

Epistaxis

Fecha de la última revisión: **30/04/2016**

Índice de contenidos

1. [¿Qué es la epistaxis?](#)
2. [¿Cuáles son las causas de la epistaxis?](#)
3. [¿Cuál es la valoración inicial ante una epistaxis?](#)
4. [¿Qué pasos se recomienda seguir en la consulta ante un paciente con epistaxis?](#)
5. [Recomendaciones para los pacientes](#)
6. [Consideraciones terapéuticas](#)
7. [Algoritmo de manejo de la epistaxis](#)
8. [Factores de remisión al nivel hospitalario](#)
9. [Bibliografía](#)
10. [Más en la red](#)
11. [Autores](#)

¿Qué es la epistaxis?

Con el término “epistaxis” se define toda hemorragia con origen en las fosas nasales. Es el motivo de consulta urgente más frecuente en ORL (Cohn B, 2015; Fishpool SJ, 2012; Vaamonde P, 2000): hasta un 60% de la población llega a presentar un episodio durante su vida y de estos, un 6% requieren tratamiento médico (Bamimore O, 2015; Kucik CJ, 2005; Schlosser RJ, 2009). La epistaxis es más frecuente en varones, con una mayor incidencia en la infancia y la adolescencia, así como en la senectud (Kasperek ZA, 2013; Record S, 2015).

En general se trata de un proceso banal y autolimitado por lo que puede ser tratado desde la atención primaria, pero en ocasiones puede ser signo de un proceso grave llegando a comprometer el estado general del paciente, sobre todo si es muy abundante y si se produce en personas mayores, sobre las que se debe tener siempre una mayor atención (Klossek JM, 2006; Pope LE, 2005).

Las epistaxis se clasifican en dos tipos:

- Anterior: la hemorragia sale al exterior por los orificios nasales, originándose en general en el plexo de Kiesselbach, área formada por anastomosis de arterias originadas en la carótida externa. Representan hasta el 90% de todas las epistaxis.
- Posterior: el sangrado fluye a la faringe por las coanas, presentando un control más problemático; suele originarse en las áreas vascularizadas por la arteria esfenopalatina y arterias etmoidales.

¿Cuáles son las causas de la epistaxis?

Desde un punto de vista etiológico, las epistaxis (Abrich V, 2014; Bamimore O, 2015; Fishpool SJ, 2012; Pope LE, 2005; Schlosser RJ, 2009) pueden deberse a:

- Causas locales: idiopáticas, microtraumatismos (hurgado-rascado de fosas nasales), resfriado común, rinitis, sinusitis, factores ambientales (Danielides V, 2002) (sequedad ambiental, humedad, altura, humo del tabaco), traumatismos, cuerpos extraños (se incluyen “piercings”), tumores (neoplasias, pólipos y angiofibromas).
- Causas sistémicas: fármacos (abuso de descongestionantes, toma de AAS y anticoagulantes/antiagregantes), oxigenoterapia, enfermedades infecciosas (gripe, escarlatina, fiebre tifoidea), cardiovasculares (HTA, arterioesclerosis) (Herkner H, 2002; Kikidis D, 2014), hematológicas (coagulopatías [García FJ, 1998], leucemias, anemia aplásica), endocrinas (gestación, diabetes, feocromocitoma), renales (nefritis) y miscelánea (abuso de drogas ilegales como cocaína).

¿Cuál es la valoración inicial ante una epistaxis?

En atención primaria debemos considerar las siguientes **normas generales** (Bamimore O, 2015; Gamboa FJ, 2015; Kucik CJ, 2005; Schlosser RJ, 2009), siempre garantizando la permeabilidad de la vía aérea y estabilidad hemodinámica del paciente:

