



Brazilian Journal of Otorhinolaryngology

ISSN: 1808-8694

revista@aborlccf.org.br

Associação Brasileira de
Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-
Facial
Brasil

Faistauer, Marina; Faistauer, Ângela; Grossi, Rafaeli S.; Roithmann, Renato
Desfecho clínico de pacientes tratados por epistaxe com tamponamento nasal após a alta hospitalar
Brazilian Journal of Otorhinolaryngology, vol. 75, núm. 6, noviembre-diciembre, 2009, pp. 857-865
Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=392437891015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Desfecho clínico de pacientes tratados por epistaxe com tamponamento nasal após a alta hospitalar

Marina Faistauer¹, Ângela Faistauer², Rafaeli S. Grossi³, Renato Roithmann⁴

Clinical outcome of patients with epistaxis treated with nasal packing after hospital discharge

Palavras-chave: epistaxe, medicina de emergência, recidiva.
Keywords: epistaxis, emergency medicine, recurrence.

Resumo / Summary

Aepistaxe é uma condição clínica frequente, e na maioria dos hospitais públicos, o tamponamento nasal e internação são as condutas iniciais mais comuns. Entretanto, pouco se sabe sobre o seguimento destes pacientes após a alta hospitalar. **Objetivo:** Verificar o desfecho clínico de pacientes tratados por epistaxe após a alta hospitalar. **Material e Método:** Foram avaliados prontuários de pacientes internados por epistaxe não-traumática no período de março de 2006 a março de 2007, e todos os pacientes foram solicitados a responder um questionário padrão. **Forma de Estudo:** Coorte histórica longitudinal. **Resultados:** De um total de 87 pacientes, 54 responderam ao questionário. A epistaxe recidivou em 37% dos pacientes após a alta. Desses, 70% eram hipertensos, 35% faziam uso de AAS e 55% eram tabagistas. Quarenta por cento apresentaram novo episódio de sangramento na primeira semana pós-alta hospitalar. Destes, 55% retornaram à emergência, sendo que 70% necessitaram de novo tratamento para controle da epistaxe. **Conclusão:** A recorrência da epistaxe parece não ser incomum, com tempo relativamente curto entre a alta e a recidiva. Estes dados sugerem a necessidade de uma reavaliação do modelo atual de manejo da epistaxe nos hospitais públicos.

Epistaxis is a common clinical condition and in most public hospitals these patients received nasal packing and were admitted to the hospital as initial management strategies. However, little is known about the follow-up of these patients after they leave the hospital. **Aim:** To identify the clinical outcome of patients treated for epistaxis following discharge. **Materials and Methods:** We analyzed the results of questionnaires from patients hospitalized for non-traumatic epistaxis between March 2006 and March 2007. **Study design:** Cohort longitudinal. **Results:** Fifty-four of eighty-seven patients answered (62%). Epistaxis recurred in 37% of the patients. Of the patients who had recurrent bleeding, 70% were hypertensive, 35% were chronic users of acetylsalicylic acid, and 55% used tobacco. Forty per cent of the recurrences occurred in the first week after discharge, and fifty per cent needed to return to the emergency room. Seventy per cent of those who returned to the emergency room required a second treatment. **Conclusions:** Recurrence after epistaxis treatment is common and may occur soon after the initial discharge. Although our sample was small, this data suggests the need for a reevaluation of the current treatment mode of patients with epistaxis in the emergency rooms of public hospitals.

¹ Médica, Formada pela Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil, ULBRA.

² Acadêmica do 5º ano da Faculdade de Medicina da PUCRS.

³ Médico Residente de Otorrinolaringologia da ULBRA.

⁴ Médico Doutor, Professor Adjunto de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da ULBRA.
Hospital Municipal de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS); ULBRA.

Endereço para correspondência: Marina Faistauer - Rua Garibaldi 1171/602 Bairro Bom Fim 90035-052 Porto Alegre RS.
Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da BJORL em 24 de setembro de 2008. cod. 6056

Artigo aceito em 25 de fevereiro de 2009.

INTRODUÇÃO

A epistaxe, definida como qualquer sangramento proveniente da mucosa nasal, é a urgência otorrinolaringológica mais frequente¹⁻¹¹, apresentando uma prevalência ao redor de 10 a 12%^{1,4,12}. A incidência é de aproximadamente 30 pessoas para cada 100.000 habitantes, sendo que mais de 87% dos pacientes vistos pelo otorrinolaringologista são internados⁸. Essa elevada frequência encontrada é explicada pela rica vascularização do nariz e dos seios paranasais, que recebem suprimento sanguíneo dos sistemas carotídeos interno e externo¹².

O sangramento nasal pode ser ocasionado por fatores locais ou sistêmicos. Dentre os fatores sistêmicos, podemos citar a hipertensão arterial, as coagulopatias, as doenças hematológicas e o uso de medicamentos anticoagulantes e antiagregantes plaquetários. Os fatores locais de maior frequência são: trauma (fraturas nasais ou manipulação digital), infecções de vias aéreas superiores, inalação de ar frio e seco, processos alérgicos nasais, introdução de corpos estranhos na fossa nasal, inalação de irritantes químicos, perfuração septal ou desvio de septo, presença de tumorações (nasoangiofibroma juvenil), aterosclerose dos vasos sanguíneos junto ao plexo de Woodruff e a doença de Osler-Rendu-Weber ou telangiectasia sistêmica^{2,4,13-15}.

