
		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

**PROCEDIMIENTO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN
OTORRINOLARINGOLOGIA
PROTOCOLO: EPISTAXIS**

Elaborado por:	Visado por:	Aprobado por:
Equipo de ORL	Subdirector Médico Dr. Jaime Neira	Director de Servicio Dr. Milton Moya
Fecha: Mayo 2016	Fecha	Fecha

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

**Fecha de Elaboración y revisión.
Elaborado: Abril 2016**


Versión Modificada	Descripción de Modificación	Nº documento que deja sin efecto
Septiembre 2015	Actualización	Septiembre 2015

Participantes de la elaboración del Documento:

- .-Dra. Loreto Nicklas Díaz. Otorrinolaringóloga, Jefe Unidad Otorrinolaringología. HHHA.
- .-Equipo de Gestión Clínica de SSAS.


Declaración de Conflicto de Interés

“Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración/visión de este protocolo”.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Indice

Fecha de Elaboración y Revisión	2
Autores y Comité Revisor	2
Conflicto de Intereses	2
Introducción	4
Mapas de Red	4
Objetivo	5
Población Objetivo	5
Ámbito de Aplicación	5
Definición o Glosario	5
Desarrollo	6
Flujograma.	11
Metodología de Evaluación.	12
Planes de Difusión.	12
Bibliografía	12

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Introducción:

La patología Otorrinolaringológica es una frecuente causa de consulta en el nivel primario de atención. El médico del nivel primario habitualmente se ve enfrentado a tomar decisiones sobre el manejo clínico de pacientes con patología Otorrinolaringológica a partir del conocimiento adquirido en el pregrado y la experiencia clínica adquirida en la práctica profesional. Anualmente del total de interconsultas generadas en todos los establecimientos de la Red, las de causas otorrinolaringológicas constituyen el 15 % de toda la lista de espera en el Servicio de Salud Araucanía Sur. Dentro de estas Interconsultas, los diagnósticos de Hipoacusia, Epistaxis, Adenoamigdalitis representan las primeras causas de derivación desde el nivel primario al especialista, y también entre especialistas. La mayoría de estas patologías podrían manejarse en el nivel primario, al contar con un documento de orientación clínica que permita tomar decisiones informadas y resolver los problemas de salud prevalentes en su Centro de Salud, y referir al nivel secundario ambulatorio de especialidad aquellos problemas que, de acuerdo a sus características y evolución, requieren de la opinión profesional especializada del área. Además, en este proceso es de alta relevancia contar siempre con el documento formal de Contrarreferencia por parte del especialista, ya que ello también permite un mejor manejo a futuro.


Por lo anterior, se justifica el diseño del presente protocolo, que pretende contribuir a formalizar los procesos de manejo clínico y derivación en los casos de Epistaxis.

Este documento fue elaborado siguiendo las pautas establecidas por el MINSAL en cuanto a los puntos que deben conformarlo, los cuales reúnen Introducción, mapas de red, objetivo, población, ámbito de aplicación, responsables, el proceso de distribución para llevar a cabo la implementación del mismo, y la metodología de evaluación. El desarrollo y flujograma del tema en sí, se basó en la mejor evidencia disponible (metanálisis y revisiones sistemáticas) en una búsqueda sistemática de la misma a través de bases electrónicas como Medline, Bireme, Guideline, Dare-HTA, usando las palabras claves en inglés y español: “**Epistaxis**”, sumado a estudios que los expertos en el tema consideraban incorporar por su utilidad, para que finalmente y en base a GRADE como un método sistemático y explícito para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones, se resaltan las recomendaciones consideradas: “A Favor” de implementarse, en base a la evidencia, la experiencia de los involucrados y los recursos disponibles.

Mapas de Red

Nivel Primario:

- Dirección de Departamentos de Salud Municipal(DSM)
- Dirección de Hospitales de base Comunitaria
- Dirección de Establecimientos Atención primaria Salud (CESFAM, CECOSF, Postas de Salud Rural y Estaciones Médicos Rurales)
- Box médico o Clínico de los distintos establecimientos

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

- Servicios de Urgencias (Servicio atención primaria Urgencia, servicio de Urgencia Rural)

Nivel Secundario:

- Unidad de Otorrinolaringología del HHA
- Dirección y Sub dirección Médica del HHA
- Consultorios de Especialidades al HHA
- Dirección y Subdirección Medica del SSAS

Objetivo

Definir un sistema de referencia y contra referencia en la Red Asistencial de salud de pacientes portadores de Epistaxis, para fortalecer la calidad de la atención, el uso de los recursos y optimizar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Población Objetivo

Para la atención de todo paciente con Epistaxis en todos los niveles de atención de salud de nuestra Red Asistencial.

