

GUÍA BÁSICA PARA EL MANEJO DE LA EPISTAXIS EN URGENCIAS

Belén Clemente Cuartero
Marta Zabaleta López
Cristina Ibáñez Muñoz

SERVICIO OTORRINOLARINGOLOGÍA

HOSPITAL UNIVERITARIO SAN PEDRO

LOGROÑO, LA RIOJA

MANEJO DE LA EPISTAXIS EN URGENCIAS

1. PUNTOS CLAVE:

- a. **Epistaxis:** hemorragia con origen en las fosas nasales, senos paranasales o nasofaringe que puede exteriorizarse por las narinas o la boca. La mayoría son anteriores (90%) y se producen en la parte anteroinferior del tabique nasal (plexo de Kiesselbach).
- b. **Anamnesis:** estado hemodinámico del paciente (toma de tensión arterial), medicación (preguntar siempre por antiagregantes y anticoagulantes) y factores de riesgo cardiovascular.
- c. **Tratamiento:** cauterización del punto sangrante ± taponamiento nasal anterior. Si persistencia de sangrado → taponamiento nasal posterior ± tratamiento quirúrgico endoscópico.
- d. **Enfermedad de Rendu-Osler-Weber:** se recomienda no cauterizar y colocar taponamientos nasales reabsorbibles.

2. ANATOMÍA:

La vascularización de las fosas nasales depende del sistema carotídeo externo, a través de la arteria maxilar y facial; y del sistema carotídeo interno, a través de las arterias etmoidales anterior y posterior, ramas de la arteria oftálmica (figura 1, 2 y 3).

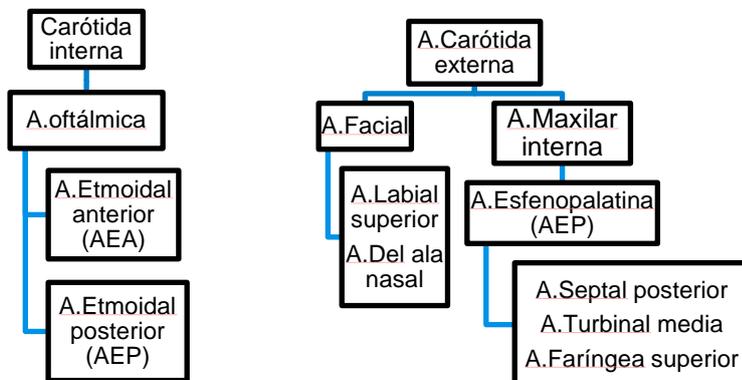


Figura 1 y 2. Esquema de la irrigación nasal.

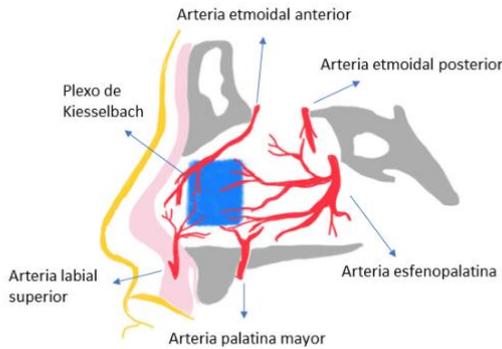


Figura 3. Vascularización septo nasal.

3. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO:

La epistaxis tiene una etiología multifactorial, siendo la idiopática la más frecuente y seguida de la traumática (tabla 1).

Tabla 1. Etiología de la epistaxis

| CAUSAS LOCALES | CAUSAS GENERALES |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Microtraumatismos (manipulación fosas nasales) • Traumatismos • Tumores • Factores ambientales (sequedad, altitud, tabaco) • Perforaciones septales • Post cirugía nasal • Iatrogénicas (colocación de sonda nasogástrica) • Infecciones (rinitis, sinusitis) • Cuerpos extraños | <ul style="list-style-type: none"> • Idiopáticas • Enfermedades hematológicas (coagulopatías, leucemias, anemia aplásica, angiopatías) • Fármacos (antiagregantes, anticoagulantes). • Enfermedades cardiovasculares (HTA, arterioesclerosis) • Enfermedades endocrinológicas (Diabetes, feocromocitoma) • Enfermedades renales (nefritis) • Factores hormonales (menstruación, embarazo, pubertad) |

Respecto a los factores de riesgo, los principales que se deben tener en cuenta y deben registrarse en una correcta anamnesis inicial, son los anticoagulantes y antiagregantes.