Existem diversas formas de tratamento, que vão desde a simples compressão manual, passando pelas cauterizações e tamponamentos, até as cirurgias endoscópicas ou microscópicas².

O hospital de emergências médicas onde realizamos o estudo atende diariamente a vários pacientes com epistaxe de distintas causas e gravidades. A rotina nesse serviço de saúde pública e, que não dispõe de diagnóstico endoscópico, é a limpeza dos coágulos e a inserção de algodão com vasoconstritor seguido de compressão digital. Caso persista o sangramento e não se visualize o vaso para cauterização, realiza-se tamponamento nasal com espuma e preservativo. Internação hospitalar não é rotina. Contudo, pacientes mais idosos ou portadores de doenças sistêmicas descompensados (ex: diabéticos, hipertensos, disgrasia sanguínea), ou com epistaxe recorrente de difícil controle, ou mesmo sem condições de manejo a domicílio são rotineiramente internados. O tempo de hospitalização é variável e, em alguns casos, a permanência é superior a 7 dias.

Após a epistaxe estar cessada, o tampão é removido e o paciente observado por mais 12-24 horas. Caso não ocorra sangramento, recebe alta sendo orientado a procurar outro serviço ou posto de saúde para acompanhamento. Portanto, não se dispõe de informações sobre os desfechos no que se refere à epistaxe após a alta hospitalar. A necessidade de novos atendimentos e tratamentos não é conhecida. Na literatura, também não se encontram dados a respeito da evolução após a alta hospitalar de pacientes que passaram por internação hospitalar em decorrência de epistaxe.

Esse estudo tem como objetivo descrever os desfechos após a alta hospitalar de pacientes tamponados e hospitalizados por epistaxe não traumática em um hospital público de emergências médicas. Mais especificamente, visa avaliar a taxa de recidiva de epistaxe, o tempo entre a alta e a recidiva e a necessidade de tratamentos complementares.

MATERIAL E METODOS

O estudo foi realizado no setor de otorrinolaringologia de um hospital público de emergências médicas entre março de 2006 e março de 2007. Trata-se de uma coorte histórica. Todos os prontuários dos pacientes com epistaxe não traumática que foram tamponados e internados no hospital neste período foram selecionados para a amostra.

Para coleta de dados, um questionário detalhado foi elaborado, com especial atenção à forma de tratamento recebida, ao tempo de internação e à recidiva ou reincidência da epistaxe após alta hospitalar (Anexo 1). Através do banco de dados da instituição, os pacientes internados por epistaxe no período determinado foram identificados. Os prontuários foram analisados, buscando os dados de identificação e detalhes do atendimento intra-hospitalar. Após, os pacientes ou seus respectivos responsáveis foram contatados através de ligação telefônica e, quando autorizado mediante a leitura do termo de consentimento, aplicou-se o questionário. Para os pacientes os quais não se teve acesso ao número de telefone, enviou-se correspondências contendo o termo de consentimento, o questionário e um envelope selado para retorno da informação.

As variáveis estudadas incluíram dados pessoais, referentes à história médica pregressa, uso de medicações, internação hospitalar e pós-hospitalização.

O processamento dos dados incluiu a elaboração de arquivo de banco de dados e, a análise foi realizada no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 13.0 com auxílio de estatístico.

As variáveis quantitativas foram descritas através de média e desvio padrão (distribuição simétrica) ou mediana e percentis 25 - 75 (distribuição assimétrica). As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. Para avaliar as variáveis categóricas em relação ao sexo, recidiva e resolução do problema com o novo tratamento foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. Na comparação das variáveis quantitativas, foram utilizados o teste t-Student para amostras independentes (distribuição simétrica) ou teste de Mann-Whitney (distribuição assimétrica). O nível de significância adotado foi de 5%, sendo considerado estatisticamente significativos valores de $p \leq 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob o processo número 001.020617.07.5.

Anexo 1. Planilha de coleta de dados

Dados do Prontuário:

1. Número do prontuário:
2. Nome:
3. Idade: 4. Sexo: 5. Telefone/Endereço:
6. Profissão:
7. Período de internação:
8. História médica pregressa: () HAS () Diabete () Doença coronariana
() Doença Psiquiátrica () Asma/DPOC () Discrasia sanguínea () Outra:
9. Uso de medicação: () Ácido acetilsalicílico () Anticoagulante
() Anti-hipertensivo () AINE () outro
10. Tabagismo: () sim () não
11. Etilismo: () sim () não
12. Uso de drogas: () sim () não
13. Hábitos: () prurido nasal () espirros em salva () obstrução nasal
() uso crônico de gota nasal descongestionante () corrimento nasal
14. Cirurgias nasais no passado: () sim () não

