

# CASO CLINICO EPISTAXIS

Por:  
**MIREYA MARMOLEJO DUEÑAS.**  
**ENFERMERA UCC.**



# IDENTIFICACION.

**Nombre: L.V.M.C.**

**Edad: 11 años**

**PACIENTE CONOCIDA EN VIHONCO IPS DESDE EL 12 DE JULIO DE 2013 CON DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND TIPO III.**

**INICIA PROFILAXIS FARMACOLOGICA CON FACTOR VIII ENRIQUESIDO CON VON WILLEBRAND 1000UI IV TRES VECES POR SEMANA**



# ANTECEDENTES PERSONALES:

1. ENFERMEDAD DE VON WILLEBAND TIPO III.
2. ANEMIA FERROPENICA.
3. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN ESTUDIO.
4. MULTIPLES EPISODIOS DE EPISTAXIS PROFUSAS. VALORADA POR OTORRINLARINGOLOGIA LE CUAL DESCARTO LESION ESTRUCTURAL.
5. HACE FISIOTERAPIA EN SEDE TRES VECES POR SEMANA UNA HORA POR SESION.





# ANTECEDENTES PERSONALES:

6. VALORADA POR GASTROENTEROLOGIA DEBIDO A ENTERORRAGIA. REALIZA COLONOSCOPIA, CON RESULTADO NORMAL.
7. POR SANGRADO NASAL RECIBE ACIDO TRANEXAMICO 500MG VO CADA 6 POR 5 DIAS HORAS PREVIA RAZON NECESARIA.
8. COMO MEDIDA PEVENTIVA SE LE INDICA LUBRICACION NASAL CON VASELINA TRES VECES AL DIA.
9. NO PRESENTA OTROS SITIOS DE HEMORRAGIA; SOLO EQUIMOSIS.
10. AUN NO PRESENTA LA MENARCA.
11. TIENE PENDIENTE VALORACION POR OTORRINLLARINGOLOGO NUEVAMENTE.



# Evolución.

**Presento erupción de molar con sangrado leve.**

**Continua con epistaxis en escasa cantidad.**

**Vacunación hepatitis B, lleva 2 dosis.**

**En el colegio practica en natación los viernes en la tarde.**



# Epistaxis.

Se entiende por **epistaxis** toda hemorragia con origen en las [fosas nasales](#).

Esta se debe a los cambios de climáticos que resecan la mucosa y las venas; con cualquier estímulo en la cavidad nasal, estas sangran.

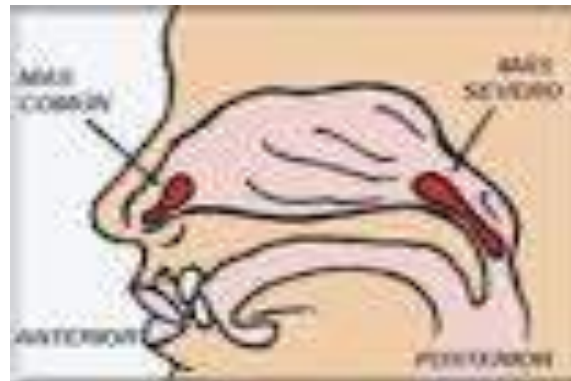
La desviación del tabique predispone a hemorragias incluso abundantes.



# CLASIFICACIÓN:

**Anterior:** Mas frecuente, el punto sangrante se encuentra normalmente en la [mucosa](#) de la región anterior del [tabique nasal](#), en una región rica en vascularización debido a un plexo arterial conocido como [plexo de Kiesselbach](#).

**Posterior:** El [sangrado](#) a través de las COANAS es menos frecuente y el signo fundamental es la caída de sangre a través de la [faringe](#) y el [tragado](#) de la misma.



# DIAGNOSTICO

Arbitrariamente las epistaxis se tipifican dos cuadros clínicos diferenciados por la abundancia y consecuencias hemodinámicas del sangrado:

**1. Epistaxis benignas o leves:** Son las mas frecuentes. Se manifiesta por el sangrado brusco, inicialmente unilateral, que cede generalmente en forma rápida, espontáneamente o por compresión. El estado hemodinámico del paciente es normal.



