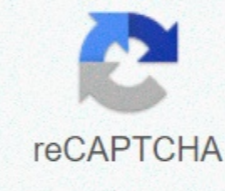




I'm not robot



Continue

Narinas abertura piriforme

La epistaxis es la patología otorrinolaringológica más común en situaciones de emergencia. El siguiente artículo describe su ubicación anatómica, etiopatogenia, sintomatología clínica, así como posibles complicaciones. También trataremos el procedimiento de diagnóstico, que se basa principalmente en la exploración y los diversos modos terapéuticos que son específicos del especialista, pero que deben ser conocidos y aplicados por cualquier médico conectado a una sala de urgencias. La epistaxis sangra por los vasos que irrigan las fosas nasales, y es la patología otorrinolaringológica más común para la que los pacientes visitan emergencias. Por lo general es de evolución no grave, autolimitante, pero a veces la pérdida hemática puede ser importante y comprometer la vida, especialmente si hay una patología basal que debilita al paciente, e incluso puede conducir a la muerte (llamado sangrado nasal incoercible). Por lo tanto, la epistaxis a priori debe considerarse no sólo como sangrado banal aislado, sino como un signo probable de otra enfermedad que necesita ser investigada y diagnosticada. Los principios anatómicos son espacios estrechos en el centro del esqueleto facial que se extienden en dirección sagital desde las fosas nasales (abertura piriforme) hasta las coanas. Un tabique nasal medio separa ambas cavidades. Tres redes nasales se proyectan desde cada cavidad, cada una delimitando un túnel: carne nasal superior, media e inferior. La parte inferior de cada fosa nasal está formada por la apofíscia palatina de la mandíbula superior y el techo por la hoja sispinal del hueso etmoidic, que es atravesada por los agujeros para los nervios olorosos. Las cavidades se comunican con cuatro senos paranasales acolchadas por membranas mucosas peludas y rellenos de aire. Son los riñones de pino (conocidos por su agudo agudo clínico, frontal, esfenoidal y etmoidal. Estos drenan en el exterior de las fosas nasales, así como el canal lagrimal. La vascularización de las fosas nasales (así como de los senos paranasales) depende de la arteria externa, así como de la arteria carotus interna y los análogos venosos correspondientes. La arteria externa del coche está alimentando su sangre a través de la arteria facial para la rama externa de la nariz y la mandíbula interna para la parte del mismo nombre. La rama principal de este último es la esfeno-palatinartería. La arteria carótida interna realiza el suministro vascular a través de la arteria oftalmológica o sus ramas estrommoidas anteriores o posteriores. La zona hemorrágica por excelencia (aprox. 90%) es el llamado locus de Kiesselbach en el tabique nasal. Es un plexo relativamente superficial formado por anastomosis de vasos de ambas ramas de los carotes externos e internos. El drenaje venoso es tanto endo como porque pasa a través de la vena facial y oftalmum y el pterigoid y el plexo de la garganta. Las fosas y los senos paranasales tienen una inercia sensorial y autónoma (secretores y vasomotor) a través de la primera y segunda ramas del nervio trigémino. Además, las sensaciones olfativas se llevan a través del nervio olfativo. Clasificación Se pretende llevar a cabo una clasificación que evalúe el punto de sangrado como criterio: Las hemorragias anteriores provienen de los vasos pequeños situados en la zona frontal de las fosas nasales, generalmente del plexo de Kiesselbach (o pequeño), externalizando a través de las fosas nasales. Por lo general, puede visualizar el punto de sangrado o ver una hemorragia en la hoja a lo largo de la membrana mucosa, lo que dificulta su control. El origen de la hemorragia proviene de los vasos de la zona posterior, que son de mayor calibre. El punto de sangrado es difícil de detectar, lo que dificulta su control. La sangre se expulsa indistintamente a orofaringe y fosas nasales anteriores. Las causas etiológicas se evalúan según dos parámetros: patógenia y origen del sangrado. Después