Entrevista:

1. O sangramento nasal que levou à internação foi o primeiro episódio?
() Sim () Não
2. Quantos episódios já haviam ocorrido? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
3. No HPS, foi realizado tamponamento nasal? () Sim () Não
Anterior ou posterior? _____
4. No HPS, foi realizada cauterização nasal? () Sim () Não
Química ou elétrica? _____
5. No HPS, foi realizado alguma outra intervenção no nariz? () Sim () Não
6. Qual foi o tempo da internação? ____
7. Depois da retirada do tampão e da alta hospitalar, houve outro sangramento nasal?
() Sim () Não
8. Quantos? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
9. Quanto tempo após a alta hospitalar sem tampão ocorreu o novo episódio?
() 1^a semana ou menos () 2^a semana () 3^a semana () 1 mês
() 3 meses () 6 meses () 1 ou + anos
10. Houve necessidade de retorno à emergência hospitalar? () Sim () Não
11. Quantas vezes? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais
12. Houve necessidade de outro tratamento? () Sim () Não
13. Qual? () Cauterização () Cirurgia () Tamponamento () Embolização () outro
14. Depois desse novo tratamento o problema foi resolvido? () Sim () Não

RESULTADOS

Ocorreram perdas por dificuldades no contato dos casos. A amostra inicial foi de 87 pacientes internados por epistaxe não traumática. Foram analisados os dados dos questionários respondidos por 54 pacientes (62%). Houve uma perda de 38% da amostra inicial. Do total de perdas, estas ocorreram: por falta de conhecimento do número de telefone e endereço (27%); porque se possuía apenas o endereço (70%), mas não responderam as cartas (45% do total de 70%) ou porque o endereço estava incorreto (25% do total de 70%); e por 1 paciente ser morador de rua (3%).

A média de idade da amostra foi de 60,2 anos (desvio padrão de 15,4), com os extremos variando de 13 a 92 anos, sendo o sexo masculino o mais prevalente

(53,7%). Em relação às doenças de risco para ocorrência de epistaxe, 68,5% dos pacientes eram hipertensos previamente à internação, bem como 13% eram portadores de diabetes melito, 14,8% de doença coronariana, 9,3% de doença psiquiátrica, 14,8% de DPOC, 3,7% de discrasias sanguíneas e 25,9% de doenças diversas. Em se tratando de uso crônico de medicações, 31,5% eram usuários de AAS, 9,3% de anticoagulantes orais, 14,8% de AINES, 50% de anti-hipertensivos e 31,5% de drogas diversas. Quarenta e oito por cento dos participantes eram tabagistas e 9,3% etilistas, não havendo caso de drogadição entre os pacientes.

Os sintomas de rinite alérgica foram prevalentes entre os entrevistados, à medida que 40,7% destes referiram prurido nasal, 29,6% espirros em salva, 24,1% obstrução nasal, 31,5% corrimento nasal e 14,8% faziam uso crônico

co de gota nasal descongestionante. Treze por cento da amostra havia realizado cirurgia nasal no passado.

A caracterização da amostra conforme o gênero demonstrou uma idade média superior para o sexo masculino (62,5 anos) em relação ao feminino (57,5 anos). Entre os homens, 65,5% eram aposentados e os 34,5% restantes realizavam atividade remunerada, ao passo que 12% das mulheres eram aposentadas, 68% prestadoras de atividade não remunerada e 20%, de atividade remunerada. Estes últimos dados, comparando gênero e ocupação, evidenciaram valores estatisticamente significativos, com o valor de $p<0,001$.

A hipertensão arterial sistêmica foi a doença associada à epistaxe mais prevalente para ambos os gêneros, presente em 72,4% dos homens e 64% das mulheres. Em se tratando da medicação mais utilizada, os anti-hipertensivos também foram os mais prevalentes entre os sexos, sendo utilizados por 51,7% dos pacientes do sexo masculino e 48% do sexo feminino. Grande parte dos homens (51,7%) e das mulheres (44%) eram tabagistas. Dezesseis por cento das mulheres e 10,3% dos homens haviam sido submetidos

à cirurgia nasal no passado. (Tabela 1)

Para 50% dos pacientes, o sangramento da internação hospitalar foi o primeiro episódio de epistaxe. Em relação aos demais, 16,7% haviam apresentado apenas 1 caso anterior de sangramento nasal, enquanto que 13% haviam sofrido 2 episódios prévios, 5,6% 3 episódios e 14,8% 5 ou mais sangramentos nasais anteriores à internação.

Em relação ao tamponamento realizado, na grande maioria dos pacientes (98%) foi realizado inicialmente o tamponamento nasal anterior. Os 2% restantes foram manejados com tamponamento nasal posterior. O tamponamento anterior foi realizado com espuma envolta em preservativo e lubrificado com pomada de neomicina e bacitracina. O tamponamento posterior foi realizado com sonda de Foley.

