



Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua

UNAN – León

Facultad de Ciencias Médicas



PROTOCOLO

Para optar al título de

Doctor en Medicina y Cirugía

**Manejo de pacientes ingresados con epistaxis en el departamento
de cirugía del hospital España en el periodo comprendido de
Enero del 2005 a Diciembre del 2010.**

Autores: Héctor Antonio Castillo Ramírez
Emerson José Romero Montes

Tutora: Dra. Ileana Ramírez Sarria
MB. Otorrinolaringóloga

Asesor: Dr. Francisco Tercero, PhD.
Prof. Titular Dpto. Salud Pública

León, Octubre del 2013



INDICE

Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación.....	4
Planteamiento del problema.....	5
Objetivos	6
Marco Teórico	7
Materiales y Métodos.....	24
Resultados	27
Discusión.....	30
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Referencias	34
Anexos	36



Agradecimiento

Agradecemos profundamente a todos aquellos que de una u otra manera nos impulsaron a continuar con nuestros estudios: nuestros padres, profesores y amigos.

En especial a nuestros tutores Dra. Ileana Ramírez Sarria y Dr. Francisco Tercero, por habernos asesorados, y el departamento de estadísticas del Hospital España por ofrecernos la información necesaria para la realización de este estudio.



INTRODUCCIÓN

Se denomina Epistaxis a todo fenómeno hemorrágico originado en las fosas nasales. Este término significa «fluir gota a gota». Es considerado el motivo de consulta urgente más frecuente en Otorrinolaringología (ORL), debido a la gran vascularización de esta zona. Su prevalencia oscila entre el 10 y el 12%.¹ Se presenta mayoritariamente en varones y su incidencia es máxima durante la infancia, adolescencia y senectud, presentando dos picos de mayor frecuencia de aparición, entre los 15 y 25 años y los 45 y 65 años.²⁻⁴

No obstante, los datos sobre incidencia y prevalencia en la población general son difíciles de calcular. Habitualmente, las epistaxis se comportan como cuadros benignos y autolimitados que ceden espontáneamente o tras aplicación de medidas conservadoras que lleva a cabo el propio paciente sin necesidad de recurrir a la asistencia médica. Pese a ello, se estima que aproximadamente el 60% de la población adulta experimentará algún episodio de epistaxis a lo largo de su vida y únicamente un mínimo porcentaje, entre el 6-10%, demandará asistencia hospitalaria.

Su etiología se presume multifactorial y clásicamente se ha dividido en 2 categorías: local y sistémica. Se calcula que en el 10% de los casos la causa es desconocida, denominándose entonces, epistaxis esencial o idiopática.⁵

La epistaxis anterior es un signo clínico extremadamente frecuente y una preocupación constante para el médico en los servicios de urgencia. La importancia deriva de su frecuencia y de su potencial gravedad, ya que puede llevar a alteraciones hemodinámicas, que requieren incluso hospitalización. De ahí, la necesidad de conocer la irrigación nasal y los diferentes métodos para cohibir todo tipo de hemorragia, siendo además importante tratar de buscar la causa que la produce, para asegurar un tratamiento eficaz.⁶



Es por eso que el propósito principal de este estudio es identificar las principales causas de la epistaxis y el manejo de los pacientes que ingresan al departamento de cirugía del hospital España.



ANTECEDENTES

En un estudio en el hospital de Alicante, España, se encontraron los siguientes datos, se valoraron 178 ingresos por epistaxis. El 68% fueron hombres, frente al 32% de mujeres. La mediana de edad fue de 65 (53–75) años. Predominaron las epistaxis en los meses de Enero y Abril. Las causas sistémicas más prevalentes fueron la HTA (56%), el tratamiento antiagregante (23%) y el tratamiento anticoagulante (18,5%). Los factores locales fueron menos frecuentes (11% frente a 68%). Se presentó resangrado en el 14% de los casos y solo la localización posterior.⁶

Razdan et al., realizaron un estudio sobre epistaxis en el Departamento de otorrinolaringología, en la India, y encontraron que la incidencia máxima se observó en el grupo de edad de 11-20 años con una razón de masculinidad de 5:1, los ingresos fueron más frecuentes en invierno que en verano. Entre los casos hospitalizados, las causas sistémicas contribuyeron (31,2%) de los casos, mientras que las causas locales se encontraron en 89 (52,3%) de los casos. En el resto los motivos de epistaxis no pudieron ser identificados. Se encontró que la causa sistémica más frecuente fue la hipertensión 33 (66,2%) casos, seguido de 12 (22,6%) debido a la enfermedad de células falciformes.⁸

Aunque en Nicaragua la epistaxis representa un problema de salud, no existe estadística adecuadas sobre su frecuencia, menos aún sobre el manejo diagnóstico y terapéutico.



JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se realizará para conocer aspectos que en ocasiones pudieron ser considerados de poca importancia en el manejo de esta patología, lo cual incentivó esta investigación, para poder identificar fallas y aciertos que serán el punto de partida para mejorar la calidad de la atención que deben recibir los pacientes con epistaxis.

Pretendemos también con el presente trabajo, que tanto estudiantes como médicos de la comunidad y centros hospitalarios, estén bien informados y en condiciones de brindar una atención adecuada al paciente que llegue a nuestra consulta, con la finalidad de garantizar una correcta y oportuna atención al paciente.

Además, en este estudio se valorará el trabajo interdisciplinario del personal de salud a través del sistema de referencia y contrarreferencia que debe existir entre los niveles de atención primario (centros y puestos de salud) y secundario (hospitales) de los pacientes con epistaxis para recibir una atención de mejor calidad de la causa básica de la epistaxis. El valorar esta relación se garantiza que la población afectada reciba una atención integral y no una atención meramente curativa.

Al cumplir los objetivos de este estudio se podría obtener información de utilidad para el personal de salud de atención primaria y del hospital bajo estudio para brindar una mejora de las deficiencias en el manejo de estos pacientes, en caso que las hubiera. Por otro lado, se identificarían las causas más frecuentes relacionadas a la epistaxis para tratar la causa de base de la epistaxis y dirigir acciones para su prevención primaria.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el manejo de los pacientes ingresados con epistaxis en el departamento de cirugía del hospital España?



OBJETIVOS

Objetivo General

Describir el manejo de pacientes ingresados con epistaxis en el departamento de cirugía del hospital España durante el periodo comprendido de enero del 2005 a diciembre del 2010.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características demográficas de los pacientes con epistaxis.
2. Determinar la etiología más frecuente de los pacientes con epistaxis.
3. Identificar los métodos diagnósticos y el tratamiento utilizado.
4. Verificar seguimiento por consulta externa e interconsulta con otras especialidades.



