



Universidad Nacional

SAN LUIS GONZAGA



Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Esta licencia es la más restrictiva de las seis licencias principales Creative Commons, permitiendo a otras solo descargar sus obras y compartirlas con otras siempre y cuando den crédito, pero no pueden cambiarlas de forma alguna ni usarlas de forma comercial.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

**Factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes
tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025**

Presentado por:

Seancas Cosiatao Marisol Mercedes

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **4%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 10 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DANIEL ALCIDES
CARRIÓN”



TESIS

**Factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en
pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025**

Línea de investigación

Salud pública y conservación del medio ambiente.

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO
CIRUJANO**

AUTORA:

Marisol Mercedes Seancas Cosiatado

ASESOR:

DR. SILVA LAOS LUIS GASPAR

ICA – PERÚ

2026

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres César y Silvia, quienes son mi mayor motivación, me siguen guiando en cada paso que doy, gracias por ser la semilla de este sueño.

A mi tía Fortunata, por haber estado conmigo siempre en mi etapa profesional.

A mis hermanos César, Lisbeth, por siempre apoyarme y darme ánimos.

A mis amigos por haber estado conmigo en los momentos buenos y malos. Y a cada persona que me acompañó en la etapa de formación y quienes nunca dejaron de creer en mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Personal Médico, administrativo del departamento de Cirugía y Especialidades del Hospital Regional de Ica por brindarme las facilidades y contar con su apoyo de poder llevar a cabo mi trabajo de investigación.

Al Dr. LUIS GASPAR SILVA LAOS, mi asesor de tesis, por la paciencia, compromiso y haberme encaminado para la realización de mi trabajo de investigación.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
ÍNDICE	4
ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
CUERPO DEL INFORME FINAL	
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	28
2.1 Tipo, nivel y diseño de investigación	28
2.2 Población, muestra y muestreo	28
2.3 Técnicas e instrumentos de investigación	29
III. RESULTADOS	30
IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	47
VI. RECOMENDACIONES	48
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
VIII. ANEXOS	53

Índice de tablas

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Edad de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	30
Tabla 2	Sexo de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	31
Tabla 3	Grado de instrucción de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	32
Tabla 4	Momento del sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	33
Tabla 5	Grado de sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	34
Tabla 6	Tipo de sangrado según localización de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	35
Tabla 7	Antecedente de resfriado común de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	36
Tabla 8	Antecedente de hipertensión arterial de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	37
Tabla 9	Antecedente de diabetes mellitus de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	38
Tabla 10	Otras patologías de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	39
Tabla 11	Tipo de tratamiento de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	40
Tabla 12	Destino de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	41

Índice de figuras

N°	Figura	Pág
Figura 1	Edad de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	30
Figura 2	Sexo de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	31
Figura 3	Grado de instrucción de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	32
Figura 4	Momento del sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	33
Figura 5	Grado de sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	34
Figura 6	Tipo de sangrado según localización de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	35
Figura 7	Antecedente de resfriado común de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	36
Figura 8	Antecedente de hipertensión arterial de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	37
Figura 9	Antecedente de diabetes mellitus de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	38
Figura 10	Otras patologías de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	39
Figura 11	Tipo de tratamiento de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	40
Figura 12	Destino de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	41

Resumen

Objetivo. Identificar los factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025.

Materiales y métodos: Estudio de tipo observacional, transversal, retrospectiva y descriptiva en una población de 192 casos de epistaxis de donde se estudió a 128 pacientes.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 49,61 años, una mediana de 56 años y una moda de 15 años, con un rango que oscila entre 15 y 83 años, el grupo de 60 a 74 años fue el más frecuente con (33,6%), le siguió el grupo de 15 a 29 años (30,5%), el grupo de > 74 años representó 13,3% y los grupos de 45 a 59 años (12,5%) y 30 a 44 años (10,2%) presentaron menor proporción, el sexo masculino estuvo representado por 60,2%, el nivel educativo más frecuente fue secundaria con (38,3%), seguido por el nivel superior (37,5%), y el (24,2%) presentaron nivel de instrucción primaria, el (57,8%) presentaron el episodio de epistaxis en el horario nocturno (7:00 pm a 6:00 am), el grado moderado de sangrado fue el más frecuente, presentándose en (60,2%), seguido del grado leve en (32,0%), mientras que el grado severo fue (7,8%), el sangrado anterior fue el más frecuente, presentándose en (75,0%), mientras que el sangrado posterior (25,0%), el (74,2%) presentaron antecedente reciente de resfriado común, el (28,9%) presentaron antecedente de hipertensión arterial (HTA), y el (11,7%) presentaron antecedente de diabetes mellitus (DM), el (3,9%) presentaron IRCT y (1,6%) antecedente de cirrosis, el taponamiento anterior fue el tratamiento predominante, aplicado en el (96,1%), mientras que el taponamiento posterior se realizó en 5 pacientes (3,9%), el (93,0%) de los pacientes fueron dados de alta tras la atención inicial, mientras que (7,0%) permanecieron en observación en el servicio de emergencia.

Conclusión. En el estudio, el perfil típico del paciente adolescente y joven es de epistaxis anterior, leve a moderada y de origen anterior, mientras que en adultos mayores aumenta la probabilidad de epistaxis posterior, asociada a comorbilidades como hipertensión arterial y mayor severidad clínica.

Palabras clave. Factores, epidemiológicos, clínicos, terapéuticos, epistaxis.

Abstract

Objective: To identify the epidemiological, clinical, and therapeutic factors of epistaxis in patients treated at the Hospital Regional de Ica from 2022 to 2025.

Materials and Methods: Observational, cross-sectional, retrospective, and descriptive study conducted in a population of 192 cases of epistaxis, from which 128 patients were analyzed.

Results: The mean age of the patients was 49.61 years, with a median of 56 years and a mode of 15 years, ranging from 15 to 83 years. The most frequent age group was 60 to 74 years (33.6%), followed by 15 to 29 years (30.5%). The >74 years group represented 13.3%, while the 45 to 59 years (12.5%) and 30 to 44 years (10.2%) groups had lower proportions. Males accounted for 60.2% of cases. The most frequent educational level was secondary education (38.3%), followed by higher education (37.5%), while 24.2% had primary education. A total of 57.8% of patients experienced the epistaxis episode during nighttime hours (7:00 pm to 6:00 am). Moderate bleeding was the most frequent severity (60.2%), followed by mild bleeding (32.0%), while severe bleeding accounted for 7.8%. Anterior bleeding was the most common (75.0%), whereas posterior bleeding represented 25.0%. Regarding medical history, 74.2% had a recent history of common cold, 28.9% had a history of hypertension (HTN), and 11.7% had diabetes mellitus (DM). Additionally, 3.9% had end-stage chronic kidney disease (ESCKD) and 1.6% had a history of cirrhosis. Anterior nasal packing was the predominant treatment, applied in 96.1% of cases, while posterior nasal packing was performed in 5 patients (3.9%). A total of 93.0% of patients were discharged after initial management, whereas 7.0% remained under observation in the emergency department.

Conclusion: In this study, the typical adolescent and young adult patient profile was characterized by anterior epistaxis of mild to moderate severity and anterior origin. In contrast, older adults showed a higher probability of posterior epistaxis, associated with comorbidities such as hypertension and greater clinical severity.

Keywords: Epidemiological factors, clinical factors, therapeutic factors, epistaxis.

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La epistaxis, término de origen griego que literalmente significa “flujo gota a gota”, se refiere a cualquier episodio de sangrado cuyo origen se localiza en las fosas nasales¹. Esta condición es sumamente infrecuente en niños menores de 2 años; sin embargo, a partir de esa edad su prevalencia comienza a incrementarse de manera progresiva. Se estima que aproximadamente un 30% de los niños menores de 5 años, un 56% de quienes tienen entre 6 y 10 años y hasta un 64% de los adolescentes de 11 a 15 años han experimentado al menos un episodio de epistaxis en algún momento de su vida, mientras que alrededor del 9% presenta recurrencias de este fenómeno hemorrágico^{1,2}.

La epistaxis es uno de los principales motivos de consulta por urgencias en el servicio de Otorrinolaringología. La mayoría de los episodios se originan en el septo nasal anterior y su manejo tiende a ser conservador³.

La epistaxis se presenta al menos una vez a lo largo de la vida en aproximadamente entre el 10% y el 12 % de la población general, lo que la convierte en una coyuntura relevante de salud pública. Puede ocurrir en personas de cualquier edad y muestra una distribución bimodal, con mayor frecuencia entre los 15 y 25 años, y nuevamente entre los 45 y 65 años, y si bien la mayoría de los casos son autolimitados, algunos requieren intervención médica e incluso hospitalización⁴.

El 60% de la población experimentará un episodio de epistaxis a lo largo de su vida. Si bien puede ocurrir a cualquier edad, se observa una distribución bimodal en niños de hasta 10 años y en adultos mayores de 50, con una gravedad que varía desde hemorragia leve hasta hemorragia potencialmente mortal. La mayoría de los casos son autolimitados, pero el 6% requerirá intervención médica⁵.

Aunque aproximadamente el 0,5% de los casos de epistaxis son lo suficientemente graves como para acudir a urgencias, se ha estimado que solo el 0,2 % requiere hospitalización. Parece existir una frecuencia bimodal relacionada con la edad, siendo la epistaxis común en pacientes menores de 10 años y entre 70 y 79 años⁶.

En torno al 90% de los episodios de epistaxis tienen su origen en el territorio vascular anterior de las fosas nasales, siendo la región de Kiesselbach el área más comúnmente implicada. No obstante, existen casos en los que el sangrado se produce en la porción posterior de la cavidad nasal, situación que requiere una intervención terapéutica más estricta y especializada debido a su mayor dificultad para el control hemostático y al potencial riesgo de complicaciones⁷.

Con incidencia anual en urgencias de incluso 450,000 casos (9.5- 16%) en Estados Unidos, existe mayor prevalencia en hombres con una relación de 1:0.94 y prevalencia menor en hispanos y asiáticos⁸.

En la urgencia hipertensiva no suele observarse daño a órganos diana. Los síntomas de urgencia hipertensiva incluyen a la epistaxis, los pacientes con hipertensión tenían 1,47 veces más probabilidades de sufrir epistaxis que aquellos sin hipertensión⁹.

Es por lo planteado que se desarrolló esta investigación en busca de parámetros que distinguen a estos pacientes que contribuirán con un mejor tratamiento de los pacientes, vislumbrando además características de estos pacientes de manera científica ante la ausencia de estudios similares en la región.

Antecedentes

Internacionales

Guerra-Chávez M¹⁰. Epidemiología de pacientes ingresados por epistaxis en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital Carlos Manuel de Céspedes, Cuba, durante 2020. El propósito de este estudio fue caracterizar el perfil epidemiológico de los pacientes hospitalizados por epistaxis y analizar los factores asociados a su aparición. Se llevó a cabo una investigación retrospectiva basada en los casos de ingreso por epistaxis, evaluándose un total de 27 pacientes. En cuanto a la distribución por sexo, el 55,56 % de los ingresados correspondió a hombres, mientras que el 44,44 % fueron mujeres. La hipertensión arterial se identificó como la comorbilidad más común, presentándose el 48,15 % de los pacientes con epistaxis. Además, la mayoría de los pacientes (74,07 %) no requirió la realización de un nuevo taponamiento nasal tras el manejo inicial. En síntesis, el perfil predominante del paciente ingresado por epistaxis que recibió taponamiento anteroposterior fue el de un varón que presentaba comorbilidades, siendo la hipertensión arterial la más habitual entre ellas.

Adeyeye FM¹¹. Patrón de manejo de la epistaxis en Sokoto, Nigeria (2021). El objetivo de esta investigación fue analizar las estrategias terapéuticas implementadas en el tratamiento de pacientes con epistaxis en Sokoto. El estudio, de carácter prospectivo y realizado en el ámbito hospitalario, incluyó a 135 pacientes. En cuanto a los resultados obtenidos, se observó que la inmensa mayoría, 133 pacientes (98,5 %), fue tratada mediante intervenciones no quirúrgicas, en contraste con solo 2 casos (1,5 %) en los que se recurrió a la cirugía. Entre los métodos conservadores, el taponamiento nasal anterior resultó ser la técnica más utilizada, aplicada en 60 pacientes (44,4 %). La cauterización endoscópica fue practicada en 27 pacientes (20,0 %), de los cuales 25 (18,5 %) recibieron cauterización química endoscópica debido a hemorragias localizadas en el área de Little, la zona retrocolumelar y el septo nasal, y 2 (1,5 %) se sometieron a cauterización bipolar para controlar el sangrado en el plexo de Woodruff. Por otra parte, el taponamiento nasal combinado (anterior y posterior) se implementó en 20 pacientes (14,8 %), mientras que la combinación de pinzamiento nasal y compresa fría se utilizó en 15 casos (11,1 %), y 11 pacientes (8,2 %) requirieron únicamente taponamiento nasal posterior. En

los dos pacientes tratados quirúrgicamente, la intervención consistió en la ligadura de la arteria maxilar interna. A lo largo del tratamiento, 22 pacientes (16,3 %) precisaron transfusiones sanguíneas y 43 (31,9 %) necesitaron hospitalización. El tiempo de estancia hospitalaria varió entre 1 y 9 días, con un promedio de $5,7 \pm 1,9$ días. En síntesis, el enfoque terapéutico predominante en el manejo de la epistaxis en este centro fue el tratamiento no quirúrgico, siendo el taponamiento nasal anterior el procedimiento de elección más frecuente.

Li HY¹². Etiología y manifestaciones clínicas de la epistaxis primaria en China (2023). El presente estudio analizó los factores etiológicos y las características clínicas de pacientes con epistaxis primaria, comparándolos con un grupo control compuesto por personas sanas que acudieron al mismo centro para exámenes físicos. Para su análisis, la epistaxis primaria fue categorizada en dos variantes: septal y no septal. En términos de frecuencia, se identificaron 196 casos correspondientes a epistaxis septal y 127 casos de epistaxis no septal, frente a 182 sujetos sanos que conformaron el grupo control. El análisis según franjas etarias reveló asociaciones específicas: en el grupo de 26 a 40 años, el consumo de alcohol y la hipertensión fueron factores predominantes; en el grupo de 41 a 55 años, la hipertensión se mantuvo como principal factor asociado; mientras que, en los pacientes de 56 a 70 años, la hipertensión, los triglicéridos elevados y los niveles altos de apolipoproteína B fueron los factores más relevantes. Respecto a la epistaxis no septal, se identificaron como factores de riesgo principales el aumento de lipoproteína de baja densidad (LDL) [$p = 0,035$; OR: 2,450; IC 95 %: 1,067–5,624], el sexo masculino ($p = 0,002$; OR: 3,136; IC 95 %: 1,501–6,554) y una menor edad ($p = 0,000$; OR: 0,941; IC 95 %: 0,920–0,962). En conclusión, la epistaxis primaria se observa con mayor frecuencia en hombres y su aparición se asocia estrechamente al consumo de alcohol, la presencia de hipertensión arterial y alteraciones en el perfil lipídico, como la hiperlipidemia.

Jed H¹³. Factores de riesgo y resultados terapéuticos en epistaxis: experiencia en un centro terciario de Australia (2022). Este trabajo consistió en un estudio transversal retrospectivo que incluyó todos los casos de epistaxis atendidos en el departamento de emergencias. En total, se analizaron 543 pacientes, de los cuales el 54,2% correspondía a hombres, con una edad media de $74,4 \pm 15,7$ años. Entre ellos, el 14,7% (80 pacientes) presentó un cuadro de epistaxis grave. Respecto a las estrategias terapéuticas empleadas, la cauterización como intervención inicial se aplicó en un bajo porcentaje de los casos, mientras que la suspensión de los tratamientos anticoagulantes fue una medida frecuente. Al comparar los casos graves con los episodios leves, se constató que los pacientes con epistaxis grave experimentaron una estancia hospitalaria considerablemente más prolongada (4,3 días frente a 1,1 días; $P < 0,001$), así como tasas de reingreso a las dos semanas significativamente superiores (12,5 % frente a 2,2 %; $P < 0,001$). En síntesis, la gravedad de la epistaxis se relacionó estrechamente con la presencia de

determinadas condiciones clínicas y con resultados clínicos desfavorables, como la prolongación del tiempo de hospitalización y incremento en la frecuencia de reingresos.

Reinoso Morán, M¹⁴. Prevalencia de epistaxis en adultos atendidos en el área de emergencias del servicio de Otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, durante 2019-2020. El objetivo principal de este estudio fue determinar los factores asociados a la prevalencia de la epistaxis en la población adulta atendida en dicho servicio. Se empleó un diseño de corte transversal, retrospectivo y analítico, utilizando la base de datos institucional. Inicialmente, se registraron 940 casos; tras aplicar los criterios de exclusión, la muestra final incluyó 227 pacientes. En cuanto a las causas identificadas, se determinó que el 37% de los pacientes experimentó epistaxis asociada a hipertensión arterial, mientras que la rinitis alérgica fue responsable del 20% de los casos. Los traumatismos representaron un porcentaje menor, con un 4,85% del total. En conclusión, la epistaxis muestra una prevalencia notable en este entorno hospitalario, especialmente entre quienes presentan antecedentes de hipertensión arterial o rinitis alérgica, subrayando la importancia de estos factores patológicos en la aparición de hemorragias nasales.