O tempo de internação hospitalar foi equivalente para ambos os gêneros, sendo a epistaxe dessa ocasião a primeira para 55,2% dos homens e para 44% das mulheres. Dos pacientes com história prévia de epistaxe, a maior parte do sexo masculino já havia sofrido 5 ou mais episódios de epistaxe antes da internação hospitalar (17,2%),

Tabela 1. Caracterização da amostra conforme gênero

Variáveis	Total (n=54)	Gênero		P^d
		Homens (n=29)	Mulheres (n=25)	
Idade - Média ± DP	60,2 ± 15,4	62,5 ± 13,2	57,5 ± 17,5	0,234 ^a
Doenças associadas - n(%)	...	...	...	...
HAS	37 (68,5)	21 (72,4)	16 (64,0)	0,711 ^b
DM	7 (13)	6 (20,7)	1 (4,0)	0,108 ^c
Doença Coronariana	8 (14,8)	5 (17,2)	3 (12)	0,711 ^c
Doença Psiquiátrica	5 (9,3)	2 (6,9)	3 (12)	0,653 ^c
Asma/DPOC	8 (14,8)	2 (6,9)	6 (24)	0,125 ^c
Discrasia sanguínea	2 (3,7)	2 (6,9)	0 (0)	0,493 ^c
Outras doenças	14 (25,9)	6 (20,7)	8 (32)	0,526 ^b
Medicação - n(%)	...	...	...	...
AAS	17 (31,5)	10 (34,5)	7 (28,0)	0,828 ^b
Anticoagulante	5 (9,3)	3 (10,3)	2 (8)	1,000 ^c
Anti-hipertensivo	27 (50)	15 (51,7)	12 (48)	1,000 ^b
AINE	8 (14,8)	4 (13,8)	4 (16)	1,000 ^c
Outras drogas	17 (31,5)	10 (34,5)	7 (28)	0,828 ^b
Tabagismo - n(%)	26 (48,1)	15 (51,7)	11 (44)	0,769 ^b
Etilismo - n(%)	5 (9,3)	5 (17,2)	0 (0)	0,054 ^c
Drogadição - n(%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	...
Cirurgia nasal no passado - n(%)	7 (13)	3 (10,3)	4 (16)	0,692 ^c

^ateste t de student para amostras independentes;

^bteste qui-quadrado de Pearson;

^cteste Exato de Fisher

^dOs valores de "p" significam a ocorrência de diferença entre homens e mulheres para as variáveis analisadas.

enquanto que no feminino, a maioria havia apresentado apenas 1 episódio prévio (20%) (Tabela 2). Quanto ao tratamento, todos os homens (considerando 100% o sexo masculino separadamente) e 96% das mulheres (considerando 100% o sexo feminino separadamente) foram manejados com tamponamento nasal anterior.

Tabela 2. Dados referentes à internação conforme gênero

Variáveis	Total (n=54)	Gênero		P
		Homens (n=29)	Mulheres (n=25)	
Tempo de internação - Mediana (P25 - P75)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	3 (2 - 4)	0,713 ^a
Epistaxe da internação foi a 1 ^a - n(%)	27 (50)	16 (55,2)	11 (44)	0,585 ^b
Nº de episódios - n(%) ^c	...	...	...	...
1 episódio prévio de epistaxe	9 (16,7)	4 (13,8)	5 (20)	0,354 ^b
2 episódios prévios de epistaxe	7 (13)	4 (13,8)	3 (12)	...
3 episódios prévios de epistaxe	3 (5,6)	0 (0,0)	3 (12)	...
4 episódios prévios de epistaxe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	...
>=5 episódios prévios de epistaxe	8 (14,8)	5 (17,2)	3 (12)	...

^ateste de Mann-Whitney;

^b teste qui-quadrado de Pearson;

^cApenas para os pacientes que responderam negativamente à questão anterior.

Tabela 3. Dados pós-hospitalização conforme gênero

Variáveis	Total(n=54)	Gêneros		p
		Homens(n=29)	Mulheres(n=25)	
Nº de recidivas - n(%) ^a	...	...	...	0,575 ^d
1 recidiva	15 (75)	7 (77,8)	8 (72,7)	...
2 recidivas	1 (5)	0 (0,0)	1 (9,1)	...
3 recidivas	2 (10)	1 (11)	1 (9,1)	...
4 recidivas	1 (5)	1 (11)	0 (0,0)	...
>=5 recidivas	1(5)	0 (0,0)	1 (9,1)	...
Nº de retornos à emergência - n(%) ^b	...	...	...	0,521 ^e
Retornou 1 vez	9 (81,8)	5 (100)	(66,7)	...
Retornou 3 vezes	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (33,3)	...
Necessitou de outro tratamento-n(%)	14 (25,9)	8 (27,6)	6 (24)	1,000 ^d
Tipo do novo tratamento - n(%) ^c	...	...	...	0,971 ^d
Cauterização	5 (35,7)	3 (37,5)	2 (33,3)	...
Tamponamento	7 (50)	4 (50,0)	3 (50,0)	...
Cirurgia	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	...
Embolização	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	...
Outro	2 (14,3)	1 (12,5)	1 (16,7)	...
Novo tratamento foi resolutivo n(%) ^c	10 (71,4)	6 (75)	4 (66,7)	1,000 ^e

^aApenas para os pacientes que tiveram recidiva da epistaxe.

