

Manejo de heridas por arma blanca en primeros auxilios

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Manejo de heridas por arma blanca en primeros auxilios

Las heridas por arma blanca (cuchillos, navajas, machetes, vidrios, destornilladores u objetos cortopunzantes) son una causa frecuente de trauma penetrante que puede comprometer órganos vitales, grandes vasos y estructuras nerviosas. El manejo prehospitalario correcto de estas lesiones es determinante para la supervivencia del paciente. Este artículo describe los protocolos de evaluación y tratamiento basados en las guías ATLS, TECC (Tactical Emergency Casualty Care) y las recomendaciones de la Faculty of Pre-Hospital Care del Royal College of Surgeons of Edinburgh.

Evaluación inicial y seguridad

Antes de atender a un paciente con herida por arma blanca, es imprescindible garantizar que la escena es segura. El agresor puede seguir presente. No acercarse hasta confirmar que no hay amenaza activa. Solicitar apoyo policial si la escena no está controlada.

Protección personal: Uso obligatorio de guantes (doble guante si es posible, por el riesgo de corte). Protección ocular si hay riesgo de salpicaduras. Considerar el riesgo de patógenos hemáticos (VIH, hepatitis B y C) en toda herida penetrante con sangrado activo.

Número y localización de heridas: Buscar todas las heridas: los pacientes apuñalados frecuentemente tienen múltiples heridas y no son conscientes de todas. Inspeccionar espalda, axilas, periné, cuero cabelludo, cuello. Una herida de entrada pequeña puede ocultar un trayecto profundo con lesión orgánica grave.

Mecanismo lesional: Determinar si es posible: tipo de arma (longitud y anchura de la hoja), dirección del ataque, número de agresiones. Una hoja de más de 6-8 cm puede alcanzar la cavidad peritoneal desde el abdomen o la cavidad pleural desde el tórax. Un destornillador genera heridas penetrantes profundas y estrechas con alto riesgo de infección.

Si el arma sigue clavada: NUNCA extraer un objeto empalado. Estabilizarlo con apósitos voluminosos alrededor de la base, fijar con cinta o vendaje, e inmovilizar para el transporte. Si el objeto es largo y dificulta el transporte, recortarlo dejando al menos 10-15 cm fuera del cuerpo, sin moverlo lateralmente.

Heridas por arma blanca en tórax

Cualquier herida penetrante entre la línea de los pezones y el reborde costal inferior puede haber alcanzado el corazón, los grandes vasos, los pulmones o el diafragma. Las heridas por arma blanca en el

tórax son potencialmente letales y requieren una actuación rápida y sistemática.

Zona de peligro cardíaco: El "box cardíaco" se delimita por las clavículas superiormente, los rebordes costales inferiormente, y las líneas medioclaviculares lateralmente. Cualquier herida penetrante en esta zona tiene riesgo de lesión cardíaca. El taponamiento cardíaco (acumulación de sangre en el pericardio que comprime el corazón) se manifiesta con la tríada de Beck: hipotensión, distensión venosa yugular y tonos cardíacos apagados. Es una emergencia quirúrgica.

Neumotórax abierto: Si la herida "sopla" (se escucha burbujeo con la respiración), sellar inmediatamente con un parche de tres lados o un parche comercial (Halo Chest Seal, HyFin). Si se usa un apósito improvisado (plástico, guante cortado, envoltorio de apósito), fijarlo por tres lados dejando el borde inferior libre para actuar como válvula.

Heridas torácicas bilaterales: Si hay heridas en ambos hemitórax, sellar ambas. Si el paciente se deteriora tras sellar las heridas (por neumotórax a tensión iatrogénico), despegar un borde del parche para permitir la salida de aire y volver a sellar.

Heridas toracoabdominales: Las heridas en la zona de transición toraco-abdominal (entre la línea de los pezones y el ombligo) pueden afectar tanto al tórax como al abdomen. El diafragma puede estar a la altura de la 4ª costilla en espiración máxima. Tratar como herida torácica y abdominal simultáneamente.

Heridas por arma blanca en abdomen

Las heridas abdominales penetrantes pueden causar lesión de vísceras huecas (intestino, estómago, vejiga) con riesgo de peritonitis, o de vísceras sólidas (hígado, bazo, riñones) con riesgo de hemorragia masiva. La evaluación abdominal en el campo es limitada, por lo que toda herida penetrante en abdomen requiere evaluación hospitalaria urgente.

Herida con evisceración: Si los intestinos u órganos abdominales protruyen por la herida, NO intentar reintroducirlos. Cubrir con apósitos húmedos (suero salino templado idealmente, agua limpia si no) y luego con un apósito seco o plástico limpio para mantener la humedad y la temperatura. No comprimir ni manipular las vísceras. Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas para reducir la tensión abdominal.