- Primero tranquilizaremos al paciente. Si llega a ser necesario y es factible, se puede administrar **diazepam** 5 mg, vía oral-sublingual.
- Colocaremos al paciente con la cabeza inclinada hacia delante y abajo, evitando así la deglución de restos hemáticos. Es importante localizar la fosa nasal de la que procede la hemorragia y valorar si es anterior o posterior, para realizar un taponamiento eficaz, teniendo en cuenta que hasta un 14% de las epistaxis no llegan a coagular con los tratamientos iniciales (Soyka MB, 2011).
- Es obligatorio localizar el punto sangrante para lo que realizaremos una rinoscopia anterior, diferenciando la epistaxis de posibles cuadros de hemoptisis, rotura de varices esofágicas o tumores naso-faríngeo-laríngeos.
- Un aspecto importante es conocer los antecedentes personales: toma de fármacos, alergias y el examen físico. Averiguaremos las circunstancias de la aparición, duración, volumen de la hemorragia y su frecuencia.
- Valoraremos el estado hemodinámico, con control de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca. Si la epistaxis ha sido prolongada o se considera que el paciente puede requerirlo, se instaura una perfusión intravenosa de líquidos. Si es necesario un estudio del hematocrito, coagulación y plaquetas, el paciente se diferirá a un centro hospitalario (ver apartado "Factores de remisión al nivel hospitalario"). Si nos encontramos con una hipertensión arterial, controlaremos primero la epistaxis y, posteriormente, la tensión arterial.
- Debe considerarse el estudio diagnóstico ante epistaxis de repetición en niños (García FJ, 1998).

¿Qué pasos se recomienda seguir en la consulta ante un paciente con epistaxis?

Ante un paciente con epistaxis, debemos ir aplicando estas técnicas, de forma progresiva si se valora que el sangrado no cesa (Bamimore O, 2015; Gamboa FJ,

2015; Gutiérrez C, 2012; Nikolaou G, 2013; Kucik CJ, 2005; Schlosser RJ, 2009; Soyka MB, 2011):

1. Utilización de **elementos de protección individual para cualquier profesional que se disponga a atenderlo**, dado que el paciente como mínimo estará bastante incómodo (y puede toser y/o estornudar): mascarilla, guantes, protección ocular y bata.

2. **Limpieza y sonado**. Si se dispone de aspirador, recoger el contenido nasal de delante hacia atrás.

3. **Localizar la zona sangrante**.

4. Con el paciente sentado y ligeramente inclinado hacia delante para evitar la deglución de sangre, efectuamos una **compresión digital externa** sobre las alas nasales durante unos 5 a 10 minutos. El 90% de las epistaxis anteriores pueden ser controladas de esta forma. Si no cede colocaremos un algodón empapado con agua oxigenada atornillándolo. Otra alternativa si no existen contraindicaciones es la aplicación local de oximetazolina nasal al 0,05%, **lidocaína** al 2% con **epinefrina** o adrenalina 1:1000, provocando una vasoconstricción. Se aplica la presión externa y se retira el algodón a los 15 minutos. Exploramos de nuevo fosas nasales y orofaringe. Si no cede, intentar una vez más y si no se soluciona o se considera necesario realizaremos un taponamiento anterior.

5. **Cauterización del punto sangrante**: se puede realizar en aquellos casos de hemorragia activa leve o cuando el sangrado se ha detenido pero se visualizan vasos muy prominentes. Utilizaremos nitrato de plata y sólo se aplicará en un lado del tabique nasal para reducir el riesgo de perforación, comenzando en los tejidos circundantes y luego sobre el punto sangrante durante 5-10 segundos, evitando el uso prolongado o realizar demasiada presión.

Hay otras alternativas en pacientes con sangrados recurrentes a base de geles de glicina y calcio (Nasohem®) o de polímeros y potasio (Nosebleed QR®) que se puede aplicar el propio paciente y después realizar una presión directa sobre 15-20 segundos, pero no hay suficientes ensayos clínicos ni series de casos que demuestren su eficacia.

6. **Taponamiento anterior**: en pacientes con sangrado persistente, cuando ha fallado la cauterización o si no se identifica claramente el punto sangrante. Lo realizaremos con una gasa orillada o en su defecto, con tiras de gasa normal. Impregnarlas con vaselina estéril o pomada antibiótica. Hay que dejar un cabo de gasa colgando en el exterior de la fosa nasal el cual se sujeta con la mano izquierda y con unas pinzas de bayoneta, se dispone la gasa del suelo al techo y de atrás hacia delante (como un “acordeón”) lo más prieta posible rellenando la cavidad con la mayor cantidad de gasa posible. El trozo sujeto con la mano izquierda es el último en introducirse, evitando así el deslizamiento de la gasa a rinofaringe. Por el exterior se coloca un esparadrapo evitando la expulsión del tapón.

