

	MANUAL DE MEDICINA			
	PROTOCOLO:		TAPONAMIENTO NASAL	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: Pr-CE-M-04	Página: - 1 - de 3	Versión: 01

TAPONAMIENTO NASAL
1. IDENTIFICACION
<p>Unidad Funcional Consulta externa y prioritaria</p> <p>Área Asistencial</p> <p>Objetivo Identificar las actividades a realizar durante un taponamiento nasal.</p>
2. DEFINICION
<p>El taponamiento nasal es un método rápido y eficaz para controlar la epistaxis</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La epistaxis es un proceso y un motivo de consulta frecuente, suele ser el resultado de un traumatismo intranasal localizado o puede ser un signo inicial que oculte una enfermedad sistémica grave. La epistaxis en niños y adultos jóvenes en la mayoría de los casos ocurre en una zona del septo nasal anterior conocido como el plexo de kiesselbach. Los adultos mas mayores tienden a sangrar desde la cavidad nasal posterior, desde las ramas de las arterias esfeno palatino y etmoidal posterior, esto se ha atribuido a la arteriosclerosis. ▪ La causa más frecuente de epistaxis es accidental o auto traumática, habitualmente por manipulación manual de la nariz, también, son causa de sangrado las infecciones respiratorias agudas, rinitis alérgicas, sinusitis crónica y deformidades del tabique nasal ▪ Los pacientes sin una causa local identificable de epistaxis presentan una alta probabilidad de etiología sistémica, se debe considerar la posibilidad de efectos de la coagulación, hipertensión arterial, consumo de aspirina o antiinflamatorios no esteroideos, enfermedad de osler-weber-rendu, alcoholismo, discrasias sanguíneas, enfermedades hepáticas, desnutrición y embarazo
3. INDICACIONES
<p>Se deberá evaluar en profundidad a los pacientes con epistaxis. Se realizará un examen completo y un control del sangrado en todos los pacientes con esta complicación.</p>
4. CONTRAINDICACIONES
<p>No existen contraindicaciones para el tratamiento de la epistaxis. Antes de tratarla se debe considerar y trata las complicaciones secundarias a la perdida de de sangre (por ejemplo: hipotensión</p>
5. PREPARACION DEL PACIENTE
<p>Es importante explicar al paciente y/o su representante la intervención, con sus riesgos y beneficios, y obtener un consentimiento informado para la realización del procedimiento.</p>
6. EVALUACION DEL PACIENTE
<p>Es importante disponer de una buena iluminación, utilizando una lámpara frontal o una luz</p>



MANUAL DE MEDICINA

PROTOCOLO: TAPONAMIENTO NASAL

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
Pr-CE-M-04

Página:
- 2 - de 3

Versión:
01

dirigible.

Se debe inspeccionar la oro faringe posterior en busca de sangrado activo, evaluar cada uno de los lados de la cavidad nasal utilizando un espejo, succionando la sangre o los coágulos o pidiendo al paciente que suene su nariz con fuerza primero de un lado y luego del otro. Se debe considerar un punto de sangrado posterior en el caso de que sea difícil localizar la fuente de sangrado.

7. TRATAMIENTO DE EL EPISTAXIS

Existen numerosas técnicas para el manejo del epistaxis, que incluye el uso de anestésicos y vasoconstrictores tópicos, la utilización de materiales absorbentes, la electro cauterización, los catéteres de foley, los rollos de gasas, los catéteres con balones intranasales, las cintas de gasa impregnadas con vaselina, los tampones o esponjas nasales y el nitrato de plata. La técnica y el material escogidos dependen de la localización del sangrado (anterior o posterior) y de la disponibilidad de recursos, en nuestro medio disponemos de las cintas de gasa vaselinadas para el taponamiento anterior y de catéter foley o rollos de gasa para el taponamiento posterior.

TAPONAMIENTO ANTERIOR:

Se realiza relleno de la cavidad nasal anterior utilizando gasas de 1.25cm. De ancho impregnadas con vaselina.

Usando un espectáculo nasal se sujeta un extremo de la gasa vaselinada con pinzas en bayoneta introduciéndola en la cavidad nasal, llevándola por el suelo y rellenándola la misma en forma escalonada de arriba abajo hasta que quede bien apretada extendiéndose lo más atrás posible hacia los cornetes. Se debe recortar la gasa vaselinada para que sobresalga aproximadamente 2cm. De los orificios nasales y sujetar el extremo libre con cinta adhesiva sobre la mejilla del paciente, para evitar que lo retire accidentalmente.

La presión que ejerce el relleno sobre la cavidad nasal anterior puede deformar y desplazar el tabique contra lateralmente, permitiendo que se afloje el relleno y que se reinicie el sangrado, por lo cual se debe relleno la cavidad nasal anterior contra lateral para mantener el tabique en la línea media y ejercer presión sobre el lugar del sangrado.

TAPONAMIENTO POSTERIOR:

Se debe buscar una posible fuente de sangrado posterior cuando la epistaxis sea bilateral, vigorosa y no se controle con el taponamiento nasal anterior. Se calcula que un 5% de los casos tienen un origen posterior. El paciente puede requerir, en algunas ocasiones, sedación intravenosa y analgesia, además de la anestesia tópica el propósito de colocar un relleno posterior reside en que la oclusión de la coanas proporciona un contramuro semirígido contra el que se podrá colocar un relleno anterior y conseguir una adecuada hemostasia. Este contramuro podrá formarse con un paquete de gasas (esta técnica es difícil, complicada y mal tolerada por el paciente, por lo cual no se recomienda realizarlo) o un catéter foley, siendo este último el más práctico y mejor tolerado por el paciente. Siempre se requiere un relleno anterior en el lado donde se colocó el relleno posterior y se debe considerar la necesidad de colocar un relleno nasal anterior contra lateral para mantener el tabique en la línea media.

TECNICA DEL CATETER FOLEY:

Se debe seleccionar un catéter de foley Nº 14 con un balón de 30cc. Y asegurarse de la integridad del mismo.

	MANUAL DE MEDICINA			
	PROTOCOLO:		TAPONAMIENTO NASAL	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: Pr-CE-M-04	Página: - 3 - de 3	Versión: 01

Se lubrica el tercio distal del catéter de foley, se introduce en los orificios nasales sobre el suelo de la cavidad nasal, se avanza hasta que se visualice el extremo en la oro faringe del paciente y se infla el globo con 7 a 10cc. De aire. No se debe utilizar solución salina, ya que podría causar una aspiración en el caso de que el balón se rompiera. Se debe tirar la cavidad nasal, se reubica y se añaden alícuotas de 3 a 5 cc. De aire hasta que el balón quede fijado en el arco coanal y se infla el balón con 5 cc. Adicionales de aire hasta que se comience a abombar el paladar blando. El globo estará excesivamente inflado cuando el paladar blando este abombado o el paciente experimenten dolor.