

# **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UNA EPISTAXIS**

**AUTORES:** Manuela Velázquez Blandino, Ana María Jiménez Frade.

**PALABRAS CLAVE:** Hemorragia, urgencias, actuación.

## **INTRODUCCIÓN:**

Las hemorragias nasales aparecen en un 10%-12% de la población con dos picos de frecuencia a los 20 y 50 años.

Suelen ser procesos nasales autolimitados que se solucionan espontáneamente de carácter banal y evolución benigna.

Es una de las urgencias de ORL más frecuentes.

Un 90% son epistaxis anteriores : niños y jóvenes.

Un 10% son epistaxis posteriores: adultos mayor de edad, con antecedentes de HTA y/o arteriosclerosis.

Lo más habitual es encontrar dos tipos de enfermos:

- Paciente joven con hemorragia anterior, poco importante, catarro nasal previo, que toma AAS (acidoacetilsalicílico) y tras rascado ungueal.
- Paciente de edad avanzada con hemorragia posterior y/o anticoagulado.

## **Causas de la epistaxis:**

- Locales:
  - Sequedad ambiental
  - Rascado ungueal
  - Postoperatorio cirugía nasal
  - Cuerpo extraño nasal
  - Tumor nasosinusal
  - Traumatismos
  - Irritantes inhalados
- Generales:
  - HTA
  - Enfermedades hemorrágicas

- Medicamentos
- Alteración cardiovascular
- Insuficiencia renal crónica

### **OBJETIVO:**

El objetivo primario de la actuación en urgencias es el control de la hemorragia nasal, pero también hay que procurar localizar el origen y evaluar la repercusión.

### **METODOLOGÍA:**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, así como en páginas WEB, excluyendo artículos de opinión. Posteriormente se ha sintetizado la información para su posterior uso.

### **RESULTADOS:**

Es necesario seguir unos pasos en la actuación de enfermería:

1.-Valorar primero la cuantía del sangrado: duración del sangrado, localización de la fosa sangrante y si el sangrado es anterior o posterior.

Después completar la anamnesis preguntando por antecedentes de epistaxis que requirieron taponamiento o ingreso, cirugía nasal reciente u obstrucción nasal.

Ante toda hemorragia es necesario diferenciar dos situaciones:

a) En caso de hipovolemia y deterioro del estado general del paciente:

- Medir TA.
- Canalizar vía venosa.
- Analítica de sangre con hemograma, coagulación, pruebas cruzadas y reserva de 2 unidades de concentrados de hematíes.
- Valorar la necesidad de sueroterapia y/o reposición sanguínea.
- Es necesario dejar al paciente en observación camas y llamar al médico especialista en ORL.

b) Más habitual es el tratamiento de una hemorragia poco cuantiosa pero que no cede en 1-2 horas y que no compromete el estado general del paciente.

2.-Control de la hemorragia: para el control del sangrado habrá que realizar un taponamiento anterior o posterior según el caso.

a) Técnica taponamiento anterior:

- Paciente sentado, inclinado hacia delante y boca abierta para poder expulsar la sangre y no la degluta.
- Aspirado de coágulos.
- Localización de la fosa sangrante mediante rinoscopio

\*Si se localiza el punto sangrante se cauteriza con barrita de nitrato de plata, haciendo compresión durante 30 segundos y taponamiento con tampón nasal (material esponjoso comprimido que se adapta a la fosa para realizar una hemostasia por compresión) introduciéndolo con pinzas de Kocher, siguiendo el suelo y la dirección del tabique.

\*Si no se localiza porque la hemorragia proceda del techo o de la zona posterior se realizará un taponamiento con un tampón nasal .

Sólo debe taponarse el lado de la hemorragia para evitar úlceras septales y necrosis por compresión bilateral o convertir la epistaxis en una hemorragia digestiva oculta.

b) Técnica de taponamiento posterior:

Se realiza neumotaponamiento, que es mal tolerado habitualmente por el paciente y que produce inflamación y enrojecimiento ocular, pudiendo llegar incluso a dar salida de sangre por el agujero lacrimal por regurgitación desde el meato inferior en la fosa taponada.

Está indicado en epistaxis persistentes y es colocado por el especialista en ORL.

3.- Tratamiento posterior (Cuidados post-taponamiento):

- Reposo relativo, durmiendo con dos almohadas.
- Antibioterapia oral mientras dure el taponamiento nasal.
- Retirar el taponamiento en 48 horas previa rehidratación del taponamiento nasal.

## **DISCUSIÓN Y APLICACIÓN A LA PRÁCTICA:**

Se observa que existe abundante información bibliográfica sobre la epistaxis, así que se ha realizado una clasificación de la epistaxis, se han nombrado algunas causas y se ha descrito el manejo y técnicas terapéuticas para resolver este cuadro.

Consideramos que es esencial la recopilación de la información para proceder a la divulgación como material de apoyo a los profesionales de enfermería que día a día trabajamos con personas afectadas por este problema.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Puukey MR, Seeskin Z, Chandra R. Seasonal variation and predictors of epistaxis.

Laryngoscope 2014, 124 (9): 2028-33

2. Peter S Vosler et al. Successful Implementation of a Clinical Care Pathway for Management of Epistaxis at a Tertiary Care Center  
Otolaryngol Head Neck Surg 2016, 155(55): 879-85

3. Sylvester M:J, Cung S.Y, Guinand, L.A, Govindan A, Baredes S, Eloy J.A. Arterial ligation versus embolization in epistaxis management, countenintuitive National trends the laryngoscope 2017,127: 1017-20