Martín-Bailón M¹⁵. Manejo de la epistaxis en pacientes bajo tratamiento antitrombótico. España, 2021. El propósito central de este estudio fue identificar posibles diferencias en la gestión clínica de la epistaxis entre individuos que reciben terapia antitrombótica y pacientes control. El estudio consistió en un análisis retrospectivo de carácter observacional y analítico. Este estudio consideró a 85 pacientes, predominando los hombres (74,1 %), con una edad media al diagnóstico de 66,7 años. Casi la mitad, el 49,4 %, se encontraba bajo algún régimen de tratamiento antitrombótico. El abordaje terapéutico incluyó, en todos los casos, la realización de taponamiento anterior, y en 16 pacientes también se aplicó taponamiento posterior. Un total de 37 pacientes requirió intervención quirúrgica mediante cirugía endoscópica nasal, mientras que la embolización fue necesaria en 4 casos. El análisis estadístico comparativo entre los grupos no reveló diferencias significativas en las variables evaluadas, lo que indica que el manejo de la epistaxis no varió sustancialmente entre pacientes con y sin terapia antitrombótica. Como conclusión, se destaca que, debido a la amplia gama de indicaciones actuales para el uso de terapia antitrombótica, es habitual atender casos de epistaxis en estos pacientes; sin embargo, las estrategias de tratamiento empleadas no difieren respecto a los controles.

Aguas J¹⁶. Patologías y manifestaciones clínicas asociadas a la recurrencia de epistaxis en el Hospital Universitario Mayor - Méderi, Colombia (2021). Este estudio tuvo como propósito principal caracterizar las patologías y las particularidades clínicas más frecuentes en pacientes que reingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de epistaxis. Se empleó un diseño

observacional, descriptivo y de corte transversal. Durante el periodo analizado, se identificaron 31 pacientes que acudieron nuevamente por epistaxis entre las 24 horas posteriores al manejo inicial y los 12 meses siguientes. El análisis demográfico evidenció que el 32% de estos casos correspondía a personas de entre 71 y 80 años, y que los hombres presentaron una tasa de reconsulta superior a la de las mujeres. En cuanto a las patologías asociadas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia cardíaca fueron las más frecuentes entre quienes requirieron atención repetida por epistaxis. Además, se observó que el 13% de los pacientes tenía deflexión septal. Desde el punto de vista anatómico, la fosa nasal izquierda fue la más afectada, representando el 65% de los casos, y el área II de Cottle se identificó como la localización más común del sangrado en el 77% de los pacientes. En conclusión, los reingresos por epistaxis predominan en adultos mayores y en varones, con una alta prevalencia de comorbilidades cardiovasculares y metabólicas, así como alteraciones anatómicas nasales que pueden predisponer a la recurrencia del cuadro.

Vaamonde Lago P¹⁷. Datos epidemiológicos sobre la epistaxis: análisis hospitalario y revisión bibliográfica, 2023. En este estudio prospectivo se incluyeron 279 pacientes remitidos al servicio de Otorrinolaringología por episodios de epistaxis desde el área de Urgencias, durante un año. Los resultados revelaron que la epistaxis representó el 13,3 % de las consultas ORL de urgencia, con una incidencia anual de 6 casos por cada 10.000 habitantes. La relación mujer: hombre fue de 0,6:1, indicando un predominio masculino. Los pacientes presentaron una edad promedio de 49,9 años (DS=24,54), observándose que el 57,3 % tenía más de 50 años. Se detectó además una clara variación estacional en la frecuencia de casos a lo largo del año. Las epistaxis de localización anterior fueron las más frecuentes, aunque la incidencia de epistaxis posterior aumentó a partir de los 40 años. El índice de resangrado fue del 18 %, por lo cual la recurrencia se relacionó de manera significativa con la edad avanzada y la localización posterior. El 7,5 % de los pacientes requirió ingreso hospitalario. Como conclusión, los autores reflexionan sobre los posibles mecanismos fisiopatológicos que explicarían la mayor prevalencia en varones, la influencia estacional y la tendencia a una mayor frecuencia de epistaxis en personas de edad avanzada que acuden a los servicios hospitalarios.

Byun H, et al¹⁸. Epistaxis e hipertensión arterial 2022. Aún persiste la controversia respecto a la asociación entre la hipertensión arterial (HTA) y el riesgo de epistaxis, según lo evidenciado en estudios recientes. Este trabajo tuvo como objetivo analizar si las personas con diagnóstico de HTA presentan una mayor probabilidad de desarrollar episodios de epistaxis y si la severidad de estos casos difiere de la observada en la población general. Para tal fin, se diseñó una cohorte retrospectiva empleando la base de datos oficial de salud de Corea del Sur. El grupo de estudio incluyó a 35.781 sujetos con hipertensión, mientras que el grupo control se conformó por

351.732 individuos sin HTA. Al examinar los tratamientos aplicados durante los eventos de epistaxis, el empleo de taponaje posterior fue notablemente más común entre los pacientes con hipertensión., destacándose como el único procedimiento con diferencia estadísticamente relevante (razón de probabilidades [OR] 0,5; intervalo de confianza [IC] 95 %: 0,03 a 0,26). Además, los pacientes hipertensos realizaron un mayor número de consultas en los servicios de emergencia (OR 2,69; IC 95 %: 1,70 a 4,25), mientras que la probabilidad de otras formas de atención fue menor (OR 0,55; IC 95 %: 0,40 a 0,75). En síntesis, los autores plantean que los individuos con HTA tienden a presentar un riesgo incrementado de epistaxis que requiere atención hospitalaria, particularmente en el ámbito de urgencias, y demandan con mayor frecuencia procedimientos invasivos como el taponamiento nasal posterior, en comparación con aquellos sin antecedentes de hipertensión.

Carreno Ramírez A¹⁹. Factores de riesgo vinculados a la recurrencia de epistaxis anterior. Ciudad de México, 2023. El estudio tuvo como propósito examinar los factores de riesgo que contribuyen a la recidiva de la epistaxis anterior en adultos. Empleando un estudio observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal, en el que participaron individuos mayores de 17 años, utilizando como fuente los expedientes clínicos electrónicos. De los 523 pacientes que cumplieron con los criterios de selección, el 26,95 % presentó recurrencia del cuadro. La cohorte estuvo compuesta mayoritariamente por varones (51,1 %), con una mediana de edad de 61 años (rango intercuartílico: 48-73 años). Las principales comorbilidades identificadas fueron la hipertensión arterial, presente en 290 pacientes (50,88 %), seguida de la diabetes mellitus (98 casos, 19,56 %) y, en tercer lugar, las cardiopatías (74 pacientes, 14,77 %). Se observó también que la afectación del lado izquierdo fue la más habitual. En cuanto al manejo terapéutico, el material hemostático fue el recurso más empleado, utilizado en 188 casos (37,52 %). En conclusión, los hallazgos del estudio sugieren que el uso de oxígeno suplementario a bajo flujo, la presencia de enfermedades reumatológicas y las coagulopatías podrían estar relacionadas con un mayor riesgo de recurrencia de la epistaxis anterior, aportando información relevante para el manejo clínico y la identificación temprana de pacientes con mayor propensión a la recidiva.

Maldonado Mireles, D²⁰. Vínculo entre hipertensión arterial sistémica y la severidad de la epistaxis en pacientes atendidos en un hospital de tercer nivel del noreste de México, 2024. El objetivo principal de este estudio fue establecer si existe una relación significativa entre la presencia de hipertensión arterial sistémica y la aparición de episodios graves de epistaxis. Se diseñó un estudio observacional de cohorte, en el que se incluyeron pacientes mayores de 18 años de ambos sexos, diagnosticados con epistaxis. La definición de hipertensión se basó en valores de presión arterial sistólica iguales o superiores a 140 mmHg y diastólica de al menos 90 mmHg. El análisis contempló a 271 pacientes, de los cuales 142 (52,4 %) presentaban cifras

hipertensivas en el momento de la valoración. En total, 120 sujetos (44,3 %) manifestaron signos de epistaxis severa. Entre estos últimos, 66 pacientes (24,3 %) estaban hipertensos y 54 (19,9 %) eran normotensos, sin que la diferencia alcanzara significación estadística ($p=0,445$). En síntesis, los resultados indican que la hipertensión arterial, considerada de forma aislada, no constituye un factor estadísticamente significativo para el desarrollo de epistaxis severa. No obstante, se identificó que la edad mayor a 50 años, independientemente del estado tensional, representa un riesgo elevado para experimentar sangrados nasales de mayor gravedad. Por tanto, tanto la edad como la hipertensión deben ser factores considerados al determinar la estrategia terapéutica en pacientes con epistaxis.

Nacionales

No se encontraron estudios actualizados

Marco teórico

La epistaxis constituye una afección ampliamente reconocida dentro de la otorrinolaringología, con registros históricos que se remontan a la antigüedad. El uso del término "epistaxis" para referirse exclusivamente a las hemorragias nasales fue propuesto inicialmente por el británico Cullen en 1785 y posteriormente adoptado de forma generalizada en la literatura médica gracias al francés Pinel en 1818²¹.

Aunque se trata de un fenómeno común y con referencias documentadas desde hace siglos, su análisis epidemiológico sistemático no se inició sino hasta finales del siglo XX, a raíz de los estudios pioneros de Juselius y Small. En la actualidad, se calcula que más del 60% de la población estadounidense ha experimentado al menos un episodio de epistaxis a lo largo de su vida, y, de ese total, aproximadamente el 6% requiere atención médica específica por esta causa²¹.

Es considerada una de las situaciones de emergencia más frecuentes en otorrinolaringología, presentándose tanto en urgencias hospitalarias como en consultas de atención primaria, la epistaxis se clasifica en dos categorías principales: anterior y posterior. La variante anterior es la más frecuente y generalmente menos grave, mientras que la posterior, aunque menos habitual, tiende a implicar mayor severidad y una probabilidad superior de precisar intervención médica. En torno al 90% de los sangrados nasales anteriores se originan en el plexo de Kiesselbach también denominado área de Little, situado en la porción anterior del tabique nasal. Este plexo corresponde a la confluencia de las ramas terminales de cinco arterias principales que irrigan la cavidad nasal²²:

Arteria etmoidal anterior

Arteria etmoidal posterior

Arteria esfenopalatina

Arteria palatina mayor

Arteria labial superior

Las zonas de distribución de estos cinco vasos confluyen en el tabique nasal anterior, conformando el plexo de Kiesselbach. Localizado en la entrada de la cavidad nasal, esta región está especialmente expuesta a variaciones extremas de temperatura y humedad, factores que la predisponen al traumatismo. Además, la mucosa que recubre esta área es especialmente delicada, lo que explica por qué es el punto con mayor prevalencia de hemorragias nasales²².

Por otro lado, las hemorragias originadas en los vasos localizados en la región posterior o superior de la cavidad nasal son menos frecuentes, dando lugar a la denominada epistaxis "posterior". Este tipo de sangrado suele observarse con mayor asiduidad en individuos sometidos a tratamiento anticoagulante, personas con hipertensión arterial, trastornos hematológicos o alteraciones vasculares subyacentes. Finalmente, la estrategia terapéutica a seguir dependerá tanto de la intensidad de la hemorragia como de las condiciones médicas preexistentes del paciente²².

Epidemiología

La telangiectasia hemorrágica hereditaria (HHT) representa una condición patológica estrechamente vinculada con la aparición de epistaxis, ya que más del 96% de quienes padecen HHT desarrollan episodios de sangrado nasal en algún momento de su vida. Además, las admisiones hospitalarias recurrentes por epistaxis (REA) afectan aproximadamente al 14% de estos pacientes, siendo esta recurrencia modulada tanto por factores de riesgo tempranos como tardíos²³.

En la población general, resulta complejo determinar con exactitud las tasas de incidencia y prevalencia de la epistaxis, dado que la mayoría de los casos suelen comportarse como eventos autolimitados y de escasa gravedad. Frecuentemente, el sangrado nasal cede de manera espontánea o tras la aplicación de medidas conservadoras realizadas por el propio paciente, sin que sea necesario acudir a servicios médicos²³.

No obstante, se calcula que alrededor del 60% de los adultos experimentará al menos un episodio de epistaxis a lo largo de su vida, aunque solo un pequeño porcentaje entre el 6% y el 10% solicitará atención hospitalaria. De estos, la hospitalización se requerirá en aproximadamente 1,6 de cada 100.000 casos, y cerca del 10% de los eventos serán considerados graves. Cabe destacar que la epistaxis tiende a presentarse con mayor frecuencia en varones y durante los meses fríos. La mayoría de los episodios suelen ser benignos, autolimitados y de etiología no identificada, con dos picos de incidencia: uno en la infancia, especialmente entre los 3 y 8 años, y otro en adultos a partir de los 45-50 años^{23,24}.

En términos de mortalidad, las hemorragias nasales son excepcionalmente letales: se reporta que solo 4 de los 2,4 millones de muertes anuales en Estados Unidos están relacionadas con esta

causa. Aunque aproximadamente el 60% de la población experimentará algún episodio de epistaxis, únicamente el 10% de estos eventos requerirá algún tipo de intervención médica. Los grupos etarios más afectados son los niños entre 2 y 10 años, así como los adultos mayores de 50 a 80 años^{23,24}.

Etiología

La etiología de la epistaxis es considerada típicamente multifactorial y se ha categorizado tradicionalmente en dos grandes grupos: causas locales y causas sistémicas. Es importante resaltar que, en cerca del 10% de los casos, no es posible identificar un origen específico para el sangrado, lo que da lugar a la denominación de epistaxis esencial o idiopática. Este trastorno muestra una clara prevalencia en el sexo masculino y su incidencia tiende a incrementarse progresivamente con la edad. De hecho, se estima que más del 60% de los pacientes que requieren evaluación por parte de la especialidad de otorrinolaringología superan los 50 años de edad²⁵.

Algunos investigadores han reportado una mayor incidencia de epistaxis en individuos con grupo sanguíneo 0, lo que se ha atribuido a una disminución en la expresión del factor de Von Willebrand tipo IX. La localización más común del sangrado nasal es la región anterior, específicamente en el plexo de Kiesselbach, una estructura vascular formada por la confluencia de cinco arterias. Sin embargo, también puede manifestarse en la región posterior de la cavidad nasal, a nivel del plexo de Woodruff, el cual está integrado por ramas de las arterias esfenopalatina y etmoidal posterior, que irrigan la porción posterior de la nariz y áreas no accesibles durante la exploración anterior²⁶.

La epistaxis constituye una entidad de suma importancia en el ámbito de la otorrinolaringología, ya que su manejo representa una parte sustancial de la labor asistencial diaria. Es reconocida como una de las urgencias más prevalentes dentro de la especialidad y es la causa principal de ingresos hospitalarios de carácter urgente en los servicios de otorrinolaringología. La amplia gama de factores etiológicos que pueden desencadenar un episodio de epistaxis incluye causas locales, sistémicas, ambientales y aquellas relacionadas con el uso de determinados medicamentos²⁶.

Fisiopatología

El sangrado nasal se produce como resultado de la ruptura de un vaso sanguíneo localizado en la mucosa de la cavidad nasal. Esta ruptura puede tener un origen espontáneo, estar precipitada por traumatismos, derivarse del uso de ciertos medicamentos o bien surgir como consecuencia de comorbilidades subyacentes o procesos malignos. Es importante destacar que el incremento de la presión arterial puede contribuir a la prolongación del episodio hemorrágico. Asimismo, la

administración de anticoagulantes y la presencia de alteraciones en la coagulación sanguínea representan factores que tienden a incrementar la duración del sangrado²⁷.

En la mayoría de los casos, la hemorragia nasal se origina en la región anterior de la nariz, principalmente en el plexo de Kiesselbach, donde la identificación del vaso responsable suele lograrse mediante una exploración nasal exhaustiva. Por otra parte, las hemorragias que involucran la porción posterior o superior de la cavidad nasal se denominan epistaxis posterior. Generalmente, se asume que estas tienen su origen en el plexo de Woodruff, conformado por las ramas terminales posteriores y delgadas de las arterias esfenopalatina y etmoidal posterior²⁸.

Este tipo de sangrado se caracteriza por su dificultad para ser controlado y suele presentarse a través de la salida de sangre por ambas fosas nasales o mediante su desplazamiento hacia la nasofaringe, lo que puede manifestarse como hemoptisis al deglutir o expectorar la sangre. Esta situación incrementa el flujo sanguíneo hacia la faringe posterior y conlleva un mayor riesgo de obstrucción de la vía aérea o de aspiración, por la complejidad asociada al manejo de sangrados en estas localizaciones.²⁸

Entre los factores etiológicos de la epistaxis, se reconocen causas locales, sistémicas, ambientales y relacionadas con el uso de medicamentos. Dentro de los factores locales destacan la manipulación digital de la nariz, la presencia de un tabique desviado, los traumatismos y el uso prolongado de cánulas nasales. Cada uno de estos elementos puede comprometer la integridad de la mucosa nasal y favorecer el sangrado²⁹.

