

Hemorragia Nasal Severa: Técnicas de Control y Taponamiento

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Hemorragia Nasal Severa: Técnicas de Control y Taponamiento

La epistaxis o hemorragia nasal es una de las emergencias otorrinolaringológicas más frecuentes. Aunque la mayoría de los episodios son autolimitados y benignos (epistaxis anterior), las hemorragias posteriores pueden provocar una pérdida de sangre significativa que comprometa la estabilidad hemodinámica del paciente. En un contexto de supervivencia o emergencia sin acceso hospitalario, saber controlar una epistaxis severa mediante técnicas de compresión y taponamiento puede evitar complicaciones graves.

Anatomía Vascular y Tipos de Epistaxis

La nariz tiene una vascularización extremadamente rica, lo que la hace susceptible a sangrados frecuentes. Comprender la anatomía vascular nasal es fundamental para aplicar las técnicas de control correctas según el origen del sangrado.

La epistaxis anterior, que representa aproximadamente el 90% de los casos, se origina en el plexo de Kiesselbach (área de Little), situado en la porción anteroinferior del tabique nasal. Esta zona es una anastomosis de arterias procedentes de la carótida interna (arteria etmoidal anterior) y externa (arteria esfenopalatina, palatina mayor y labial superior). La epistaxis posterior, menos frecuente pero más grave, se origina en ramas de la arteria esfenopalatina en la porción posterior del tabique o en los cornetes.

Característica

Epistaxis Anterior

Epistaxis Posterior

Frecuencia

90% de los casos

10% de los casos

Origen

Plexo de Kiesselbach (tabique anterior)

Arteria esfenopalatina (tabique posterior)

Perfil del paciente

Niños y adultos jóvenes

Adultos mayores, hipertensos, anticoagulados

Volumen de sangrado

Generalmente moderado
Puede ser muy abundante

Flujo
Sangre sale por la narina
Sangre fluye hacia la faringe (se traga)

Control con compresión
Efectivo en la mayoría de casos
Generalmente ineficaz, requiere taponamiento

Gravedad
Baja
Potencialmente grave, puede requerir hospitalización

Signos de alarma: Busque atención médica urgente si: el sangrado no se detiene tras 20 minutos de compresión correcta, el paciente traga sangre continuamente, hay signos de shock (palidez, taquicardia, hipotensión, confusión), el paciente toma anticoagulantes (warfarina, acenocumarol, DOACs), o la epistaxis se produce tras un traumatismo craneoencefálico (puede indicar fractura de base de cráneo).

Técnica de Compresión Digital: Primer Paso

La compresión digital bilateral del ala nasal es la primera medida y la más efectiva para la epistaxis anterior. A pesar de su simplicidad, se realiza incorrectamente en la mayoría de los casos, lo que lleva a sangrados prolongados innecesarios.

Posición del paciente: Siente al paciente ligeramente inclinado hacia adelante con la boca abierta. Esta posición evita que la sangre fluya hacia la faringe, lo que provocaría náuseas, vómitos y dificulta la evaluación del sangrado. NUNCA incline la cabeza hacia atrás.

Sonarse suavemente: Antes de comprimir, pida al paciente que se suene suavemente para expulsar los coágulos de la fosa nasal. Los coágulos impiden la vasoconstricción y mantienen el sangrado activo.

Compresión correcta: Pellizque ambas alas nasales (la parte blanda y cartilaginosa de la nariz) entre el pulgar y el índice, comprimiendo firmemente contra el tabique. La compresión debe ser sobre la parte blanda, no sobre el hueso nasal.

Mantener 15-20 minutos: Mantenga la compresión constante sin soltar durante un mínimo de 15 minutos (20 minutos si el paciente toma anticoagulantes). No compruebe intermitentemente si ha dejado de sangrar: cada vez que se suelta, se rompe el coágulo en formación.

Aplicar frío: Coloque una compresa fría o hielo envuelto en tela sobre el dorso nasal y la frente. El frío provoca vasoconstricción refleja que ayuda a reducir el sangrado.

