

Heridas por arma blanca: clasificación, manejo inicial y estabilización

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Primeros Auxilios

Etiquetas: Sin etiquetas

Heridas por arma blanca: clasificación, manejo inicial y estabilización

Las heridas por arma blanca (HAB) son lesiones penetrantes producidas por objetos cortantes o punzantes —cuchillos, machetes, cristales, destornilladores— que representan una de las principales causas de trauma penetrante civil. A diferencia de las heridas por arma de fuego, las HAB producen un daño más predecible y limitado al trayecto del arma, sin cavitación temporal. Sin embargo, la mortalidad depende críticamente de la región anatómica afectada: una puñalada abdominal tiene una mortalidad del 1-2 %, pero una herida cardíaca penetrante alcanza el 70-80 % sin cirugía inmediata. Este artículo sigue los protocolos del PHTLS (10.ª edición, 2022), el ATLS del American College of Surgeons y las guías NICE NG39 sobre trauma mayor.

Clasificación según región anatómica y gravedad

La gravedad de una HAB depende fundamentalmente de la zona del cuerpo afectada y de la profundidad de penetración. El ATLS clasifica las heridas penetrantes según la región para priorizar la evaluación y el tratamiento.

Zona

Estructuras en riesgo

Mortalidad sin tratamiento

Prioridad

Cuello zona I (base, clavícula a cricoides)

Vasos subclavios, vértice pulmonar, esófago, tráquea

10-15 %

Alta — hemorragia masiva y neumotórax

Cuello zona II (cricoides a ángulo mandibular)

Carótidas, yugulares, laringe, esófago

5-10 %

Alta — la más accesible quirúrgicamente

Cuello zona III (ángulo mandibular a base de cráneo)

Carótida distal, faringe, pares craneales

5-10 %

Alta — difícil control quirúrgico

Tórax anterior (triángulo mortal)

Corazón, grandes vasos, pulmones
50-80 % si cardíaca
Máxima — taponamiento cardíaco

Abdomen anterior
Hígado, bazo, intestino, vasos mesentéricos
1-5 % en general
Media-alta — hemorragia oculta

Flanco y espalda
Riñones, colon retroperitoneal, aorta
2-8 %
Media — lesión retroperitoneal oculta

Extremidades
Arterias, venas, nervios, tendones

Variable — alta si afecta femoral o humeral

Evaluación primaria: abordaje CABCDE con HAB

El protocolo CABCDE del PHTLS/ATLS se aplica con consideraciones específicas para trauma penetrante. La diferencia fundamental con el trauma contuso es que la hemorragia catastrófica (C) y la vía aérea (A) son las prioridades absolutas.

C — Control de hemorragia catastrófica: Antes de cualquier otra valoración. En extremidades: torniquete proximal al punto de sangrado (protocolo CoTCCC — aplicar en A — Vía aérea con control cervical: En HAB de cuello: evaluar disfonía, estridor, enfisema subcutáneo (crepitación al palpar), hematoma expansivo y dificultad para tragar. Cualquiera de estos signos indica compromiso de vía aérea o grandes vasos. No retirar objetos empalados. Inmovilización cervical solo si sospecha de lesión vertebral (herida posterior al cuello).

B — Respiración y ventilación: Buscar activamente neumotórax a tensión (disnea, desviación traqueal, ausencia de murmullo vesicular unilateral, distensión yugular, hipotensión). En HAB torácica: sellar heridas abiertas con parche oclusivo con válvula (tipo Hyfin o Asherman). Si solo dispone de material improvisado: plástico pegado por tres lados (sello de tres puntas) que permite la salida de aire pero impide la entrada.

D — Déficit neurológico: Escala AVDN (Alerta, responde a Voz, responde a Dolor, No responde). Pupilas: anisocoria sugiere herniación cerebral. En HAB de cuello/cabeza: déficit motor o sensitivo puede indicar lesión medular o de pares craneales.

E — Exposición y prevención de hipotermia: Desvestir completamente para buscar heridas ocultas. Regla del ATLS: por cada herida de entrada busque una de salida. Tras la exploración, cubrir inmediatamente con manta térmica. La tríada letal del trauma (hipotermia, acidosis, coagulopatía) mata más que las heridas en sí.

Manejo específico según zona de herida

Cada región anatómica requiere técnicas específicas de control. Las siguientes son las intervenciones que un socorrista avanzado puede realizar en campo sin equipo quirúrgico.

Herida torácica abierta (sucking chest wound): Aplicar parche oclusivo con válvula inmediatamente. Si el paciente empeora tras el sellado (disnea progresiva, hipotensión, distensión yugular), sospechar neumotórax a tensión: retirar el parche brevemente para descomprimir o realizar descompresión con aguja en el 2.º espacio intercostal línea medioclavicular (catéter 14G de al menos 8 cm en adultos — el TCCC recomienda 5.º espacio intercostal línea axilar anterior como alternativa).

Herida en el triángulo mortal del tórax: Zona delimitada por las clavículas y el apéndice xifoides. Toda herida penetrante aquí puede afectar al corazón. Signos de taponamiento cardíaco (tríada de Beck): hipotensión, tonos cardíacos apagados e ingurgitación yugular. El tratamiento definitivo es la pericardiocentesis o la toracotomía de emergencia, ambas hospitalarias. En campo: fluidoterapia agresiva IV para mantener precarga y evacuación inmediata.

Herida abdominal penetrante: No explorar la herida con los dedos ni con instrumentos. Si hay evisceración (salida de asas intestinales): NO reintroducir el intestino. Cubrir con gasas húmedas estériles empapadas en suero fisiológico y proteger con un apósito abdominal o film plástico limpio para prevenir la desecación. Posición de Fowler baja (semisentado) con rodillas flexionadas para reducir la tensión abdominal.

Herida en extremidades con hemorragia arterial: Torniquete como primera línea (CoTCCC 2023). Colocar proximal a la herida, sobre hueso único (no sobre la articulación). Apretar hasta que cese el sangrado distal. Anotar la hora de colocación en la frente del paciente o en el torniquete. Tiempo máximo recomendado: 2 horas (hasta 6 horas en estudios militares sin daño permanente en la mayoría de casos). Si el sangrado continúa: añadir un segundo torniquete proximal al primero.

Errores frecuentes y mitos

El manejo incorrecto de una HAB puede empeorar el pronóstico. Los siguientes son errores documentados en la literatura prehospitalaria que deben evitarse.

Error

Por qué es peligroso

Acción correcta

Retirar el arma clavada

Actúa como tapón hemostático; su extracción puede causar hemorragia masiva

Estabilizar el objeto con apósitos volumétricos y cinta, trasladar sin retirar

Usar agua oxigenada en la herida

Destruye tejido sano, retrasa la cicatrización, puede causar embolia gaseosa

Irrigar con suero fisiológico o agua limpia a presión suave

Dar líquidos orales al paciente con herida abdominal

Si hay perforación intestinal, el contenido se filtrará a peritoneo

Nada por vía oral; hidratación IV si es posible

Aplicar torniquete flojo

Ocluye las venas pero no las arterias, aumentando el sangrado

Apretar hasta que cese el pulso distal y el sangrado

No buscar herida de salida

Puede haber una segunda herida sangrante no tratada

Exploración completa (360°) del paciente desvestido

⚠ 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.