En cuanto a las causas sistémicas, se identifican condiciones como el consumo excesivo de alcohol, la hipertensión arterial, la existencia de malformaciones vasculares y los trastornos de la coagulación, tales como la enfermedad de von Willebrand o la hemofilia. Estos factores aumentan la susceptibilidad al desarrollo de hemorragias nasales al alterar los mecanismos fisiológicos responsables de la hemostasia²⁹.

Respecto a los factores ambientales, las alergias y la sequedad ambiental —particularmente frecuente durante los meses invernales— pueden contribuir significativamente a la aparición de epistaxis. La exposición prolongada a ambientes secos o irritantes puede provocar alteraciones en la mucosa nasal, haciéndola más vulnerable al sangrado²⁹.

En relación con los fármacos, ciertos medicamentos incrementan el riesgo de episodios hemorrágicos nasales. Entre estos se incluyen los antiinflamatorios no esteroides (AINE) como ibuprofeno, naproxeno y aspirina; anticoagulantes como la warfarina; inhibidores de la agregación plaquetaria, por ejemplo, el clopidogrel; aerosoles nasales tópicos con esteroides; suplementos o productos alternativos como la vitamina E, ginkgo o ginseng; y el consumo de drogas ilícitas, destacando la cocaína^{29,30}.

Aunque la epistaxis suele manifestarse como un evento espontáneo y relativamente común, resulta fundamental considerar etiologías menos frecuentes en el diagnóstico diferencial, tales como tumores o malformaciones vasculares. Esto es especialmente relevante si el paciente

presenta síntomas asociados como obstrucción nasal unilateral, dolor local u otros signos sugestivos de compromiso de los nervios craneales. La identificación de estos signos debe motivar una evaluación más exhaustiva en busca de posibles causas subyacentes de mayor gravedad^{29,30}.

Clasificación

La epistaxis puede ser clasificada a través de diversos criterios, siendo uno de los más utilizados el basado en la localización anatómica del origen del sangrado: se reconocen las epistaxis anteriores, que comprenden entre el 90% y el 95% de los casos; las posteriores, que representan aproximadamente del 5% al 7%; y, en menor medida, las superiores, responsables de cerca del 1%. Otra aproximación para su categorización distingue entre epistaxis primarias o idiopáticas aquellas sin causa reconocible, constituyendo hasta el 85% y las secundarias, atribuidas a factores identificables como traumatismos, uso de anticoagulantes, procedimientos quirúrgicos previos, entre otros³¹.

En el contexto de las causas locales, se incluyen los traumatismos (ya sean debidos a manipulación digital, introducción de cuerpos extraños, traumas externos o procedimientos quirúrgicos), la presencia de cuerpos extraños y las malformaciones vasculares. Por otro lado, las causas sistémicas engloban alteraciones hematológicas, la administración de anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, así como factores iatrogénicos³¹.

Los factores ambientales desempeñan un papel significativo en la aparición de la epistaxis. Por ejemplo, se ha documentado una relación inversa entre la incidencia de epistaxis y la temperatura ambiental, observándose un incremento del 30% en episodios cuando la temperatura es inferior a 20°C (2,2 casos diarios frente a 1,8 en temperaturas superiores a 20°C)³².

En los meses fríos, el aumento de la presión sistólica, presumiblemente secundario a la activación del tono simpático por el frío, puede favorecer estos eventos. La humedad ambiental, especialmente cuando es baja debido al uso de calefactores, también se asocia de manera inversamente proporcional con la frecuencia de episodios [32]. Adicionalmente, la calidad del aire —en particular, niveles elevados de partículas pm10 y ozono— se ha vinculado a la aparición y recurrencia de epistaxis, especialmente en regiones donde los cambios estacionales de temperatura son más marcados³².

Otros factores a considerar incluyen la inflamación aguda originada por infecciones respiratorias, antecedentes de cirugía nasal y el uso de determinados medicamentos. Es notable que la prevalencia de antiagregantes en pacientes con epistaxis alcanza el 37%, siendo la edad promedio de estos pacientes de 75 años, lo cual incrementa significativamente la probabilidad de recurrencia. Algunos expertos sugieren que la epistaxis debe considerarse parte de un síndrome clínico más amplio, en vez de un evento aislado, y que su aparición puede reducirse

mediante cambios sencillos en el estilo de vida y la adopción de medidas higiénico-dietéticas. A pesar de ello, actualmente no existe una escala universalmente aceptada para clasificar la epistaxis³³.

Adicionalmente, una perspectiva alternativa de clasificación se basa en el comportamiento clínico del episodio: se denomina no complicada o de resolución espontánea cuando el control se logra sin requerir ingreso hospitalario, empleando simplemente maniobras de compresión externa. Por el contrario, la epistaxis complicada o persistente exige hospitalización para monitorización y tratamiento especializado³³.

Es relevante señalar que la mayoría de los casos pueden resolverse de manera espontánea o con medidas sencillas; únicamente alrededor del 6% de los pacientes precisa valoración médica. La secuencia terapéutica puede variar entre instituciones, pero suele incluir el uso de vasoconstrictores locales, taponamiento nasal, cauterización química o quirúrgica, y, en casos refractarios, procedimientos como ligadura vascular o embolización³³.

El taponamiento nasal representa la intervención más empleada para el control de la epistaxis, utilizándose en un rango que oscila entre el 62,4% y el 88,4% de los casos. No obstante, la literatura especializada señala que los tratamientos alternativos, tales como la cauterización, la ligadura vascular y la embolización, presentan tasas de éxito superiores, situándose entre el 90% y el 97%. Estas modalidades ofrecen ventajas al compararse en términos de mortalidad, incidencia de recurrencias, costos y duración de la hospitalización. Sin embargo, cualquiera que sea la técnica elegida, no están exentas de complicaciones. Entre las más frecuentes se incluyen dolor, hipoestesia, ulceración o perforación del tabique nasal, sinusitis, formación de sinequias, hipoxemia, arritmias y, en los casos más graves, la necesidad de transfusiones sanguíneas³⁴.

Durante las dos últimas décadas, se ha evidenciado una reducción considerable en la estancia hospitalaria asociada al manejo de la epistaxis, pasando de un promedio de 3,1 días a 2 días. Este cambio se atribuye principalmente a mejoras en la calidad de la atención, la evolución en los materiales empleados para el empaquetamiento nasal y el aumento en la utilización de procedimientos quirúrgicos y técnicas endoscópicas avanzadas³⁴.

Respecto a los episodios de sangrado nasal no activo, es decir, aquellos casos de epistaxis benigna recurrente, estos resultan mucho más frecuentes que las hemorragias de difícil control. La consulta médica suele motivarse por la repetición de episodios, que suelen ser manejados eficazmente en el domicilio, aunque generan preocupación y molestias tanto en los pacientes pediátricos como en sus familiares. Generalmente, estas manifestaciones corresponden a epistaxis idiopáticas, resolviéndose espontáneamente con el paso del tiempo y presentándose de forma excepcional después de los 14 años de edad. Su origen suele estar relacionado con una fragilidad vascular secundaria a microtraumatismos, rinitis o condiciones de sequedad ambiental, siendo poco común (menos del 3% de los casos) que se deban a trastornos subyacentes de la hemostasia³⁵.

Durante la exploración nasal ante un episodio de epistaxis, resulta fundamental descartar la existencia de cuerpos extraños o masas dentro de la cavidad nasal, tales como el granuloma piogénico. No obstante, en la práctica clínica, lo más habitual es encontrar signos de rinitis seca caracterizada por la presencia de costras melicéricas, lo cual puede sugerir una colonización por *Staphylococcus aureus*, o identificar un vaso septal anterior visible, generalmente localizado en el plexo de Kiesselbach o área de Little³⁶.

En situaciones donde se observa una mucosa septal seca o la presencia de un vaso visible pero que no sobresale, la recomendación terapéutica consiste en la aplicación de ungüentos intranasales a base de vaselina, solos o combinados con vitamina A o ácido hialurónico, administrados dos veces al día en cada fosa nasal durante al menos 1 a 2 meses. Si existe sospecha de colonización bacteriana —particularmente por *Staphylococcus aureus*— y se detectan costras melicéricas a nivel del septo, el uso de pomadas antibióticas intranasales, como mupirocina, aplicadas 2 a 3 veces al día durante 2 a 3 semanas, ha demostrado ser tan eficaz como la cauterización con nitrato de plata, pero con la ventaja de generar menor incomodidad para el paciente y contribuir a la reducción de la inflamación nasal³⁶.

En casos de sangrado nasal activo, la mayoría de los episodios en la población pediátrica se resuelven espontáneamente o mediante la colocación de un taponamiento simple, empleando algodón en forma de “puro” que se introduce con un movimiento de torsión en la fosa nasal. Este algodón puede impregnarse con peróxido de hidrógeno (H_2O_2) o, preferentemente, con un vasoconstrictor como oximetazolina al 0,05%³⁷.

Se prefiere evitar la fenilefrina, debido a que su uso en niños se asocia a una mayor tasa de complicaciones e incluso mortalidad. Esta intervención debe ir acompañada de la compresión de las alas nasales durante al menos 10 minutos, conforme al método de Trotter. Además, es importante contar con el material adecuado para la evaluación nasal y, si es necesario, para realizar un taponamiento anterior. Se debe indicar al paciente que mantenga la cabeza en posición flexionada hacia adelante, evitando la hiperextensión, con el objetivo de prevenir la deglución de sangre³⁷.

Cuando un paciente presenta un episodio de epistaxis activa, existen riesgos inmediatos que pueden comprometer la vida, tales como la obstrucción de las vías respiratorias por la aspiración de sangre hacia la orofaringe y el tracto respiratorio, así como la aparición de inestabilidad hemodinámica secundaria a una hemorragia significativa. Estas complicaciones potencialmente graves exigen una intervención urgente en un entorno hospitalario o en un servicio de emergencias, donde se disponga del equipamiento y personal capacitado para el manejo avanzado de estas situaciones críticas³⁷.

En los casos en que el sangrado es leve, no representa una amenaza para la permeabilidad de la vía aérea ni provoca una pérdida considerable de volumen sanguíneo, el paciente puede ser evaluado y tratado en un entorno ambulatorio, siempre que se cuente con los recursos y la

experiencia necesarios para controlar el episodio. Sin embargo, aun cuando no exista sangrado activo en el momento de la evaluación, si el paciente presenta factores de riesgo para una recurrencia grave, se recomienda su traslado a un centro de atención de urgencias para una vigilancia más estrecha³⁷.

Por otro lado, cuando el sangrado fue de escasa cuantía y el paciente se encuentra asintomático al momento de la consulta, la valoración puede realizarse en una clínica ambulatoria o consultorio médico convencional. En relación con la valoración de la severidad, aunque no existe una definición universalmente aceptada para clasificar la epistaxis como severa, se emplean diversos criterios para su estratificación clínica³⁸.

Por ejemplo, se considera grave un sangrado nasal que persiste durante más de 30 minutos en un periodo de 24 horas. Asimismo, es fundamental realizar una evaluación inmediata en casos con antecedentes de hospitalización por epistaxis, transfusión sanguínea previa por este motivo, o si se han presentado más de tres episodios recientes de sangrado nasal. Cabe señalar que la percepción subjetiva del paciente respecto a la magnitud del sangrado no siempre se correlaciona fielmente con la gravedad clínica real, por lo que una valoración objetiva es imprescindible³⁸.

Otros factores relacionados con el paciente que influyen en la urgencia de la evaluación comprenden condiciones subyacentes como hipertensión, enfermedad cardiopulmonar, anemia, trastornos de la coagulación y enfermedades del hígado o del riñón. Un tratamiento inmediato es necesario si hay evidencia o sospecha de sangrado prolongado o abundante, sangrado por ambas fosas nasales o de la boca, o signos de pérdida aguda de sangre (como taquicardia, síncope o hipotensión ortostática)³⁹.

Indagar sobre la duración y la intensidad del sangrado resulta esencial para definir tanto el momento oportuno como el entorno adecuado para la evaluación y manejo de la epistaxis, especialmente si el primer contacto con el paciente ocurre de manera remota, ya sea mediante llamada telefónica o comunicación electrónica. Según lo reportado en la literatura, aproximadamente un 6% de los pacientes que acuden a servicios de urgencias por hemorragia nasal requieren hospitalización para recibir un tratamiento más agresivo de la hemorragia nasal grave³⁹.

El abordaje terapéutico debe orientarse, de forma simultánea, a controlar el episodio hemorrágico y a valorar las posibles consecuencias sistémicas derivadas de la pérdida sanguínea. Para este fin, es útil considerar tres escenarios clínicos que varían en su gravedad: en primer lugar, la epistaxis extremadamente grave que produce shock y exige maniobras de reanimación, así como la hemostasia urgente de un tronco arterial cefálico mayor, como la arteria carótida interna; en segundo lugar, la epistaxis considerada grave por su contexto, ya sea por asociarse a un traumatismo accidental o perioperatorio, la presencia de un trastorno de la hemostasia, o patologías específicas como la enfermedad de Rendu-Osler o el fibroma

nasofaríngeo; y, finalmente, la epistaxis “benigna”, que responde rápidamente a procedimientos hemostáticos locales sencillos, particularmente cuando el sangrado se origina en una mancha vascular septal y puede ser controlado con técnicas mínimamente invasivas⁴⁰.

En cuanto al manejo con taponamiento anterior, si tras un primer intento con algodón seco o impregnado en peróxido de hidrógeno (H_2O_2) y compresión de las alas nasales durante 10 minutos persiste la hemorragia, y se identifica el punto sangrante en la zona anterior del tabique nasal, la recomendación es proceder a la cauterización directa de dicho sitio, siguiendo las pautas descritas previamente para lograr un control eficaz de la epistaxis. Sin embargo, en aquellas situaciones donde no es posible visualizar el sitio de sangrado o no se cuenta con los recursos o la experiencia necesaria para realizar la cauterización con nitrato de plata, la opción indicada es efectuar un taponamiento nasal anterior⁴¹.

Para el control de la epistaxis, pueden emplearse materiales hemostáticos reabsorbibles, como la celulosa oxidada (Surgicel® o Gelitacel®), que presentan la ventaja de no requerir extracción posterior, lo que los convierte en la opción preferente en pacientes pediátricos con trastornos de la coagulación. Sin embargo, su uso no está recomendado en casos de sangrado posterior o hemorragias de gran volumen. Si se opta por la utilización de gasa de borde orillada de 1 a 2 cm de ancho, previamente lubricada con pomada antibiótica o vaselina, se debe dejar un extremo de la gasa visible en el exterior⁴².

Durante el procedimiento, este cabo se sostiene con la mano izquierda mientras que, utilizando pinzas de bayoneta, la gasa se introduce en la cavidad nasal siguiendo una técnica de inserción suelo-techo y de atrás hacia adelante, imitando el movimiento de un acordeón, hasta rellenar adecuadamente la zona septal anterior [42]. El extremo de la gasa que permanece fuera se introduce al final para evitar que la gasa se desplace accidentalmente hacia la rinofaringe. Entre los materiales autoexpandibles, el Merocel® (acetato de polivinilo hidroxilado) de 4 cm, que puede ajustarse en tamaño según la necesidad clínica y suele impregnarse con pomada antibiótica o vaselina, es ampliamente utilizado por su sencillez en la colocación⁴².

En aquellos casos en los que el taponamiento anterior no es suficiente para controlar la hemorragia, se procede a un taponamiento anteroposterior. Esto puede realizarse utilizando gasa de borde, siguiendo la técnica antes descrita, pero con el objetivo de rellenar la cavidad nasal lo más completamente posible, o empleando Merocel® de mayor longitud (8 a 10 cm), que también pueden recortarse para adecuarse a la anatomía del paciente. Si se dispone de ello y la epistaxis persiste, se pueden utilizar sistemas de neumotaponamiento como el Rapid Rhino®, un balón inflable recubierto con hidrocoloide de carboximetilcelulosa, que promueve la agregación plaquetaria y facilita la inserción gracias a su efecto lubricante⁴³.

Este dispositivo se hidrata previamente en agua destilada antes de la introducción y se infla con aire en función de la magnitud de la hemorragia. Aunque la eficacia para controlar el sangrado

es comparable entre el taponamiento con gasa de borde y el Rapid Rhino®, el nivel de confort para el paciente es superior con este último, seguido por el Merocel®⁴³.

En cuanto al tiempo de permanencia del taponamiento, si se consigue controlar la hemorragia y solo se ha empleado algodón, se recomienda retirar el taponamiento a las 24 horas en el domicilio. Para los casos en que se han realizado taponamientos anterior o anteroposterior, estos deben mantenerse entre 48 y 72 horas. Es aconsejable que los taponamientos anteroposteriores sean retirados en el entorno hospitalario y por un especialista en otorrinolaringología, debido al riesgo potencial de resangrado⁴⁴.