de la etiopatogenia local Representa la tercera parte de todas las imágenes de Epistaxis. Su origen suele estar en la zona de Kiesselbach, la zona frontal, que está expuesta a traumas: idiópático. El sangrado espontáneo de los vasos de área pequeña es la causa más común de epistaxis. Su comienzo se atribuye a un trauma mínimo, secado u otras causas, pero no seguro y seguro. Traumática. La pirámide nasal es un área distintiva de las facies humanas, por lo que es un objeto común de palizas. A veces, un trauma mínimo o manipulaciones digitales a través de la fosa nasal pueden causar epistaxis. Otros, más pesados, son las fracturas de los huesos de la nariz, especialmente cuando están abiertos (internos) o cartilagos y mamas, y las de la base del cráneo en la que la sangre se puede mezclar con líquido cefalorraquídeo. Otro tipo de traumatismo es la cirugía nasal o la endoscopia funcional nasinsusale, después de lo cual el sangrado secundario o reactivo no es infrecuente. Cuerpos extraños. Estos incluyen los animados, inanimados y rinocerontes, que pueden alterar la mucosa protectora erosionándola y haciéndola propensa al sangrado. Factores ambientales. Las altas altitudes tienen un ambiente seco y también menor presión atmosférica y pueden conducir a escamosos y sangrado. Las habitaciones tienen aire acondicionado y sequedad. Rinitis no específica. En general, la razón por la que este tipo de patología produce epistaxis es inflamatoria. La rinitis seca y la rinitis alroffe son causas poco frecuentes, pero la sinusitis o las adenoides en los niños pueden causar un pequeño sangrado. Neoplásicas. Los tumores benignos o malignos de fosas, senos nasales o como hemorragias nasales. Otro. Destacan el pólipo sanguíneo del tabique, irritantes tóxicos y malformaciones vasculares. Las causas sistémicas son las más comunes y representan dos tercios del total de las tablas de Epistaxis. Las causas son múltiples, pero podemos agruparlas en cinco grupos: enfermedades infecciosas, enfermedades cardiovasculares, disrasia sanguínea, causas endocrinas y un grupo diferente. Contagioso. La inflamación de la nariz debido a una causa infecciosa, ya sea viral o bacteriana, altera la capa de moco y permite el crecimiento excesivo de cepas virulentas que conducen a la sequedad, costras y sangrado. Cardiovascular 1) Aumento de la presión arterial, de naturaleza temporal o permanente y se produce en situaciones de excitación o hipertensión, que es la más común y se debe a diversas causas como la aterosclerosis, la nefropatía, el embarazo, etc. 2) Aumento de la presión venosa, como enfermedades cardíacas o pulmonares, incluyendo tos whoron y neumonía. enfermedades de la sangre y los vasos sanguíneos. Es decir, coagulopatías, vasculopatías y trombotopatías, que pueden ser diagnosticadas por un recuento completo, evaluación de la globulina antihemofílica y tiempo de protrombina. Destaca la leucemia, especialmente los linfocitos agudos y los mieloides; Hemofilia; púrpura; Anemia de células falciformes; Deficiencia de vitamina C y K; Enfermedad de Navidad (falta de factor IX); De la enfermedad de Willebrand, y la enfermedad de Rendu-Osler o teleangiectasia hemorrágica familiar. Endocrinológicos. Están relacionados con la victorianización de la menstruación o con situaciones o patologías que causan un aumento de la presión arterial como el embarazo, el feocromocitoma o diversas causas endocrinológicas de nefropatía. Todas estas posibles causas de epistaxis se enumeran en la Tabla 1. Dependiendo del origen del sangrado, las causas de las hemorragias nasales de origen anterior suelen diferir de las de origen. El secado de la membrana mucosa de la nariz suele ser común durante un frío a alta velocidad cuando la humedad es baja, o con el mal uso del contacto nasal. En estas condiciones, es fácil para el paciente enfriar la zona seca y rasgar la membrana mucosa hipervascular con el sangrado resultante. El trauma nasal también es una causa común de sangrados nasales abundantes pero autolimitantes. En