

# Atención urgente al paciente con epistaxis

Cerezo García, MM; Usieto Allué, R; Elorriaga Barrientos, I; Rubio García, P

Hospital San Millán (Logroño)

## Resumen :

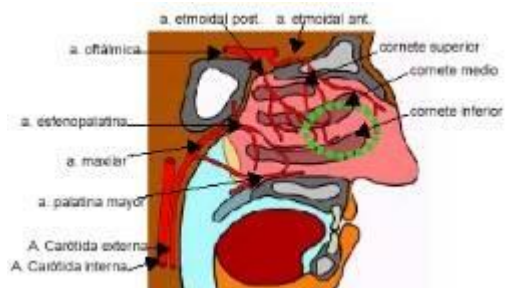
Realizamos un estudio retrospectivo sobre los pacientes con epistaxis atendidos en nuestro Servicio durante el año 2001. En el periodo de estudio se atendieron un total de 314 epistaxis en 267 pacientes. Epidemiológicamente se registró un 55,8% de varones y un 44,2% de mujeres; con una edad media de 44,2 años y unos rangos máximo y mínimo de 89 y 2 años, respectivamente. Un 94,3% de los pacientes presentaba sangrado activo en el momento de llegar a Urgencias, y en el resto de los casos la hemorragia había cesado de forma espontánea. El origen de la epistaxis fue anterior en un 76,1% de los casos, posterior en un 10,5% e indeterminado, tras la pertinente exploración, o no registrado en el restante 13,4%. Se aplicó tratamiento conservador en sus diversas variantes en un 99,7% de las ocasiones : cauterización, taponamiento anterior, cauterización más taponamiento anterior o taponamiento posterior. Tan solo un paciente con una tumoración maligna de cavum precisó cirugía urgente bajo anestesia general. La atención a las epistaxis fue proporcionada en 82 ocasiones por el otorrinolaringólogo (ORL) de guardia (26,1%) y el resto por personal de urgencias (médicos o enfermeras). El número de llamadas a urgencias del ORL durante el periodo estudiado fue de 247, por lo que la epistaxis supone un tercio de las mismas. Un total de 14 pacientes con epistaxis precisaron ingreso en planta de ORL o pediatría debido a su intensidad o por resangrado (4,5%).

## Introducción :

Las epistaxis son hemorragias originadas en las fosas nasales y la causa más frecuente de atención otorrinolaringológica urgente. Según su origen anatómico se clasifican en epistaxis anteriores, cuando se observa el origen del sangrado en el septum anterior, habitualmente en el área de Kiesselbach; y epistaxis posteriores, cuando procede de un punto más posterior, no accesible mediante la rinoscopia tradicional. El diagnóstico y las vías de acceso para el tratamiento difieren en cada caso.

- Epistaxis anterior : la lesión está situada en la parte anterior de las fosas nasales y la sangre sale al exterior por las coanas. Es frecuente en niños y jóvenes. Normalmente se asocian a maniobras de rascado, esfuerzos, traumatismos, etc.
- Epistaxis posterior . la lesión está situada en la parte posterior de las fosas nasales, por lo que la sangre se vierte hacia el cavum, la faringe y la boca, desde donde es deglutida o expulsada hacia el exterior. Se da en personas afebles, hipertensos o pacientes con discrasias sanguíneas de origen hepático, hematológico o medicamentoso.

## Recuerdo anatómico :



La alta frecuencia de esta patología se relaciona con la copiosa irrigación de la nariz. En dicha irrigación, se ven involucradas fundamentalmente las arterias etmoidales anterior y posterior, ramas de la oftálmica (caótida interna), encargadas de irrigar la parte superior del tabique nasal y paredes externas y las arterias palatina mayor y

esfenopalatina, provenientes de la maxilar (carótida externa) que irrigan la parte inferior del tabique y los cornetes. Estos vasos se anastomosan entre sí formando una tupida red en la parte antero-inferior del tabique, dando origen a una zona predispuesta a la hemorragia, plexo de Kiesselbach o área de Little. Las epistaxis posteriores se originan a nivel de las ramas de la arteria esfenopalatina.

## Clasificación etiológica :

Factores locales	Factores sistémicos
1.- Traumatismos. <ul style="list-style-type: none"><li>• Fractura nasal o facial.<ul style="list-style-type: none"><li>• Legrado digital.</li><li>• Cuerpo extraño.</li><li>• Postquirúrgico.</li></ul></li><li>• Irritantes tóxicos inhalados.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipertensión arterial.</li><li>• Enfermedad de Rendu- Osler.</li><li>• Fármacos.</li><li>• Antiagregantes.</li><li>• Anticoagulantes.</li><li>• Alcoholismo.</li><li>• Discrasias sanguíneas.</li><li>• Hemodiálisis.</li><li>• Factores cardiovasculares</li></ul>
2.- Inflamación. <ul style="list-style-type: none"><li>• Sd. catarral/gripal.</li><li>• Pólipos nasosinuales.</li><li>• Rinitis atrófica.</li></ul>	
3.- Malformaciones vasculares	
4.- Cáncer nasosinusal.	