4. ANAMNESIS:

- Factores de riesgo (tabla 1)
- Duración del episodio
- Cantidad de sangre perdida
- ¿Epistaxis recidivante? Comprobar si ha llevado taponamientos nasales previos
- ¿Por qué fosa nasal comenzó el sangrado? Lo más habitual es que la epistaxis sea unilateral, si sangrado bilateral sospechar rebosamiento contralateral.

5. EXPLORACIÓN FÍSICA:

- ABC: valorar el estado hemodinámico del paciente (presión arterial, pulso, relleno capilar, coloración mucocutánea y temperatura de la piel).
- Exploración de la cavidad nasal mediante rinoscopia anterior.
- Exploración de la orofaringe mediante un depresor lingual: evidenciar si existe sangrado posterior o restos de sangrado, orientándonos sobre la gravedad y origen de la epistaxis.
- Hemograma y coagulación si epistaxis grave, recidivante o paciente anticoagulado.

6. TRATAMIENTO:

➤ Medidas generales:

- Tranquilizar al paciente y preparar el material necesario: fotóforo o en su defecto luz frontal, rinoscopio, pinzas de bayoneta, lentinas o mechas de Velband®/algodón y anestesia tópica con/sin vasoconstrictor. (Anexo 1: Figura 1)
- Aspiración de coágulos o en su defecto pedir al paciente que se suene la nariz.
- Colocar lentinas o mechas de Velband®/algodón impregnadas en anestésico local con vasoconstrictor y presionar fosas nasales durante 5-10 minutos. Se debe tener especial cuidado con el uso de adrenalina en pacientes cardiópatas.



TODO LO QUE SE INTRODUCE EN LA NARIZ (MECHAS DE VELBAND®/ALGODÓN Y TAPONAMIENTOS NASALES) SE COLOCA PARALELO AL SUELO DE LA BOCA, DIRIGIDO HACIA EL SUELO DE LA FOSA NASAL Y SIEMPRE SE CONTABILIZA.

➤ Medidas específicas:

1) **Rinoscopia anterior:**

- a. ¿Vemos punto sangrante? → epistaxis anterior → cauterizar unilateralmente con nitrato de plata (Anexo 1: Figura 2) (no bilateral por riesgo de perforación septal) ± taponamiento nasal.

- b. ¿No vemos punto sangrante? → Suponemos epistaxis posterior → taponamiento nasal

➤ **TAPONAMIENTO ANTERIOR:**

- **Gasa de borde:** colocar tira de gasa impregnada en pomada antibiótica (Rinobanedif®) rellenando la fosa nasal de abajo arriba y de atrás hacia adelante formando capas horizontales. (Anexo 1: Figura 3)
- **Reabsorbibles:** Nasopore® (Anexo 1: Figura 4)
- **No reabsorbibles:** Merocel® 5cm (Anexo 1: Figura 6) o Rapid Rhino® sin balón 5.5cm (Anexo 1: Figura 5)

➤ **TAPONAMIENTO POSTERIOR:**

En pacientes en los cuales el sangrado es importante podemos sospechar un origen posterior, principalmente en el pedículo esfenopalatino. En estos casos se puede optar por colocar un taponamiento posterior (Merocel® 10cm (Anexo 1: Figura 6), Rapid Rhino® con balón 7.5cm (Anexo 1: figura 7)).

También existen neumotaponamientos con doble balón los cuales se reservan para sangrados incoercibles en pacientes en los que el tratamiento quirúrgico conlleva riesgos anestésicos. (Anexo 1: Figura 8)

7. SEGUIMIENTO Y MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS:

- El taponamiento nasal es aconsejable mantenerlo al menos 48 horas (en pacientes con factores de riesgo se puede mantener hasta 72 horas). Se considera efectivo si no se produce un nuevo sangrado activo. Es normal que se produzca un ligero rezume de contenido hemático y se debe informar al paciente de la benignidad del mismo.
- No se recomienda prescribir antibióticos de forma sistemática. En casos seleccionados (taponamiento nasal posterior más de 72 horas) se puede valorar tratamiento antibiótico que cubra Staphylococcus aureus: amoxicilina-clavulánico, cefalosporinas de tercera generación o eritromicina (en alérgicos a la penicilina).
- El paciente debe ser revisado a las 48-72 horas en su centro de salud para retirar el taponamiento.
- **Antes de dar el alta al paciente se le deben indicar una serie de recomendaciones:**
 - Evitar realizar ejercicio, esfuerzos físicos intensos o movimientos bruscos de la cabeza.
 - Evitar maniobras de Valsalva (toser, evitar estreñimiento, en caso de estornudar hacerlo con la boca abierta).
 - No agacharse y dormir con una almohada debajo de la cabecera de la cama (para evitar aumento de la presión sanguínea a nivel cefálico).

