



Até 60% dos adultos terão pelo menos um episódio de epistaxe na vida, porém somente 10% desses episódios necessitarão de cuidados médicos, 1-2% vai necessitar de cirurgia para resolução do quadro. Embora a epistaxe seja uma causa comum de internação otorrinolaringológica, a necessidade de intervenção cirúrgica é rara.

A incidência é de distribuição bimodal, com um pico em crianças de até 10 anos e o segundo pico entre 45-65 anos e os casos mais graves são mais frequentes em homens. Alguns fatores sazonais têm influência, dentre eles podemos destacar a incidência de IVAS, rinite alérgica e alterações na mucosa decorrentes da alteração de temperatura e umidade. Em mais de 50% dos atendimentos os paciente podem apresentar-se no pronto atendimento sem a presença de sangramento ativo.

I. ASSISTENCIAL

1. CORRELAÇÃO CLÍNICO-ANATÔMICA E EPIDEMIOLÓGICA

A epistaxe pode ser classificada de diversas maneiras, mas a topografia do sangramento pode ser anterior, superior e posterior.

* **Anterior:** é muito mais comum do que a posterior, sendo boa parte autolimitada. Até 70% dos sangramentos ocorrem no septo nasal, na área conhecida como plexo de Kiesselbach (ou Área de Little), aonde ocorre a anastomose entre os três vasos: o ramo septal da artéria etmoidal anterior, o ramo lateral nasal da artéria esfenopalatina e o ramo septal da artéria labial superior.

* **Superior:** é causada principalmente em idosos pela presença de pedículo vascular na área conhecida “S-point” (ramos derivados da artéria Carótida interna). Os sangramentos dessa área são intermitentes e de grande volume podendo gerar instabilidade hemodinâmica.

* **Posterior:** A epistaxe posterior é comumente causada por ramos da artéria esfenopalatina (derivada do sistema da artéria Carótida externa). Geralmente a hemorragia posterior tem volume mais significativo, com maior necessidade de avaliação do especialista ou até de internação hospitalar.

2. ETIOLOGIA

Os fatores de desenvolvimento podem ser locais, sistêmicos ou idiopáticos. Sangramentos “anteriores” geralmente decorrem de **trauma** ou irritação por trauma digital, crostas por **baixa umidade**, **colonização nasal**, **corpo estranho nasal**, **trauma de face**, **tumores**, ou até mesmo **uso de drogas intranasais**.

Podem ser mais graves e de difícil controle quando associados as seguintes condições:

- * **Terapias medicamentosas** (anticoagulação, spray de corticoides, uso de inibidores da fosfodiesterase-5)
- * **Hipertensão arterial sistêmica** (pode piorar o sangramento e deve ser controlada na admissão do paciente)
- * **Discrasias sanguíneas e doenças hematológicas** (trombocitopenias, Von Willenbrand, Hemofilias, falência hepática)
- * **Doenças sistêmicas** (Telangectasia hemorrágica hereditária, Granulomatose com poliangite).

3. AVALIAÇÃO INICIAL

Pacientes sem sangramento ativo, que não apresentarem critério de gravidade ou fatores de risco para cirurgia no momento, podem ser avaliados pela ORL Retaguarda e seguir a consulta ambulatorial, recebendo alta com orientações (ITEM 7 - ANEXO 1).

Deve-se realizar o acionamento imediato / urgência da retaguarda de ORL em: casos de sangramento ativo, sangramentos recorrentes (3 episódios em 3 meses), tamponamentos recorrentes, persistência do sangramento, queda de 4g/dL de Hemoglobina, idosos, uso de anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, ou sinais de instabilidade hemodinâmica. (fatores que indicam necessidade de controle sob anestesia geral em centro cirúrgico). A avaliação inicial do cirurgião deve contemplar sinais vitais e sinais de choque hemorrágico, reanimação volêmica e se necessário: acionamento de código H (na UPA Morumbi) e ou Transferência para a UPA Morumbi (caso paciente esteja nas unidades externas).

4. MEDIDAS INICIAIS

As medidas iniciais que devem ser realizadas pelo cirurgião, enquanto se aguarda a chegada do especialista, incluem:

1. Acionar a retaguarda da Otorrinolaringologia
2. Avaliação inicial da gravidade da epistaxe, verificando a quantidade de sangramento e se é unilateral ou bilateral.
3. Posicionar o paciente sentado em maca e inclinado ligeiramente para frente para evitar aspiração do sangue.
4. Compressão externa das narinas (pinçamento nasal) pressionando-as por alguns minutos para tentar controlar o sangramento.