Ámbito de Aplicación

Este protocolo deberá ser aplicado en todos los establecimientos de la Red Asistencial del Servicio de Salud Araucanía sur, y deberá estar en conocimiento de Directores de establecimientos, Jefes de Servicio, así como jefes de Sector.

Dirigidas a Médicos Generales, Médicos de Familia o Médicos Especialistas (ORL, etc) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red Asistencial del Servicio de Salud de la Araucanía Sur.

Responsables

De la Ejecución:

.-Profesionales: médicos generales, Médicos familiares o Médicos especialistas (Pediatras, ORL, etc) y otros profesionales del nivel primario y secundario de atención de la Red asistencial del servicio de Salud de la Araucanía Sur.

.-De los Deptos./Unidades encargadas:

Direcciones de establecimientos de atención primaria salud y hospitales de base comunitaria; Servicio de ORL HHA; Dirección y subdirección medica del HHA; Dirección y Sub dirección médica del SSAS.


Definiciones o Glosario de términos

APS: Atención Primaria en Salud

CAE: Consultorio adosado de Especialidades

CECOSF: Centro Comunitario de Salud Familiar

CESFAM: Centro de Salud familiar

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

CIRA: Consejo Integrado de Red Asistencial
 FC: Ficha Clínica
 HHA: Hospital Hernán Henríque Aravena
 ORL: Otorrinolaringólogo.
 SIC: Solicitud de Interconsulta
 SOME: Servicio de orientación Médica estadístico.
 SSAS: Servicio de Salud Araucanía SUR

Desarrollo.

La EPISTAXIS corresponde a todo proceso hemorrágico que se origina en las fosas nasales. En la mayoría de los casos presenta una resolución espontánea, sin embargo en ocasiones el sangrado es difícil de controlar.

Dentro de la epidemiología el 60% de la población ha experimentado epistaxis, dentro de los cuales un 10% ha requerido atención médica. Presenta una distribución por edad bimodal: <10 años y entre 45 a 65 años edad.

Clasificación según anatomía:

Epistaxis anterior:

- Más frecuente, mayoría autolimitado.
- 80% origen en plexo Kiesselbach.
- Causa por trauma, irritación mucosa o vestibulitis costrosa.

Epistaxis posterior:


- Ramas posterolaterales de la arteria esfeno palatina.
- Sangrado abundante, por lo general de resolución quirúrgica definitiva.

Para hacer un diagnóstico es fundamental la anamnesis, tener en cuenta antecedente de otras patologías, como Hipertensión Arterial, Patologías de la Coagulación, antecedente de traumatismos recientes, uso de medicamentos, con efecto anticoagulante. Es importante determinar la cuantía del sangrado, y la repercusión de éste en el estado general del paciente. A veces es muy difícil determinar el punto sangrante, si bien el 90% de las Epistaxis se originan en la llamada área de Kiesselbach, que es el tercio anteroinferior del Septum nasal, aquellas que proceden de la porción posterior y de la superior de las fosas nasales son por regla general graves. Diagnóstico Diferencial: Se deben considerar hemorragias que no se originan en las fosas nasales, pero que se exteriorizan a través de ellas, como tumores rinofaríngeos, laríngeos, hemorragias pulmonares, varices esofágicas sangrantes, lesiones vasculares en la región cerebral.