En el caso de emplear Merocel®, es imprescindible humedecerlo con suero fisiológico antes de la extracción para minimizar el trauma. Por otro lado, si se ha colocado material reabsorbible como Gelitacel® o Surgicel®, se recomienda realizar lavados nasales con suero fisiológico o soluciones de agua de mar, seguidos de una limpieza nasal enérgica, a las 48-72 horas después de la colocación del material⁴⁴.

Si bien la mayoría de los expertos sugieren la profilaxis antibiótica al colocar un taponamiento nasal para reducir el riesgo de shock tóxico estafilocócico, en el caso de los taponamientos septales anteriores o aquellos realizados con algodón que se mantiene durante 24 horas, no es indispensable administrar antibióticos por vía oral, ya que el material suele estar impregnado con un agente antibiótico⁴⁵.

Por el contrario, cuando se efectúa un taponamiento anteroposterior, sí se indica profilaxis antibiótica sistémica —habitualmente amoxicilina con o sin clavulánico, y en pacientes alérgicos, un macrólido— con el objetivo de prevenir complicaciones como sinusitis (debido a la obstrucción del drenaje sinusal) y disminuir el riesgo de shock tóxico estafilocócico, mientras persista el taponamiento⁴⁵.

Es fundamental advertir a los pacientes y sus cuidadores acerca de posibles molestias asociadas al taponamiento nasal, tales como dolor de cabeza, sequedad bucal, epífora (incluso sanguinolenta) y secreción nasal con sangre. Como analgésico de elección, se recomienda paracetamol, evitando en la medida de lo posible el uso de ibuprofeno por su potencial para aumentar el sangrado. Es relevante señalar que la incidencia de epistaxis es mayor en varones, con una relación estimada de 2:1 respecto a las mujeres⁴⁵.

Durante los días posteriores a la intervención, se aconseja mantener la cabecera de la cama elevada unos 30°, evitar la práctica de ejercicio intenso, la ingesta de alimentos y la exposición a duchas muy calientes, así como abstenerse de sonarse la nariz. En caso de estornudar, se debe hacerlo con la boca abierta para reducir la presión intranasal. Tanto padres como niños deben recibir instrucciones claras para acudir de inmediato a urgencias si reaparece un sangrado activo por la fosa nasal o hacia la faringe, fiebre, dolor intenso o dificultad respiratoria⁴⁶.

Posteriormente, tras la retirada del taponamiento —y particularmente si se ha realizado cauterización—, se recomienda el uso de pomadas nasales a base de vaselina con vitamina A o

ácido hialurónico, aplicadas dos veces al día durante un periodo de 2 a 4 semanas. El empleo de espráis nasales de corticoides ha mostrado mejorar la gravedad y frecuencia de la epistaxis; asimismo, la terapia combinada se asocia con el mejor pronóstico a un mes de seguimiento⁴⁶.

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores epidemiológicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

¿Cuáles son los factores clínicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

¿Cuáles son los factores terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

La epistaxis es una de las consultas frecuentes en las emergencias de los hospitales; distinguiéndose, entre, las que se presentan en menores y en adultos, ambos tienen una etiología diferente sin embargo tienen en común el tratamiento, como es el taponamiento nasal. Es de notar que, algunos casos son graves por el alto grado de sangrado, de allí la justificación para realizar este estudio que vislumbrará aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de los pacientes para brindarles un tratamiento oportuno y eficaz.

Importancia

Metodológica. El análisis de los factores epidemiológicos, clínicos y patológicos en pacientes que presentan epistaxis exige la adopción de un método científico riguroso, capaz de identificar patrones, relaciones y posibles causas subyacentes. Optar por un diseño de carácter observacional, descriptivo y transversal se fundamenta en su capacidad para recoger datos significativos en un periodo delimitado, permitiendo así caracterizar adecuadamente a la población afectada y detectar factores de riesgo, así como manifestaciones clínicas predominantes. Este planteamiento metodológico resulta esencial para generar evidencia local susceptible de ser contrastada con investigaciones de otros contextos y para orientar futuras iniciativas de índole analítica o intervencionista.

Fundamentación teórica. El análisis de sus determinantes epidemiológicos, clínicos y patológicos permite profundizar en la comprensión de su etiología, fisiopatología y evolución dentro de contextos concretos, facilitando la identificación de diferencias atribuibles a variables como la edad, el género, la coexistencia de enfermedades y las particularidades sociodemográficas.

Fundamentación social. La epistaxis, pese a ser en la mayoría de ocasiones autolimitada, puede generar inquietud considerable entre los individuos, afectar su bienestar y, en circunstancias severas, precisar atención médica urgente o internamiento. Por tanto, este trabajo adquiere relevancia social al ofrecer datos actualizados acerca de la magnitud y características de la epistaxis en el entorno local, sensibilizar a los profesionales del ámbito sanitario sobre la conveniencia de un abordaje oportuno, y favorecer la formulación de estrategias de salud pública orientadas a la prevención y el tratamiento adecuado de esta condición.

Fundamentación práctica. Los hallazgos derivados de la presente investigación permitirán a los profesionales de la salud reconocer con mayor exactitud a personas con elevado riesgo de epistaxis, perfeccionar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, así como diseñar iniciativas educativas destinadas tanto a la población en general como a colectivos vulnerables.

Viabilidad.

Es viable por existir un número suficiente de casos que pueden permitir el cumplimiento de los objetivos, además será autofinanciado por la investigadora.

Objetivos

Objetivo general

Identificar los factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Objetivos específicos

Identificar los factores epidemiológicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Identificar los factores clínicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Identificar los factores terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis

Investigación que tiene un nivel descriptivo, no considerándose hipótesis.

Variables

Variable de estudio

Epistaxis

Variables de caracterización

Factores epidemiológicos

Edad

Sexo

Grado de instrucción

Factores clínicos

Momento del sangrado

Grado de sangrado

Tipo de sangrado según localización

Antecedente de resfriado común

Antecedente de hipertensión arterial

Antecedente de diabetes mellitus

Otras patologías

Factores terapéuticos

Tipo de tratamiento

Destino del paciente

III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

2.1 TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Tipo. Investigación de tipo no experimental al tratarse de un estudio en las que la medición de las variables se hizo de manera natural sin que exista selección deliberada por parte del investigador. Transversal pues la medición de las variables fue una sola vez. Retrospectiva en razón de que las variables fueron medidos en el pasado y descriptiva por limitarse a describir la variable de estudio.

Nivel: Descriptiva

Diseño. Descriptivo

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

Población. La población de estudio son los pacientes que presentaron epistaxis entre los años 2022 al 2025 siendo 192 casos de epistaxis no traumáticas ni atribuidas a coagulopatías congénitas.

Muestra.

$$n = \frac{Z^2pqN}{E^2(N-1) + Z^2pq}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población= 192
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	Proporción que incrementa el tamaño de la muestra 0.5
q	=	1-p = 0.5

$$n = 128 \text{ casos}$$

Muestreo.

La muestra a estudiar fue seleccionada por muestreo probabilístico la que promueve la posibilidad de participar a todos los integrantes de la población por igual.

Marco muestral.

Son los registros que obran en estadística del Hospital de casos diagnosticados de epistaxis CIE-10 es R04.0

Unidad de muestreo.

Paciente con diagnóstico de epistaxis no traumática ni antecedentes de coagulopatías congénitas

Unidad de información.

Historia clínica del paciente

2.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

La técnica.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la técnica documental, dado que la información fue extraída directamente de las historias clínicas.

Instrumento.

Se empleó una ficha de recolección de datos diseñada a partir de la revisión de la literatura relevante, la cual incluye los indicadores correspondientes a cada variable de interés. Este instrumento fue sometido a un proceso de validación por parte de tres expertos en la materia.

Procesamiento de datos.

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS v29, a donde se tabularon los datos previamente extraídos desde las historias clínicas y pasadas a una ficha de datos personal de cada participante. Del programa estadístico se obtuvieron los resultados que se presentan en tablas estadísticas descriptivas con valores absolutos y porcentuales obteniendo además la media mediana moda para las variables numéricas.

Ética.

Para el desarrollo de la investigación se cumplió con los siguientes principios éticos.

No maleficencia, en razón de que el estudio se realizó en las historias clínicas se extrajeron los datos sin que estos resulten adulterados o dañados en perjuicio del paciente.

Beneficencia. La investigación se realizó con fines científicos no existiendo conflicto de intereses, buscando llegar al conocimiento de esta patología que será de utilidad para los profesionales de la salud que tendrán evidencias científicas con datos locales.

Justicia. Cada ficha de datos se identificó con un número con la finalidad de respetar el anonimato y que cada participante sea tratado sin segregaciones o selecciones que no estipula la investigación.

III. RESULTADOS

RESULTADOS

Tabla 1. Edad de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Edad		
Media= 49,61 años Mediana= 56 años Moda= 15 años Mínimo: 15 años Máximo: 83 años		
Categorías	Frecuencia	Porcentaje
15 a 29 años	39	30,5%
30 a 44 años	13	10,2%
45 a 59 años	16	12,5%
60 a 74 años	43	33,6%
> 74 años	17	13,3%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La edad de los pacientes presentó una media de 49,61 años, una mediana de 56 años y una moda de 15 años, con un rango que oscila entre 15 y 83 años. La diferencia entre la media (49,61) y la mediana (56) sugiere una distribución asimétrica, probablemente con ligera asimetría negativa, influenciada por la presencia de un grupo importante de pacientes jóvenes (moda de 15 años), que disminuyen el promedio general.

En cuanto a la distribución por categorías: El grupo de 60 a 74 años fue el más frecuente con 43 pacientes (33,6%). Le siguió el grupo de 15 a 29 años con 39 pacientes (30,5%). El grupo de > 74 años representó 13,3% (17 pacientes). Los grupos de 45 a 59 años (12,5%) y 30 a 44 años (10,2%) presentaron menor proporción. Estos resultados evidencian una mayor concentración de pacientes en los extremos etarios: adultos mayores y adolescentes/jóvenes.

Figura 1. Edad de pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

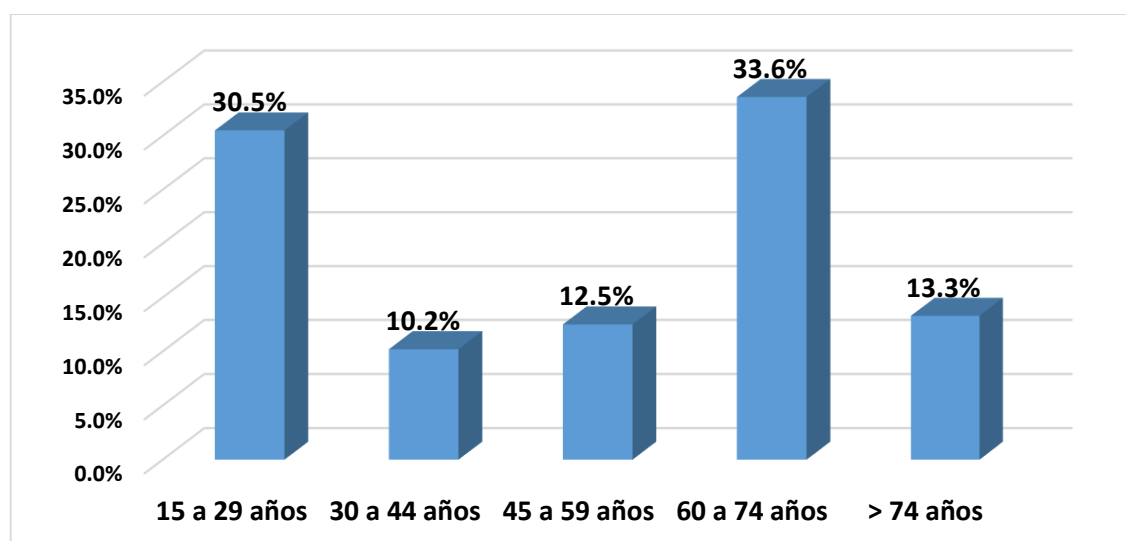


Tabla 2. Sexo de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	77	60,2%
Femenino	51	39,8%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En los pacientes con diagnóstico de epistaxis, se observó un predominio del sexo masculino con 77 pacientes (60,2%), mientras que el sexo femenino estuvo representado por 51 pacientes (39,8%). Estos resultados muestran una mayor frecuencia de epistaxis en varones, con una diferencia de 20,4 puntos porcentuales respecto al sexo femenino, lo que sugiere una posible asociación entre el sexo masculino y una mayor presentación de esta condición en la población evaluada.

Figura 2. Sexo de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

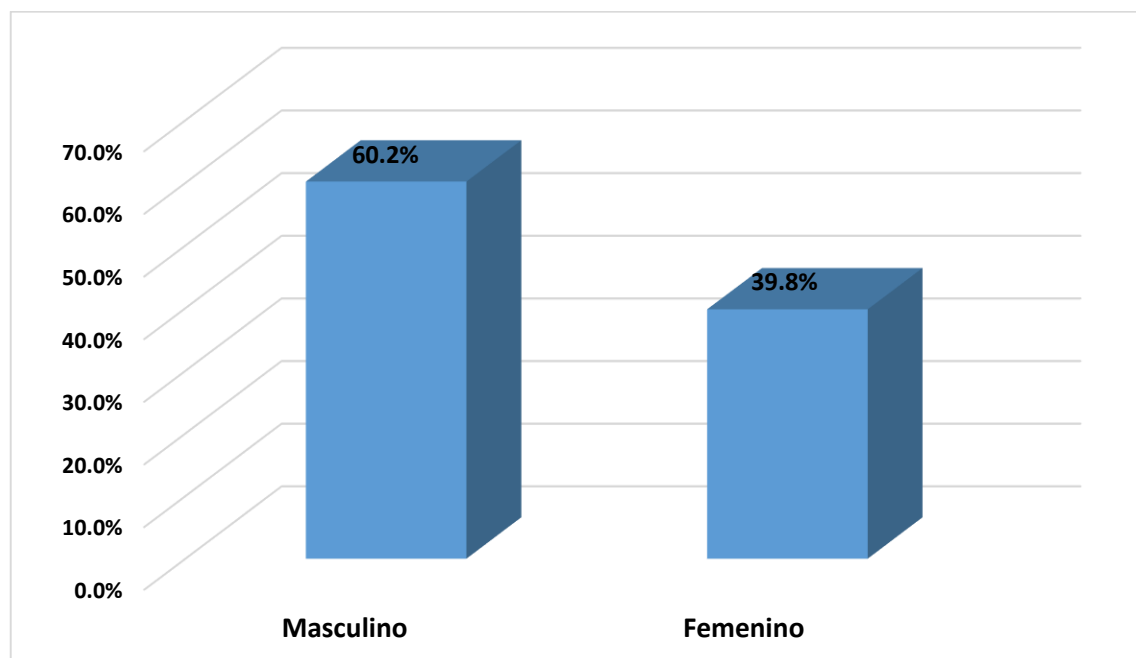


Tabla 3. Grado de instrucción de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	31	24,2%
Secundaria	49	38,3%
Superior	48	37,5%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El nivel educativo más frecuente fue secundaria completa o incompleta, con 49 pacientes (38,3%), seguido muy de cerca por el nivel superior, con 48 pacientes (37,5%). Por su parte, 31 pacientes (24,2%) presentaron nivel de instrucción primaria. Los resultados muestran que aproximadamente tres de cada cuatro pacientes (75,8%) cuentan con educación secundaria o superior, mientras que cerca de una cuarta parte posee únicamente educación primaria. Esto evidencia una mayor concentración de casos en personas con nivel educativo medio y superior.

Figura 3. Grado de instrucción de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

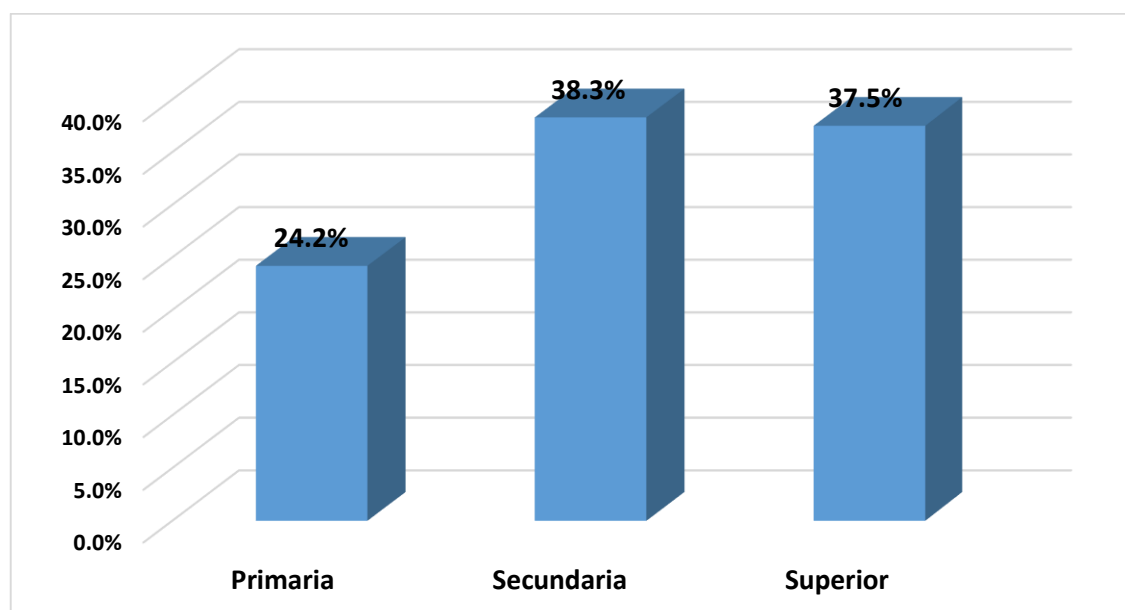


Tabla 4. Momento del sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Momento del sangrado	Frecuencia	Porcentaje
7 am a 6 pm	54	42,2%
7 pm a 6 am	74	57,8%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se observó que 74 pacientes (57,8%) presentaron el episodio de epistaxis en el horario nocturno (7:00 pm a 6:00 am), mientras que 54 pacientes (42,2%) presentaron el sangrado en el horario diurno (7:00 am a 6:00 pm). Estos resultados evidencian un predominio de episodios hemorrágicos durante la noche y madrugada, con una diferencia de 15,6 puntos porcentuales respecto al periodo diurno. Es decir, aproximadamente 6 de cada 10 pacientes presentaron epistaxis en horario nocturno.