^bApenas para os pacientes que necessitaram retornar à emergência.

^cApenas para os pacientes que necessitaram de novo tratamento.

^dteste qui-quadrado de Pearson;

^eteste Exato de Fisher

A epistaxe recidivou em 37% dos pacientes após a alta hospitalar. Destes, todos haviam sido manejados com tamponamento anterior. Do total de mulheres estudadas, 44% recidivaram, ao passo que do total de homens, 31%. A recidiva foi de apenas um episódio em 75% dos casos, não tendo ocorrido variação importante entre os gêneros

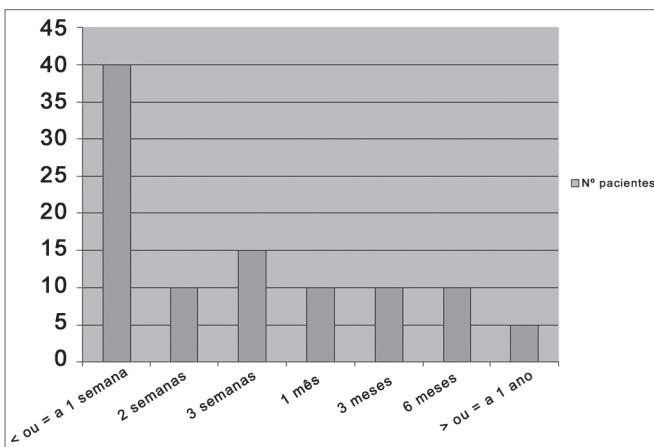


Gráfico 1. Tempo transcorrido entre a alta hospitalar e o primeiro episódio de recidiva dos pacientes da amostra.

(Tabela 3). De todos os pacientes com recidiva da epistaxe, 40% apresentaram o novo episódio de sangramento em 1 semana ou menos após a alta hospitalar (Gráfico 1).

Cinquenta e cinco por cento dos pacientes com recidiva da epistaxe retornaram à emergência hospitalar em virtude do sangramento, enquanto que 45% desses pacientes não precisaram retornar à emergência ($p<0,001$). Dos pacientes que retornaram à emergência hospitalar, 70% necessitaram de novo tratamento para controle da epistaxe, ao passo que 30% não necessitaram ($p<0,001$). Dos tratamentos empregados, em virtude da recidiva, 50% realizaram tamponamento nasal, 35,7% submeteram-se à cauterização e 14,3% referiram outros tratamentos. Em nenhum paciente foi empregado cirurgia ou embolização. Para 71,4% dos indivíduos o novo tratamento utilizado foi resolutivo (Tabela 3).

Tabela 4. Caracterização da amostra conforme recidiva

Variáveis	Recidiva		<i>p</i>
	Sim (n=20)	Não (n=34)	
Doenças associadas - n(%)	...	...	...
HAS	14 (70,0)	23 (67,6)	1,000 ^a
DM	1 (5,0)	6 (17,6)	0,239 ^b
Doença Coronariana	2 (10,0)	6 (17,6)	0,695 ^b
Doença Psiquiátrica	3 (15,0)	2 (5,9)	0,347 ^b
Asma/DPOC	4 (20,0)	4 (11,8)	0,450 ^b
Discrasia sanguínea	0 (0,0)	2 (5,9)	0,525 ^b
Outras doenças	3 (15,0)	11 (32,4)	0,279 ^a
Medicações - n(%)	...	...	...
AAS	7 (35,0)	10 (29,4)	0,902 ^a
Anticoagulante	2 (10,0)	3 (8,8)	1,000 ^b
Anti-hipertensivo	11 (55,0)	16 (47,1)	0,778 ^a
AINE	3 (15,0)	5 (14,7)	1,000 ^b
Outras drogas	6 (30,0)	11 (32,4)	1,000 ^a
Tabagismo - n(%)	11 (55,0)	15 (44,1)	0,624 ^a
Etilismo - n(%)	1 (5,0)	4 (11,8)	0,640 ^b
Uso de drogas - n(%)	0 (0,0)	0 (0,0)	...
Sintomas de RA - n(%)	...	...	...
Prurido nasal	8 (40,0)	14 (41,2)	1,000 ^a
Espirros em saliva	7 (35,0)	9 (26,5)	0,723 ^a
Obstrução nasal	5 (25,0)	8 (23,5)	1,000 ^b
Uso crônico de GND	5 (25,0)	3 (8,8)	0,130 ^b
Corrimento nasal	6 (30,0)	11 (32,4)	1,000 ^a
Cirurgia nasal o passado - n(%)	4 (20,0)	3 (8,8)	0,403 ^b

^ateste qui-quadrado de Pearson;