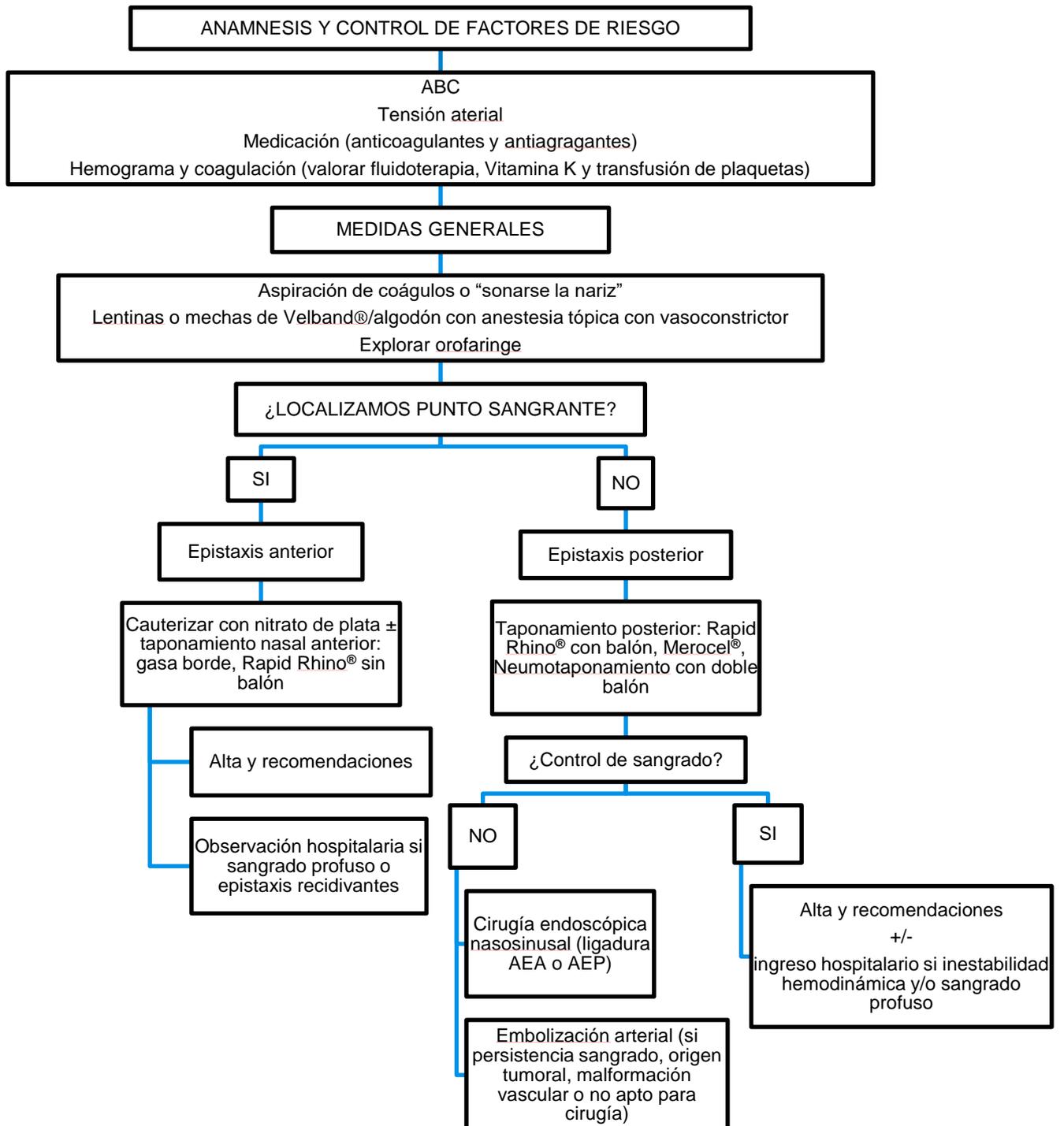
- Mantener un buen estado de hidratación e higiene de las fosas nasales una vez se retire el taponamiento.
- **Cómo actuar si vuelve a tener sangrado:**
 - Apriete su nariz con los dedos índice y pulgar durante 20 minutos ininterrumpidos y siéntese con su cuerpo inclinado hacia delante.
 - No eche su cabeza hacia atrás, tragaría la sangre y le puede provocar vómitos.
 - Puede colocar una gasa o algodón humedecido con agua oxigenada, en la fosa nasal que sangra.
 - Una vez que el sangrado haya parado, evite agacharse o inclinar la cabeza hacia abajo, sonarse la nariz, estornudos violentos, ejercicio físico intenso.