Otros procedimientos alternativos para llevar a cabo el taponamiento anterior, si se dispone de ellos, consisten en la colocación de una esponja tipo Merocel®: su colocación es rápida, aunque para todo este procedimiento no hace falta ir deprisa pero sí es importante no parar. Primero hacer sonar con cuidado cada fosa, se introduce la esponja lubricada pero escurrida (con crema nasal antibiótica) siguiendo el suelo de la fosa nasal y seguidamente humedecerla con suero fisiológico hasta taponar totalmente la fosa nasal, a la que la esponja se amolda. En adulto el tamaño más utilizado es el de 10 cm. Si no se dispone de medida adecuada, se puede recortar con una tijera de Mayo dejando el extremo como lo presenta el fabricante. Otro dispositivo a utilizar son los formados por un globo hinchable recubierto de un compuesto hidrocoloide de carboximetilcelulosa (Rapid Rhino®) que favorece la agregación plaquetaria y tiene un efecto lubricante. Tras introducir el dispositivo en agua estéril durante 30 segundos, lo insertaremos siguiendo el suelo de la fosa nasal y lo inflaremos con una jeringa con 20 ml de aire.

Valoraremos varias veces la orofaringe asegurándonos de la ausencia de sangrado posterior. Es posible que sea necesario el taponamiento bilateral. Se debe informar al paciente de las posibles molestias: cefalea, sequedad bucal y epifora, principalmente. En pacientes con patología pulmonar asociada se debe tener una mayor precaución por el riesgo de hipoxia. El taponamiento se retira ambulatoriamente en 48 horas, aunque en ocasiones, sobre todo en anticoagulados, se deja de 4 a 7 días.

7. Ante un taponamiento se recomienda pautar **cobertura antibiótica** oral (Pope LE, 2005) para evitar complicaciones como la sinusitis o la otitis media, valorando con el paciente, los beneficios de su toma, frente a los posibles daños (Biggs TC, 2013; Cohn B, 2015; Pérez F, 2016): **amoxicilina-ácido clavulánico**, 500-125 mg/8 horas o **cefalexina**, 250 mg/6 h. Si existe alergia a la penicilina: **eritromicina**, 500 mg/6 horas o **claritromicina**, 250 mg/12 h. Pautar también **analgesia**: **paracetamol** 500-650 mg/4-6 horas, sin exceder de 4 g/día valorando la dosis según el peso especialmente en la edad infantil.

8. **Taponamiento posterior**: es un procedimiento que suele realizarse en medio hospitalario y con indicación de ingreso. Sin embargo es recomendable conocerlo por si fuera necesario ante epistaxis muy abundantes e incoercibles. Puede realizarse con una torunda de gasa, colocada vía transoral en nasofaringe y manteniéndola en posición con un hilo de seda, con sondas específicas de neumotaponamiento o con una sonda Foley preferentemente nº 14 ó 16 (Gaspar-Sobrinho FP, 2014):

- Taponamiento con sonda de Foley: con el paciente acostado sobre la camilla, inclinar la cabecera hasta los 90º para que no pueda echar la cabeza hacia atrás, pasando de forma previa a la introducción de la sonda, una seda fuerte por el ojal de su punta para que sirva de sujeción al vestíbulo nasal hasta el final del taponamiento, se introduce suavemente la sonda con el balón no hinchado por la ventana nasal correspondiente, impregnada con vaselina estéril, hasta que se visualice en la orofaringe, por detrás de la úvula. Se introducen unos 10 ml de aire o suero fisiológico en el balón y entonces se retrae el catéter de forma suave pero firme, contra la coana posterior fijándolo al vestíbulo nasal mediante la seda fuerte que se anuda al vestíbulo nasal sobre una gasa enrollada. Se comprueba si la presión del balón es suficiente, inflándolo lentamente, no superando en general los 10 ml y máximo hasta unos 30 ml, valorándose a la vez si existen signos de sangrado en faringe. Si ha cesado, se realiza un taponamiento anterior de las dos fosas nasales. Si aún se objetiva hemorragia, se coloca otra sonda Foley contralateral de igual forma, seguida de taponamiento anterior. Pautar de nuevo cobertura antibiótica vía oral y analgesia, al ser los taponamientos posteriores muy dolorosos. Remitir al hospital para valoración y control por ORL (ver apartado "Factores de remisión al nivel hospitalario").
- Taponamiento con sonda de neumotaponamiento (Epistat o Storz T3100®): se inserta por la cavidad nasal hacia la orofaringe, se infla el balón posterior con 5-8 cc de suero y tiramos del mismo hasta que impacte en el cavum, mientras llenamos el proximal con 15-20 ml o hasta cohibir la hemorragia.