Figura 4. Momento del sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

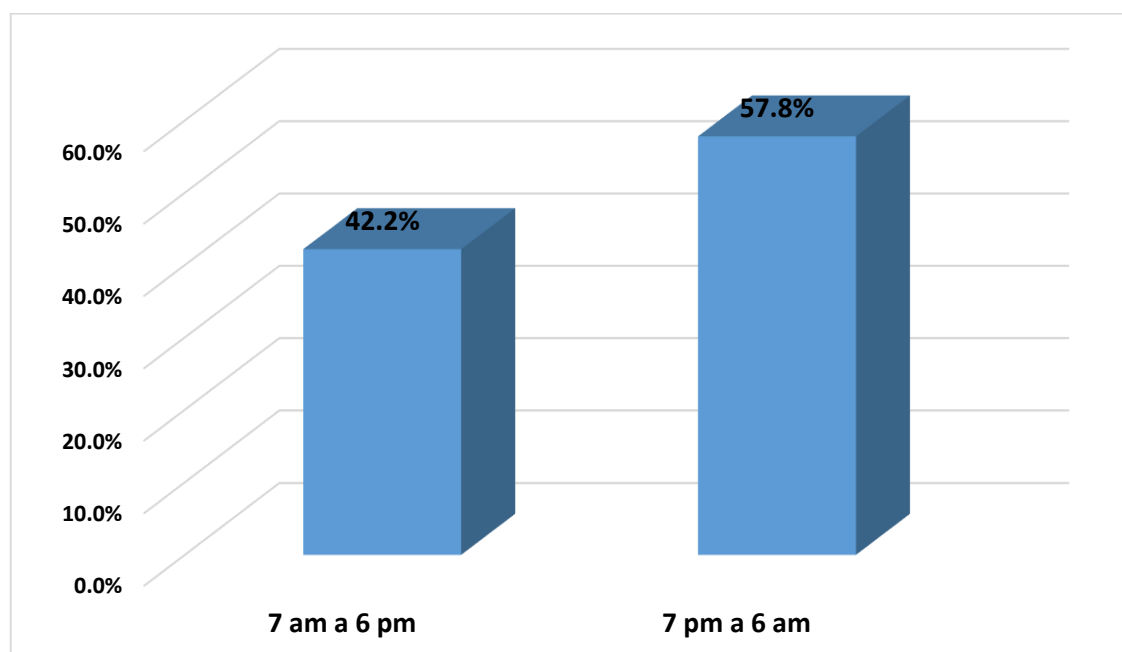


Tabla 5. Grado de sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Grado de sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Leve	41	32,0%
Moderado	77	60,2%
Severo	10	7,8%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El grado moderado de sangrado fue el más frecuente, presentándose en 77 pacientes (60,2%), seguido del grado leve en 41 pacientes (32,0%). Por su parte, el grado severo fue el menos frecuente, con 10 pacientes (7,8%). Estos resultados indican que aproximadamente 6 de cada 10 pacientes presentaron epistaxis moderada, mientras que cerca de un tercio tuvo sangrado leve y menos de uno de cada diez presentó un cuadro severo. Esto sugiere que, aunque la mayoría de los casos no fueron graves, una proporción importante requirió manejo activo debido a la magnitud del sangrado.

Figura 5. Grado de sangrado de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

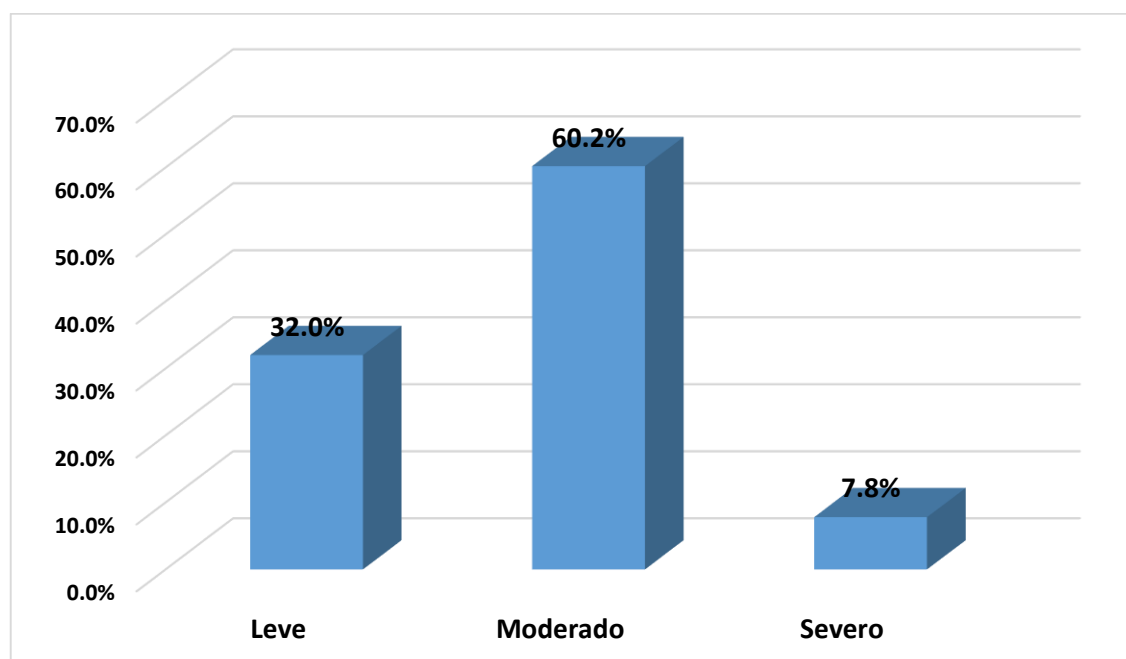


Tabla 6. Tipo de sangrado según localización de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Tipo de sangrado	Frecuencia	Porcentaje
Origen anterior	96	75,0%
Origen posterior	32	25,0%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En la población estudiada ($n = 128$), el sangrado anterior fue el más frecuente, presentándose en 96 pacientes (75,0%), mientras que el sangrado posterior se registró en 32 pacientes (25,0%). Estos resultados indican que tres de cada cuatro casos de epistaxis correspondieron a localización anterior, mientras que uno de cada cuatro presentó sangrado posterior. La diferencia de 50 puntos porcentuales evidencia un claro predominio del compromiso anterior.

Figura 6. Tipo de sangrado según localización de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

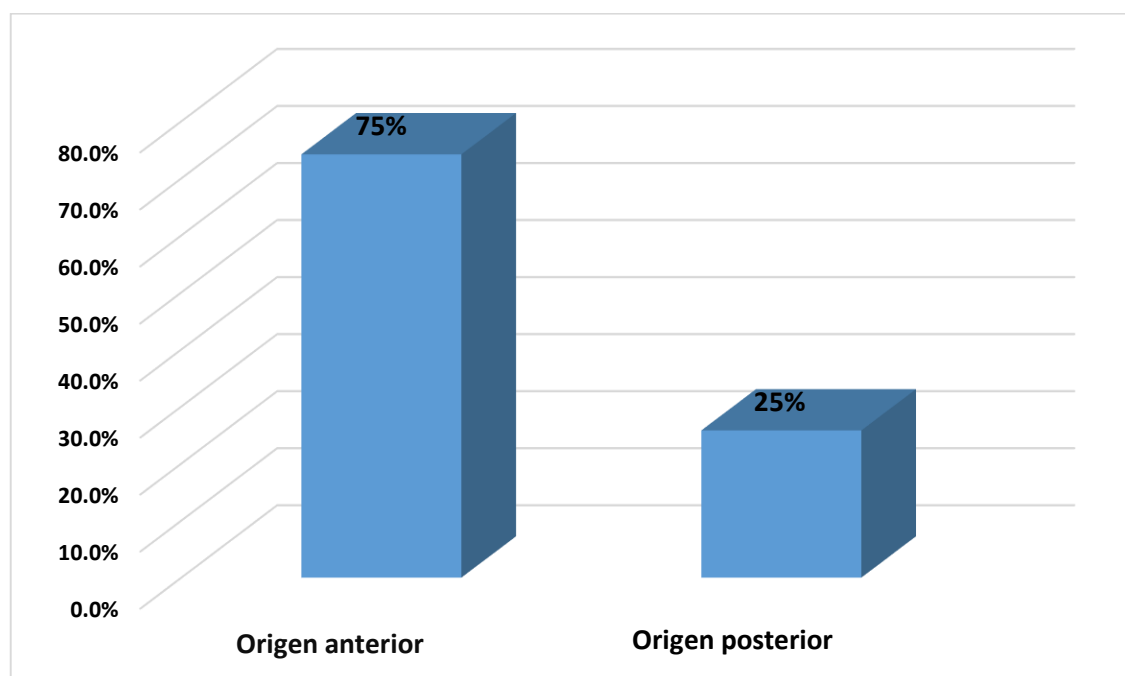


Tabla 7. Antecedente de resfriado común de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Antecedente de resfriado común	Frecuencia	Porcentaje
Si resfriado común	95	74,2%
No resfriado común	33	25,8%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El (74,2%) presentaron antecedente reciente de resfriado común, mientras que 33 pacientes (25,8%) no reportaron dicho antecedente. Estos resultados muestran que aproximadamente tres de cada cuatro pacientes con epistaxis tuvieron un cuadro previo de infección respiratoria alta, lo que sugiere una posible relación entre procesos inflamatorios nasales y la aparición del sangrado.

Figura 7. Antecedente de resfriado común de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

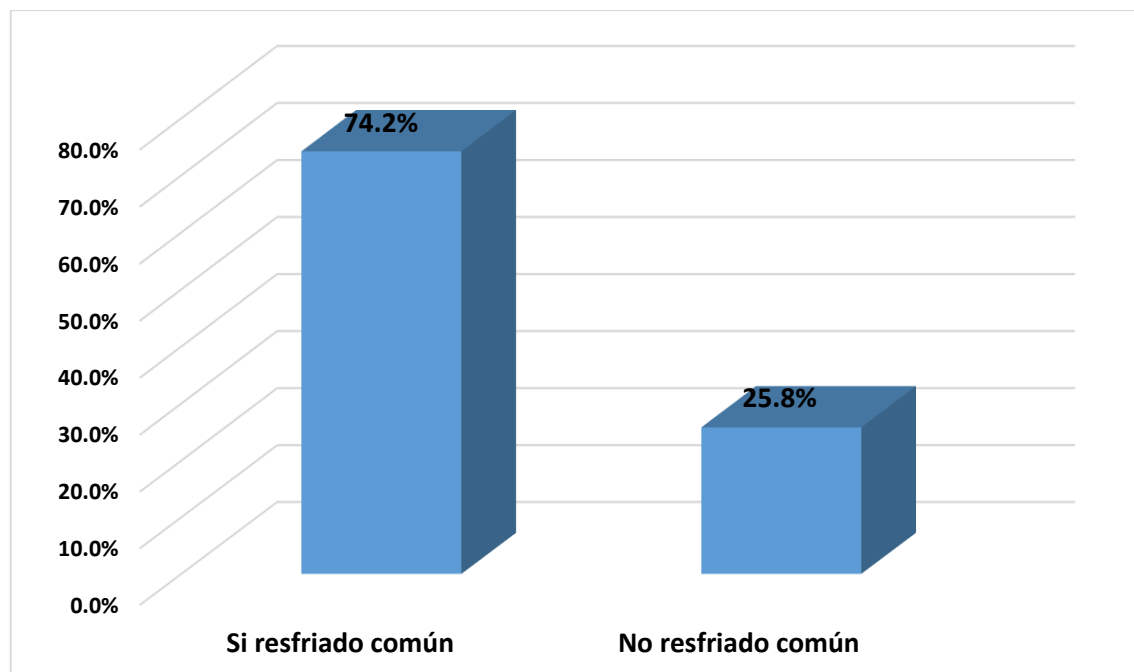


Tabla 8. Antecedente de hipertensión arterial de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Antecedente de hipertensión arterial	Frecuencia	Porcentaje
Si HTA	37	28,9%
No HTA	91	71,1%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se definió que 37 pacientes (28,9%) presentaron antecedente de hipertensión arterial (HTA), mientras que 91 pacientes (71,1%) no reportaron dicha comorbilidad. Estos resultados indican que aproximadamente 3 de cada 10 pacientes con epistaxis eran hipertensos, lo que representa una proporción considerable dentro de la muestra, aunque la mayoría de los casos ocurrió en pacientes sin diagnóstico previo de HTA.

Figura 8. Antecedente de hipertensión arterial de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

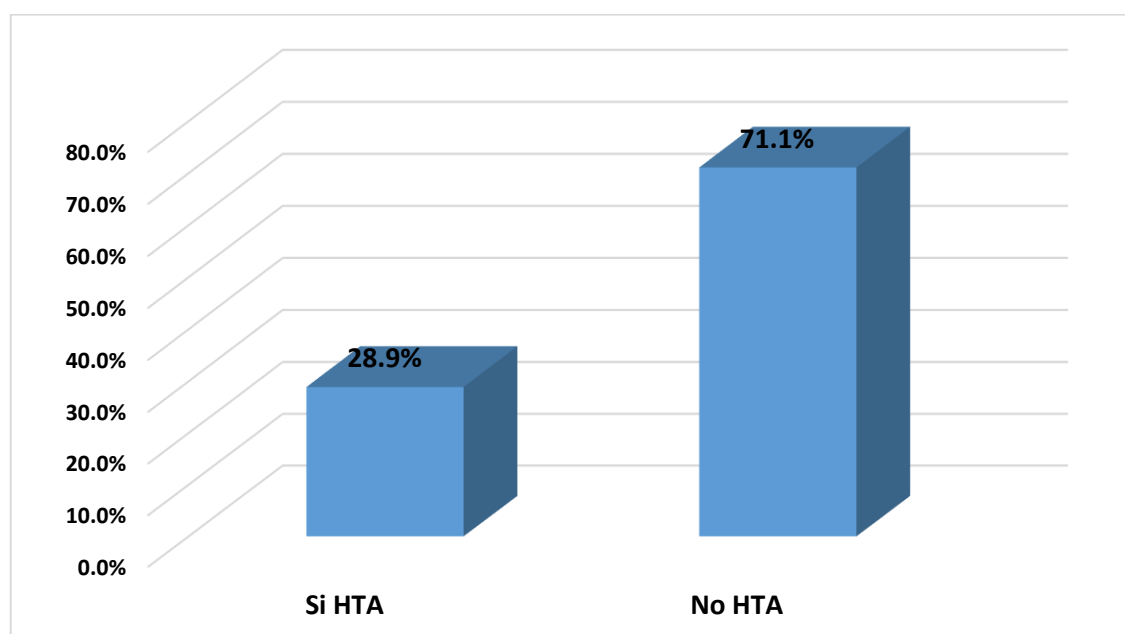


Tabla 9. Antecedente de diabetes mellitus de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Antecedente de diabetes mellitus	Frecuencia	Porcentaje
Si DM	15	11,7%
No DM	113	88,3%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Se determinó que 15 pacientes (11,7%) presentaron antecedente de diabetes mellitus (DM), mientras que 113 pacientes (88,3%) no reportaron dicha comorbilidad. Es decir que aproximadamente 1 de cada 10 pacientes con epistaxis era diabético, lo que representa una proporción relativamente baja en comparación con otras comorbilidades como la hipertensión arterial.

