

Manuel es un hombre de 58 años, hipertenso, con SAOS, y con valvulopatía mitral reumática que ha precisado recambio con prótesis mecánica hace 4 años y tratamiento anticoagulante crónico con Sintrom.

Ingreso en la sala de M Interna de nuestro hospital por empeoramiento de su disnea basal, que se interpreta como fallo mixto respiratorio y cardiaco congestivo, y que mejora de forma significativa con tratamiento depletivo y broncodilatador.

Avisa a las 23 h del segundo día de su ingreso por epistaxis. Se observa salida de sangre “en sábana” por la narina izquierda. No refiere antecedente traumático previo ni “haberse metido el dedo en la nariz”. No hay datos de deterioro añadido: no depresión del nivel de consciencia, signos vitales mantenidos sin taquicardia (95/min) ni taquipnea (20/min), aunque sí hay alarma en el enfermo y su familia por lo aparatoso del sangrado. Refiere algún sangrado nasal de poca monta en la juventud, posiblemente por manipulación nasal. Su familia le ha puesto agua fresca en la nuca, ha comprimido la aleta de la nariz y ha reclinado la cabeza para atrás, pero sigue sangrando. En el ingreso se ha modificado la pauta anticoagulante, sustituyendo Sintrom por enoxaparina cada 12 horas. Avisan al médico de guardia. Éste sugiere limpiar las fosas nasales y colocar una gasa impregnada de vasoconstrictor (Adrenalina) y anestésico local (lidocaína) en la narina izquierda. Pero la epistaxis no cede por completo. Pide un control de hemostasia, que muestra alteración importante del índice de Quick (23%) -la dosis de enoxaparina 80 mg se ha administrado a las 21 horas-. Avisan al ORL.

El internista de guardia sugiere la aplicación de una nueva gasa en la fosa nasal izquierda impregnada con Tranexámico, de acuerdo a un trabajo recientemente comentado en su servicio (Akkan S et al. Evaluating effectiveness of nasal compression with tranexamic acid compared with simple nasal compression and merocel packing: a randomized controlled trial. *Annals of Emergency Medicine* 2019). Se plantean algunas preguntas:

- ¿el coste económico del ácido tranexámico puede que limite su uso incluso en situaciones de emergencia?
- ¿la posibilidad de mayor recidiva de la epistaxis puede justificar alguna actitud invasiva por ORL (arteriografía, cauterización de lesiones apreciables en rinoscopia, etc)?