Etiología:

Causas locales:

- Epistaxis esencial benigna, es la más frecuente, es espontánea o favorecida por manipulación, exposición al calor, esfuerzo físico.
- Procesos inflamatorios nasosinusales, que producen congestión de mucosa.
- Trastornos del tropismo de la mucosa, como Rinitis Atrófica y Rinitis Seca.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

- Trastornos vasomotores rinosinusales, como la Alergia y la hiperactividad nasal.
- Traumatismos nasofaciales, o presencia de cuerpos extraños en la fosa nasal.
- Causas tumorales: muchos tumores benignos o malignos de las fosas nasales y de cavidades paranasales, como de rinofaringe pueden producir Epistaxis. Entre estos es importante el Fibroangioma de Rinofaringe, más frecuente en jóvenes, y el Pólipo sangrante del tabique.
- Desviaciones septales, por desecación inducida en alguna zona.
- Enfermedades Granulomatosas, Como Tuberculosis, Sífilis, Granulomatosis de Wegener, Sarcoidosis.

Causas sistémicas:

- Enfermedades Hemorrágicas, producen Epistaxis espontáneas, ante mínimos traumatismos.
- Enfermedades Vasculotensionales, entre estas, Hipertensión Arterial, Arterioesclerosis y la Vasculopatía Diabética. o Enfermedades Infecciosas, Gripe, Fiebre Tifoidea, Enfermedades Eruptivas.
- Procesos hormonales, como el Embarazo, la Menstruación y la pubertad.

MANEJO DE LA EPISTAXIS EN APS


En el nivel primario de salud es importante tener en cuenta aquellas epistaxis que aunque de poca cuantía, por su recurrencia, deben ser derivadas a nivel terciario. Más aun aquellos pacientes en quienes se sospecha un tumor. Es importante una completa anamnesis y un examen físico de las fosas nasales y cavidad oral minuciosa. Existen algunas que requieren derivación inmediata al nivel terciario, a Servicio de Urgencia, tales como aquellas posteriores, masivas, y sobre todo cuando comprometen el estado general del paciente o hay riesgo vital.

Educación a la población: Tanto en niños como en adultos es importante educar acerca de evitar la manipulación y el auto traumatismo de las fosas nasales. Evitar colocar en fosas nasales algodón con sustancias irritantes, tratando de controlar una epistaxis.

Manejo inicial

El médico de APS deberá realizar una evaluación integral del usuario considerando:

1. Anamnesis completa.
2. Examen físico integral que incorpore examen general, y segmentario con énfasis en la zona de la nariz, y cavidad oral, donde se observará una hemorragia proveniente de una o ambos fosas nasales y/o una hemorragia retronasal que se puede observar a través de la cavidad oral. Valorar la importancia de la hemorragia, evaluando el estado general del paciente (pulso, presión arterial coloración de piel y mucosas). Considerar como Epistaxis

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Masiva a aquella con compromiso hemodinámico, la que requiere derivación inmediata a Urgencia Hospitalaria

3. Se debe realizar una rinoscopía anterior para intentar observar el origen de la hemorragia que en la mayoría de los casos es anterior y es posible ver el punto sangrante.

4. Aproximar una hipótesis respecto del tipo de epistaxis, clasificándola en anterior o posterior.

5. En caso de epistaxis intermitentes y de baja cuantía, intentar manejo local con ungüento antibiótico nasal, vitamina c sistémica y manejo de alergia.

6. En caso de epistaxis activa, detener la hemorragia mediante un taponamiento nasal aunque no quede claro el origen. Se debe realizar un taponamiento nasal anterior. Si con esto no cede la hemorragia se debe realizar taponamiento posterior.

7. Siempre se deben controlar otros factores como patología concomitante: crisis hipertensiva, trastornos de la coagulación sanguínea, y suspender medicamentos prohemorrágicos (aspirina, anticoagulante oral, heparinicos, antiinflamatorios, corticoides, inhaladores nasales, etc).

8. Realizar exámenes de laboratorio (hemograma, pruebas de coagulación, tiempo de sangría, bioquímico, pruebas hepáticas). Siempre tratar sus patologías asociadas.

9. Epistaxis que no ceden con los tratamientos previos deben ser derivados de urgencia a un otorrinolaringólogo para realizar cauterización del vaso sangrante. Frente a la decisión de si trasladar a Urgencia de Hospital HHA considerar los siguientes factores:

- Distancia del centro
- Capacidades de traslado del Centro que recibe al paciente.
- Anterior o Posterior.

Técnica de Taponamiento anterior.