Figura 9. Antecedente de diabetes mellitus de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

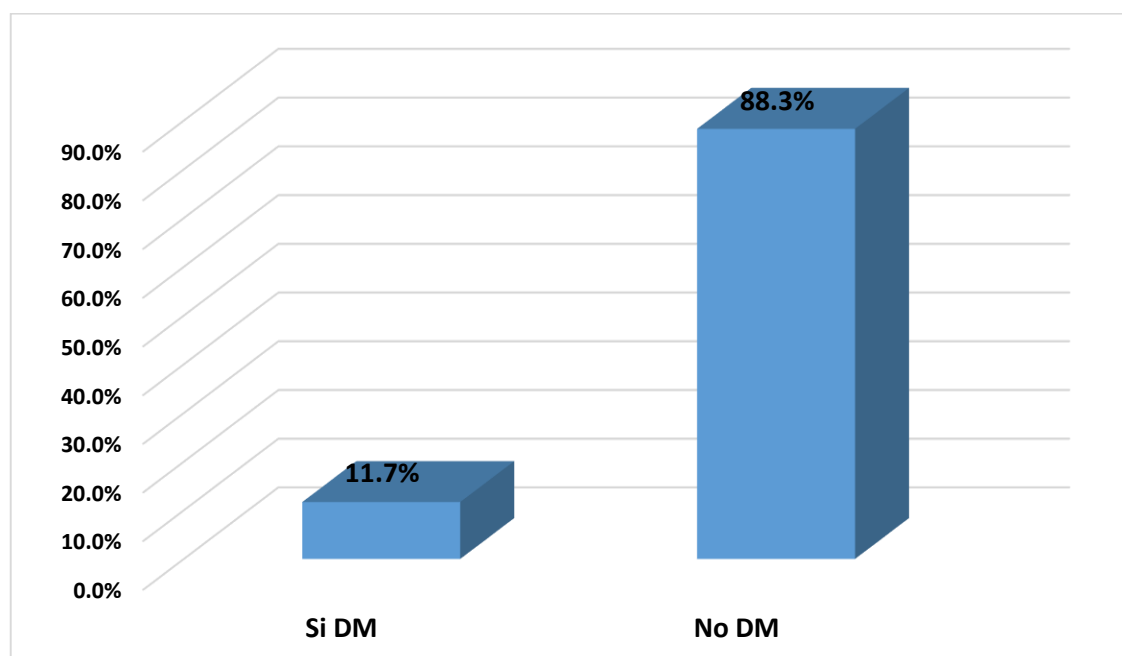


Tabla 10. Otras patologías de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Otras patologías	Frecuencia	Porcentaje
IRCT	5	3,9%
Cirrosis	2	1,6%
Ninguna de las anteriores	121	94,5%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En el estudio se definió que 5 pacientes (3,9%) presentaron IRCT y 2 pacientes (1,6%) antecedente de cirrosis. En conjunto, estas comorbilidades representaron solo el 5,5% del total de casos. Estos resultados muestran una baja frecuencia de enfermedades sistémicas graves asociadas a alteraciones de la coagulación dentro de la población estudiada.

Figura 10. Otras patologías de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

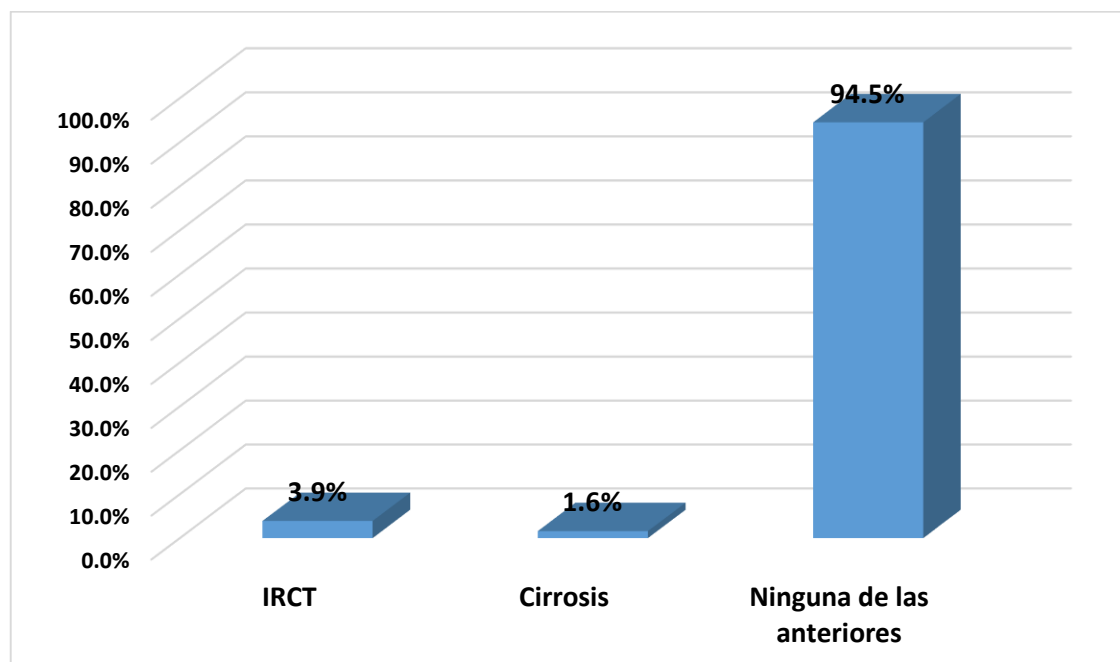


Tabla 11. Tipo de tratamiento de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Taponamiento anterior	123	96,1%
Taponamiento posterior	5	3,9%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El taponamiento anterior fue el tratamiento predominante, aplicado en 123 pacientes (96,1%), mientras que el taponamiento posterior se realizó en 5 pacientes (3,9%). Estos resultados evidencian que prácticamente la totalidad de los casos fueron manejados mediante técnicas dirigidas al control de sangrado anterior, siendo el taponamiento posterior una intervención poco frecuente.

Figura 11. Tipo de tratamiento de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

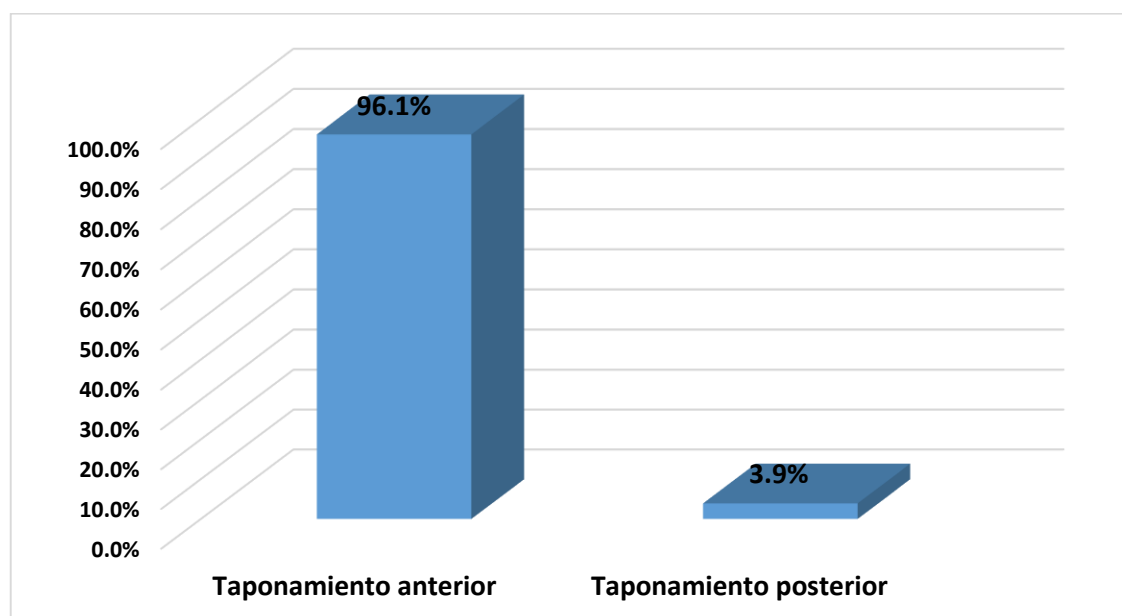


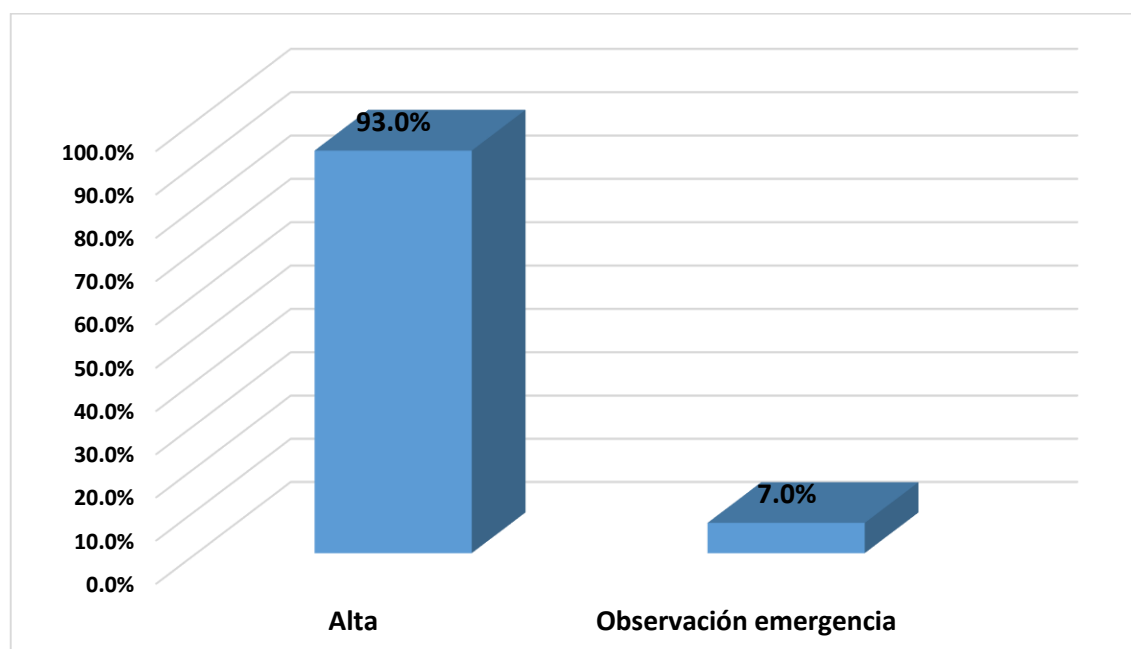
Tabla 12. Destino de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

Destino de los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Alta	119	93,0%
Observación emergencia	9	7,0%
Total	128	100,0%

Fuente: Elaboración propia

El (93,0%) de los pacientes fueron dados de alta tras la atención inicial, mientras que 9 pacientes (7,0%) permanecieron en observación en el servicio de emergencia. Estos resultados evidencian que la gran mayoría de los casos fueron resueltos de manera satisfactoria en la atención inicial, sin requerir hospitalización prolongada ni internamiento en otras áreas del hospital.

Figura 12. Destino de los pacientes con epistaxis tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025



IV. DISCUSIÓN

La edad es un factor demográfico fundamental en la mayoría de patologías, ya que influye tanto en la aparición como en la evolución y pronóstico de diversas enfermedades. En el presente estudio, la mayor frecuencia en el grupo de 60 a 74 años (33,6%) pues muchas patologías crónicas y degenerativas presentan mayor prevalencia en adultos mayores debido al envejecimiento fisiológico, la acumulación de factores de riesgo y la presencia de comorbilidades. Asimismo, resulta relevante la alta proporción de pacientes entre 15 y 29 años (30,5%), lo cual podría indicar que la enfermedad o condición estudiada no es exclusiva de la población adulta mayor, sino que también afecta a grupos jóvenes. La amplitud del rango etario (15–83 años) demuestra que la condición evaluada tiene una amplia distribución en la población, lo que implica la necesidad de estrategias de prevención, diagnóstico y manejo adaptadas a diferentes etapas de la vida. En términos epidemiológicos, estos resultados sugieren que las intervenciones en salud pública deberían enfocarse principalmente en adultos mayores, sin descuidar a la población joven, considerando las particularidades clínicas y sociales de cada grupo etario, concordante con lo encontrado por Martín¹⁵ en España en la que el 74,1 % eran hombres, con una edad media al diagnóstico de 66,7 años, que es concretada con el resultado del estudio de Maldonado²⁰ que concluye que la edad mayor a 50 años, independientemente del estado tensional, representa un riesgo elevado para experimentar sangrados nasales de mayor gravedad.

La epistaxis es una de las urgencias otorrinolaringológicas más frecuentes y puede presentarse en cualquier grupo etario. Diversos estudios han reportado un predominio del sexo masculino, especialmente en la edad adulta, lo cual coincide con los hallazgos del presente estudio. Este predominio podría explicarse por varios factores. En primer lugar, los varones suelen estar más expuestos a traumatismos nasales, actividades laborales de riesgo y factores ambientales que predisponen al sangrado nasal. Otra explicación radica en la mayor prevalencia en varones de factores de riesgo asociados a epistaxis, como hipertensión arterial, consumo de alcohol, tabaquismo o uso de antiagregantes y anticoagulantes. No obstante, aunque existe predominio masculino, la proporción femenina (39,8%) sigue siendo considerable, lo que confirma que la epistaxis es una patología frecuente en ambos sexos y requiere abordaje integral sin distinción de género. Este resultado es confirmado en la investigación de Guerra¹⁰ que determina que el 55,56% de los pacientes con epistaxis eran varones.

El grado de instrucción es un determinante social de la salud que influye en el conocimiento sobre medidas preventivas, el reconocimiento temprano de signos de alarma y la búsqueda oportuna de atención médica. En el presente estudio, la mayor proporción de pacientes con educación secundaria y superior podría reflejar la estructura sociodemográfica de la población que accede al hospital, así como una mayor tendencia de personas con mayor nivel educativo a

acudir oportunamente a los servicios de salud ante episodios de epistaxis. Sin embargo, el hecho de que un 24,2% de los pacientes tenga solo educación primaria puede representar un grupo potencialmente más vulnerable, debido a posibles limitaciones en el conocimiento sobre medidas básicas de control del sangrado nasal, automanejo inicial o identificación de factores de riesgo como hipertensión arterial, uso inadecuado de medicamentos o exposición a ambientes secos³⁶.

La mayor frecuencia de epistaxis durante el horario nocturno podría explicarse por diversos factores fisiológicos y ambientales. Durante la noche se producen cambios en la regulación hemodinámica, incluyendo variaciones en la presión arterial, que podrían favorecer la ruptura de vasos frágiles de la mucosa nasal, especialmente en pacientes hipertensos. Desde el punto de vista asistencial, este hallazgo tiene implicancias importantes para la organización de los servicios de emergencia, ya que sugiere una mayor demanda potencial de atención por epistaxis en horario nocturno. Por ello, resulta fundamental asegurar disponibilidad de personal capacitado y recursos adecuados durante ese periodo. En conclusión, el predominio del sangrado en horario nocturno sugiere una posible influencia de factores fisiológicos y ambientales que genera congestión nasal en la presentación de la epistaxis, lo cual debe considerarse tanto en la prevención como en la planificación de los servicios de salud.

La predominancia de epistaxis moderada en el presente estudio refleja que la mayoría de los pacientes atendidos requirió intervención médica para el control del sangrado, pero sin llegar a comprometer de manera crítica la estabilidad hemodinámica. El 32,0% de casos leves podría corresponder a pacientes que, pese a presentar sangrado autolimitado o de baja cuantía, acudieron al hospital por persistencia del episodio, recurrencia o ansiedad generada por el sangrado. En cuanto al 7,8% de casos severos, aunque representan la menor proporción, constituyen el grupo de mayor relevancia clínica debido al riesgo de inestabilidad hemodinámica, anemia aguda o necesidad de intervenciones más complejas como taponamiento posterior, cauterización avanzada o incluso manejo quirúrgico. Estos casos suelen asociarse a factores predisponentes como hipertensión arterial no controlada, trastornos de la coagulación o uso de anticoagulantes³⁸. Desde el punto de vista asistencial, la predominancia de casos moderados y la presencia de un grupo no despreciable de casos severos resaltan la necesidad de contar con protocolos estandarizados de manejo y personal capacitado para la evaluación rápida de la gravedad del sangrado, a fin de prevenir complicaciones, en tanto que el estudio de Aguas¹⁶ en Colombia concluye que durante el periodo analizado, se identificaron 31 pacientes que acudieron nuevamente por epistaxis entre las 24 horas posteriores al manejo inicial y el 32% de estos casos correspondía a personas de entre 71 y 80 años, y que los hombres presentaron una tasa de reconsulta superior a la de las mujeres³⁷.