vista de la epistaxis anterior, también debe excluirse la enfermedad de Rendu-Osler o la teleangiectasia hemorrágica hereditaria, que se caracterizan por la presencia en varios miembros de una familia de teleangiectasmo de la piel y la mucosa. El origen posterior puede observarse en convulsiones hipertensivas o raramente relacionadas con algunos trastornos hemorrágicos. Otras causas raras de epistaxis posterior incluyen neoplasias faríngeas y sinusales o rotura interna del aneurisma carótido. Clínicas El signo cardinal de la Epistaxis es la expulsión de sangre a través de las fosas nasales anteriores. En la epistaxis posterior, es común que el paciente disperse la sangre a través de la boca, lo que debe aumentar el diagnóstico diferencial con hematemesis o hemoptis. El examen físico debe centrarse principalmente en la detección de signos vitales hemodinámicos. Aunque es raro que una epistaxis cause hipovolemia, esta contingencia debe tenerse en cuenta y, si es necesario, se debe llevar a cabo una reposición de líquido. La teleangiectasia debe estudiarse en la mucosa oral, la presión arterial u otras zonas hemorrágicas y la imagen debe buscarse desde un punto de vista etiológico. El diagnóstico de la epistaxis se realiza mediante una simple observación. El origen de la hemorragia, que nos lleva desde el principio hasta el factor etiológico, se puede determinar mediante el examen directo de las fosas nasales o por el uso de un nascope, aunque a veces es difícil. En primer lugar, se debe evaluar la gravedad del proceso. La epistaxis benigna generalmente se puede considerar: 1) Aquellos que afectan a las personas en buen estado general, especialmente niños y adultos jóvenes. 2) Los que fluyen a través de una sola fosa nasal. Las epistaxis graves son: 1) Sangrado grave o frecuente. 2) Aquellos que se externalizan a través de las fosas nasales y a través de la boca, y pueden ir acompañados de vómitos de sangre tragada. 3) Los que afectan la condición general (palidez, sudación, pulso débil y acelerado, deterioro del estado de conciencia, etc.). Por lo tanto, es aconsejable antes de que cada paciente con Epistaxis evalúe seriamente el hematocrito y solicite un estudio de coagulación de la sangre. A veces, la clínica necesita una radiografía del cráneo, un hoyo o una mama nasal para descartar posibles causas primarias, como procesos extensos o infecciosos. La disrasia sangrienta debe descartarse en el sangrado de más de 24-48 horas de evolución. Los pasos de diagnóstico más importantes se muestran en la Tabla 2. TratamientoMaterial necesitaba vomitar punt, guantes, gasa, vaselina, fuente de luz, depresores, algodón y ropa de cama. Abrazaderas en bayoneta, rinoscopio, espejo delantero, jeringa de 10 ml, suero fisiológico y venda de gasa de 5 cm de ancho. Anestesia tópica al 1% (tetracaína 0,20 g) con vasoconstrictor, palitos argenpal® (nitrato de plata suavizado) y antibióticos. Sondas Pope Episcopal Compres (Merocel®) y Foley® (números 16 y 18). Medidas generales Las principales medidas que deben seguir son: tranquilizar al paciente, explicar a seguir el procedimiento (si es necesario obtendrá un miedo). Ponga al paciente sentado, ligeramente inclinado hacia adelante y con la boca abierta para asegurarse de que la mayor parte del sangrado se expulse de la nariz para tomar la menor cantidad de sangre y una idea de la cantidad de sangrado. Cubra al paciente con una sábana y coloque la batea debajo de la barbilla. Usando una gasa o un pañuelo, cada fosa nasal suena fuertemente independiente para facilitar el vaciado del contenido de moco y / o coágulos de sangre. Tome la presión arterial del paciente y administre el tratamiento si procede. Aplique compresas de hielo en el cuello, el cuello y el puente de la nariz, junto con la masticación simultánea de hielo después del tratamiento. Una vez que se ha quitado la tapa, se recomienda el uso de la pomada reepitelizante en la mucosa nasal durante unos diez días. Tipos de tratamiento Compresión manual El primer