^b teste Exato de Fisher

A idade média dos pacientes com recidiva da epistaxe foi de 60,8 anos; entre os que não recidivaram, a idade média foi de 59,9 anos. A mediana do tempo de internação foi equivalente para os dois grupos, sendo a mesma de 3 dias. Dos pacientes com recidiva da epistaxe após a alta hospitalar, 70% eram hipertensos e 20% eram portadores de asma/DPOC, enquanto que entre os que não recidivaram encontramos 67,6% com HAS e 11,8% com asma/DPOC. Nenhum dos pacientes com recidiva da epistaxe era portador de discrasia sanguínea. Em relação às medicações, todas as analisadas apresentaram maior prevalência entre os pacientes com novo episódio de sangramento nasal: 35% faziam uso de AAS, 10% de anticoagulante, 55% de anti-hipertensivo, 15% de AINE e 30% de outras drogas. Cinquenta e cinco por cento dos pacientes com recidiva eram tabagistas, enquanto que 44,1% dos sem recidiva também eram tabagistas. Quanto aos sintomas de rinite alérgica, não houve diferença importante na ocorrência destes entre os casos de recorrência ou não da epistaxe. Vinte por cento dos pacientes com recidiva haviam sido submetidos à cirurgia nasal prévia, enquanto que 8,8% dos pacientes sem recidiva haviam realizado cirurgia (Tabela 4). O sangramento da internação foi o primeiro para 55% dos pacientes que recidivaram.

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou uma alta taxa de recidiva de epistaxe após a alta hospitalar (37%). Além disso, demonstrou que na maioria das vezes o sangramento ocorreu na primeira semana após a alta e que cerca de 20% dos pacientes do total da amostra retornaram ao hospital para novo tratamento. Considerando apenas os pacientes com recidiva da epistaxe, 55% retornaram à emergência em função do sangramento e 70% destes necessitaram de novo tratamento após a recidiva. Não temos dados da literatura para comparar os resultados encontrados. Contudo, apesar de ser uma amostra pequena e que impede grandes análises estatísticas, 37% nos parece bastante significativo. As explicações para isso podem decorrer de vários fatores, em especial da população que compõe essa amostra. Os pacientes que são internados por epistaxe, geralmente apresentam quadros mais severos e resistentes do que os pacientes que não são internados. Além disso, a grande maioria deles apresenta doenças sistêmicas e, como se trata de hospital público, não tem condições adequadas de tratamento e acompanhamento destas afecções. Assim sendo, não utilizam medicamentos para o controle da pressão arterial, por exemplo, e em função de exigências de trabalho, não conseguem fazer o repouso muitas vezes necessário no período pós-tamponamento nasal.

Conhecer os desfechos após o tratamento recebido em uma instituição de saúde é muito importante, pois teoricamente possibilitaria avaliar se o manejo empregado

está correto ou pode ser melhorado. Observou-se que na grande maioria dos casos que recidivaram, o sangramento ocorreu na primeira semana após a alta hospitalar (40%), o que coloca em questão a conduta atual de dar alta para o paciente 12 a 24 horas após a remoção do tamponamento na instituição analisada. Especulamos que se os pacientes fossem mantidos mais tempo em observação e em repouso no hospital, essas taxas de recidiva poderiam ser menores, assim como a necessidade de tratamento complementar. Contudo, este problema é difícil de ser contornado em função da escassez de leitos nos hospitais públicos e da necessidade de liberação permanente dos mesmos a pacientes mais enfermos. Isto é reforçado pelo fato de que ao retornar à emergência, um novo tamponamento resolveu o problema em 71% dos casos. Muitas vezes quando os pacientes retornam com epistaxe após tratamento recente com tamponamento opta-se por tratamento cirúrgico. Contudo, na instituição do estudo, assim como na maioria dos hospitais públicos, não se dispõe de material adequado tanto para o tratamento cirúrgico, como para o tratamento por embolização, motivos pelos quais os pacientes são retamponados.

Uma vez que o ponto de sangramento é identificado pela rinoscopia anterior, a cauterização do vaso (química, elétrica ou a laser) é a primeira escolha para o tratamento da epistaxe. Quando esse método não é suficiente para controlar o sangramento, pode haver necessidade de tamponamento nasal anterior ou posterior¹⁵.

O tamponamento nasal foi introduzido na prática médica por Hipócrates e vem sendo realizado até os dias de hoje como procedimento de rotina nos serviços de emergência¹⁵. O tamponamento da cavidade nasal anterior possui eficácia menor do que a cauterização, pois não atua diretamente sobre o vaso sangrante, mas exerce pressão uniforme sobre a mucosa como um todo¹³. O edema e o processo inflamatório resultantes da presença do tampão atuam impedindo o sangramento¹⁵. Existem diversos tampões nasais disponíveis, sendo mais comumente usados os de rayon ou gaze. Outras alternativas são os tampões feitos com dedo de luva preenchidos com gaze, esponja de uso doméstico revestida por preservativo e tampão Meroce^{4,14}. Quando o sangramento é posterior ou quando a tamponamento anterior não é suficiente, há necessidade de tamponamento posterior. Se o tampão posterior não conseguir controlar o sangramento ou, se na sua remoção em ambiente hospitalar após 48-72 horas houver recidiva do sangramento, deve-se considerar a cauterização ou ligadura arterial endoscópica.

