

Tratamiento de la epistaxis en Atención Primaria

Mayte Pinilla Urraca

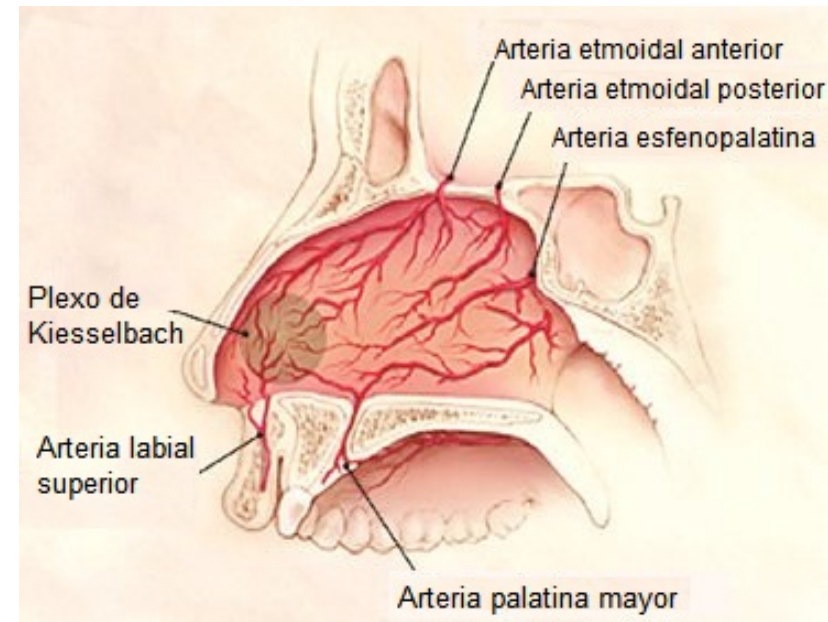
Junio 2014

Epistaxis en el niño

- Excepcional en <2 años, 30% en <5 años; 56% en 6-10 años; 64% en 11-15 años, 9% recurrentes.
- Por lo general banal y autolimitada.
- Casos recurrentes y de difícil control: remitir a Otorrinolaringología (ORL).

Epistaxis según localización

- Anteriores:
 - Área septal anteroinferior (plexo de Kiesselbach o de Little).
 - Las más frecuente (90%).
 - Causas locales.
- Superiores (etmoidales) / posteriores (esfenopalatinas):
 - menos frecuentes.
 - difícil control.
 - sangrado por narinas y orofaringe.
 - causas generales.



Epistaxis según etiología

- Locales:

- Manipulación digital.
- Catarro común.
- Cuerpo extraño (rinorrea fétida).
- Traumatismo nasal.
- Rinitis / sinusitis.
- Inhaladores nasales (corticoides, descongestivos)
- Tumores:
 - ✓ Hemangioma.
 - ✓ Angiofibroma juvenil.
 - ✓ *Cavum*.
- Granuloma piógeno.
- Desviación septal.
- Perforación septal.



- Generales:

- Trastornos hemostasia:
 - ✓ Von Willebrand.
 - ✓ Bernard-Soulier.
 - ✓ Werlhof (PTI).
 - ✓ Rendu-Weber Osler.
- Fármacos: AAS, AINE, anticoagulantes.
- Enfermedades febriles.

Material necesario

- Buena fuente de luz.
- Batea.
- Rinoscopio.
- Depresor lingual metálico “en escuadra”.
- Pinza de bayoneta.
- Terminal de aspiración.
- Algodón, gasa, papel de celulosa, gasa de borde, Merocel[®], varillas de nitrato de plata.
- H₂O₂, anestésico, vasoconstrictor tópico, ácido tranexámico, suero fisiológico.
- Pomada antibiótica, vaselina.