## Manejo de las epistaxis :

- Si la hemorragia es anterior y no existe alteración sistémica, se procede comprimiendo con el índice y el pulgar por parte del paciente respirando a través de la boca durante 5 ó 10 minutos con la cabeza en posición normal mientras se prepara equipo para la hemostasis.
- Se introducen en las fosas nasales, previamente limpias de coágulos, mechas de algodón empapadas de anestesia tópica o, en su defecto, de agua oxigenada, manteniendo este taponamiento durante 10-15 minutos.
- Tras retirar las mechas de algodón se exploran las fosas nasales en busca del vaso sangrante, con la ayuda del rinoscopio. Si se localiza, se realiza cauterización aplicando el extremo de una barra de nitrato de plata sobre la zona que rodea al punto sangrante, durante al menos 30 segundos, para coagularlo. Siempre debe explorarse la orofaringe con un depresor lingual para descartar un posible sangrado hacia la faringe.

- Si fracasan las medidas anteriores se debe realizar un taponamiento anterior bilateral, introduciendo gasa de borde de 2 cm de ancho impregnada en pomada antibiótica mediante la pinza de bayoneta. Se introduce lentamente, dejando el extremo de la gasa exteriorizado, comenzando por el suelo de la fosa nasal hacia arriba, siguiendo la dirección del tabique, y plegando la gasa en capas sucesivas, concluyendo con sujeción de esparadrapo.



- El taponamiento también se puede realizar con materiales expandibles con suero (tipo Merocel), de 10 por 2 cm para un adulto normal, que se introduce pegando al suelo de la fosa nasal, previa lubricación del mismo con pomada antibiótica.
- El taponamiento debe mantenerse al menos durante 48 horas.
- Material necesario para taponamiento anterior :



- Rinoscopio.
- Pinza de bayoneta.
- Gasa de borde.
- Nitrato de plata.
- Pomada antibiótica.

- Las epistaxis posteriores deben ser tratadas por personal especialista; se pueden realizar con torunda de gasa (almohadilla fija con seda gruesa), emplazándola en el cavum, o bien con sonda neumática.
- La técnica del taponamiento posterior consiste en introducir una sonda de goma blanda por las fosas nasales hasta hacerla salir por la boca, los hilos de seda se anudan al extremo de la sonda y sirve para traccionar el tapón hasta el interior de la nasofaringe. En la boca se guía con un dedo para ayudar a la correcta colocación de la torunda por detrás del velo del paladar, empujándola de forma que quede impactada en la coana. Uno de los hilos (el tercero) se deja por la boca y se fija en la mejilla sin traccionar; servirá para retirar posteriormente el taponamiento. El extremo que sale por la nariz, se mantiene con tensión mientras se efectúa el taponamiento anterior, la seda se fija a una almohadilla a nivel de la columnela. Los tapones de balón específicos poseen un sistema de doble globo de baja presión en el que uno de ellos se mantiene en nasofaringe y el otro en nariz. Estos taponamientos con balones inflables son los más sencillos para su colocación, aunque no tan eficaces para controlar la epistaxis. El taponamiento posterior se deja durante 5 días, tiempo durante el cual el paciente deba permanecer hospitalizado.
- Material necesario para taponamiento posterior :

- Sonda de goma.
- Sonda neumática.
- Aspirador.
- Espejo de cavum.
- Depresor lingual.
- Kocher.
- Torunda de gasa.



## Conclusiones :

Las epistaxis es un cuadro muy frecuente en los Servicios de Urgencias. Un elevado porcentaje de ellas son epistaxis anteriores que ceden con sencillas maniobras compresivas o cauterización con o sin taponamiento. Por todo ello, unos conocimientos adecuados y unas actuaciones debidamente protocolizadas permitirán el diagnóstico y tratamiento inmediato y definitivo de la mayoría de los pacientes.

## Bibliografía :

- Vaamonde Lago, P; Lechuga García, MR; Mínguez Beltrán, I; Frade González, C; Soto Varela, A; Bartual Magro, T y col. Epistaxis : estudio prospectivo sobre la atención urgente a nivel hospitalario, Acta Otorrinolaring Esp 2000; 51(8):697-702.
- Grijalba Uche, M; Rivera Vegas, MJ. Traumatismos nasales, Acta Otorrinolaring Esp, 47,6 (456-460), 1996.

- Alvarez Porrero, JM; Claudio Romo, E; Crespo Moreno, A; Fernández Rodríguez, B; García Montero, S; Leal de Pedro, E y col. Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes : 114-115, Madrid, Comuniland S.L., 2002.
- Grupo de trabajo en Medicina de Urgencias. Santander; Manual de Urgencias para Enfermería, 410-412, Madrid, ediciones Arán, 1998.