Se debe disponer del siguiente equipo, insumos y fármacos para taponamiento nasal básico para atención primaria:


- Espéculo nasal de distintos tamaños.
- Pinzas bayoneta de distintos tamaños.
- Set de algodones y gasas estériles de forma cilíndrica.
- Fuente de luz directa o espejo frontal.
- Dimecaína 4% solución tópica (primera opción) o lidocaína 2% (líquida)
- ungüento cloranfenicol o vaselina sólida.

1. Paciente en posición sentada o semisentada.

2. Uso medidas universales de protección del personal médico.

3. Uso de espejo frontal, fronto luz o de fuente de luz directa.

4. Premedicar fosa nasal comprometida con spray o mecha de algodón humedecida con dimecaína solución al 4% o 10% (o en su defecto lidocaína 2%) y gotas de vasoconstrictor

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

por un tiempo de 2 a 4 minutos. No se recomienda infiltración directa de vasoconstrictor al apreciar punto sangrante a la inspección.

5. Luego colocar en forma sucesiva mechas de algodón empapadas con ungüento de antibiótico (vaselina con Cloranfenicol), empezando por capas de abajo hacia arriba, ejerciendo una presión suficiente para controlar el sangrado. Este taponamiento debe mantenerse por 5 días.

6. Es recomendable usar antibiótico para profilaxis tanto en taponamiento anterior como posterior, usándose Amoxicilina, en los alérgicos a PNC se puede usar Eritromicina.

7. Utilizar gasa en vestíbulo nasal a modo de “bigotera” que se debe recambiar continuamente.

8. Todo paciente con taponamiento anterior con buen control de sangrado requiere reposo y control en 24 a 48 hrs. en Atención Primaria con médico para evaluación y eventual retiro.

9. Considerar derivación a ORL en caso de recidiva o contexto de repetición (dos o más eventos durante el mes).

10. Considerar las siguientes complicaciones de taponamiento anterior (explicar al paciente y/o su familia, idealmente firmar consentimiento informado antes del procedimiento):

Locales: Necrosis septal, Rinosinusitis, Obstrucción conducto lagrimal, ingestión accidental de algún tapón. Sistémicos: Síncope vasovagal, Síndrome Shock Tóxico estafilocócico, Shock séptico

Técnica del Taponamiento posterior (Procedimiento de realización exclusiva por profesional médico).

Indicado cuando con el taponamiento anterior no se puede controlar el sangrado y se presume origen posterior.

1. Paciente en posición sentada.

2. Uso medidas universales de protección.

3. Uso de espejo frontal o de fuente de luz directa.

4. Premedicar fosa nasal comprometida con spray o mecha de algodón humedecida con dimecaína solución al 4% o al 10% (o en su defecto lidocaína 2%) y gotas de vasoconstrictor por unos minutos.

5. Premedicar zona orofaríngea con dimecaína spray 4%o al 10% o como alternativa colutorio de lidocaína 2% líquida 2 ampollas 5 cc diluidas en 20 cc agua.


6. Uso de sonda Foley Nº 14 o 16 para mediante su cuff generar compresión local posterior.

7. Se instala sonda por la fosa nasal correspondiente hasta visualizar la salida de la punta por el velo del paladar, se retira hasta que se deja de ver.

8. A ese nivel se infla el balón con agua destilada suficiente para ejercer presión en la rinofaringe, traccionando consecutivamente la sonda suavemente.

9. Se fija con taponamiento anterior, igual al previamente descrito y utilizar gasa doblada en vestíbulo nasal a modo de “bigotera” que se debe recambiar continuamente.

10. se fija la sonda en la narina de tal manera que no dañe las alas nasales ni columela, el contacto de la goma de la sonda puede necrosar piel de ala nasal o columela por lo que se debe cuidadosamente aislar con gasa.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

11. Este taponamiento se mantiene durante 5 a 7 días, agregando antibióticos sistémicos (amoxicilina o eritromicina en alérgicos por el tiempo que dure el taponamiento) y analgésicos por vía oral. En pacientes de edad incluir oxigenoterapia por bronco constricción refleja.

12. Todo paciente con taponamiento posterior independiente de su resultado requiere hospitalización, reposo absoluto y control en 24 a 48 hrs. con especialista ORL.

13. Todo paciente con mala respuesta a este procedimiento, de acuerdo a sus condiciones sistémicas, referir a Servicio de Urgencia HHA.