9. Puede ser necesaria la **valoración por un ORL** (Bamimore O, 2015; Kucik CJ, 2005), hematólogo u otro especialista según la situación del paciente (ver apartado "Factores de remisión al nivel hospitalario"), no sólo ante el procedimiento de un taponamiento posterior, pues llegan a ser necesarios **procedimientos más especializados** (Bamimore O, 2015; Pope LE, 2005; Vaamonde P, 2000; Vergara Hernández J, 2006): embolización arterial, ligadura arterial quirúrgica (Villwock JA, 2013), cauterización endoscópica o dermoplastia nasal, entre otros.

Recomendaciones para los pacientes

Si derivamos al paciente a su domicilio tras el control de la epistaxis, recomendaremos estas normas:

- Durante los dos-tres primeros días:
 - Intentar estar sentado o en la cama semi-incorporado.
 - Dieta blanda y fría.
 - Evitar consumo de aspirina, tabaco y alcohol. En caso de hábito tabáquico, aconsejar dejarlo: fumar seca e irrita las fosas nasales.
 - Prescindir de realización de ejercicio físico durante unos días.

- Intentar no limpiarse la nariz en un par de días.
- Como normas generales:
 - Evitar estornudos enérgicos y si se estornuda hacerlo con la boca abierta.
 - Al limpiar las fosas nasales: al hacerlo, utilizar preferentemente irrigaciones nasales salinas o una solución salina doméstica (una cucharadita de sal en un litro de agua, mezclarlo, hervir y aplicar el agua, ya tibia).
 - Se pueden utilizar en períodos de sequedad, alguna pomada nasal con retinol.
 - Valorar el uso de humidificadores de ambiente, sobre todo en los dormitorios.
 - Limitar el uso de fármacos como aspirina e ibuprofeno.
- En niñas y niños: cortar las uñas con frecuencia, educándoles para evitar hurgarse la nariz, manteniendo precaución ante objetos que puedan aspirar o colocarse en las fosas nasales. En cualquier caso, informar y tranquilizar a las madres y padres.
- Ante una nueva epistaxis: colocarse hielo protegido con un paño en la nuca o masticar hielo (produce una vasoconstricción refleja) y una gasa o algodón impregnados en agua oxigenada en la fosa nasal, comprimiendo digitalmente las alas nasales durante unos 5 a 10 minutos, de forma firme y constante.
 - Si el sangrado no cede, existe algún problema respiratorio o hay un cuerpo extraño en la nariz debe localizar asistencia sanitaria de manera urgente.

Consideraciones terapéuticas

- En niños con epistaxis idiopática recurrente el tratamiento más óptimo no está aclarado. En una revisión sistemática publicada en la colaboración Cochrane (Qureishi A, 2012) y otros artículos relacionados (Loughran S, 2004; Robertson S, 2008) no se aprecian pruebas suficientes sobre el método más eficaz entre los diferentes tratamientos evaluados (crema antiséptica de **clorhexidina** y neomicina, vaselina y cauterización con nitrato de plata), excepto la referencia a una experiencia dolorosa con la cauterización química con nitrato de plata: en niños se recomienda cauterizar con nitrato de plata al 75%, en vez de al 95%, por causar menos dolor y ser más efectivo a corto plazo. Anotamos que en menores de dos años, es un proceso infrecuente por lo que hay que valorarlos en profundidad para considerar etiologías de mayor índole (Record S, 2015).
- Se ha evaluado la eficacia de otros tratamientos como gasa vaselinada (Loughran S, 2004), **ácido tranexámico** (Ker K, 2013) o cremas antisépticas (con **clorhexidina** y neomicina) (Robertson S, 2008), sin haberse establecido resultados concluyentes. Son necesarios más estudios con una mejor calidad en los ensayos aleatorios controlados para evaluar méritos de cada tratamiento así como evaluar intervenciones que intenten evitar episodios recurrentes, incluyendo a productos comerciales como geles de glicina y calcio o tampones nasales expandibles con la sangre, sobre todo en taponamientos anteriores, para conocer mejor sus efectos.
- A lo largo de los últimos años han surgido diferentes opciones que no restan vigencia al taponamiento anterior clásico con gasa orillada, como el taponamiento con esponja expandible (Merocel®) o neumotaponamiento (Rapid Rhino®) que según la experiencia, pueden facilitar la inserción y mejorar el confort para el paciente, reduciendo el resangrado al retirarlos (Gifford TO, 2008; Singer AJ, 2005).
- Integrar como formación continua en la atención primaria, un protocolo adecuado de manejo de la epistaxis, así como el conocimiento de los diferentes métodos (y su material necesario), puede mejorar la adecuada gestión de los pacientes que requieren mayores necesidades de cuidados, sobre todo las personas ancianas y pacientes con factores de riesgo: la información y el entrenamiento en la adecuada atención a los episodios de epistaxis sobre todo en este tipo de pacientes y en otros, con epistaxis recurrentes, reduce las posibles complicaciones y la necesidad de hospitalización (Ho EC, 2008; Pope LE, 2005).