Manobra de compressão digital



5. Aplicação de soluções vasoconstritoras (cloridrato de oximetazolina 0,5%) nas narinas para auxiliar na vasoconstrição dos vasos sanguíneos e diminuir o sangramento.
6. Realização de exames complementares, se necessário, como hemograma e coagulograma, além de controlar picos de hipertensão (solicitar avaliação conjunta da Clínica Médica).
7. Caso as medidas iniciais não controlem o sangramento, pode ser necessário o uso de tamponamento nasal. Neste caso, a avaliação presencial do paciente, realizada pelo Cirurgião, deve levar em conta risco de via aérea e o choque hipovolêmico sem resposta ao tratamento inicial. A conduta deve ser alinhada com o ORL Retaguarda que já estará a caminho, e deve-se ponderar de forma conjunta o tempo-resposta para a conduta na UPA (intubação, tamponamento de urgência).

*MATERIAL COMPLEMENTAR: INSERÇÃO DO TAMPÃO DE MEROCEL OU RAPID RHINO

Todos os cirurgiões e emergencistas das UPA's externas deverão ter conhecimento do dispositivo e familiaridade com a inserção do tampão de Merocele ou Rapid Rhino, que compõe a CAIXA DE EPISTAXE, padronizada pela farmácia.

Deve ser realizada conforme as instruções abaixo e vídeo acessível pelo QR-CODE ao lado:

1. Anestesia intranasal (xylocaína gel a 2%, xylestesin spray 10%)
2. Inserção do tampão nasal:

* **Merocele:** absorvível, de escolha em paciente com discrasias sanguíneas

* **Rapid Rhino:** não absorvível, após imersão em água.



5. ACIONAMENTO DE RETAGUARDA (URGÊNCIA)

São indicadores de possível necessidade de controle do sangramento sob anestesia geral (no centro cirúrgico):

- **Persistência** apesar de melhora com as medidas iniciais (compressão, vasoconstritor, tamponamento)
- **Epistaxe posterior** não controlada por tamponamento de urgência
- **Queda de 4g/dL de Hemoglobina** OU necessidade de **transfusão**
- **Recorrência** de episódios de sangramento necessitando tamponamento, na mesma admissão.
- Mais de **3 episódios** nos últimos 3 meses.

* **IMPORTANTE:** para pacientes que foram submetidos a procedimentos (ORL e Cirurgia Plástica): entrar em contato com o Titular para definir a conduta. Caso não seja possível, acionar Retaguarda de ORL.

6. ANEXO 1: ORIENTAÇÕES DE ALTA PÓS EPISTAXE CONTROLADA

As orientações que deverão ser incluídas no Relatório de Pós Alta dos pacientes que forem liberados a partir das UPA's através do seguinte comando:

Auto Texto Cerner: #cirepistaxeUPA

ORIENTAÇÃO PÓS ALTA PARA PACIENTES COM EPISTAXE SEM SINAIS DE ALARME: O QUE ACONTECEU?

R = No seu atendimento na UPA foi detectado que houve um sangramento nasal sem sinais de alarme, que cessou (espontaneamente OU com uso de medidas simples como compressão, gelo e/ou vasoconstritores tópicos).

Isto pode ter acontecido por alguns motivos mais comuns: **trauma** ou irritação por trauma digital, crostas por **baixa umidade**, **colonização nasal (bactérias)**, **corpo estranho nasal** ou **trauma de face**.

O QUE FAZER NOS PRÓXIMOS DIAS?

R = Deverá ser realizado:

- Higiene nasal com soro fisiológico, hidratação nasal
- Em caso de uso de oxigênio catéter (domiciliar): acoplar umificador
- Continue as medicações de uso habitual para hipertensão
- Agende retorno com seu médico Otorrinolaringologista OU Cirurgião Plástico (em caso de pós operatório)
- Caso não tenha um médico Otorrinolaringologista para acompanhamento, sugerimos ligar no número do Indicador Médico (abaixo).

O QUE NÃO FAZER NOS PRÓXIMOS DIAS?

R = Deve-se EVITAR nos próximos dias:

- Realizar manipulação interna da cavidade nasal (digital ou cotonetes)
- Evitar uso de medicações e substâncias intranasais que não tenham sido prescritas no Pronto Atendimento OU pelo seu médico.
- Evitar banhos muito quentes ou por períodos prolongados (pode causar vasodilatação e retorno do sangramento)
- Evitar atividades físicas nas próximas 48h (aeróbicos e musculação).
- Em caso de sangramento pós trauma de nariz, evitar exercícios físicos e cuidado com novos eventos de trauma locais.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALARME QUE DEVEM FAZE-LO RETORNAR AO PRONTO ATENDIMENTO (DE URGÊNCIA)

R = Abaixo estão listados os **SINAIS DE ALARME**.

OBSERVE a evolução e **RETORNE** imediatamente ao Pronto Atendimento se:

- Novo sangramento que não melhore com compressão local
- Sangramento recorrente ou bilateral
- Dor na face, secreção esverdeada E/OU febre
- Sensação de desmaio, tontura
- Vômitos ou fezes com sangue

* **IMPORTANTE**: Agende o seu médico especialista para acompanhamento, agende nos próximos dias. Recomendamos o Indicador Médico (abaixo) caso necessite.