8. DERIVACIÓN A ORL:

- Pacientes con epistaxis recidivantes
- Si se observa una lesión granulomatosa (enfermedad granulomatosa con poliangeitis)
- Si se observa un tumor

9. ALGORITMO RESUMEN:



ANEXO 1. TAPONAMIENTOS NASALES:

FIGURA 1. MATERIAL NECESARIO

- Pinzas de bayoneta, rinoscopio, mechas de Velband®/algodón, anestesia tópica con y sin adrenalina.



FIGURA 2. NITRATO DE PLATA

- Cauterizar de forma circular alrededor del punto sangrante
 - No de manera bilateral
 - Evitar en enfermedad de Rendu-Osler-Weber



FIGURA 3: GASA DE BORDE

- Impregnar la gasa en pomada antibiótica (Rinobanedif®) o vaselina e introducirla rellenando toda la fosa en forma de capas de abajo arriba y de atrás a adelante. Tener precaución de no empezar a taponar con el cabo distal para evitar que el paciente lo degluta.



FIGURA 4. NASOPORE

- Se impregna en pomada antibiótica (Rinobanedif®).
- Comenzar lavados nasales con agua de mar pasados dos días para conseguir su disolución.
- Se conserva en el frigorífico



FIGURA 5: RAPID RHINO® SIN BALON 5.5CM

- Se impregna en agua destilada y se coloca en la fosa nasal

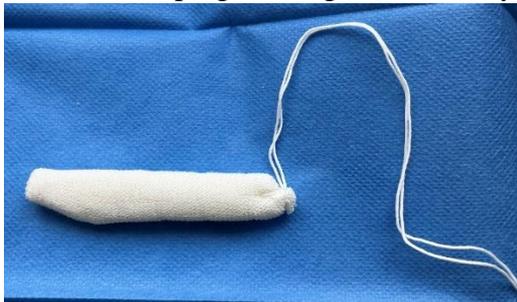


FIGURA 6: MEROCEL® 5CM-10CM

- Se impregna en pomada antibiótica (Rinobanedif®) y se introduce en la fosa nasal. Una vez colocado se empapa con suero o agua destilada para que se hinche (imagen de la derecha).

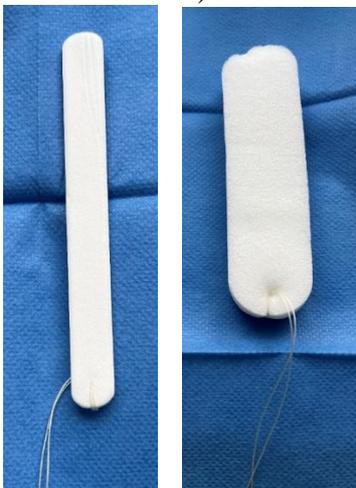


FIGURA 7: RAPID RHINO® CON BALÓN 7.5CM

Se retira el protector azul y se impregna con agua destilada. Una vez colocado se hincha el balón con aire hasta que esté firme (3-4cc de aire).

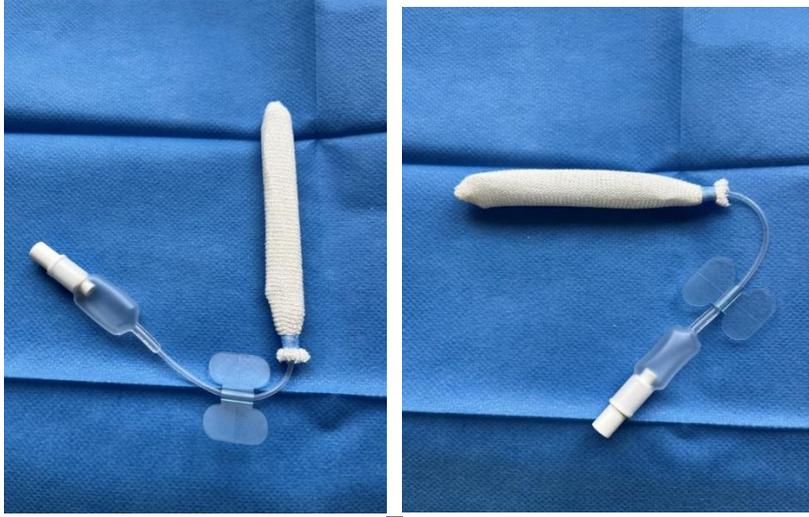


FIGURA 8: NEUMOTAPONAMIENTO CON DOBLE BALÓN

- 1º hinchar el balón posterior con 10cc de aire para que se ancle en cavum
- 2º hinchar balón nasal con 30 cc de aire