MARCO TEÓRICO

Concepto:

Se denomina epistaxis a todo fenómeno hemorrágico originado en las fosas nasales. Presenta una prevalencia en torno al 10-12%, siendo un proceso bastante frecuente por la gran vascularización de la zona. En cuanto a la distribución por edad, presenta dos picos de mayor frecuencia de aparición, entre los 15 y 25 años y un segundo pico a los 45 y 65 años. Generalmente la epistaxis se trata de un proceso benigno, de fácil curación; pero a veces se trata de procesos más graves ya sea por la intensidad del sangrado o la recidiva del mismo, que pueden empeorar el riesgo vital del paciente y que requerirá un tratamiento más agresivo del proceso.⁹

La zona hemorrágica por excelencia es el área o locus de Kiesselbach en el tabique nasal, debido a que la mucosa nasal en esta localización es más delgada, unida directamente al cartílago subyacente, siendo poca elástica esta zona y está sometida a más sobrecargas.¹⁰

En general la epistaxis se trata de un proceso común y autolimitado, por lo que puede ser tratado desde la Atención Primaria, nivel en el que deberá realizarse un estudio clínico completo, de laboratorio y endoscópico, para intentar establecer la causa que la origina y llegar a determinar si no se trata de un proceso en el que coexisten signos de alarma que pudieran preceder a otro realmente grave, bien sea por la intensidad del sangrado o la recidiva del mismo, llegando a comprometer, incluso, el estado general del paciente.¹¹



Las epistaxis se clasifican en anteriores y posteriores. Las primeras representan el 90% del total, el punto sangrante se encuentra normalmente en la mucosa de la región anterior del tabique nasal, zona rica en vascularización, por el plexo venoso que se halla en la misma, conocido como de Kiesselbach. El signo más frecuente es la emisión de sangre a través de un orificio nasal. Las epistaxis posteriores, por su parte, son menos frecuentes y suponen aproximadamente un 10% del total. El sangrado a través de las fosas nasales es menos abundante y el signo fundamental es la caída de sangre a través de la faringe y la deglución de la misma. Estas epistaxis pueden ser originadas por las arterias etmoidales y las esfenopalatinas.¹²

La epistaxis puede ser causada por un traumatismo, irritación o resequedad del revestimiento de la nariz, rinitis alérgica, resfriados o sinusitis. Otras causas pueden ser la obstrucción nasal, como en el caso de un tabique nasal desviado u objetos extraños en la nariz. Jamás debe de ser considerada desde el punto de vista diagnóstico o terapéutico como un acontecimiento sin importancia, considerándose como una molestia, ya que puede ser un trastorno grave o complejo, que amerite hospitalización.¹³

Anatomía vascular nasal:

La vascularización de las fosas nasales depende de dos sistemas, el sistema de la arteria carótida interna y el de la carótida externa.^{14, 15}

Sistema de la carótida interna:

Irriga la mitad cefálica de la pirámide, porción superior del tabique y paredes laterales de las fosas nasales. De este sistema surgen la arteria etmoidal anterior y la etmoidal posterior a través de la arteria oftálmica que irrigan la parte superior de las fosas nasales. La arteria etmoidal anterior da lugar a la arteria nasal que irriga la parte anterosuperior de la cavidad nasal y la etmoidal posterior que es más delgada que la anterior, da ramas destinadas a las celdas etmoidales posteriores y al área olfatoria.¹⁵

Sistema de la carótida externa:



Irriga la mitad inferior de las fosas nasales, cornetes y senos paranasales. De este sistema surgen la arteria facial y la arteria maxilar interna. La arteria facial da lugar a la arteria labial superior que se anastomosa con su homóloga contralateral, formando la arcada coronaria superior y la arteria angular. De la arcada coronaria surge la arteria del subtabique que emite ramas septales y vestibulares y de la arteria angular ramas para la parte lateral de la pirámide.¹⁵

La maxilar interna da lugar a la arteria esfenopalatina y a la arteria palatina ascendente o mayor. La arteria maxilar pasa a llamarse esfenopalatina cuando pasa el foramen del mismo nombre y se divide en dos ramas. La rama medial o arteria nasal posteroseptal da una rama para el cornete superior, la rama lateral o arteria nasal posterolateral emite la arteria nasal media para el meato medio y la nasal inferior para el cornete inferior y el antro.¹⁵

Clasificación: En función del punto desde donde se origine el sangrado podemos clasificar las epistaxis en anteriores, posteriores y superiores.¹⁶

1 Anteriores: Suelen tener su origen en el área de Kiesselbach, regada básicamente por rama de la arteria etmoidal anterior, rama septal de la arteria labial superior, rama de la arteria palatina mayor. Lugar donde se localizan el 90% de las epistaxis. Son las más frecuentes y benignas.¹⁶

2 Posteriores: El sangrado se origina de la arteria esfenopalatina y de ramas terminales de la arteria etmoidal posterior, determinan el sangrado posterior siendo más difícil de cohibir.¹⁶

3. Superiores: Suelen deberse al sangrado de la arteria etmoidal anterior o posterior, o la rama nasal superior de la arteria esfenopalatina.¹⁶



La división topográfica de las epistaxis tiene interés desde diferentes puntos de vista. Desde el epidemiológico en tanto que las anteriores suelen ser las más frecuentes y propias de personas jóvenes, desde el punto de vista etiológico ya que determinados cuadros se localizan característicamente en determinadas posiciones así en el pólipo sangrante del tabique suele tener una localización anteroinferior en el mismo; interés clínico ya que la clínica en una y otra localización puede ser diferente, así en las posteriores existe un sangrado por la pared posterior de la orofaringe; interés pronóstico ya que las anteriores suelen tener un mejor pronóstico y finalmente interés terapéutico ya que la coerción de la hemorragia es más fácil por su mayor accesibilidad en las anteriores que si tienen localización superior o posterior.¹⁶

Etiología:

La determinación de la etiología de las epistaxis puede suponer una gran dificultad. Puede tratarse de un proceso banal o ser la expresión de una enfermedad de mayor trascendencia escondida, es por ello que ante toda epistaxis debe hacerse un estudio completo y cuidados clínico, endoscópico y radiológico. Los factores que pueden determinar una epistaxis podemos agruparlos en dos grupos principalmente; factores de tipo local y factores de tipo general.¹⁷

Factores locales:

Idiopática o constitucional: Se trata de una hemorragia de escasa cuantía. También se le conoce como epistaxis esencial benigna. Es la forma más frecuente de epistaxis, suele aparecer en gente joven de modo espontáneo o por manipulación digital de modo introspectiva del vestíbulo, exposición al sol, etc. A veces aparece en ancianos favorecidas por un área ateromatosa vascular subyacente.¹⁷