II. GLOSSÁRIO

IVAS - Infecções das vias aéreas superiores

ORL - Otorrinolaringologista

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

III. HISTÓRICO DE REVISÕES

06/08/2024 – Validação no GMA

7. FLUXOGRAMA

Epistaxe na UPA

Paciente com sangramento ativo?
 (*Equipe de Enfermagem DEVE dar início a acionamento de retaguarda de ORL (Ramal 79997) para diminuir o tempo-resposta, sendo possível o contato médico UPA-ORL se necessário passagem do caso)

SIM

NÃO

→ Atendimento na Sala de Emergência
 → Acionamento Imediato da Retaguarda de ORL (ou Titular do paciente em caso de Pós Operatório)

IMPORTANTE: para pacientes que foram submetidos a procedimentos (ORL e Cirurgia Plástica): entrar em contato com o Titular para definir a conduta. Caso não seja possível, acionar Retaguarda de ORL

Avaliação pela Cirurgia-UPA

Após Atendimento Inicial:
 → Via aérea segura?
 → sem sinais de choque?

Após Atendimento Inicial:
 → Via aérea com potencial comprometimento (sangue, rebaixamento do nível de consciência)
 → Sat <94% com suporte de oxigênio
 → sinais de choque hipovolêmico sem resposta
 → Shock Index >=1

Acionar Retaguarda ORL para avaliação e conduta

Aguardar Avaliação presencial ORL ou Equipe Titular

Educação, Prevenção, encaminhamento consultórios ORL

Fatores de Risco para Internação

→ Recontactar Retaguarda ORL ou Equipe Titular para definir Tamponamento IMEDIATO (Merocel/Rapid Rhino)
 → Acionar Código H
 → Transferência UPA Morumbi

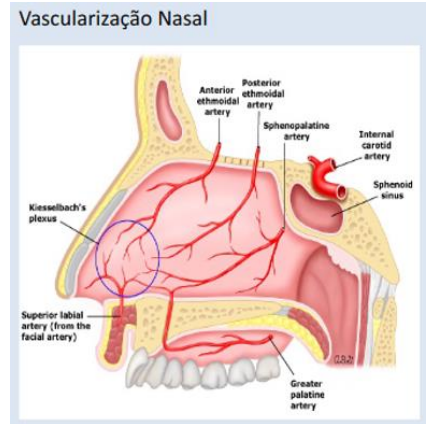
- Persistência ou sangramento não controlado
- Queda de 4g/dL
- Recorrência do sangramento (re-tamponamento ou 3 visitas a UPA em 3 meses)
- Sangramento volumoso

SIM

Internação Morumbi

NÃO

Educação, Prevenção, encaminhamento consultórios ORL



IV. Referências Bibliográficas:

- [1] CALDAS NETO, S. et al. Tratado de otorrinolaringologia. 2. ed. São Paulo: Roca, 2011. v. III: Rinologia.
- [2] SETHI, R. K. V. Treatment disparities in the management of epistaxis in United States emergency departments. Laryngoscope, v. 128, n. 2, p. 356-362, fev. 2018.
- [3] ANDRADE, et al. Profile of otorhinolaryngology emergency unit care in a high complexity public hospital. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 79, n. 3, p. 312-6, maio-jun. 2013.
- [4] MANGUSSI-GOMES, J. et al. Is the occurrence of spontaneous epistaxis related to climatic variables? A retrospective clinical, epidemiological and meteorological study. Acta Otolaryngologica, v. 136, n. 11, p. 1184-1189, nov. 2016.
- [5] SARACENI NETO, P. et al. Surgical treatment of severe epistaxis: an eleven-year experience. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 79, n. 1, p. 59-64, jan.-fev. 2013.
- [6] SEIKALY, H. Epistaxis. New England Journal of Medicine, v. 384, n. 10, p. 944-951, 11 mar. 2021.
- [7] TUNKEL, D. E. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis). Otolaryngology-Head and Neck Surgery, v. 162, n.1_suppl, p. S1-S38, jan. 2020.
- [8] LAKHANI, R. et al. The Wexham Criteria: defining severe epistaxis to select patients requiring sphenopalatine artery ligation. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, v. 270, n. 7, p. 2039-2043, jul. 2013.
- [9] KOSUGI, E. M. et al. Breaking paradigms in severe epistaxis: the importance of looking for the S-point. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, v. 84, n. 3, p. 290-297, maio-jun. 2018. DOI: 10.1016/j.bjorl.2017.12.007

Código Documento: CPTW. 405.1	Elaboradores: Ricardo Penón Carla Paz	Revisores: João Cesar Frizzo Burlamaqui Luciano Lobato Gregório Mauro Dirlando Conte de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 18/04/2024	Data de Aprovação: 16/09/2024
---	--	---	--	--	---