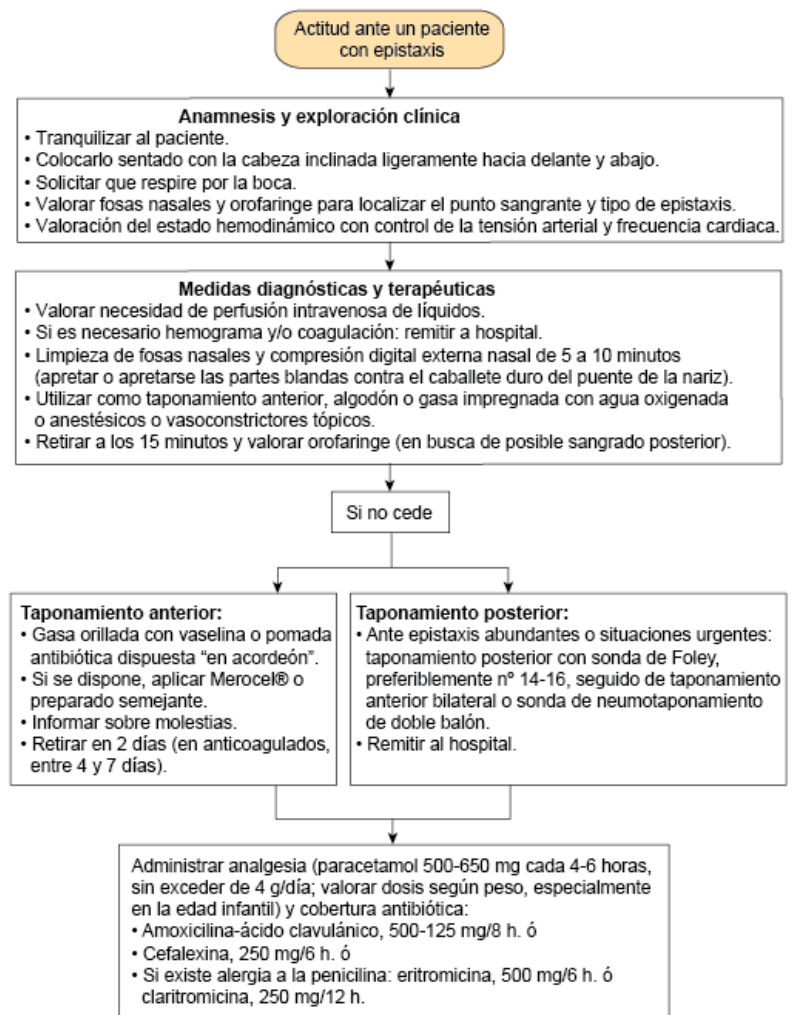
Tabla 1. Material necesario para un taponamiento anterior.

Venda de gasa, guantes, gasas, algodón, vaselina, pinzas en bayoneta o acodadas, rinoscopio, linterna, jeringa con 10 ml de suero fisiológico, luz, depresor lingual, agua oxigenada, anestesia y vasoconstrictores tópicos. Tapón nasal tipo Merocel®-Rapid Rhino®.

Tabla 2. Principales consideraciones.

- No tratar una epistaxis como banal.
- Las personas que necesitan una atención más específica, son:
 - Los pacientes mayores.
 - Pacientes con epistaxis de repetición.
 - Pacientes con factores de riesgo: hipertensión, arterioesclerosis, coagulopatías, toma de fármacos.
- Debemos valorar el estado hemodinámico del paciente y colocar una perfusión intravenosa de líquidos si se considera necesario.
- El taponamiento debe ser el más simple posible para controlar el sangrado.
- Todo taponamiento anterior y posterior requiere una pauta antibiótica de cobertura y analgesia (evitando en lo posible AINEs-aspirina). Informar al paciente sobre estos tratamientos.
- Si se mantiene un taponamiento en pacientes con patología pulmonar crónica se debe tener una mayor precaución, por el riesgo de hipoxia.
- Tratar la causa que provocó la epistaxis.
- Remitir a nivel hospitalario si se considera necesario (ver apartado "Factores de remisión al nivel hospitalario").