Traumática: Puede aparecer el sangrado de modo simultáneo a la producción del trauma o de modo diferido. Puede deberse a un mínimo traumatismo o a un trauma más importante. Los traumatismos pueden tener diferentes orígenes:

1. Yatrógenos: las cirugías que más los producen son las intervenciones rinosinuales sobre todo la turbinectomía inferior, la meatomía media y vaciado etmoidal y las septorinoplastias
2. Traumatismos maxilofaciales: todo traumatismo craneal o facial puede tener a las epistaxis como complicación debido a la gran adherencia entre mucosa nasal y periostio o pericondrio, determinando desgarros de la mucosa y consecuentemente hemorragias. Las localizaciones más frecuentes son las fracturas mediofaciales como son las de huesos propios, septum nasal, etc. Suelen tratarse de hemorragias intensas.
3. Por rotura espontánea o traumática de la carótida interna: producen una sintomatología inmediatamente grave con compromiso vital o un intervalo libre de síntomas con formación de un aneurisma y hemorragias súbitas de repetición. La rotura de la carótida puede producirse en su trayecto intracavernoso, que es el más frecuente, o en el intrapetroso con salida de sangre por la trompa de Eustaquio.
4. La existencia de un soplo sistólico o continuo en la auscultación periorbitaria, que desaparece con la compresión de la carótida en el cuello junto con un exoftalmos pulsátil, disminución de la agudeza visual (por afectación de III, IV y VI pares craneales) y de quemosis sugiere el diagnóstico de aneurisma carótidocavernoso. No obstante la mejor forma de diagnosticar tanto el aneurisma como la rotura de la arteria es mediante una arteriografía urgente.¹⁷

Etiología tumoral: Tanto la patología tumoral benigna como la maligna de las fosas nasales pueden ser el origen de una epistaxis de mayor o menor cuantía, debido a la gran riqueza vascular de la zona y a las sobreinfecciones asociadas.



Otras veces puede ser indicativo de la recidiva de un tumor ya tratado, o ser la consecuencia de ese tratamiento como puede ser la radionecrosis, un proceso infeccioso, etc. Dentro de los tumores benignos que pueden ser el origen de una epistaxis tenemos el angiofibroma del tabique o pólipo sangrante del tabique y el fibroma nasofaríngeo. Este último tumor es característico del adolescente, con una rica vascularización que obstruye la cavidad nasal a nivel de la coana.¹⁷

Causas infecciosas e inflamatorias: El mecanismo por el que pueden determinar la epistaxis viene determinado por el aumento de la vascularización local que produce la infección, junto con la alteración de la capa mucosa protectora permitiendo el sobrecrecimiento de cepas virulentas dando lugar a gran sequedad de la zona junto con la formación de costras y hemorragias.¹⁷

Factores generales:

Enfermedades infecciosas: Diferentes enfermedades infecciosas pueden dar lugar a lo largo de su evolución a epistaxis como son la gripe, la fiebre tifoidea, enfermedades eruptivas o neumonías atípicas.¹⁸

Enfermedades hemorrágicas: La hemostasia es un sofisticado mecanismo que el organismo pone en funcionamiento ante las hemorragias, este proceso consta de varios pasos.¹⁸

Hemostasia primaria: Se trata de la respuesta inicial del organismo ante la rotura del vaso como consecuencia de la acción del propio vaso y de las plaquetas. Consta de varios pasos como son la vasoconstricción, la adhesión plaquetaria y la agregación plaquetaria. La alteración en cualquiera de estos pasos puede determinar la epistaxis.¹⁸



Alteración vascular: escorbuto, enfermedad de Möller- Barlow, trombopenias donde existe un déficit en el número de plaquetas, ya sea por una producción deficitaria de las mismas (aplasia medular, anemia sideroblásticas, síndrome TAR,...), por una disminución de la supervivencia de las mismas por destrucción excesiva de las mismas como en la purpura postransfusional o por hiperconsumo plaquetario como en PTT, hemangioma cavernoso o una disminución del número de plaquetas determinado por un secuestro de las mismas como en el hiperesplenismo.¹⁸

Trombocitopatías: donde se prolonga el tiempo de hemostasia por un malfuncionamiento plaquetario: enf. Von Willebrant, tromboastenia de Glazman.¹⁸

Hemostasia secundaria o coagulación propiamente dicha:

Su finalidad es la formación de un coagulo estable de fibrina, constando de dos vías la vía intrínseca y la extrínseca. Algunas enfermedades que pueden producir una alteración de esta hemostasia son las hemofilias, hipoprotobinemias, déficit de factores V y VII, fibrinogenemias, fibrinogenopenias y fibrinolisis (las fibrinolisis crónicas suelen aparecer asociadas a leucemias, hepatopatías crónicas graves y carcinomas diseminados). Este tipo de patologías producen una prolongación de los tiempos de coagulación, pudiendo llegarse al diagnóstico mediante la determinación de los tiempos de cefalina (alteración de la vía intrínseca) y el de protrombina (alteración de la vía extrínseca).¹⁸

Procesos hormonales: Situaciones como la menstruación (llamándose en esta situación epistaxis vicariantes o cataminales), la pubertad o el embarazo pueden desarrollar epistaxis debido a un aumento de vascularización de la mucosa de las fosas nasales. Otro proceso endocrino que puede desencadenarla es el feocromocitoma.¹⁸



Enfermedades vasculares y circulatorias: En este grupo podemos incluir a la arteriosclerosis, estenosis mitral, coartación aórtica, insuficiencia cardíaca congénita y a la hipertensión arterial. Esta última suele aparecer en pacientes de mediana o avanzada edad, con tendencia a la recidiva, siendo hemorragias a menudo pulsátiles. Otra patología que puede determinar vasculopatía, y por lo tanto epistaxis es la Diabetes.¹⁸

Trastornos vasomotores rinosinuales: Los procesos como la alergia, el síndrome de hiperreactividad nasal u otro tipo de respuesta vasomotora nasosinusal puede desencadenar este cuadro.¹⁸

Síndrome de Osler- Rendu: También llamado telangiectasia hemorrágica hereditaria. Esta enfermedad presenta hemorragias de repetición recidivante, poco intensa y a menudo multilocular, suelen estar localizadas en la porción anterior y posterior del tabique.¹⁸

Nefropatías y hepatopatías

Fármacos- Tóxicos sistémicos: AINES, cloranfenicol, carbenicilina, y antiagregantes; fósforo, mercurio, Cromo. Los factores etiopatogenicos más frecuentes podrían resumirse en los siguientes: AAS+ HTA+ Resfriado común + Anticoagulantes.¹⁸

