

Heridas punzantes y empalamiento: manejo sin extracción del objeto

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Heridas punzantes y empalamiento: manejo sin extracción del objeto

Las heridas punzantes con objeto retenido —desde clavos y varillas hasta fragmentos de madera o metal— representan una de las situaciones más contraintuitivas en primeros auxilios: la acción correcta es NO retirar el objeto. Según las guías del European Resuscitation Council (ERC) 2021 y el Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) de la NAEMT, el cuerpo extraño actúa como tapón hemostático natural que comprime vasos lesionados y tejidos circundantes. Su extracción en campo puede desencadenar hemorragias masivas incontrolables, lesiones nerviosas adicionales o neumotórax. Este artículo detalla los protocolos de estabilización, inmovilización del objeto y traslado seguro basados en evidencia actual.

Fisiopatología de la herida punzante con objeto retenido

Cuando un objeto penetra el cuerpo, crea un canal de lesión cuya gravedad depende de la energía cinética, la forma del objeto y las estructuras anatómicas afectadas. El mecanismo de daño es por separación de tejidos (a diferencia de las heridas por arma de fuego, donde hay cavitación temporal). El objeto retenido comprime las paredes del trayecto, reduciendo el sangrado activo por efecto de taponamiento directo.

Taponamiento mecánico: El objeto ocluye parcial o totalmente los vasos seccionados. Al retirarlo se libera la presión y el sangrado puede pasar de mínimo a masivo en segundos, especialmente si afecta arterias intercostales, femorales o vasos mesentéricos.

Riesgo de lesión secundaria: El movimiento del objeto dentro del cuerpo amplía el canal de lesión. Una varilla metálica de 1 cm puede producir un trayecto efectivo de 3-4 cm si oscila durante el transporte, dañando estructuras inicialmente no afectadas.

Contaminación del trayecto: El objeto arrastra bacterias, fragmentos de ropa y suciedad hacia el interior. La infección es una complicación frecuente (15-25 % en heridas punzantes profundas según el PHTLS) y el tétanos debe considerarse siempre en la evaluación.

Protocolo de estabilización en campo

La prioridad absoluta es estabilizar el objeto, controlar el sangrado perimetral y preparar el traslado. El abordaje sigue la secuencia CABCDE del PHTLS adaptada a la presencia del cuerpo extraño.

No retirar el objeto NUNCA: Esta es la regla cardinal. La única excepción aceptada por las guías ERC es cuando el objeto en la mejilla obstruye la vía aérea y puede retirarse por la cavidad oral, o cuando el objeto impide la realización de RCP y no puede estabilizarse.

Estabilización con apósitos volumétricos: Coloque gasas, vendas enrolladas o piezas de tela alrededor de la base del objeto formando un anillo de soporte. El objetivo es impedir cualquier movimiento lateral o rotacional. Apile suficiente material hasta la mitad de la altura del objeto expuesto y fíjelo con esparadrapo o venda cohesiva.

Inmovilización con vaso o recipiente: Si el objeto sobresale más de 10 cm, cubra la parte expuesta con un vaso de plástico, botella cortada o recipiente similar que lo rodee sin tocarlo. Fije el recipiente al cuerpo con esparadrapo. Esto protege contra golpes accidentales durante el traslado.

Control del sangrado perimetral: Aplique presión directa alrededor del objeto (nunca sobre él) con gasas estériles. Si la hemorragia es importante en una extremidad, considere un torniquete proximal al punto de inserción siguiendo el protocolo CoTCCC (Committee on Tactical Combat Casualty Care).

Empalamiento torácico: Un objeto penetrante en tórax puede causar neumotórax a tensión, hemotórax o taponamiento cardíaco. Si la víctima presenta disnea progresiva, ingurgitación yugular y desviación traqueal, se trata de una emergencia vital. No retire el objeto. Mantenga posición semisentada (si no hay lesión medular) y traslade inmediatamente.

Consideraciones por localización anatómica

La gravedad y el manejo varían significativamente según la región corporal afectada. El PHTLS clasifica las heridas penetrantes según la probabilidad de afectación de estructuras vitales.

Localización

Estructuras en riesgo

Manejo específico

Cráneo

Meninges, senos venosos, parénquima cerebral

No explorar ni movilizar el objeto. Posición con cabeza elevada 30°. Vigilar nivel de consciencia (Glasgow).

Traslado urgente a neurocirugía

Cuello

Carótidas, yugulares, tráquea, esófago, médula espinal

Inmovilización cervical completa. Vigilar vía aérea. Cubrir heridas abiertas con apósito oclusivo para evitar embolia aérea venosa

Tórax

Corazón, grandes vasos, pulmones, diafragma

Posición semisentada si es posible. Vigilar signos de neumotórax a tensión. Herida por debajo de la línea mamilar puede afectar abdomen

Abdomen

Hígado, bazo, riñones, grandes vasos, intestino

Posición supina con rodillas flexionadas. No dar líquidos por vía oral. Cubrir vísceras evisceradas con gasas húmedas sin reintroducirlas

Extremidades

Arterias femorales/braquiales, nervios principales

Inmovilizar la extremidad completa. Torniquete proximal si hay hemorragia masiva. Comprobar pulso distal y sensibilidad

Errores frecuentes y mitos peligrosos

Los errores más graves en el manejo de heridas punzantes con objeto retenido provienen de la reacción instintiva de retirar aquello que parece estar causando daño. La formación específica es esencial para contrarrestar este impulso.

Retirar el objeto «para que no duela»: El dolor con el objeto estabilizado es manejable. El shock hemorrágico tras la extracción no lo es. En el campo, sin acceso a quirófano ni hemoderivados, la hemorragia masiva es potencialmente mortal en minutos.

Cortar el objeto a ras de piel: Usar una sierra o cizalla genera vibraciones que amplían el canal de lesión. Solo está justificado si el objeto es tan largo que impide el transporte (p. ej., una valla metálica). En ese caso, estabilice primero y corte a la mayor distancia posible del cuerpo, nunca a ras de la piel.

Ignorar los objetos «pequeños»: Un clavo de 5 cm en el pie puede perforar la fascia plantar e inocular esporas de *Clostridium tetani*. Todo objeto punzante que ha penetrado más allá de la dermis requiere evaluación médica, profilaxis antitetánica y, frecuentemente, antibioterapia.

Profilaxis antitetánica: Toda herida punzante es una herida tetanígena. Si la víctima no tiene la vacunación al día (última dosis hace más de 5 años para heridas sucias o más de 10 años para heridas limpias), necesita refuerzo de toxoide tetánico e inmunoglobulina antitetánica según las guías de la OMS y el CDC.

⚠ 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.