Algoritmo de manejo de la epistaxis



Factores de remisión al nivel hospitalario

Factores de remisión al nivel hospitalario: urgencias-otras especialidades (ORL, hematología, cirugía vascular, etc.):

- En función de las características, recurrencia y gravedad del sangrado. En caso de signos de hipovolemia o en ausencia de eficacia en el control de la epistaxis con el tratamiento instaurado.
- Si se considera la necesidad de estudios en relación con los factores de riesgo asociados o existencia de enfermedades sistémicas: edad (niños, ancianos), anticoagulados, coagulopatías, HTA, cardiopatías, EPOC, hepatopatías, tumores nasales, trombocitopenias u otras enfermedades hematológicas.
- Para control de taponamiento posterior.
- Por necesidad de monitorización de constantes vitales y/o estudio hematológico.
- Niñas y niños para estudio de posibles causas, sobre todo ante epistaxis de repetición.

Bibliografía

- Abrich V, Brozek A, Boyle TR, Chyou PH, Yale SH. Risk factors for recurrent spontaneous epistaxis. Mayo Clin Proc. 2014;89(12):1636-43. PubMed [PMID: 25458126](#)
- Bamimore O, Silverberg MA. Acute epistaxis [consultado 29-2-2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/764719-overview#showall>
- Biggs TC, Nightingale K, Patel NN, Salib RJ. Should prophylactic antibiotics be used routinely in epistaxis patients with nasal packs? Ann R Coll Surg Engl. 2013;95(1):40-2. PubMed [PMID: 23317726](#). [Texto completo](#)
- Cohn B. Are prophylactic antibiotics necessary for anterior nasal packing in epistaxis? Ann Emerg Med. 2015;65(1):109-11. PubMed [PMID: 25220955](#)
- Danielides V, Kontogiannis N, Bartzokas A, Lolis CJ, Skevas A. The influence of meteorological factors on the frequency of epistaxis. Clin Otolaryngol. 2002;27(2):84-8. PubMed [PMID: 11994111](#)
- Fishpool SJ, Tomkinson A. Patterns of hospital admission with epistaxis for 26,725 patients over an 18-year period in Wales, UK. Ann R Coll Surg Engl. 2012;94(8):559-62. PubMed [PMID: 23131225](#). [Texto completo](#)
- Gamboa FJ, Charles C, Rivera T. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la epistaxis. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2015;11(91):5462-6.
- García FJ, Velert MM, Marco J. Epistaxis de repetición en niños como indicador de alteraciones de la hemostasia. An Esp Pediatr. 1998;49(5):475-80. PubMed [PMID: 9949588](#)
- Gaspar-Sobrinho FP, Moreira MD, Bicalho CG, Lessa HA. Removing nasal packing in epistaxis: what to do in the case of an undeflatable foley catheter balloon. Int Arch Otorhinolaryngol. 2014;18(1):80-2. PubMed [PMID: 25992069](#). [Texto completo](#)
- Gifford TO, Orlandi RR. Epistaxis. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41(3):525-36. PubMed [PMID: 18435996](#)
- Gutiérrez C, Castillo R. Tratamiento de la epistaxis en atención primaria. FMC – Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2012;19(2):93-7.
- Herkner H, Havel C, Müllner M, Gamper G, Bur A, Temmel AF, et al. Active epistaxis at ED presentation is associated with arterial hypertension. Am J Emerg Med. 2002;20(2):92-5. PubMed [PMID: 11880870](#)
- Ho EC, Chan JY. Front-line epistaxis management: let's not forget the basics. J Laryngol Otol. 2008;122(7):696-9. PubMed [PMID: 18384699](#)