Diagnóstico- Exploración:

Ante una epistaxis los pasos fundamentales a seguir son los siguientes:

Anamnesis

1. Localización del punto sangrante y de la posible causa
2. Medir la tensión arterial del paciente y control de su estado hemodinámico.
3. Análisis de sangre incluyendo hemograma y estudio de la coagulación
4. Radiografía de cráneo, de fosas y de senos paranasales si está indicado
5. Descartar causas generales de sangrado



A través de ésta debe aclararse las circunstancias de aparición, volumen, etiología del sangrado y establecer el diagnóstico diferencial con otros sangrados no originados en las fosas nasales.¹⁹

Localización del punto sangrante: La exploración debe iniciarse con una rinoscopia anterior, para ello previamente debemos limpiar la fosa de coágulos pidiendo al paciente que se suene, retirándolos con pinzas o aspirando las fosas nasales.¹⁹

El paciente debe mantener la mitad del cuerpo erguido y ligeramente inclinado hacia delante para que la sangre no caiga hacia orofaringe y la degluta, sino hacia delante y caiga en la batea. Se aspirará la sangre de adelante hacia atrás manteniendo un buen control visual de la fosa nasal.¹⁹

Habitualmente el sangrado se localiza en la porción anterior del tabique aunque a veces en ancianos, hipertensos, diabéticos, etc... el sangrado suele proceder de la arteria esfenopalatina o sus ramas siendo éste más abundante y de difícil localización. Puede ser útil, si no existen contraindicaciones, la colocación de un algodón impregnado en un anestésico tópico con adrenalina al 1/1000 de este modo logramos un efecto vasoconstrictor y analgésico.¹⁹

La realización de una rinoscopia posterior prácticamente es imposible y su utilidad en el diagnóstico topográfico del sangrado es nulo. Puede realizarse una faringoscopia para valorar si existe caída de sangre o hay algún coágulo en cavun.¹⁹



Medir PA y estado hemodinámico del paciente:

Podemos tener dos cuadros clínicos según la abundancia del sangrado y las consecuencias de la hemorragia: epistaxis leve y epistaxis grave. La epistaxis leve o benigna se caracteriza por la expulsión de sangre roja de modo brusco, unilateralmente. Suele ceder espontáneamente o con una leve compresión de la zona. El estado general del paciente es satisfactorio.²⁰

La epistaxis grave puede serlo por dos motivos por su abundancia o por su recidiva. El estado general del paciente suele estar deteriorado, con palidez cutánea y mucosa, pulso débil y rápido y una tensión arterial más baja de lo habitual.²⁰

Determinación de hemograma y coagulación:

Si el sangrado es abundante, la determinación de la hemoglobina inmediatamente tras el sangrado únicamente tiene como utilidad servir de patrón comparativo, ya que la hemodilución aún no ha tenido lugar.²⁰

Diagnóstico diferencial: Debe hacerse con procesos hemorrágicos no localizados originariamente en fosas nasales, sino que se exteriorizan a través de las mismas como por ejemplo hemorragias digestivas altas, hemorragias pulmonares, varices esofágicas sangrantes.²⁰

El diagnóstico es más complejo en un paciente en decúbito supino que si está en bipedestación, ya que puede deglutir la sangre y exteriorizarse ésta secundariamente a través de una melena o hematemesis. El diagnóstico de una hemorragia digestiva alta con salida de sangre vía nasal es fácil cuando tras el examen ORL se descarta patología de fosas nasales.²⁰

Tratamiento: Si bien el tratamiento podrá variar en función de la etiología que la determine y la localización de la misma, existen una serie de medidas generales que deben llevarse a cabo ante una epistaxis.

- Tranquilizar al paciente



- Reposo absoluto.
- Colocación del paciente en posición sedente o semisentado, con el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante para evitar la deglución de la sangre.
- Colocación de compresas de hielo o aplicación de frío en el cuello, nuca y en el dorso nasal.
- Valorar la cuantía del sangrado mediante el examen clínico (palidez cutánea, mucosa), la aceleración del pulso y la tensión arterial. El examen ORL permite, mediante rinoscopia anterior, la localización de la fosa sangrante y mediante un depresor lingual si existe o no sangrado posterior.
- Control hemodinámico:
 - En la HTA se debe bajar la tensión arterial, preferiblemente tras el control del sangrado para evitar que el paciente sufra hipotensión durante el taponamiento.
 - Si se produce una disminución importante del volumen circulatorio, lo primero es asegurar una vía adecuada para rehidratar al paciente con suero salino o expansores del plasma a flujo alto. A veces son necesarias las transfusiones sanguíneas de sangre total o de concentrados de hematíes u otros factores de la coagulación.
- Ajuste de la medicación en pacientes con anticoagulantes.
- Administrar vitaminas u otros complementos si existen déficit de los mismos.
- Tras el taponamiento del paciente se tomarán otras medidas como la adopción de una posición semisentada , dieta fría y blanda, evitar fumar, alcohol.²¹

Los diferentes procedimientos con fines hemostáticos son variados, realizándose de modo progresivo de menor a mayor complejidad. Podemos distinguir de ese modo tres tipos de tratamientos: locales, regionales y generales.²¹

Tratamiento local: La mayoría de las veces es suficiente este tipo de tratamiento para cohibir la hemorragia.²¹

Compresión bidigital: Es el procedimiento más corriente y el primero a aplicar ante una epistaxis, sobre todo en las anteriores, benignas y de escasa cuantía que se



originan en la mancha vascular o área de Kiesselbach. Se debe proceder a la compresión, con la pinza pulgar-índice de la porción anterior del vestíbulo nasal. Este es el método más usado en los niños. También se puede llevar a cabo tras la colocación en el vestíbulo nasal de un algodón empapado en agua oxigenada, atornillándolo y ejerciendo posteriormente presión en ambas alas nasales durante unos minutos.²¹

Taponamientos: Podemos hacer diferentes tipos de taponamientos: el taponamiento anterior, el posterior y la colocación de una sonda balonada.²²

Taponamiento anterior: Con éste, hecho correctamente, podemos lograr la compresión de los tercios anteriores de las fosas nasales. Suele hacerse de modo bilateral para aumentar así la presión localmente. Se puede realizar de diferentes modos; mediante la colocación de una tira de gasa de borde de 2cm de ancho, ya sea seca o impregnada en vaselina estéril o pomada antibiótica, disponiéndose de arriba hacia abajo y de delante hacia atrás a lo largo de toda la fosa. Se retirará en ambulatorio a las 48 horas de su colocación, pero si el paciente tiene una discrasia sanguínea se hará a los 4 o 5 días.²²

Este tipo de taponamiento puede ser simple o bloqueado cuando el extremo distal de la gasa sobresale por la fosa. Requiere el tratamiento antibiótico profiláctico sistemático asociado para evitar sobreinfecciones. También podemos hacer el taponamiento introduciendo esponjas quirúrgicas tipo Merocel® que se humedecen posteriormente con suero fisiológico, logrando su expansión dentro de la fosa adaptándose así a la pared completamente. Este tipo de taponamiento tiene como inconveniente su costo elevado y su saturación, es decir cuando se llena de sangre deja de absorber sangre por lo que no se debe usar en epistaxis muy abundantes.