A embolização arterial é mais utilizada em tumores nasais vasculares, como o nascogangliofibroma juvenil, em período pré-operatório, para diminuir o fluxo sanguíneo tumoral durante o ato cirúrgico. Pode ser utilizada também em epistaxes severas e persistentes que não respondem ao tratamento clínico^{4,16-18}.

O tamponamento nasal com espuma e preservativo, ou mesmo dedo de luva, é o método mais realizado na maioria dos centros que lida com epistaxe^{2,7,14-15}. É um método rápido e fácil de ser realizado, e mais do que isso, muito barato, fator essencial em serviço de atendimento público. O tempo de permanência do tampão nasal não é absolutamente definido na literatura, contudo a maioria dos otorrinolaringologistas deixa o mesmo por no mínimo 48 horas^{2,4,14-15}. Não nos parece que a remoção prematura do tampão tenha sido a causa desta alta taxa de recidiva, mas sim os fatores discutidos no primeiro parágrafo (pacientes com quadros mais severos e descompensados clinicamente). A conduta no hospital analisado nos pacientes internados por epistaxe é mantê-los tamponados e em repouso absoluto até que ceda o sangramento. Nesse momento, o tampão é removido e o paciente recebe alta em 12 a 24 horas. Este talvez seja um fator a ser reconsiderado. Outro fator é mostrar a partir deste estudo a necessidade de investimento para material de cirurgia endoscópica. Como 20% dos casos retornam à emergência e necessitam novos tratamentos incluindo hospitalização, o tratamento cirúrgico poderia, a médio prazo, representar uma grande economia para o setor público, visto seu maior poder de resolução e menor necessidade de tempo de hospitalização^{1,11,16-20}.

O tempo de internação mediano dos pacientes da nossa amostra foi de 3 dias, conferindo com as informações da literatura^{3,21}. O episódio de epistaxe da internação foi o primeiro para 50% dos pacientes. Não temos dados na literatura para comparar este resultado.

A epistaxe tem uma distribuição bimodal em relação às faixas etárias, com o primeiro pico de incidência durante a infância e o outro por volta dos 50 anos de idade em diante^{3,13-14}. Acreditamos que nossa pesquisa evidenciou apenas um pico, envolvendo os pacientes idosos, devido ao fator internação hospitalar que é resultante de epistaxes de maior gravidade, geralmente em decorrência de doenças sistêmicas, mais prevalentes em indivíduos com faixa etária mais elevada.

Pela análise estatística as características da amostra avaliada não foram diferentes nos pacientes com e sem recidiva da epistaxe, no entanto estes resultados devem ser interpretados com cautela em função da amostra pequena e consequentemente do pequeno poder estatístico. Contudo algumas observações são pertinentes. Sessenta e nove por cento dos pacientes desta amostra eram hipertensos. A literatura mostra claramente uma associação entre HAS e epistaxe⁵, entretanto a relação de causa e efeito é questionado²². Outros dois fatores de risco para epistaxe que apresentaram altas taxas nesta amostra foram o tabagismo (48%) e o uso de ácido acetilsalicílico (31%). A literatura mostra que há associação entre o uso de ácido acetilsalicílico e a epistaxe^{4,13-15}, sendo que o risco de sangramento nasal aumenta em aproximadamente duas vezes nos pa-

cientes em uso desta medicação²². Quanto ao tabagismo, é citado como fator de risco para epistaxe severa²³. Os sintomas relacionados à rinite alérgica apresentaram alta incidência nessa amostra, principalmente o prurido nasal (41%). A epistaxe pode ser desencadeada tanto pelos atos de coçar, espirrar, assoar o nariz, tossir, quanto ao uso de gota nasal descongestionante, fatores estes relacionados aos quadros alérgicos nasais^{4,13-15}.

Várias podem ser as razões para a alta recidiva observada com a técnica utilizada em nossa amostra. Uma delas é que estes são pacientes mais graves que procuram o serviço de urgência e necessitam hospitalização para o tratamento não somente do evento hemorrágico, mas também de comorbidades. Outro aspecto é que o preservativo com espuma (ou esponja?) costuma preencher as porções mais inferiores da cavidade nasal. Alguns casos, onde o sangramento é proveniente de porções mais superiores do nariz podem não ser resolvidos desta forma. Por último podemos também especular que o tempo para remoção do tampão foi precoce demais.

Um erro sistemático identificado nesse estudo ocorreu em relação ao tempo de seguimento. O tempo entre a internação e a entrevista com o paciente não foi considerado, ou seja, pacientes entrevistados em um período mais longo após o episódio de epistaxe da internação possuem risco maior de recidivas em relação aos entrevistados em menos tempo. Outra questão que deve ser apontada é em relação às perdas da amostra quanto à localização em alguns casos e quanto à resposta em outros. Estas foram uma grande dificuldade na realização desse estudo, presente em dois momentos: primeiro, devido à falta de dados que possibilitassem o acesso aos pacientes (telefone, endereço) nos prontuários médicos; e em um segundo momento, pela falta de interesse dos indivíduos em colaborar com a pesquisa, não respondendo às correspondências que continham os questionários.