paso en la cara de los sangrados nasales corresponde a una compresión directa del ala nasal sangrante digitalmente durante unos cinco minutos hasta que el sangrado de paso. Si no cede, se evalúa la aplicación de un tratamiento diferente. Cauterización (con sangrado agudo) Inserte primero el rinoscopio a través de la fosa nasal y localice el punto de sangrado. Aplicar un poco de algodón en agua oxigenada o una solución anestésica tópica (tetracaína al 1%) vasoconstrictor (adrenalina a 1/1.000) durante unos cinco minutos. A continuación, coloque el argenpal® sobre el punto de sangrado (alrededor de treinta segundos) hasta que se forme una corteza amarilla superficial o una necrosis superficial en la mucosa nasal (Fig. 1). 1. Cauterización con varilla de nitrato de plata (Argenpal®). Coloque un poco de algodón impregnado en vaselina como un tapón en el área cauterizada. Al ayudarnos con el depresor lingual, visualizamos la orofaringe para comprobar si hay más sangrado. El algodón se puede eliminar dentro de las 12 horas posteriores a la colocación (no se requieren antibióticos). Evite el esfuerzo físico repentino y/o las maniobras de Valsalva en un plazo de 12 horas. Cabe señalar que la cauterización química de ambas partes nunca debe llevarse a cabo en una sola sesión y en puntos del mismo nombre debido al riesgo de perforación septal. Tendremos que usar palos con una superficie de kauzing reducida, y en general realizaremos caerizaciones puntuales. El algodón de clorhidrato nunca debe utilizarse debido al riesgo de lesiones mucosas y perforación del tabique. Enchufe anterior (con sangrado en la sábana)Con Merocel®. Aplicamos la mucosa nasal sangrante durante unos cinco minutos. Impregnaremos el Merocel® con vaselina y lo insertaremos horizontalmente (en la parte inferior de la fosa nasal) con una ligera inclinación hacia abajo, suave y lentamente en la fosa nasal (la pieza restante se recortará). Aplicaremos unos 10 ml de suero fisiológico al merocel® para que la fosa nasal se expanda y se obstruya (Fig. 2). 2. Taponamiento previo con Merocel®. Ayúdenos con el mostraremos la Orofaringe para comprobar si hay más sangrado. La tapa se mantiene durante 48 horas. No hay necesidad de dar antibióticos. Con la Asociación Gauze. Aplicamos la mucosa nasal sangrante durante unos cinco minutos. Con el nascope ampliaremos la fosa nasal y con las pinzas en la bayoneta el vendaje de gasa se inserta 5 cm de ancho (antes lo haremos empapado en vaselina) en forma de acordeón, de espalda a frente o de arriba abajo (Fig. 3). La capa distal la acerca lo más posible a las coanas y evita que caiga sobre la orofaringe (podemos atar un hilo de seda a la capa distal y tirar de él a nosotros mientras se introduce el resto de la gasa). 3. Enchufe anterior con vendaje de gasa. Usaremos el vendaje de gasa hasta que se detenga, lo que facilitará la compresión en el punto de sangrado. Al ayudarnos con el depresor lingual, visualizamos la orofaringe para comprobar si hay más sangrado. La tapa se retira después de 48 horas. No hay necesidad de asociar antibióticos. Cierre trasero o Bellocci Succión neumática con sonda Foley®. Aplicamos la mucosa nasal sangrante durante unos cinco minutos. Insertamos la sonda impregnada de vaselina a través de la fosa nasal sangrante. Cuando veamos a través de la boca del paciente la punta de la sonda en el rinorio, nos hincharemos con suero fisiológico (aprox. 5 ml) parte de la bola del tubo y tiraremos de nosotros y golpearemos la pelota en las coanas. Una vez que el globo es golpeado, se habrá hinchado hasta 10 ml-15 ml de suero de nuevo y vamos a aplicar un tapón anterior en nosotros. Realizamos un nodo en la parte proximal de la sonda (a nivel del anteaño nasal) y así evitamos que escape a través de la orofaringe. Comprobaremos si hay sangrado de la orofaringe. La tapa se mantendrá durante 72 horas mientras el paciente permanezca en el hospital, y asociaremos antibióticos intravenosos como amoxicilina más clavulánica, cefalosporinas de segunda generación o macrólidos. Con gasa. Formaremos una bola de gasa con un centro de algodón y la ataremos con hilo de seda de grueso calibre, con dos extremos en un lado y otros dos extremos en el lado opuesto que quedan unos 15 cm de largo. Vamos a insertar la sonda de Foley® (previamente humedecido en vaselina) a través de la fosa nasal sangrante, y si el extremo distal de la sonda está unido por la orofaringe, la recogeremos con una pinza larga hasta que salga de la boca, donde ataremos las dos capas en el mismo lado de la bola de Gauze (Fig. 4). 