Otra modalidad consiste en introducir en la fosa mallas reabsorbibles como Surgicel® útiles sobre todo para hemorragias en sábana de escasa cuantía.²²

Taponamiento posterior: Se lleva a cabo cuando el sangrado esté localizado en rinofaringe, en porción posterior de fosas, en el caso en que no localice el punto sangrante o cuando el taponamiento anterior sea insuficiente. Este tipo de taponamiento es bastante doloroso y molesto para el paciente por lo que siempre que sea posible previamente aplicar analgesia. Consiste este taponamiento en la introducción de una sonda blanda de Nelatón, por la fosa nasal cuyo extremo distal se saca bajo el velo del paladar por la boca. En este extremo colocamos un rodete de gasas de tamaño apropiado atadas con hilo, a continuación se tira del extremo proximal de la sonda, dirigiendo el rodete de gasas con la otra mano dentro de la cavidad oral hasta su enclavamiento a nivel de la coana. Se completa la maniobra con un taponamiento anterior de la fosa. Los hilos de seda de la sonda se fijan sobre una compresa delante del orificio de las narinas (nunca directamente sobre la columela para evitar su necrosis) logrando así estabilizar el taponamiento y para facilitar la extracción posterior se dispone un hilo de seda corto que cae a lo largo de la faringe o bien un hilo más largo exteriorizado por la boca y fijado fuera de esta.

22

El paciente recibirá antibioterapia profiláctica para evitar sobreinfecciones y necrosis hasta la retirada del taponamiento, pudiéndose llevar a cabo éste tras incluso una semana de su colocación (nunca más de 6-7 días). A veces la retirada del mismo puede producir un sangrado no relacionado con el inicial, sino determinado por el traumatismo que puede producir el propio taponamiento.

En este caso procederemos a lavados con suero fisiológico frío y a veces a colocación de un taponamiento suave de material reabsorbible si no se atenaza el sangrado.²³



Sonda balonada: Resulta una opción adecuada al taponamiento posterior en pacientes con imposibilidad de anestesia o en situaciones de máxima emergencia. Se usa una sonda con uno o dos balones hinchables (neumotaponamiento simple o doble). La sonda se introduce a través de la fosa hasta el fondo de la misma, hinchando con suero fisiológico primero el balón posterior (introducimos de 4 a 8 cm, tiene una capacidad máxima de 20 cm), tensando a continuación la sonda hacia delante quedando está situada en cavun. A continuación se hincha el balón anterior (introducimos 10 a 25 cc, capacidad máxima de 30 cc). Se debe vigilar todos los días pues tiene tendencia a su desinflado, perdiendo presión. Se retirará a los 3-5 días en el hospital.²³

Este tipo de taponamiento es menos agresivo para la mucosa nasal que los hechos con mechas, pero es mucho más doloroso resultando muy dificultosa su colocación si existe una desviación septal. Además resulta más caro pues se trata de un material desechable.²³

Cauterizaciones: Puede llevarse a cabo una cauterización química, eléctrica o una fotocoagulación.²⁴

Cauterización química: Tras anestesia tópica de la zona se procede a la aplicación sobre la mancha vascular, al menos durante 30 segundos de nitrato de plata Argenpal® o una solución de ácido tricloroacético 1/3 y de ácido crómico 1/3. La aplicación suele ser dificultosa en sangrados activos. Permite el control de pequeñas lesiones angiomasas. No es recomendable en niños. No debe tocar la cara del paciente ni las manos del examinador porque puede mancharlas.²⁴

Cauterización eléctrica: Se lleva a cabo tras la colocación de una mecha con lidocaína al 5% y nafazolina. Se realiza con una pinza mono o bipolar. Con esta técnica se logra una buena hemostasia de una arteriola anterior, para el control de un sangrado más posterior la hemostasia se hace bajo control endoscópico.²⁴



Fotocoagulación láser: Este tipo de coagulación es parecida a la coagulación eléctrica. La profundidad alcanzada depende de la longitud de onda. Se lleva a cabo tras anestesia tópica de la mucosa de fosa nasal y bajo control óptico. Para cohibir la hemostasia suele usarse el láser YAG o el láser KTP. Este tipo de procedimiento es caro por lo que no se emplea en la práctica habitual. Nunca debe realizarse la cauterización simultánea de las dos fosas nasales y en puntos homónimos para evitar la perforación del tabique nasal.²⁴

Tratamiento regional: Este tipo de tratamiento está indicado cuando fallan las medidas de tipo local. Se basa en la actuación sobre las aferencias vasculares, por tanto cuanto más cerca del origen del sangrado se lleve a cabo la actuación, mayor eficacia.²⁴

Embolización selectiva: Se lleva a cabo mediante radiología intervencionista. Permite la obstrucción a nivel distal del vaso sangrante. Se hace un cateterismo selectivo de las ramas del sistema de la carótida externa con posterior liberación de partículas reabsorbibles o no, siempre bajo control radiológico. A veces la embolización debe hacerse de modo bilateral dada la gran riqueza de anastomosis existentes. Si el paciente estaba taponado se puede in situ verificar la eficacia de la embolización extrayendo en la misma unidad de radiología, el taponamiento. Este tipo de técnica tiene ventajas como la de ser mucho más selectiva que las ligaduras, ser un método que se emplea con anestesia local y es fácilmente repetible en caso de recidiva. Pero tiene también sus inconvenientes como la necesidad de un equipo especializado en este tipo de técnicas así como las potenciales complicaciones de las que puede acompañarse como es la liberación de émbolos hacia otros territorios arteriales o la lesión de nervios periféricos craneales.²⁴

Ligaduras arteriales:

Ligadura de la arteria esfenopalatina: Está indicada en epistaxis posteriores. Requiere un buen conocimiento de la cirugía endoscópica nasosinusal.²⁴



Ligadura de la arteria maxilar interna: Está indicada en epistaxis localizadas por debajo del borde libre del cornete medio. Mediante la técnica de Caldwell- Luc se expone el seno maxilar, a través del cual accedemos a la fosa pterigopalatina y de ese modo al sistema de la arteria maxilar interna (art palatina descendente, art vidiana, art pterigopalatina, art esfenopaltina) que forman un plano vascular que recubre el plano nervioso formado por el ganglio esfenopalatino, sus ramas y el nervio maxilar superior. La ligadura se hace con clips no ferromagnéticos.²⁴