14. Considerar las siguientes complicaciones de taponamiento anterior (explicar al paciente y/o su familia, idealmente firmar consentimiento informado antes del procedimiento):

Locales: Necrosis septal, Sinusitis, Abscesos, Obstrucción conducto lagrimal, Necrosis alar, Daño nervio óptico.

Sistémicos: Síncope vasovagal, Síndrome Shock Tóxico estafilocócico, Shock séptico, Hipoxia Broncoaspiración o broncoespasmo

CRITERIOS DE DERIVACION


Derivación a Servicio de Urgencia:

- Epistaxis masiva, incontrolable.
- Epistaxis que compromete hemodinamia, estado general.
- Paciente que se ha colocado taponamiento más de una vez, sobre todo si no se cuenta con elementos adecuados para realizar taponamiento, con riesgo de mayor daño.
- Epistaxis posterior, aunque se controle con taponamiento posterior.

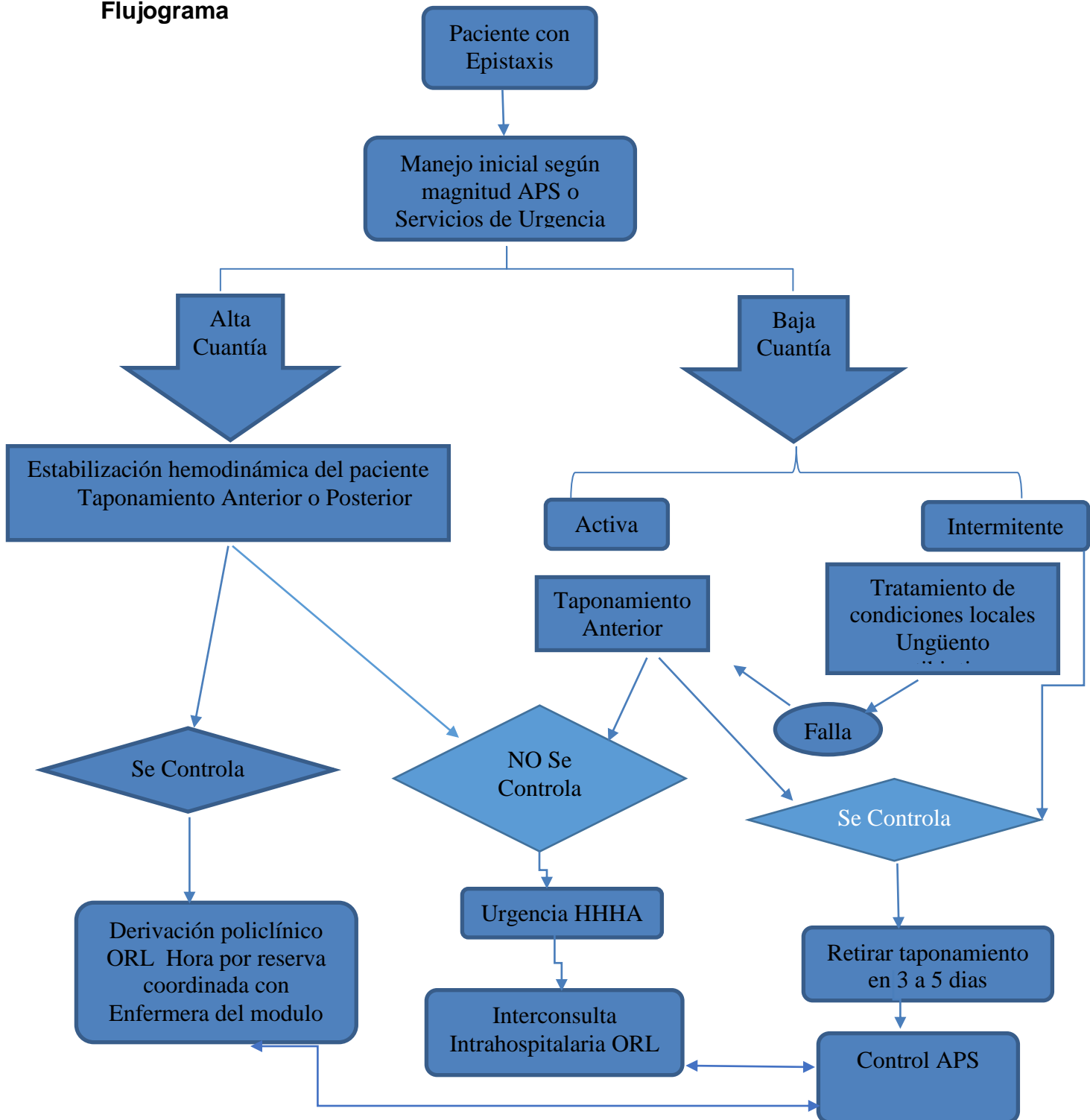
Derivación A Otorrinolaringología:


