

Hemorragias: clasificación, presión directa y puntos de compresión arterial

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Hemorragias: clasificación, presión directa y puntos de compresión arterial

Las hemorragias son la principal causa de muerte prevenible en traumatismos tanto civiles como militares. Según el Comité TCCC (Tactical Combat Casualty Care) y las guías del European Resuscitation Council (ERC, 2021), el control precoz de la hemorragia externa masiva es la intervención de primeros auxilios con mayor impacto en la supervivencia. El cuerpo humano adulto contiene aproximadamente 5 litros de sangre; la pérdida rápida de más del 30-40% del volumen (1,5-2 litros) produce un shock hipovolémico potencialmente mortal. Conocer los tipos de hemorragia, las técnicas de control y los puntos de compresión arterial permite al primer interviniente ganar tiempo vital hasta la llegada del soporte sanitario avanzado.

Clasificación de las hemorragias

Las hemorragias se clasifican por el tipo de vaso lesionado y por el volumen de sangre perdido. Ambas clasificaciones determinan la gravedad y la urgencia de la actuación.

Tipo de vaso

Color de la sangre

Flujo

Gravedad

Ejemplo

Arterial

Rojo brillante (oxigenada)

A chorros pulsátiles sincronizados con el latido cardíaco

Muy grave — puede causar la muerte en minutos

Sección de arteria femoral o braquial

Venosa

Rojo oscuro (desoxigenada)

Continuo, uniforme, sin pulsaciones

Grave — puede ser letal si afecta a grandes venas

Sección de vena yugular o femoral

Capilar

Rojo intermedio

Rezuma en sábana desde la superficie de la herida

Generalmente leve — se coagula espontáneamente

Abrasiones, rasguños superficiales

Clase (ATLS)

Volumen perdido

% Volemia

FC (lpm)

PA sistólica

Estado mental

Clase I

Normal

Ligeramente ansioso

Clase II

750-1.500 ml

15-30%

100-120

Normal o ligeramente baja

Ansioso, agitado

Clase III

1.500-2.000 ml

30-40%

120-140

Baja (

Confuso, agresivo

Clase IV

>2.000 ml

>40%

>140 o bradicardia

Muy baja o indetectable

Letárgico, inconsciente

Presión directa: la técnica fundamental

La presión directa sobre la herida es la primera maniobra de control hemorrágico recomendada por todas las guías internacionales (ERC, AHA, Cruz Roja, TCCC). Es eficaz en la mayoría de hemorragias externas y no requiere material especializado.

Técnica de presión directa manual: Colocar un apósito limpio (gasa, tela, ropa limpia) directamente sobre la herida sangrante. Presionar con firmeza usando la palma de la mano. Mantener la presión constante durante al menos 10-15 minutos sin levantar para comprobar, ya que interrumpir la presión destruye el

coágulo en formación. Si la sangre empapa el primer apósito, NO retirarlo: añadir más material encima y aumentar la presión.

Vendaje compresivo: Cuando la presión manual ha controlado el sangrado inicial o el interviniente necesita liberar las manos, aplicar un vendaje compresivo. Enrollar una venda elástica sobre el apósito con tensión suficiente para mantener la presión. El vendaje israelí (Emergency Bandage) incorpora un mecanismo de presión integrado que facilita la aplicación con una sola mano. Verificar siempre que el vendaje no actúa como torniquete: comprobar pulso distal, sensibilidad y color de los dedos.

Empaquetamiento de heridas (wound packing): Para heridas profundas en zonas de unión (ingle, axila, cuello) donde la presión directa superficial es insuficiente, el TCCC recomienda el empaquetamiento de la herida. Introducir gasa hemostática (Combat Gauze con kaolín, o Celox con quitosano) directamente en la cavidad de la herida, rellenándola firmemente, y luego aplicar presión directa durante 3-5 minutos. Esta técnica es imprescindible en hemorragias de unión que no son susceptibles de torniquete.

Puntos de compresión arterial

Cuando la presión directa resulta insuficiente o no es posible aplicarla (por ejemplo, en heridas con objetos incrustados), se puede recurrir a la compresión arterial proximal. Consiste en presionar una arteria principal contra un hueso subyacente para reducir el flujo sanguíneo al área lesionada.

Punto de compresión

Arteria

Localización

Controla hemorragias en

Temporal

Arteria temporal

Sien, delante de la oreja

Cuero cabelludo lateral

Facial

Arteria facial

Borde inferior de la mandíbula, a 2 cm del ángulo mandibular

Cara inferior

Carotídeo

Arteria carótida

Lateral del cuello, surco entre tráquea y esternocleidomastoideo

Cuello (solo un lado, NUNCA ambos)

Subclavio

Arteria subclavia

Fosa supraclavicular, contra la primera costilla

Hombro y parte superior del brazo

Braquial (humeral)

Arteria braquial

Cara interna del brazo, surco bicipital interno

Antebrazo y mano

Femoral

Arteria femoral

Centro del pliegue inguinal, contra la rama púbica

Miembro inferior completo

Poplíteo

Arteria poplítea

Hueco detrás de la rodilla

Pierna y pie

Limitaciones de la compresión arterial: La compresión arterial es una medida temporal que requiere mantener la presión de forma continua, lo que agota rápidamente al interviniente. No sustituye a la presión directa ni al torniquete. Su principal utilidad es como medida puente mientras se prepara un vendaje compresivo o un torniquete.

Uso del torniquete en hemorragias de extremidades

La evidencia de los conflictos de Irak y Afganistán y los atentados terroristas en Europa ha rehabilitado el torniquete como herramienta de primera línea. Las guías Stop the Bleed (ACS), el TCCC y el ERC (2021) recomiendan su uso precoz en hemorragias masivas de extremidades que no responden a presión directa.

Indicaciones: Hemorragia arterial masiva de extremidad que no se controla con presión directa.

Amputación traumática. Múltiples víctimas donde no hay suficientes manos para mantener presión directa.

Entorno inseguro donde es necesario un control rápido para evacuar (escena de atentado, tiroteo activo).

Colocación correcta: Colocar el torniquete entre la herida y el corazón, a 5-7 cm por encima de la herida, sobre un solo hueso (nunca sobre una articulación). Apretar la barra de giro (windlass) hasta que el sangrado se detenga completamente y desaparezca el pulso distal. Fijar la barra. Anotar la hora de colocación de forma visible en el torniquete o en la frente de la víctima con rotulador. El dolor es intenso y esperado: no aflojar por dolor.

Torniquetes recomendados: Los torniquetes validados por el CoTCCC incluyen: CAT (Combat Application Tourniquet) Gen 7, SOF-T Wide y TMT (Tactical Mechanical Tourniquet). Los torniquetes improvisados (cinturones, cuerdas, tiras de tela con palo) son menos eficaces pero preferibles a no hacer nada. Un torniquete improvisado debe tener al menos 4 cm de ancho para reducir el daño tisular.

Tiempo de isquemia: Un torniquete bien colocado es seguro durante al menos 2 horas según la evidencia militar. A partir de las 6 horas el riesgo de daño irreversible (rabdomiólisis, lesión nerviosa, pérdida del miembro) aumenta significativamente. NUNCA retirar un torniquete en el medio prehospitalario: la retirada

puede provocar una recidiva hemorrágica masiva o un síndrome de reperfusión con hiperpotasemia letal. Solo personal sanitario cualificado debe retirarlo.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.