Ligadura de las arterias etmoidales anterior y posterior: Está indicada en epistaxis situadas por encima del borde libre del cornete medio (epistaxis superiores). Se realiza una incisión a nivel del ángulo interno del ojo. La etmoidal anterior se localiza a aproximadamente 2 cm del reborde interno orbitario, la etmoidal posterior se sitúa aproximadamente a 1- 1,5 cm por detrás de esta. La ligadura de estos vasos debe hacerse de modo cuidadoso por la proximidad del orificio orbitario del canal óptico.²⁴

Inyección pterigopalatina: Consiste en la inyección de anestésico local con adrenalina a nivel de la fosa pterigopalatina, a través del conducto pterigopalatino, para bloquear la rama pterigopalatina de la maxilar interna. Debe hacerse de modo cuidadoso por el riesgo de lesionar la arteria.

Otros tratamientos:

Dermoplastia nasal o septal: Indicada en patologías como las telangiectasias hemorrágicas hereditarias, úlceras, y la enfermedad de Von Willebrand. Resección subpericóndrica del tabique.²⁵

Tratamiento general: Para epistaxis importantes se recomienda reposo absoluto en posición semisedente y si es necesario asociarle sedación, aunque ésta debe hacerse con cuidado en pacientes con apnea del sueño o en alcohólicos por el riesgo de realizar hipoxemias severas.²⁵



Activadores de la coagulación: Se pueden usar en el caso que no existan trastornos de la hemostasia. Consisten en una serie de sustancias que potencian a nivel sistémico la coagulación, usando diferentes mecanismos de acción. Entre este tipo de sustancias tenemos el etamsilato, estrógenos conjugados, hemocoagulasa. Existen también otras sustancias como el ácido transexámico (Amchafibrin®) o el ácido aminocaproico que no potencian la coagulación como tal, sino que impiden la fibrinólisis contribuyendo así al cese del sangrado.²⁵

Hemofilias y enfermedades afines: A nivel local parece útil el uso de trombina bovina, en cuanto a medidas generales se administra el factor deficitario mediante la administración de plasma, globulina antihemofílica o crioprecipitados.²⁵

Hipoprotrombinemias: Pueden ser congénitas o adquiridas. Las primeras son excepcionales y necesitan el aporte de factor IX o plasma, las adquiridas pueden deberse a carencias alimentarias de vitamina k por una ictericia obstructiva, mal absorción o lesión hepática grave o bien las carencias pueden ser secundarias al empleo de anticoagulantes, en tal caso se administra vitamina k vía oral o parenteral.²⁵

Afibrinogenemias y fibrinogenopenias: Se tratan las congénitas mediante la administración de fibrinógeno, plasma o crioprecipitados. Otra parte importante en los trastornos de la hemostasia son las púrpuras trombopénicas como la PTI cuyo tratamiento se basa en el empleo de corticoides, inmunosupresores e incluso la esplenectomía. A veces en el tratamiento de púrpuras, enfermedad de Rendu Osler o en la telangiectasia hemorrágica hereditaria se emplean estrógenos a altas dosis para lograr la metaplasia escamosa de la mucosa nasal.

Se debe tener en cuenta que la transfusión de 500cc de sangre reciente logra un incremento aproximado de 12000 plaquetas/mm en un adulto.²⁵



MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, de serie de casos.

Área de estudio: Hospital España, Chinandega, Nicaragua.

Universo de estudio: Todos los pacientes ingresados con epistaxis al departamento de cirugía en el periodo comprendido de Enero del 2005 a Diciembre del 2010 (n=86).

Tamaño de la muestra: Todos los casos q cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión: Son todos los expedientes clínicos de pacientes con epistaxis ingresados en la sala de cirugía del hospital España de la ciudad de Chinandega en el periodo comprendido.

Criterios de exclusión:

- Expedientes ilegibles.

Recolección de la información: Se solicitó autorización al director del Hospital España para el acceso a las estadísticas hospitalaria para realizar este estudio. La fuente de Información será secundaria, a través de los expedientes clínicos. El instrumento de recolección de datos será una ficha con la información mínima para cumplir con los objetivos del estudio.

Plan de análisis: Los datos se procesaron y analizaron utilizando el software SPSS versión 18.0. El análisis está basado en estadísticas descriptivas como números y porcentajes.



Consideraciones éticas para la recolección de datos: Pedimos permisos a las autoridades correspondientes del Hospital España para la revisión de los expedientes, mediante una carta donde plasmamos nuestros objetivos y con el fin de cumplir cada uno de ellos, tomando en cuenta el respeto y utilización de la información para fines educativos y así realizar nuestro estudio investigativo. Solamente se registrar el número del expediente por razones de completamiento de información o para verificar la calidad de la información.



Operacionalización de variables

Variables	Definición	Escalas
Edad (años)	Edad en años cumplidos reportado en el expediente clínico.	<10 10-19 20-44 45-60 ≥60
Sexo	Característica fenotípica que diferencia al macho de la hembra.	Femenino Masculino
Escolaridad	Nivel académico que posee la persona	Primaria Secundaria Universitario Ninguna
Etiología	Clasificación del mecanismo productor de epistaxis.	Traumática. Vascular Metabólica Tumorales Otras
Métodos diagnósticos	Instrumentos utilizado para establecer el diagnóstico.	Examen físico Laboratorios Radiografía I TAC
Tratamiento.	Abordaje utilizado para contener la epistaxis	Cauterización Taponamiento nasal: <ul style="list-style-type: none"> • Anterior • Posteroanterior Ligadura arterial Otros
Realización de interconsulta con otras especialidades.	Mejorar el manejo integral del paciente	Si No
Asistencia a la consulta externa	Seguimiento y control de paciente egresados en la consulta externa	Si No



Resultados

En el servicio de cirugía de nuestro centro hospitalario se registraron durante el periodo de estudio un total de 86 pacientes ingresados con epistaxis en el cual en esto destaca que el sexo más afectado son los varones con el 69 % y las mujer con un 31% con una razón de varón/mujer de 2:1. El grupo etario con mayor incidencia fue el de 45 - 60 años con el 45%, siguiéndole el grupo de los 20 a 44 años con 33%. El 52% de los pacientes tiene un nivel académico universitario, seguido con un 30% de pacientes analfabeta, (Tabla 1).

Tabla 1 Características demográficas de pacientes ingresados Con epistaxis al Hospital España, Chinandega, 2013.