La predominancia del sangrado anterior concuerda con lo descrito en la literatura, donde se reporta que aproximadamente el 70–90% de los casos de epistaxis se originan en la región

anterior del tabique nasal, particularmente en el plexo de Kiesselbach, zona altamente vascularizada y susceptible a traumatismos, resequedad ambiental o procesos inflamatorios. El alto porcentaje de epistaxis anterior en este estudio puede estar influenciado por factores locales como clima seco, manipulación digital nasal, infecciones respiratorias altas o traumatismos leves. Además, este tipo de sangrado suele ser más visible y genera alarma inmediata en el paciente, lo que favorece la consulta temprana. Por otro lado, el 25,0% de casos de epistaxis posterior representa una proporción clínicamente relevante, ya que este tipo de sangrado suele presentarse con mayor severidad, es más frecuente en adultos mayores y en pacientes con hipertensión arterial u otras comorbilidades. La epistaxis posterior se asocia con mayor dificultad en su control, mayor probabilidad de requerir taponamiento posterior u hospitalización, y mayor riesgo de complicaciones. Vaamonde¹⁷ determina que las epistaxis de localización anterior fueron las más frecuentes, aunque la incidencia de epistaxis posterior aumentó a partir de los 40 años, estos resultados tienen su sustento en las zonas de distribución de cinco vasos confluyen en el tabique nasal anterior, conformando el plexo de Kiesselbach. Localizado en la entrada de la cavidad nasal, esta región está especialmente expuesta a variaciones extremas de temperatura y humedad, factores que la predisponen al traumatismo²². El alto porcentaje de pacientes con antecedente de resfriado común indica que las infecciones respiratorias altas podrían constituir un factor predisponente importante en la aparición de epistaxis. Durante el resfriado común, la mucosa nasal sufre inflamación, congestión vascular y aumento de la fragilidad capilar, lo que incrementa la probabilidad de ruptura de pequeños vasos sanguíneos, especialmente en la región anterior del tabique nasal. Además, síntomas asociados como rinorrea, estornudos frecuentes y obstrucción nasal favorecen la manipulación digital, el sonado repetitivo de la nariz y el uso de medicamentos tópicos, factores que pueden lesionar la mucosa y precipitar el sangrado. Sin embargo, aunque el 74,2% presentó antecedente de resfriado común, no puede establecerse una relación causal directa únicamente con estos datos descriptivos. Sería necesario un análisis comparativo con población sin epistaxis para determinar la magnitud de la asociación. Al respecto el estudio de Reinoso¹⁴ en Guayaquil indica que el 37% de los pacientes presentó epistaxis asociada a hipertensión arterial, mientras que la rinitis alérgica fue responsable del 20% de los casos y solo el 4,85% de pacientes presentaron epistaxis traumática, que en la investigación no se encontró ningún caso probablemente por el tamaño de muestra insuficiente para detectar.

La hipertensión arterial ha sido ampliamente descrita como un factor asociado a epistaxis, especialmente en adultos mayores, aunque no siempre se considera una causa directa del sangrado nasal, sí puede actuar como un factor favorecedor, al incrementar la presión intravascular y dificultar la hemostasia una vez iniciado el sangrado. El hallazgo de que el 28,9% de los pacientes con epistaxis presentaran antecedente de HTA sugiere una posible relación clínica relevante, particularmente si se considera que la hipertensión es más frecuente

en edades avanzadas, grupo que también mostró alta representación en el estudio. En estos pacientes, las alteraciones estructurales de la pared vascular, sumadas a cifras tensionales elevadas, pueden predisponer a la ruptura de vasos frágiles de la mucosa nasal. Esta comorbilidad es también determinada en el estudio de Guerra¹⁰ en Cuba que indica que la hipertensión se presentó en el 48,15% de pacientes con epistaxis y en el estudio de Li¹² en China la hipertensión se mantuvo como principal factor asociado; mientras que, en los pacientes de 56 a 70 años,

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica que puede generar alteraciones microvasculares, cambios en la integridad endotelial y trastornos en los procesos de cicatrización, factores que podrían favorecer la aparición o persistencia de sangrados, incluida la epistaxis. Sin embargo, en el presente estudio, la proporción de pacientes con DM (11,7%) fue minoritaria, lo que sugiere que esta comorbilidad no constituye uno de los principales factores asociados a la presentación de epistaxis en la población evaluada. Este hallazgo podría explicarse porque la epistaxis suele estar más relacionada con factores locales (inflamación, resequedad, traumatismos) y con comorbilidades cardiovasculares como la hipertensión arterial. Aguas¹⁶ en Colombia encuentra que la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la insuficiencia cardíaca fueron las más frecuentes entre quienes requirieron atención repetida por epistaxis y en el estudio de Carreno¹⁹ encuentra una prevalencia de 19,56% de diabetes mellitus en pacientes con epistaxis que es concordante con los hallazgos de la investigación.

La insuficiencia renal crónica terminal y la cirrosis hepática son patologías que pueden alterar significativamente la hemostasia. En la IRCT, las alteraciones plaquetarias y la disfunción endotelial pueden predisponer a eventos hemorrágicos, mientras que en la cirrosis existe disminución en la síntesis de factores de coagulación, trombocitopenia secundaria a hiperesplenismo y alteraciones en la fibrinólisis. Sin embargo, en el presente estudio, estas patologías se presentaron en una proporción baja (5,5%), lo que sugiere que no constituyen factores predominantes en la aparición de epistaxis en esta población. A pesar de su baja frecuencia, la presencia de IRCT y cirrosis es clínicamente relevante, ya que en estos pacientes el sangrado puede ser más prolongado, recurrente y de difícil control, requiriendo intervenciones más complejas y vigilancia estrecha. Además, el riesgo de complicaciones es mayor debido a la alteración de los mecanismos normales de coagulación³⁹.

El claro predominio del taponamiento anterior como modalidad terapéutica guarda coherencia con los hallazgos previos del estudio, donde el 75% de los casos correspondieron a epistaxis anterior. Dado que la mayoría de los sangrados nasales se originan en la región anterior del tabique nasal, el taponamiento anterior constituye una medida eficaz, accesible y de primera línea en el manejo de estos casos. La baja frecuencia de taponamiento posterior (3,9%) sugiere que los casos de epistaxis posterior fueron minoritarios, lo cual coincide con la menor proporción de sangrados posteriores observada. El taponamiento posterior suele reservarse para

sangrados más profundos, de mayor cuantía o de difícil control, y conlleva mayor incomodidad para el paciente, así como mayor riesgo de complicaciones, incluyendo compromiso respiratorio o infecciones. Desde el punto de vista clínico, estos resultados indican que la mayoría de los casos fueron manejables con procedimientos relativamente simples y efectivos, lo que podría reflejar un adecuado diagnóstico oportuno y una correcta clasificación de la localización del sangrado. Incluso Guerra¹⁰ establece un perfil del paciente con epistaxis que a su conclusión es un paciente varón que presentaba comorbilidades, siendo la hipertensión arterial la más habitual entre ellas que recibió taponamiento anteroposterior, mientras que Adeyeye¹¹ en Nigeria observó que la inmensa mayoría, 133 pacientes (98,5 %), fue tratada mediante intervenciones no quirúrgicas, incluso entre los métodos conservadores, el taponamiento nasal anterior resultó ser la técnica más utilizada, aplicada en 60 pacientes (44,4 %) concordando con los resultados del estudio. También el estudio de Byun¹⁸ encuentra en su investigación que los tratamientos aplicados durante los eventos de epistaxis, se encontró que el uso de taponaje posterior fue significativamente más frecuente en el grupo hipertenso.

El alto porcentaje de pacientes dados de alta (93,0%) sugiere que la epistaxis en la mayoría de los casos fue de leve a moderada severidad y respondió adecuadamente al tratamiento instaurado, principalmente al taponamiento anterior, que fue el procedimiento más utilizado en el estudio. Este hallazgo es consistente con la predominancia de epistaxis anterior y de grado moderado previamente descrita, ya que estos cuadros suelen controlarse eficazmente en el ámbito de emergencia sin necesidad de hospitalización. Por otro lado, el 7,0% de pacientes que permanecieron en observación generalmente correspondieron a casos de mayor complejidad, como epistaxis posterior, sangrado severo, recurrencia temprana o presencia de comorbilidades como hipertensión arterial u otras patologías sistémicas. En estos casos, la observación permite vigilar posibles resangrados, controlar cifras tensionales y asegurar estabilidad hemodinámica antes del alta definitiva. Concordante con lo encontrado por Jed¹³ en su estudio en Australia que determina que los casos graves experimentaron una estancia hospitalaria considerablemente más prolongada (4,3 días frente a 1,1 días; $P < 0,001$), así como tasas de reingreso a las dos semanas significativamente superiores (12,5 % frente a 2,2 %; $P < 0,001$).

V. CONCLUSIONES

- En el estudio, el perfil típico del paciente adolescente y joven es de epistaxis anterior, leve a moderada y de origen anterior, mientras que en adultos mayores aumenta la probabilidad de epistaxis posterior, asociada a comorbilidades como hipertensión arterial y mayor severidad clínica.
- El grupo de 60 a 74 años fue el más frecuente le siguió el grupo de 15 a 29 años, el sexo masculino fue mayoritario, el nivel educativo más frecuente fue secundaria seguido por el nivel superior.
- El horario en que ocurrió el sangrado prevaleció el nocturno (7:00 pm a 6:00 am), el grado moderado de sangrado fue el más frecuente, el sangrado anterior fue el más frecuente, casi dos tercios de pacientes presentaron antecedente reciente de resfriado común, más de un cuarto de pacientes presentó hipertensión arterial y menos prevalente fue la diabetes mellitus la insuficiencia renal crónica terminal y la cirrosis.
- El taponamiento anterior fue el tratamiento predominante, y la gran mayoría fueron dados de alta tras la atención inicial.

VI. RECOMENDACIONES

- Fortalecer la educación sanitaria en adolescentes y jóvenes, enfocándose en, medidas para evitar la manipulación nasal, y el correcto manejo del resfriado común. Implementar campañas de control y seguimiento de hipertensión arterial, principalmente en adultos mayores, con el fin de reducir el riesgo de epistaxis posterior y de mayor severidad.
- Promover el diagnóstico oportuno y control de enfermedades crónicas (diabetes, enfermedad renal, cirrosis), aunque su prevalencia fue baja, debido a su impacto potencial en la evolución del sangrado, desarrollar estrategias educativas dirigidas a la población con nivel de instrucción secundaria, que fue el grupo predominante, utilizando lenguaje claro y accesible.
- Reforzar la capacitación del personal de emergencia en el manejo protocolizado de epistaxis, especialmente en identificación temprana de epistaxis posterior, manejo de pacientes con comorbilidades. Optimizar la disponibilidad de insumos para taponamiento anterior, dado que fue el tratamiento predominante y altamente resolutivo.
- Mantener la atención resolutiva ambulatoria como estrategia principal, dado que la mayoría de los pacientes fueron dados de alta tras la atención inicial, evitando hospitalizaciones innecesarias.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Pinilla Urraca M. Epistaxis. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/75/epistaxis>
- 2.- Grupo de Trabajo de Otorrinolaringología Pediátrica; Comité de Hematooncología; Comité de Pediatría Ambulatoria. Consenso de epistaxis en pediatría: causas, clínica y tratamiento [Consensus on pediatrics epistaxis: Causes, clinic and treatment]. Arch Argent Pediatr. 2021 Feb;119(1): s48-s53. Spanish. doi: 10.5546/aap. 2021.s48. PMID: 33459005.
- 3.- Alfaro Arias LI, Hernández López ML, Daza Vergára JA. Caracterización de la población que consulta por epistaxis al servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario Mayor Méderi (HUM). Acta otorrinolaringol cir cabeza cuello. 2020;48(3):232 - 238. <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl/article/view/493>
- 4.- Gatsounia A, Schinas G, Danielides G, et al. (November 06, 2023) Impact of Atmospheric Conditions on Epistaxis Incidence. Cureus 15(11): e48390. DOI 10.7759/cureus.48390
- 5.- Mylonas S, Skoulakis C, Nikolaidis V, Hajiioannou J. Epistaxis Treatment Options: Literature Review. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2023 Sep;75(3):2235-2244. doi: 10.1007/s12070-023-03824-z. Epub 2023 May 8. PMID: 37636777; PMCID: PMC10447774.
- 6.- Ross A, Engebretsen S, Mahoney R, Bathula S. Risk Factors and Management for Epistaxis in a Hospitalized Adult Sample. Spartan Med Res J. 2022 Sep 6;7(2):37760. doi: 10.51894/001c.37760. PMID: 36128022; PMCID: PMC9448657.
- 7.- Azúa Morera D. Abordaje y manejo de la epistaxis en población pediátrica. Revista Médica Sinergia Vol. 7, Núm. 8, agosto 2022, e887. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i8.887>
- 8.- Clemente-Montaña CA, Morales Cadena GM. Demografía de pacientes con epistaxis que requirieron atención intrahospitalaria. An Orl Mex. 2021; 66 (1): 34-42. <https://doi.org/10.24245/aorl.v66i1.4749>
- 9.- Bereda, G. (2023). Urgencia hipertensiva y epistaxis anterior causadas por incumplimiento de la medicación antihipertensiva: Informe de un caso. Medicina de Urgencias de Acceso Abierto, 15, 47–51. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S400167>
- 10.- Guerra Chávez M. Epidemiología de pacientes ingresados con epistaxis en Otorrinolaringología. Hospital Carlos Manuel de Céspedes en Cuba 2020. Multimed vol.24 no.5 Granma sept.-oct. 2020 Epub 07-Sep-2020
- 11.- Adeyeye FM. Patrón de gestión de las epistaxis en Sokoto, Nigeria 2021. Borno Medical Journal enero - junio 2021 vol. 18 Número 1. DOI: 10.31173/bomj.bomj_2101_18
- 12.- Li HY, Luo T, Li L, Liu Y, Zhai X, Wang XD. Etiología y características clínicas de la epistaxis primaria. Ann Transl Med. 31 de enero de 2023;11(2):96. doi: 10.21037/atm-22-6590. PMID: 36819513; PMCID: PMC9929811.

- 13.- Jed H. Factores de riesgo y resultados del tratamiento en la epistaxis: la experiencia de un centro terciario Australia 2022. Revista de Cirugía ANZ 2022. DOI: 10.1111/ans.18179
- 14.- Reinoso Morán, M. Prevalencia de la epistaxis en adultos del área de emergencia del servicio de otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, durante el periodo 2019- 2020.
- 15.- Martín-Bailón M. Manejo de epistaxis en pacientes con terapia antitrombótica. Rev. ORL vol.12 no.2 Salamanca abr./jun. 2021 Epub 09-Ago-2021 <https://dx.doi.org/10.14201/orl.24097>
- 16.- Aguas J. Patologías y características clínicas más comunes en recurrencia de epistaxis en el Hospital Universitario Mayor - Méderi - Colombia 2021. https://doi.org/10.48713/10336_33566
- 17.- Vaamonde Lago P. Datos epidemiológicos sobre la epistaxis: estudio hospitalario y revisión de la literatura 2023. revista electrónica da SGORL. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- 18.- Byun H, et al. Persiste la incertidumbre en la relación entre la hipertensión arterial y el riesgo de epistaxis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2021;147(1):34–40. PMID: 32910190
- 19.- Carreno Ramírez A. Factores de riesgo asociados a recurrencia en epistaxis anterior. Ciudad de México 2023. <https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/5e128dd9-fd8d-4d76-80c0-f48042702ad1/content>
- 20.- Maldonado Mireles, D. Relación de la hipertensión arterial sistémica con la severidad de epistaxis en pacientes valorados en el servicio de otorrinolaringología de un Hospital de tercer nivel de atención del noreste de México 2024. <http://repositorio.udem.edu.mx/handle/61000/5031>
- 21.- Kasle D. Revisión de la guía de práctica clínica: Hemorragia nasal (epistaxis). JAMA Surg, 2021;156;(10):974-975. doi:10.1001/jamasurg.2021.2873
- 22.- Li HY, Luo T, Li L, Liu Y, Zhai X, Wang XD. Etiology and clinical characteristics of primary epistaxis. Ann Transl Med. 2023 Jan 31;11(2):96. doi: 10.21037/atm-22-6590. PMID: 36819513; PMCID: PMC9929811.
- 23.- Chowdhury R, Turkdogan S, Silver JA, Hier J, Bursey S, Quttaineh D, Khoury M, Himdi L. Abordaje de la epistaxis. Revista de Otorrinolaringología, Audición y Medicina del Equilibrio. 2024; 5(2):21. <https://doi.org/10.3390/ohbm5020021>
- 24.- Chowdhury R, Turkdogan S, Silver JA, Hier J, Bursey S, Quttaineh D, Khoury M, Himdi L. Abordaje de la epistaxis. Revista de Otorrinolaringología, Audición y Medicina del Equilibrio. 2024; 5(2):21. <https://doi.org/10.3390/ohbm5020021>
- 25.- Kożuchowski Marcin, Prylińska Monika. Epistaxis etiology and treatment. Journal of Education, Health and Sport. 2021;11(9):755- 760. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.09.091>
- 26.- Raaj, Prethesh 1; Hazra, Darpanarayan 2; Chandy, Gina M. 1; Jacob, Christna R. 3; Ganesan, Priya 1. Revisión prospectiva de 188 casos de epistaxis atendidas en el servicio de

