e2542 doi: 10.5867/medwave.2006.09.2542. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Reuniones/medicina/2006y2007/1/2542>
5. D. Sánchez Sendín, A. Maganto Sancho, D. Micheloud Giménez, F.J. Gil Gómez. Emergency guidelines for the diagnosis and treatment of hemoptysis. Protocolos de práctica asistencial. Medicineonline. Disponible en: <http://www.medicineonline.es/es/pdf/S0304541215002711/S300/>