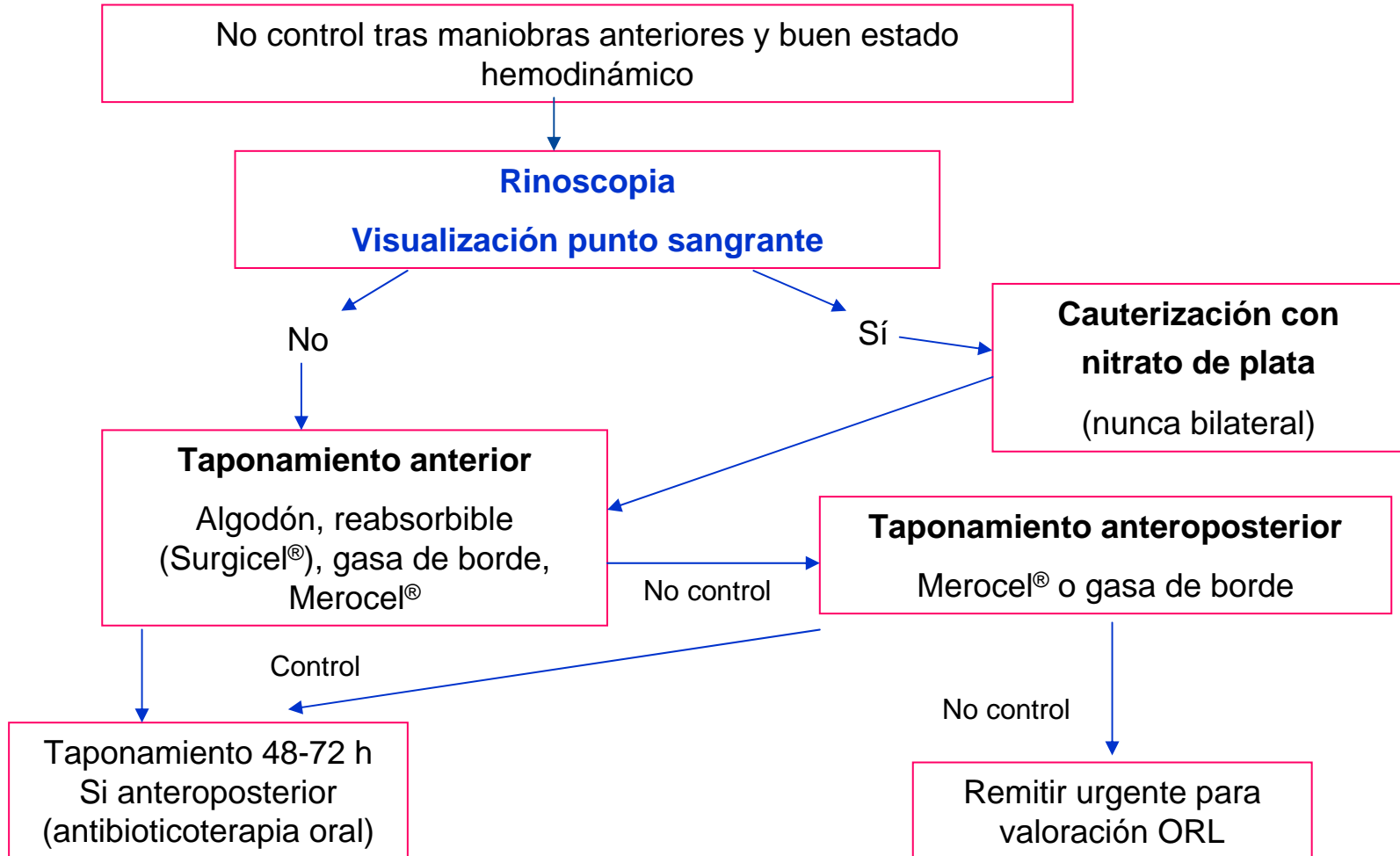


Metodología de actuación (1)

- Primera medida:
 - Valorar estado hemodinámico.
 - Tranquilizar al niño y familiares.
 - Antecedentes personales, toma de fármacos, circunstancias y momento de aparición.
 - Sonado nasal enérgico (o aspiración).
 - Método de Trotter (comprimir las alas nasales 5-10 minutos).
 - Taponamiento con algodón con o sin H₂O₂ con oximetazolina 0,05% o ácido ϵ -aminocaproico.
- Alternativa:
 - Taponamiento combinado sublabial y compresión alas nasales (comprimir la rama septal de la arteria labial superior).