- urgencias: etiología y evolución. *Revista de Medicina Familiar y Atención Primaria* 12(11): págs. 2721-2726, noviembre de 2023. | DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_889_23
- 27.- Goswami, Yuktam y Gaurkar, Sagar (2021) Epistaxis: fisiopatología y tratamiento. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33 (61B). pp. 17-23. ISSN 2456-9119. URL: <https://doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i61B35130>
- 28.- Tabassom A. Epistaxis 2022. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435997/>
- 29.- Vlaescu AN, Ionita E, Anghelina F, Mogoanta CA, Ciolofan SM, Ruscescu A, Ionita IG, Voiosu C, Hainarosie R. Etiological Profile of Epistaxis: Pre-Pandemic Versus Pandemic. *Curr Health Sci J*. 2023 Jul-Sep;49(3):362-370. doi: 10.12865/CHSJ.49.03.08.
- 30.- Modesti, CL, Testa, G., Salvetti, M. et al. Epistaxis y valores de presión arterial clínica: ¿Existe alguna relación? *High Blood Press Cardiovasc Prev* 31, 493–500 (2024). <https://doi.org/10.1007/s40292-024-00669-7>
- 31.- Utrera N. Epistaxis: aspectos nuevos a considerar. *Rev. Otorrinolaringol. Rev. Otorrinolaringol. cir. Cabeza Cuello* vol.81 no.4 Santiago dic. 2021 <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162021000400605>
- 32.- Alfaro Arias L. Caracterización de la población que consulta por epistaxis al servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario Mayor Méderi (HUM). *Acta de otorrinolaringología & cirugía de cabeza y cuello* 48(3):232-238 DOI: 10.37076/acorl.v48i3.493
- 33.- Kandemir, S. Comparison of traditional and next-generation oral anticoagulants in the etiology of epistaxis. *Journal of Surgery & Medicine (JOSAM)*, 2024, Vol 8, Issue 10, p159. DOI: 10.28982/josam.7852
- 34.- Tran, QK, Barnett, J., O'Connell, F., D'Anza, B. y Pourmand, A. (2021). Taponamiento nasal en el servicio de urgencias: una revisión práctica para profesionales de urgencias. *Open Access Emergency Medicine*, 13, 527–533. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S247017>
- 35.- Dueñas Quintero K. Caracterización de pacientes adultos con epistaxis por varices septales tratados con electrocauterización en hospital universitario Mederi mayor, Bogotá, Colombia 2022. https://doi.org/10.48713/10336_38134
- 36.- Duque-Holguera, V. Resultados y utilidad de la electrocauterización ambulatoria de epistaxis. *Revista ORL*, ISSN-e 2444-7986, ISSN 2444-7986, Vol. 13, N°. Extra 2, 2022 (Ejemplar dedicado a: XXVIII Congreso de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja Valladolid), págs. 5-7
- 37.- Pinzón-Navarro MA, Torres-Riaño MP, Martínez-Manjarrés MM. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la Epistaxis. *Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello*. 2024; 52(3): 221-248 DOI.10.37076/acorl.v52i3.807

- 38.- Ballard L, Fernandez S, Kornegay J. Epistaxis: a clinical review. *J Urgent Care Med.* 2021;15(10):13-18.
- 39.- Mallen JR, Aasen DM, Vuncannon JR, et al. Rhinologist Use of Antibiotics With Nasal Packing for Epistaxis. *American Journal of Rhinology & Allergy.* 2023;37(5):558-562. doi:10.1177/19458924231176394
- 40.- Zhitnitsky M, Gilde J. Not Your Typical Nosebleed: A Case Report and Personal Account of a Patient With Osler-Weber-Rendu Syndrome. *Perm J.* 2022 Jun 29;26(2):138-143. doi: 10.7812/TPP/21.137. Epub 2022 Jun 15. PMID: 35933679; PMCID: PMC9662250.
- 41.- Teixeira da Silva J. Uso de tapones nasales para el tratamiento en el terreno de juego de hemorragias nasales (epistaxis) en deportes. *Medicina deportiva y ciencias de la salud.* Volumen 5, Número 1, marzo de 2023, páginas 81-82. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2022.12.003>
- 42.- Adam Reuben, MB. Uso del ácido tranexámico para reducir la necesidad de taponamiento nasal en la epistaxis (NoPAC): ensayo controlado aleatorizado. *Anales de Medicina de Emergencia.* Volumen 77, Número 6, junio de 2021, páginas 631-640. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.12.013>
- 43.- Boldes, T., Zahalka, N., Kassem, F. et al. Primeros auxilios en caso de epistaxis: estudio multicéntrico de evaluación del conocimiento entre profesionales sanitarios. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 281, 4855–4862 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00405-024-08681-2>
- 44.- Cannell, Christopher R. (2025) «¡Detenga la hemorragia! Manejo de la epistaxis aguda», *Lynchburg Journal of Medical Science: Vol. 1: N.º 1, Artículo 9.* DOI: <https://doi.org/10.63932/3067-7106.1014>
- 45.- Vlaescu AN, Ionita E, Anghelina F, Mogoanta CA, Ciolofan SM, Rusescu A, Ionita IG, Voiosu C, Hainarosie R. Multicenter Epidemiological Study of Nosebleeds Requiring Hospitalization. *Curr Health Sci J.* 2023 Jul-Sep;49(3):403-408. doi: 10.12865/CHSJ.49.03.13. Epub 2023 Sep 30. PMID: 38314214; PMCID: PMC10832874.
- 46.- Teo, WY., Wong, HB., Hwarng, GYH et al. Resultados de la epistaxis infantil con el tratamiento de la rinitis alérgica: un estudio aleatorizado y controlado. *Eur J Pediatr* 182, 1127–1135 (2023). <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04701-7>

VII. Anexos

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
Problema general ¿Cuáles son los factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025? Problemas específicos ¿Cuáles son los factores epidemiológicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025? ¿Cuáles son los factores clínicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025? ¿Cuáles son los factores terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025?	Objetivo general Identificar los factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025 Objetivos específicos Identificar los factores epidemiológicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025 Identificar los factores clínicos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025 Identificar los factores terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025	Hipótesis general Estudio descriptivo no considera hipótesis	Variable de estudio Epistaxis Variables de caracterización Factores epidemiológicos Edad Sexo Grado de instrucción Factores clínicos Momento del sangrado Grado de sangrado Tipo de sangrado según localización Antecedente de resfriado común Antecedente de hipertensión arterial Antecedente de diabetes mellitus Otras patologías Factores terapéuticos Tipo de tratamiento Destino del paciente	Tipo. Investigación de tipo no experimental, transversal, retrospectiva y descriptiva Nivel. Descriptiva Diseño. Descriptivo Población. La población de estudio son los pacientes que presentaron epistaxis entre los años 2022 al 2025 siendo 192 casos de epítaxis no traumáticas ni atribuidas a coagulopatías congénitas. Muestra: 128 casos La técnica: Documental Instrumento: Ficha de recolección de datos Procesamiento de datos. Los datos se procesarán en el programa estadístico SPSS v29, Los resultados se presentarán con valores absolutos y porcentuales obteniendo además la media mediana moda para las variables numéricas.

ANEXO 2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento
Variable de estudio					
Epistaxis	Se refiere al episodio de hemorragia aguda proveniente de las fosas nasales, la cavidad nasal o la nasofaringe.	Se considerará "presente" si en el diagnóstico de ingreso o en la anamnesis del paciente se registra explícitamente el término "epistaxis" o "sangrado nasal".	Sangrado nasal	Presente	Ficha de datos
Variables de caracterización					
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento de la recolección de los datos, expresado en años cumplidos.	Se obtendrá de la sección de filiación de la historia clínica.	Años	15 a 29 años 30 a 44 años 45 a 59 años 60 a 74 años > 74 años	
Sexo	Condición biológica y fisiológica que distingue a los seres humanos en hombres y mujeres.	Se registrará según lo consignado en la sección de filiación de la historia clínica.	Sexo	Masculino Femenino	

Grado de instrucción	Nivel más alto de estudios formales completados por una persona dentro del sistema educativo oficial.	Se obtendrá de la anamnesis en la historia clínica y se clasificará según el último nivel educativo alcanzado.	Nivel	Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos
Momento del sangrado	Período del día en el que se inició el episodio de epistaxis, según el reporte del paciente o familiar.	Se registrará a partir de la información de la anamnesis en la historia clínica, clasificándolo en una de las categorías predefinidas.	Hora del día	7 am a 6 pm 7 pm a 6 am	
Grado del sangrado	Estimación de la severidad de la hemorragia nasal basada en su impacto clínico y la necesidad de intervención.	Se clasificará según los criterios clínicos registrados en la historia clínica, usualmente basados en la duración, el volumen estimado y la repercusión hemodinámica.	(Autolimitado, escaso, no requiere taponamiento) (Persistente, requiere taponamiento anterior o cauterización) (Profuso, requiere taponamiento posterior, hospitalización o transfusión)	1 = Leve 2 = Moderado 3 = Severo	
Tipo de sangrado según localización	Origen anatómico de la hemorragia dentro de las fosas nasales.	Se determinará a partir de la descripción del examen físico (rinoscopia) en la historia clínica	Localización del punto de sangrado	Anterior Posterior	
Antecedente de resfriado común	Presencia de una infección viral aguda del tracto respiratorio superior en los días previos al episodio de epistaxis.	Se considerará "presente" si en la anamnesis de la historia clínica se registra que el paciente cursó con síntomas de resfriado (rinorrea, congestión nasal, estornudos, odinofagia) en los 7 días	Antecedente	Si No	

		previos al sangrado.			
Antecedente de hipertensión arterial	Condición médica crónica caracterizada por cifras de presión arterial persistentemente elevadas	Se considerará "presente" si en la sección de antecedentes de la historia clínica se consigna el diagnóstico de HTA o si el paciente refiere estar en tratamiento antihipertensivo.	Antecedente	Si No	
Antecedente de diabetes mellitus	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre.	Se considerará "presente" si en la sección de antecedentes de la historia clínica se consigna el diagnóstico de DM o si el paciente refiere estar en tratamiento con hipoglucemiantes orales o insulina.	Antecedente	Si No	
Otras comorbilidades	Presencia de cualquier otra condición médica relevante que pueda estar asociada a la epistaxis	Patologías como: Hemodiálisis o paciente cirrótico	Comorbilidades	IRCT Cirrosis	
Tipo de tratamiento	Conjunto de intervenciones médicas realizadas para controlar el episodio de epistaxis.	Se registrará el tratamiento principal y más invasivo recibido por el paciente según lo consignado en la historia clínica.	Terapia	Remisión espontánea Remisión con taponamiento nasal anterior Remisión con taponamiento nasal posterior	
Destino de paciente	Disposición final del paciente tras la atención del episodio de epistaxis en el servicio de emergencia o consulta.	Se registrará según lo indicado en la epicrisis o la nota de alta de la historia clínica.	Destino	Alta Observación Hospitalización Transferencia	

ANEXO 3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

1.- Ficha N° _____

2. **Epistaxis.** Se considerará "presente" si en el diagnóstico de ingreso o en la anamnesis del paciente se registra explícitamente el término "epistaxis" o "sangrado nasal".

(Presente)

3. **Edad** _____ años

(15 a 29 años)

(30 a 44 años)

(45 a 59 años)

(60 a 74 años)

(> 74 años)

4. **Sexo**

(Masculino)

(Femenino)

5. **Grado de instrucción**

(Primaria)

(Secundaria)

(Superior)

6. **Momento del sangrado** _____ Horas

(7 am a 6 pm)

(7 pm a 6 am)

7. **Grado de sangrado**

(1 = Leve)

(2 = Moderado)

(3 = Severo)

8. Tipo de sangrado según localización

(Anterior)

(Posterior)

9. Antecedente de resfriado común

(Si)

(No)

10. Antecedente de hipertensión arterial

(Si)

(No)

11. Antecedente de diabetes mellitus

(Si)

(No)

12. Otras patologías

(Insuficiencia renal crónica terminal)

(Cirrosis hepática)

13. Tipo de tratamiento

(Remisión espontánea)

(Remisión con taponamiento nasal anterior)

(Remisión con taponamiento nasal posterior)

14. Destino del paciente

(Alta)

(Observación)

(Hospitalización)

(Transferencia)

ANEXO 4. FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: Factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: GUSTAVO ENRIQUE SOTO LEVANO
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Santa María del Socorro
- 1.3 Tipo de Experto: Médico Especialista en Otorrinolaringología
- 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Marisol Mercedes Seancas Cosiatao

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 04 de febrero del 2026

HOSPITAL "SANTA MARÍA DEL SOCORRO"
M.C. Gustavo Enrique Soto Levano
OTORRINOLARINGÓLOGO
EMP 174 RNE 9132
Firma del Experto

**TÍTULO: Factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en
pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Leveau Bartra Harry Raul
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
- 1.3 Tipo de Experto: Salud Pública
- 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Marisol Mercedes Seancas Cosiatao

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 03 de febrero del 2026



Dr. Harry Leveau Bartra PhD
 CMP. 27304 RNE. 11569
 ESPECIALISTA EN CIRUGIA
 Dr. Mg. SALUD PUBLICA
 Phd. Investigación Bioestadístico

**TÍTULO: Factores epidemiológicos clínicos y terapéuticos de la epistaxis en
pacientes tratados en el Hospital Regional de Ica 2022 a 2025**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: Montalvo Vásquez Víctor Manuel
- 1.2 Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
- 1.3 Tipo de Experto: Médico Especialista en Cirugía
- 1.4 Nombre del instrumento: Cuestionario
- 1.5 Autor (a) del instrumento: Marisol Mercedes Seanca Cosiatao

Informe de Opinión de Experto

ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21 -40%	Buena 41 -60%	Muy Buena 61 -80%	Excelente 81 -100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					98%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría					98%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer descripción adecuada de las variables					98%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					98%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					98%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación					98%

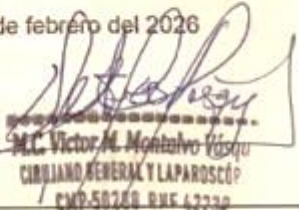
III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APLICABLE

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

98%

Lugar y Fecha: Ica, 03 de febrero del 2026


M.C. Víctor M. Montalvo Vásquez
 CIRUJANO GENERAL Y LAPAROSCÓPICO
 C.M.P. 50760 RNE 42239

Firma del Experto

ANEXO 5. AUTORIZACIÓN Y CONSTANCIA DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HOSPITAL REGIONAL DE ICA



N° 067-2026-HRI/DE



Resolución Directoral

Ica, 06 de Febrero del 2026

VISTO:

El Expediente N° 26-001960-001, que contiene el Memorando N° 114-2026-HRI/DE, de fecha 30 de enero del año 2026, emitido por el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, donde se autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación, según Oficio N° 032-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y XV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público y por tanto es de responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla y que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud.

Que el artículo 28 de la Ley N° 26842 Ley General de Salud, dispone que la investigación experimental con personas debe ceñirse a las legislaciones especiales sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la declaración Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados.

Que por Decreto Supremo N° 021-2017-SA, se aprueba el reglamento de ensayos clínicos, norma legal que en su artículo 58° denomina Comité Institucional de Ética en Investigación a la instancia sin fines de lucro, es una institución de investigación, con disposición de participar, encargado de velar por la protección de los derechos seguridad y bienestar de los sujetos de investigación.

Que, mediante Oficio N° 032-2025-GORE-DIRESA-HRI/OADI, de fecha 30 de enero del año 2026, el Jefe de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación del Hospital Regional de Ica, solicita emitir el acto resolutorio de aprobación del proyecto de tesis, titulado: **"FACTORES EPIDEMIOLOGICOS CLINICOS Y TERAPEUTICOS DE LA EPISTAXIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 A 2025"**, presentado por la Investigadora: **SEANCAS COSIATADO MARISOL MERCEDES**, alumna de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, el cual ha sido revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de esta sede docente; adjuntando el Acta de evaluación y Aprobación de fecha 30 de enero del año 2026.

Que, con Memorando N° 114-2026-HRI/DE, de fecha 30 de enero del año 2026, el Director Ejecutivo del Hospital Regional de Ica, autoriza emitir el acto resolutorio aprobando el Proyecto de Investigación, revisado por el Comité de Ética en Investigación y detallado, en el Oficio N° 032-2026-GORE-DIRESA-HRI/OADI.

En uso de las facultades contenidas en el Reglamento de Organización y Funciones del

....///



///...

Hospital Regional de Ica, aprobado mediante Ordenanza Regional N° 0001-2012-GORE-ICA; y con la visación de la Dirección General del Hospital Regional de Ica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Recursos Humanos y la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - APROBAR EL PROYECTO DE INVESTIGACION, revisado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional de Ica, el mismo que se detalla a continuación:

N	TITULO DEL PROYECTO	INVESTIGADORA
01	"FACTORES EPIDEMIOLOGICOS CLINICOS Y TERAPEUTICOS DE LA EPISTAXIS EN PACIENTES TRATADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2022 A 2025"	- SEANCAS COSIATADO MARISOL MERCEDES

ARTICULO SEGUNDO. - NOTIFICAR la presente Resolución a los interesados e instancias competentes.

Regístrese y Comuníquese.

HOSPITAL REGIONAL DE ICA
GORE-ICA
Dr. CARLOS ARVEA MENDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HRI
CNP 059270

CENM/DE
JEFC/D.E.ADM.
YLMM/J.ORRHH.
MANM/JAJ

ANEXO 6. FOTOGRAFÍAS