Error común: Inclinar la cabeza hacia atrás es un error peligroso y extendido. La sangre fluye hacia la

faringe, se traga (provocando náuseas y vómitos) y puede aspirarse hacia los pulmones. Además, impide evaluar si el sangrado continúa. La posición correcta es SIEMPRE inclinado hacia adelante.

Taponamiento Nasal Anterior: Técnica de Emergencia

Si la compresión digital no controla el sangrado tras 20 minutos, el siguiente paso es el taponamiento nasal anterior. En un entorno prehospitalario o de supervivencia, puede realizarse con materiales básicos. Esta técnica genera presión directa sobre el punto de sangrado y favorece la formación de un coágulo estable.

Material necesario: Gasa estéril (preferiblemente de mecha o tira de 1-2 cm de ancho), vaselina o pomada antibiótica (bacitracina/mupirocina) para impregnar la gasa, pinzas (tipo bayoneta si están disponibles) o pinzas hemostáticas, fuente de luz (frontal idealmente).

Preparación: Impregne la gasa con vaselina o pomada antibiótica. La vaselina evita que la gasa se adhiera a la mucosa y reduce el dolor al retirar. Si dispone de solución de adrenalina 1:10.000 o de oximetazolina (Utabon), puede empapar la gasa para potenciar la vasoconstricción.

Técnica de inserción: Con las pinzas, introduzca la gasa en la fosa nasal en capas apiladas de abajo arriba (como un acordeón), rellenando toda la cavidad nasal desde el suelo hasta el techo. Cada capa debe presionar firmemente contra la anterior. El taponamiento debe ser apretado para generar presión hemostática efectiva.

Fijación: Coloque un esparadrapo o tira adhesiva bajo la nariz (bigotero) para evitar que la gasa se desplace. Deje una porción de gasa visible fuera de la narina para facilitar la retirada.

Tiempo de permanencia: El taponamiento anterior debe mantenerse entre 24 y 48 horas. No lo retire antes salvo indicación médica. Al retirarlo, humedezca primero la gasa con suero fisiológico para evitar arrancar el coágulo y reiniciar el sangrado.

Alternativas de emergencia: Si no dispone de gasa de mecha, pueden usarse tampones nasales comerciales (Merocel, Rapid Rhino) que se expanden con suero fisiológico. En situación de extrema necesidad, un tampón higiénico femenino recortado puede servir como taponamiento de emergencia temporal mientras se busca asistencia médica.

Causas y Prevención de Recurrencias

Identificar la causa subyacente de la epistaxis es esencial para prevenir recurrencias. Muchas epistaxis recurrentes tienen factores predisponentes que pueden modificarse.

Factor de Riesgo

Mecanismo

Prevención

Sequedad ambiental

Desecación de la mucosa nasal, formación de costras

Humidificar el ambiente, usar vaselina o gel nasal hidratante

Manipulación nasal

Traumatismo digital de la mucosa (hurgarse la nariz)

Mantener uñas cortas, especialmente en niños

Hipertensión arterial

Aumento de presión sobre vasos ya frágiles

Control tensional adecuado con medicación prescrita

Anticoagulantes/antiagregantes

Alteración de la coagulación

Revisión periódica de INR, no suspender sin indicación médica

Desviación de tabique

Flujo de aire turbulento que seca zonas localizadas

Corrección quirúrgica (septoplastia) si es recurrente

Rinitis alérgica

Inflamación crónica y vasodilatación de la mucosa

Tratamiento con corticoides nasales y antihistamínicos

Hidratación de la mucosa: Aplique vaselina o pomada nasal (Rhinomer, Nasalmer gel) en el tabique anterior dos veces al día durante las semanas posteriores a una epistaxis. La mucosa seca es el principal factor de recurrencia.

Evitar esfuerzos: Durante las 48-72 horas posteriores a una epistaxis, evite sonarse con fuerza, agacharse, realizar ejercicio intenso o levantar objetos pesados.

Humidificación ambiental: En ambientes secos (calefacción, aire acondicionado), use un humidificador para mantener la humedad relativa entre 40-60%.

Control de medicación: Si toma anticoagulantes o antiagregantes, consulte con su médico si las epistaxis son recurrentes. Nunca suspenda la medicación por su cuenta.

 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.