- Epistaxis recurrente cuyo punto de origen no está claro.
- Sospecha de tumor.
- Epistaxis anterior recurrente que requiere cauterización y no cuenta con los medios para hacerlo bien.
- Paciente con anemia derivada de la epistaxis. **El concepto de recurrencia considerará a 3 episodios al mes o más, por 2 o más meses consecutivos.

Manejo de la epistaxis por especialista en Hospital terciario: En el Policlínico de Otorrinolaringología todo paciente será evaluado con anamnesis completa, examen físico de oídos, nariz, rino, oro e hipofaringe y laringe. Si es necesario se realizará Nasofibroscopía, y se evaluará la necesidad de otros exámenes, tales como estudio Tomográfico de fosas nasales, cavidades paranasales, y del rinofaringe. Con lo anterior se determinara mantener con taponamiento, intentar cauterización, embolización de territorio arterial comprometido o manejo quirúrgico endoscópico

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Flujograma



		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

Metodología de Evaluación

Fuente de datos: Ficha clínica y Solicitud de Interconsulta (SIC) de cada establecimiento. SOME

Formula del Indicador: N° de SIC de pacientes con Epistaxis que cumplen con derivación a HHA de acuerdo a protocolo en periodo determinado / N° total de SIC enviadas en el mismo periodo x 100

De acuerdo al número de SIC se puede estudiar la totalidad o a través de un muestreo aleatorio.

Rango de desempeño: Mínimo: 80%, Máximo: 100%, Análisis: Excelente: 90-100%, Aceptable: 80-89% y deficiente: Menos de 79%. Frecuencia: Semestral.

Plan de Difusión:

.-Envió por correo electrónico en Formato digital a los responsables de la Ejecución del protocolo.

.-Presentación y entrega a los responsable en el CIRA.

Bibliografía


.- Atkins D, et al; GRADE Working Group. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res. 2004; 4 (1): 38.

.-Holland NJ, Sandhu GS, Ghufloor K, Frosh A. The Foley catheter in the management of epistaxis. Int J Clin Pract. 2001 Jan-Feb;55(1):14–15

.- Ker K, Beecher D, Roberts I. Topical application of tranexamic acid for the reduction of bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jul 23;7:CD010562. doi: 10.1002/14651858.CD010562.pub2. Review. PubMed PMID: 23881695.

.-Melia L, McGarry GW. Epistaxis: update on management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2011 Feb; 19(1):30-5.

.- Pope L, Hobbs C. Epistaxis: an update on current management. Postgrad Med J. 2005 May; 81(955): 309–314.

		Código	
		Versión	Segunda
		Fecha	Abril, 2016
		Vigencia	Abril, 2018

.- Record S. Practice Guideline: Epistaxis in Children. J Pediatr Health Care.2015 Sep-Oct;29(5):484-8. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.06.002. Epub 2015 Jul 22. PubMed PMID: 26210793.

.-Rimmer J, et al. Surgical versus medical interventions for chronic rhinosinusitis with nasal polyps. Cochrane Database Syst Rev. 2014;12:CD006991. doi: 10.1002/14651858.CD006991.pub2. Epub 2014 Dec 1. Review. PubMed PMID: 25437000.

.-Stankiewicz James A. Nasal endoscopy and control of epistaxis. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Feb;12(1):43–45.

.-Tay HL, Evans JM, McMahon AD, MacDonald TM. Aspirin, nonsteroidal anti-inflammatory drugs, and epistaxis. A regional record linkage case control study. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1998 Aug;107(8):671–674.

.-Woolford TJ, Jones NS. Endoscopic ligation of anterior ethmoidal artery in treatment of epistaxis. J Laryngol Otol. 2000 Nov;114(11):858–860