Características	No.	Porcentaje (n=86)
Edad (años):		
< 10	0	0
10 - 19	10	12
20 - 44	29	33
45 – 60	39	45
≥ 60	8	10
Sexo:		
Masculino	59	69
Femenino	27	31
Escolaridad		
Primaria	0	0
Secundaria	7	9
Universidad	52	61
Ninguna	25	30

Fuente: Secundaria



La etiología más frecuente fue la vascular con el 40% y en segundo lugar las traumáticas con 22%, seguidas por las causas metabólicas y tumorales con el 15.5%.(Tabla 2).

Tabla 2 Etiología de la epistaxis en pacientes ingresados al Hospital España, Chinandega, 2013.

Etiología	No.	Porcentaje (n=86)
Vasculares	35	40
Traumáticas	19	22
Metabólicas	13	15.5
Tumoral	13	15.5

Fuente: Secundaria

A todos los pacientes se le ordenaron y realizaron exámenes de laboratorios. El 100% se le realizó hematócrito y tipo y Rh, pero solo a 31 pacientes (36%) se les ordenaron pruebas de coagulación, glicemia y creatinina, se le realizó a 7 pacientes (8%) estudios de lípidos. Solamente a un 7% se le realizó tomografía axial computarizada. (Tabla 3).

Tabla 3 Métodos diagnósticos en pacientes ingresados con Epistaxis al Hospital España, Chinandega, 2013.

Métodos diagnósticos	No.	Porcentaje (n=86)
Laboratorio	86	100
Radiografía	13	15
Tomografía	6	7

Fuente: Secundaria

En el tratamiento se realizó en un 49% el taponamiento anteroposterior y en un 31% se le realizó taponamiento anterior, y en un 12% se realizó procedimiento quirúrgico.



Todos los casos se le administraron tratamiento médico. La mayoría de los paciente, el 60% no acudieron a su cita a consulta externa para el seguimiento una vez dado de alta, mientras que el 40% acudieron a una o más citas. Solo 31% de los pacientes se le realizo interconsulta con otros departamentos, en el cual el 26% se hizo al departamento de medicina interna y el 5% a Neurocirugía. (Tabla 4)

Tabla 4 Manejo de la epistaxis en pacientes ingresados al Hospital España, Chinandega, 2013.

Manejo de la epistaxis	No.	Porcentaje (n=86)
Tipo de tratamiento:		
Taponamiento anteroposterior	49	57
Taponamiento anterior	27	31
Cauterización	0	0
Ligadura arterial	0	0
Otras	10	12
Manejo interdisciplinario:		
Si	22	31
No	64	69
Controles en consulta externa:		
Controlados	37	40
No controlados	49	60

Fuente: Secundaria



Discusión

El predominio masculino de las epistaxis ha sido bien documentado por la mayoría de los autores. Se trata de un dato constante en la literatura, en nuestro trabajo el sexo masculino presentó alta incidencia, posiblemente por ser el que presenta más factores de riesgos para enfermedades vasculares tales como HTA, Diabetes y es al único que afecta los angiofibromas juveniles, además que esto se incrementa con estilos de vidas tales como el consumo de alcohol, tabaco y otros^{2, 14}.

Según la literatura, la epistaxis de origen vascular tiene mayor incidencia en los mayores de 45 años lo que concuerda con los resultados de nuestro estudio ya que este fue el grupo etario más afectado^{2, 14}. La mayoría de los pacientes tiene un nivel académico universitario, seguido de los pacientes analfabetas lo cual indica que no es un factor que afecte en la incidencia de esta patología. La etiología más frecuente en los casos fue la vascular y en segundo lugar la traumática, esto no corresponde con lo reportado en la literatura revisada ya que es la traumática la causa más frecuente¹³, esto se debe a que este estudio se realizó con pacientes hospitalizados y la mayoría de las epistaxis post-traumas son manejadas ambulatoriamente, también a que en los mayores de 40 años se presentan la causa vascular con mayor incidencia por enfermedades crónicas y con tendencia a recidivas^{13,14}.

La importancia de una buena historia clínica y de un buen examen físico complementado con el buen uso de medios diagnósticos está bien documentada¹⁵¹⁷. A la mayoría se le realizó examen físico completo pero existieron casos que se omitió lo cual consideramos que es algo de suma importancia porque el diagnóstico se basa en una buena historia clínica y en un buen examen físico como menciona la literatura. A todos los pacientes se le realizó exámenes de laboratorio, pero muchos de ellos los presentaron incompletos, esto en su mayoría por no estar prescritos por los médicos o por que la unidad de salud no contaba en ese momentos con los reactivos o equipo necesario. En los casos tumorales se le realizó



radiografías, pero no a todos se le realizó TAC esto se debe a la dificultad de realizar este examen y al costo.

En el tratamiento aplicado, se demostró que el taponamiento anteroposterior es el más aplicado en los casos, porque se trataban de epistaxis de moderada a severa y hubo fracaso del taponamiento anterior ¹⁹. En pocos casos se realizó procedimientos quirúrgicos, por tumores encontrados en los pacientes. También se le brindó en su totalidad antihistamínicos, descongestionantes, ansiolíticos y en los casos de HTA su tratamiento coadyuvante²¹.

Un alto porcentaje de pacientes egresados, no acudieron a sus controles por consulta externa, este suceso puede ser explicado por los siguientes factores: No se les llenó hoja de referencia y contrareferencia comunitaria para su seguimiento; por ser de procedencia lejana; u otros factores.

La mayoría de los casos de epistaxis no recibieron interconsulta a pesar de ser solicitados, algunas de ellas no se realizaron por la falta del servicio de neurocirugía en la unidad de salud y se le dio alta a los pacientes con las valoraciones pendientes y eso genera recidivas y un pobre abordaje interdisciplinario.



Conclusiones

El patrón típico del paciente que ingresa por epistaxis en nuestro centro es un paciente varón con una razón de masculinidad de 2:1, de edad media, la causa más frecuente fue la vascular, el método diagnóstico más usado fueron los exámenes de laboratorio, la mayoría de los pacientes ameritaron taponamiento anteroposterior, en todos los casos se prescribió tratamiento médico, el seguimiento por consulta externa no fue satisfactorio, el manejo en equipo con otras especialidades no se cumplió en la totalidad de los pacientes que si ameritaban.

Recomendaciones



- Realizar una mejor historia clínica, examen físico y buen uso de los medios diagnósticos existentes en la unidad para un mejor manejo de los pacientes.
- Ampliar y mejorar los medios diagnósticos y tratamientos existentes en el hospital España.
- Explicar a los pacientes las importancias del control de sus patologías por consulta externa.
- Promover el trabajo en equipo con otras especialidades con el objetivo de brindar una atención integral para garantizar un mejor manejo.
- Realizar normas o protocolo de atención para estos pacientes desde su entrada a emergencia para garantizar un correcto tratamiento.
- Realizar llenado de hojas de referencia y contrareferencia comunitaria para un manejo integral de los pacientes

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron identificar las principales características epidemiológicas y describir el manejo de pacientes ingresados con epistaxis.



Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos de pacientes ingresados por epistaxis en el servicio de ORL de nuestro centro hospitalario en el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre de 2010.

Se valoraron 86 ingresos por epistaxis. El 67% fueron hombres y 33% mujeres. El grupo etario más frecuentes fue de 45 años con 44%. La principal etiología fue la vascular con 40%, los exámenes diagnóstico más empleado hematocrito, tipo y rh. El tratamiento más usado fue el anteroposterior con 57%, solo al 31% se le realizo interconsulta con otro departamento, el 40% (37/86) se le dio seguimiento por consulta externa.

Palabras claves: *epistaxis, manejo, estudio serie de casos.*

REFERENCIAS

1. OlorizMarín JA, Prim Espada MP, de Diego Sastre JI. Historia de la epistaxis desde la antigüedad clásica hasta la primera mitad del siglo XX. AnOtorrinolaringol Ibero Am. 2007;34:505–15.



2. Ballantyne, Grover. Afecciones diversas de la nariz y senos paranasales manual de otorrinolaringología, tercera edición, capítulo 47, pag. 286 – 290.
3. Paranjothy S, Fone D, Mann M, Dunstan F, Evans E, Tomkinson A, Sibert J, Kemp A. The incidence and aetiology of epistaxis in infants: a population-based study. Arch Dis Child. 2009; 94:421–424.
4. Ávila E. Epistaxis En, Rubini JS edit. Urgencias Médicas. Manual de bolsillo. Modid IM. 2005 – 182.
5. Otero OL, et al. Epistaxis. Estado actual. Rev Cubana Otorrinolaringol Cirug Cabeza y Cuello. 2013; 1 (2): 59-76.
6. Hernández M, et al. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuad. Cir. 2005; 19: 54-59.
7. Irene Monjas-Cánovas, Ignacio Hernández-García, José Mauri- Barbera, Begonña Sanz-Romero y Juan R. Gras-Albert. Epidemiología de las epistaxis ingresadas en un hospital de tercer nivel. Acta Otorrinolaringológica Española. 2009. 61(1):41–47.
8. Razdan U, Raizada R M, Chaturvedi V n. Epistaxis: Study of aetiology, site and side of bleeding. Indian J Med Sci [serial online] 199 [cited 2013 Apr 28]; 53:545-52. Available from: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp>
9. Nuñez DA, McClymont LG, Evans RA. Epistaxis: a study of the relationship with weather. Clinical Otolaryngology. 1990;15:49-51.
10. Boettiger O. Otorrinolaringología. II Parte: Nariz, 1992 ; 21: 249-51.
11. Hernández M, Hernández C, Bergeret JP. Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. Cuad Cir. 2005;19(1):54-9.
12. García SV, Baixauli A. Epistaxis. Guías clínicas. 2004;4(28).
13. Monux, A., Tomas, M., Kaiser, C. and Gavilan, J.(1990): Conservative management of epistaxis, Journal of Laryngology and Otology. 104: 868-870.
14. Voegels R, Thome D, Iturralde P, Butuga. cavidades perinasales, boca, faringe, laringe. 6. Santiago de Chile, Saval, 2000 pp 45-56.
15. Paparella M, Shumrick D. Otorrinolaringología. Tomo III. Cabeza y cuello. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1982 pp 1979-1993.



16. Schaitkin B, Strauss M, Houck JR: Epistaxis: management of posterior epistaxis: shifting medical versus surgical therapy: a comparison of paradigm. J Otolaryngol 2004;33, 211-16.
17. Becker, W; Heinz Naumann: Nariz, senos paranasales y cara. Otorrinolaringología. Barcelona, ediciones doyma, 1986, pag. 153- pag.157.
18. Valles, h. Traumatismos nasales, dismorfias y epistaxis. In traserra, j. Otorrinolaringología. Ed.doyma, pag. 311- pag.316.
19. Waldron j, stafford n: ligation of the external of epistaxis: outcomes and cost. Otolaryngol head carotid artery for severe epistaxis. J otolaryngol neck surg 2005; 132: 707-12
20. Ogura, J.H. and Senturia, B.H.(1949): Epistaxis. Laryngoscope.59:743-763.
21. Padgham, N.(1990): Epistaxis- anatomical and clinical correlates, Journal of Laryngology and Otol.ogy 104, 308-311.
22. Rosnagle, R.S. ,Yanagiasawa, E. and Smith, H.W.(1973): Specific vessel ligation for epistaxis- Survey of 60 cases. Laryngoscope 83:517-525.
23. Shaw, C.B., Wax, M.K. and Wetmore, S.J.(1993): Epistaxis- A comparison of treatment. Otolaryngology Head Neck Surgery 109(1): 60-64.
24. Small, M. and Maran, A.G.D.(1984): Epistaxis and arterial ligation, Journal of Laryngology and Otol.ogy 98: 281-284.
25. Wetmore, S.J., Serima, L. and Hiller, F.C. (1988): Sleep apnoea in epistaxis patients treated with nasal packs. Otolaryngology Head Neck Surgery 98(6): 596-599.



ANEXOS



Ficha de recolección de datos

Manejo de pacientes ingresados con epistaxis en el departamento de cirugía del hospital España en el periodo comprendido de enero del 2000 a diciembre del 2010.

I. Características sociodemográficas:

- a) Expediente: _____
- b) Sexo:
 - i. Masculino
 - ii. Femenino
- c) Edad: _____
- d) Escolaridad: _____

II. Etiología:

- a) Traumática.
- b) Vascular.
- c) Metabólica.
- d) Tumoraes.
- e) Otras.

III. Métodos diagnóstico:

- a) Examen físico:
 - i. signos vitales
 - ii. revisión de cavidad.
 - iii. Uso de rinoscopio
 - iv. Valorar estado hemodinámico.
- b) Exámenes de laboratorio:
 - i. Exámenes de gabinete
 - ii. Tipo y Rh
 - iii. Tiempos de coagulación.
- c) Radiografía:
- d) Tomografía Axial Computarizada.

IV. Tratamiento:

- a) Cauterización.
- b) Taponamientos nasales:
 - i. Anterior.
 - ii. Posterior.
- c) Ligaduras arteriales.

V. Realización de interconsulta con otras especialidades:

- a) Si.
- b) No.

VI. Asistencia a consulta externa:

- a) Si.
- b) No.