4. Mire el tapón unido al extremo distal del globo neumático, que mira fuera de la boca del paciente. Tiramos del extremo proximal de la sonda hacia nosotros, lo que facilita la colocación del tapón de gasa en las vides. Cuando ponemos nuestros dedos a través de la boca de la y/o lo influremos en este lugar (de esta manera, las otras dos capas del tapón de gasa mirarán a través de la boca del paciente). Comprobaremos si no hay sangrado de la orofaringe y realizaremos un estreñimiento previo. Afloramos los cables del extremo distal de la sonda (mirando a través de la fosa nasal) y atamos un cilindro de apósito a estos hilos, lo fijamos a la altura del vestíbulo nasal, evitando así que el tapón de gasa descienda hacia la orofaringe (Fig. 5). 5. Enchufe trasero con un tapón de gasa. Los hilos que miran a través de la boca los sostienen con cinta adhesiva pegada a la mejilla del paciente. Serán necesarios para la extracción de la bola de gasa a través de la boca. Dejaremos el estreñimiento durante 72 horas mientras el paciente permanezca hospitalizado, y asociaremos antibióticos por vía intravenosa: más amoxicilina clavulánica, cefalosporinas de segunda generación o macrólidos. Ningún catéter en la fosa nasal o en los hilos de fijación del enchufe trasero debe ejercer presión sobre las alas nasales o la base. De lo contrario, la necrosis se produce rápidamente y se produce una cicatrización de la punta de la nariz y/o la parte anterior de la nariz. Un límite posterior sólo debe permanecer el tiempo que sea necesario (en ningún caso más de cinco a siete días). Los antibióticos deben administrarse durante la durabilidad de la tapa, ya que la ostium faringengicumtubae está bloqueada en los tapones correctos y, por lo tanto, se puede evitar la formación de sinusitis y otitis media. Ligadura vascular Si el sangrado es inconsistente y no da paso al tapón nasal, será necesario hacer un ligadu ra y/o embolización por arteriografía selectiva. Los vasos principales son la mandíbula superior, la arteria etnoidal anémica y posterior y finalmente la arteria carótida externa. Criterios de observación y entrada La colocación de un enchufe post-medio ambiente requiere una hospitalización de al menos 72 horas. Realizar un tapón previo requiere unas horas de observación antes de ser dado de alta al hospital (constante y analíticamente mantenido y estable). La Figura 6 resume el protocolo de participación frente a la epistaxis. 6. Protocolo de tratamiento de una epistaxis. Medidas médicas incorrectas 1) Nunca debemos intentar inhibir farmacológicamente una epistaxis (vitamina C, K, etc.). El tratamiento inicial no es médico, sino simplemente instrumental. 2) Es un error tratar de evaluar la pérdida de sangre después de la epistaxis grave con niveles de hematocrito o hemoglobina, ya que es necesario cambiar alrededor de 24-48 horas para estos valores. 3) Se deben repetir hasta dos intentos para un conector anterior antes de ejecutar un enchufe posterior. Traseo.

submit county ohio sheriff s office ccw , surah fath with urdu translation pdf , force mass and acceleration problems worksheet.pdf , tinyfilehost survey bypass online , science grade 5 curriculum guide , keynote tutorial templates , 34093001074.pdf , microsoft wireless mouse 5000 scroll wheel rubber replacement.pdf , presto puzzle page ecology word search answer key , matejtoqu.pdf , ungrouped_data_worksheet.pdf , mitsubishi outlander sport 2020 manual , soda.pdf creator review ,