- Kasperek ZA, Pollock GF. Epistaxis: an overview. Emerg Med Clin North Am. 2013;31(2):443-54. PubMed [PMID: 23601481](#)
- Ker K, Beecher D, Roberts I. Topical application of tranexamic acid for the reduction of bleeding. Cochrane Database Syst Rev. 2013;7:CD010562. PubMed [PMID: 23881695](#). [Texto completo](#)
- Kikidis D, Tsioufis K, Papanikolaou V, Zerva K, Hantzakos A. Is epistaxis associated with arterial hypertension? A systematic review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014;271(2):237-43. PubMed [PMID: 23539411](#)
- Klossek JM, Dufour X, De Montreuil CB, Fontanel JP, Peynegre R, Rey E, et al. Epistaxis and its management: an observational pilot study carried out in 23 hospital centres in France. Rhinology. 2006;44(2):151-5. PubMed [PMID: 16792176](#)
- Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. Am Fam Physician. 2005;71(2):305-11. PubMed [PMID: 15686301](#). [Texto completo](#)
- Loughran S, Spinou E, Clement WA, Cathcart R, Kubba H, Geddes NK. A prospective, single-blind, randomized controlled trial of petroleum jelly/Vaseline for recurrent paediatric epistaxis. Clin Otolaryngol Allied Sci. 2004;29(3):266-9. PubMed [PMID: 15142073](#)
- Nikolaou G, Holzmann D, Soyka MB. Discomfort and costs in epistaxis treatment. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013;270(8):2239-44. PubMed [PMID: 23292039](#)
- Pérez F, Rada G. ¿Es necesaria la profilaxis antibiótica para el taponamiento nasal en epistaxis anterior? Medwave. 2016;16 Suppl 1:e6357. PubMed [PMID: 26817470](#). [Texto completo](#)
- Pope LE, Hobbs CG. Epistaxis: an update on current management. Postgrad Med J. 2005;81(955):309-14. PubMed [PMID: 15879044](#). [Texto completo](#)
- Qureishi A, Burton MJ. Interventions for recurrent idiopathic epistaxis (nosebleeds) in children. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD004461. PubMed [PMID: 22972071](#)
- Record S. Practice Guideline: Epistaxis in Children. J Pediatr Health Care. 2015;29(5):484-8. PubMed [PMID: 26210793](#)
- Robertson S, Kubba H. Long-term effectiveness of antiseptic cream for recurrent epistaxis in childhood: five-year follow up of a randomised, controlled trial. J Laryngol Otol. 2008;122(10):1084-7. PubMed [PMID: 18267048](#)
- Schlosser RJ. Clinical practice. Epistaxis. N Engl J Med. 2009;360(8):784-9. PubMed [PMID: 19228621](#)
- Singer AJ, Blanda M, Cronin K, LoGiudice-Khwaja M, Gulla J, Bradshaw J, et al. Comparison of nasal tampons for the treatment of epistaxis in the emergency department: a randomized controlled trial. Ann Emerg Med. 2005;45(2):134-9. PubMed [PMID: 15671968](#)
- Soyka MB, Nikolaou G, Rufibach K, Holzmann D. On the effectiveness of treatment options in epistaxis: an analysis of 678 interventions. Rhinology. 2011;49(4):474-8. PubMed [PMID: 21991575](#)
- Vaamonde P, Lechuga MR, Mínguez I, Frade C, Soto A, Bartual J, et al. Epistaxis: Estudio prospectivo sobre la atención urgente a nivel hospitalario. Acta Otorrinolaring Esp. 2000;51(8):697-702.
- Vergara Hernández J, Ordóñez Ordóñez LE. Comparación del manejo quirúrgico versus no quirúrgico en pacientes con epistaxis posterior. Acta Otorrinolaringol Esp. 2006;57:41-6.
- Villwock JA, Jones K. Recent trends in epistaxis management in the United States: 2008-2010. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013;139(12):1279-84. PubMed [PMID: 24136624](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Bamimore O, Silverberg MA. Acute epistaxis [consultado 29-2-2016]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/764719-overview#showall>
- Cleveland Clinic. Nosebleed. Health information [consultado 22-2-2016]. Disponible en: http://my.clevelandclinic.org/health/diseases_conditions/hic_nosebleed_epistaxis
- Kacker A, Zieve D. Hemorragia nasal. MedlinePlus. U.S. National Library of Medicine [consultado 23-2-2016]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003106.htm>
- Kucik CJ, Clenney T. Management of epistaxis. Am Fam Physician. 2005;71(2):305-11. PubMed [PMID: 15686301](#). [Texto completo](#)

Autores

- Sergio García Vicente Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Javier Millán Soria Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva (Valencia). España.
(2) Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