Heridas abdominales sin evisceración: Cubrir con apósito estéril y vendaje suave (no compresivo sobre el abdomen). No dar nada de comer ni beber al paciente (por la posibilidad de cirugía inmediata). Monitorizar signos de shock: taquicardia progresiva, hipotensión, palidez, sudoración fría.

Signos de peritonitis: Abdomen rígido "en tabla", dolor que aumenta con el movimiento o la palpación suave, defensa muscular involuntaria. Estos signos indican irritación peritoneal por sangre o contenido intestinal en la cavidad abdominal y confirman la necesidad de cirugía urgente.

Heridas en flancos y espalda: Las heridas en flancos y espalda baja pueden lesionar los riñones (hematuria), el colon retroperitoneal o los grandes vasos retroperitoneales. Las hemorragias retroperitoneales son difíciles de detectar clínicamente y pueden ser masivas. Vigilar signos de shock hipovolémico.

Heridas en cuello y extremidades

El cuello es una zona anatómicamente compleja con estructuras vitales concentradas en un espacio reducido: arterias carótidas, venas yugulares, tráquea, esófago, columna cervical y médula espinal. Las heridas penetrantes en cuello tienen una mortalidad elevada.

Heridas cervicales con sangrado activo: Aplicar presión directa con la mano enguantada sobre el punto de sangrado. No aplicar vendaje circular al cuello (puede comprimir la vía aérea o los vasos del lado no lesionado). Usar empaquetamiento de la herida (wound packing) con gasa hemostática si está disponible, manteniendo presión directa. Vigilar la vía aérea: un hematoma expansivo en cuello puede obstruirla rápidamente.

Embolia aérea: Las heridas que abren venas cervicales grandes (yugular) pueden aspirar aire durante la inspiración (embolia aérea venosa). Sellar la herida con apósito oclusivo inmediatamente y colocar al paciente en posición de Trendelenburg (cabeza más baja que los pies) con decúbito lateral izquierdo para atrapar el aire en el ventrículo derecho.

Heridas en extremidades con hemorragia arterial: La sangre arterial es roja brillante y sale a chorro pulsátil sincrónico con el latido cardíaco. Presión directa firme durante 3-5 minutos. Si no cede: torniquete proximal a la herida. En amputaciones traumáticas (parciales o completas), aplicar torniquete inmediato, cubrir el muñón con apósito compresivo. Si la parte amputada se recupera, envolverla en gasa húmeda dentro de una bolsa de plástico sobre hielo (nunca en contacto directo con el hielo).

Heridas con afectación tendinosa: Sospechar lesión tendinosa si el paciente no puede mover activamente la articulación distal a la herida (por ejemplo, no puede flexionar un dedo tras un corte en la palma). Inmovilizar en posición funcional (muñeca en ligera extensión, dedos en semiflexión) y derivar para reparación quirúrgica.

Heridas en manos: Las manos tienen una densidad muy alta de tendones, nervios y vasos en poco espacio. Evaluar: movilidad activa de todos los dedos (flexión y extensión), sensibilidad en los territorios del mediano (pulpejos de 1°-3° dedos), cubital (5° dedo) y radial (dorso 1° espacio). Cualquier déficit sugiere lesión que requiere exploración quirúrgica.

Cuidados post-tratamiento y evacuación

Tras el control inicial de las lesiones, el paciente con heridas por arma blanca requiere monitorización continua y evacuación urgente a un centro hospitalario con capacidad quirúrgica (idealmente un centro de trauma).

Posición de transporte: Herida torácica: semisentado a 45° del lado de la herida (para que la sangre se acumule en la base pulmonar sin comprometer el pulmón sano). Herida abdominal: decúbito supino con rodillas flexionadas. Shock: decúbito supino, si no hay contraindicación, elevar piernas 20-30 cm (posición de Trendelenburg modificada). Inconsciente: posición lateral de seguridad manteniendo alineación espinal si hay sospecha de lesión.

Monitorización: Reevaluar ABCDE cada 5 minutos. Vigilar especialmente: nivel de consciencia (deterioro sugiere shock progresivo o lesión cerebral), frecuencia cardíaca (taquicardia progresiva indica hemorragia continuada), calidad del pulso (pulso débil y filiforme indica shock avanzado), color y temperatura de la piel.

Profilaxis antitetánica: Toda herida penetrante por arma blanca es una herida tetanígena (profunda, contaminada). Si se conoce el estado vacunal y han pasado más de 5 años desde la última dosis, o si se desconoce el estado vacunal, se requiere vacunación antitetánica y posiblemente inmunoglobulina antitetánica en el hospital.

Cadena de custodia: Si la herida es resultado de una agresión, preservar las pruebas en la medida de lo posible: no lavar la herida si no es estrictamente necesario para el tratamiento, conservar la ropa cortada en una bolsa, no manipular el arma si se encuentra. Documentar lo observado (número de heridas, tamaño, localización) para el parte médico-legal.

⚠ 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.