Metodología de actuación (2)



Cauterización con nitrato de plata



Rinoscopia / visualización



Mecha de algodón con anestésico con o sin vasoconstrictor y compresión



Cauterización “círculos concéntricos” no en el punto sangrante



Taponamiento 24 horas

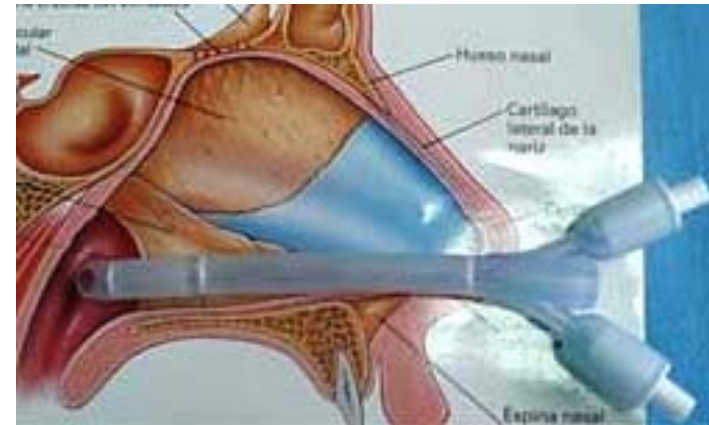
Taponamientos nasales

- **Materiales reabsorbibles:**
 - Surgicel[®], Gelitacel[®].
 - Idóneos en coagulopatías.
 - No precisan ser retirados.
 - No si es posterior o muy abundante.
- **Gasa de borde:**
 - Lubricada (vaselina o pomada antibiótica).
 - Suelo-techo; atrás-adelante (“como un acordeón”).
 - Cabo sujeto en mano izquierda, último en introducir.
- **Material autoexpandible:**
 - Merocel[®] (acetato de polivinilo hidroxilado).
 - Mínimo tamaño que permita su control.
 - Autoexpandible con suero fisiológico.



Taponamientos a valorar por ORL

- Neumotaponamiento:
 - Epitek® (balón de 10 cc y 30 cc).
 - Sonda de Foley n.º 16-18.
 - Emergencia en adolescentes pretécnica invasiva.
 - Incómodo.
 - Hipoxia, arritmia, necrosis septal.
- Técnicas invasivas:
 - No control o evitar neumotaponamientos.
 - Anestesia general.
 - Extirpación de lesiones sangrantes.
 - Ligadura esfenopalatina.
 - Embolización angiográfica selectiva.



Cuidados postaponamiento nasal (1)

- Inspección orofaringe (valorar sangrado posterior).
- Informar molestias (cefalea, sequedad boca, epífora y líquido nasal sanguinolento).
- Antibiótico oral (amoxicilina±clavulánico) si taponamiento anteroposterior.
- Analgesia si dolor.
- Evitar ejercicio intenso.
- Dieta y baño no caliente.
- No sonarse, estornudar con la boca abierta.
- Dormir con el cabecero elevado 30°.



Cuidados postaponamiento nasal (2)

- Retirar taponamiento:
 - 24 horas si algodón.
 - 48-72 horas si gasa de borde o Meroce
- Si taponamiento reabsorbible:
 - Lavados nasales en 48-72 horas.
- Recomendar volver a urgencias:
 - Si nuevo sangrado, fiebre, dolor intenso o dificultad respiratoria.
- Dar instrucciones si nuevo sangrado:
 - “Puro” de algodón con o sin H₂O₂.
 - Comprimir alas nasales 5-10 minutos.
 - Cabeza flexionada no hiperextendida.
- Si cauterización nasal recomendar:
 - Pomadas vaselinadas con vitamina A o con ácido hialurónico 2-4 semanas.



Epistaxis recurrentes benignas (1)

- Muy frecuentes.
- Con frecuencia idiopáticas.
- Poco comunes a partir de los 14 años.
- Fragilidad vascular (microtraumatismos); rinitis seca.
- <3% trastorno hematológico.
- **Anamnesis** en busca de manifestaciones hemorrágicas del niño o la familia.
- **Estudio hematológico**, más exhaustivo según intensidad y frecuencia.
- **Rinoscopia**: cuerpo extraño, granuloma piógeno, rinitis seca, vaso septal anterior visible.



Epistaxis recurrentes benignas (2)

Tratamiento

- Humidificación ambiental y local.
- Evitar traumatismo digital (uñas cortas y limadas).
- Protección de golpes en deportes de contacto.
- Si mucosa nasal seca: pomadas intranasales vaselinadas con o sin vitamina A o con ácido hialurónico.
- Si sospecha de *S. aureus* (costras mericéricas): mupirocina tópica 2-3 veces/día durante 2-3 semanas.
- Si punto arterial visible y/o fallo de las medidas locales: cauterización con nitrato de plata (nunca bilateral).
- Si rinitis alérgica: evitar corticoides tópicos nasales, recomendar antihistamínicos orales.
- Utilidad del propranolol (1,5-2 mg/kg/día 3 dosis 2-4 semanas), si epistaxis recurrente primaria y resistente al tratamiento.