## DIAGNOSTICO

### 2. Epistaxis severa o grave, estas pueden subdividirse por su cuantía o por su repetición

Por su cuantía: Son cuadros hemorrágicos importantes. Generalmente bilaterales, con sangrado posterior. El estado general del paciente esta alterado, quien presenta facies pálida y compromiso hemodinámico. El examen otorrinolaringológico es difícil y muchas veces estos pacientes son los que deben hospitalizarse.

Por su repetición: Son cuadros benignos en su cuantía, pero debido a que son repetidos en el tiempo (con sangrados anteriores o posteriores inadvertidos), acarrea un compromiso hemodinámico en un periodo de tiempo mayor. Su gravedad es similar al cuadro anterior.



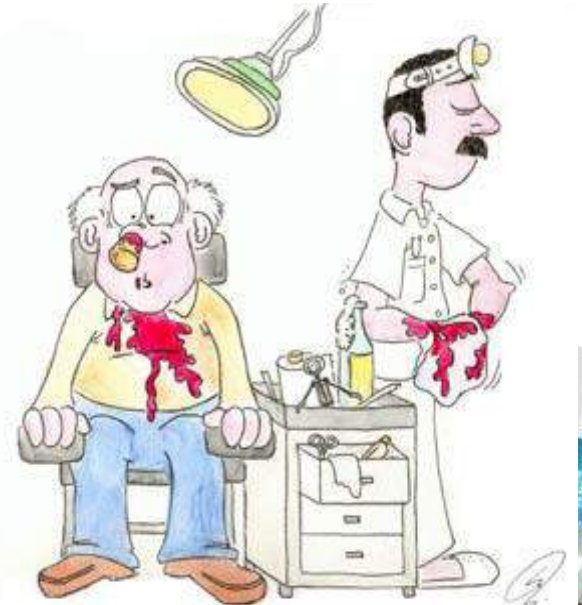
## ABORDAJE DIAGNOSTICO EN PACIENTES HEMATOLOGICOS

Anamnesis completa.

Examen físico: Oral y faríngeo.

Por otorrinolaringología:

Examen endonasal y rinoscopia posterior:



## TRATAMIENTO

### Epistaxis anterior:

- **Compresión digital de los tejidos blandos de la nariz.**
- **Extender el cuello hacia arriba.**
- **Aplicación de hielo local.**
- **Acido tranexámico 20mg por kg vía oral, cada 6 horas.**
- **La gelatina en esponja Gelfoam<sup>®</sup> o Spongostan<sup>®</sup> es un material hemostático poroso, inelástico e insoluble en agua conocido desde hace más de 70 años.**
- **Cobertura hemostática cuando el manejo anterior falla.**



## TRATAMIENTO

### Epistaxis posterior:

- Manejo por OTORRINOLARINGOLOGIA
- Acido tranexámico 20mg por kg cada 6 horas.
- Cobertura hemostática cuando el manejo anterior falla.



**Taponamiento posterior por OTORRINOLARINGOLOGIA.**



# BIBLIOGRAFIA.

**Boettiger O. Otorrinolaringología. II Parte: Nariz, 1992 ; 21: 249-51. cavidades perinasales, boca, faringe, laringe.**

**Voegels R, Thome D, Iturralde P, Butugan O: Santiago de Chile, Saval, 2000 pp 45-56. Endoscopic ligature of the sphenopalatine artery for**

**Paparella M, Shumrick D. Otorrinolaringología. severe posterior epistaxis. Rev Bras Otorrinolaringol Tomo III. Cabeza y cuello. Buenos Aires, Editorial 2003; 69: 48-52. Médica Panamericana, 1982 pp 1979-1993.**

**Durr DG: Endoscopic electro-surgical**

**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 efficacy, complications, and economic**