CONCLUSÃO

A taxa de recidiva de epistaxe não-traumática em pacientes que estiveram tamponados e hospitalizados em um hospital público de emergências médicas foi de 37%. O tempo entre a alta e a recidiva na maioria dos casos ocorreu na primeira semana após a alta hospitalar (40% dos casos) e cerca de 20% dos casos retornam à emergência para nova avaliação e tratamento. Apesar de a amostra ser pequena, estes dados exigem uma reavaliação do modelo atual de manejo da epistaxe na maioria dos hospitais públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos R, Leonhardt F, Ferri R, Gregório L. Ligadura endoscópica endonasal da arteria esfenopalatina para epistaxe severa. Rev Bras Otorrinolaringol. 2002;68:511-4.
2. Roithmann R. Epistaxe. In: Rotinas em pronto socorro, Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 557-563.

3. Saurabh V. Epistaxis: A retrospective clinical study. Indian Pediatr. 2005;57:125-9.
4. Santos R, Cedin AC. Epistaxe em Pediatria. Sociedade Brasileira de Rinologia e Cirurgia Plástica da Face 2005.
5. Herkner H, Havel C, Müllner M, Gamper G, Bur A, Temmel A, et al. Active epistaxis at ED presentation is associated with arterial hypertension. Am J Emerg Med. 2002;20:92-5.
6. Monte E, Belmont M, Wax M. Management paradigms for posterior epistaxis: A comparison of costs and complications. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;121:103-6.
7. Evans A, Young D, Adamson R. Is the nasal tampon a suitable treatment for epistaxis in Accident & Emergency? A comparison of outcomes for ENT and A&E packed patients. J Laryngol Otol. 2004;118:12-4.
8. Rivero V, Ruiz G, Palomino A, Romero G, Hernández C, García M, Yáñez T, Huelva A. Consideraciones sobre las urgencias ORL. Análisis de 30.000 pacientes atendidos en 10 años. Acta Otorrinolaringol Esp. 2005;56:198-201.
9. Abreu H, Nigro C, Nigro J. Severe epistaxis: medical treatment. Arquivos de Orl, São Paulo, 1997. Acesso ao site: 12/10/07. Disponível em: http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=12
10. Coraçari, A. Embolização angiográfica para o tratamento de epistaxe devido a pseudoaneurisma de artéria maxilar interna: relato de caso e revisão de literatura. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71:15-9.
11. Patrocínio JA, Patrocínio L. Manual de Urgências em Otorrinolaringologia. Livraria e Editora Revinter Ltda 2005; 15-21
12. Kucik C, Clenney T. Management of epistaxis. Am Fam Physician. 2005;312(71):305-11.
13. Pope LER, Hobbs CGL. Epistaxis: an update on current management. Postgrad Med J. 2005;81(955):309-14.
14. Balbani A, Formigoni G, Butugan O. Tratamento da Epistaxe. Rev Assoc Med Bras. 1999;45(2):189-93.
15. Abdelkader M, Leong SC, White PS. Endoscopic control of the sphenopalatine artery for epistaxis: longterm results. J Laryngol Otol. 2007;121(8):759-62.
16. Oguni T, Korogi Y, Yasunaga T, Sadanaga T, Uozumi H, Kawanaka K, et al. Superselective embolisation for intractable idiopathic epistaxis. Br J Radiol. 2000;73:1148-53.
17. Ortiz J, Bhattacharyya N. Management pitfalls in the use of embolisation for the treatment of severe epistaxis. Ear Nose Throat J. 2002;81(3):178-83.
18. Sadri M, Midwinter K, Ahmed A, Parker A. Assessment of safety and efficacy of arterial embolisation in the management of intractable epistaxis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006;263(6):560-6.
19. Hernández J, Ordóñez LE. Comparación del manejo quirúrgico versus no quirúrgico en pacientes con epistaxis posterior. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:41-6.
20. Srinivasan V, Sherman I, OSullivan G. Surgical management of intractable epistaxis: audit of results. J Laryngol Otol. 2000;114:697-700.
21. Upile T, Jerjes W, Sipaul F, Maayyah ME, Singh S, Hopper C, et al. A change in UK epistaxis management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008;265(11):1349-54.
22. Lubianca JF, Bredemeier M, Carvalhal EF, Arruda CA, Estrella E, Pletsch A, et al. Estudo da associação entre epistaxe e gravidade da hipertensão arterial sistêmica. Rev Bras Otorrinolaringol. 1996;62:99-108.
23. Venosa A, Butugan O, Voegels RL, Valentini M, Cocchiari CR, Ykino CM, et al. Epistaxe severa: estudo retrospectivo. Rev Bras Otorrinolaringol. 1998;64(1):57-60.