

## FERIDES PER ARMA BLANCA I ARMA DE FOC

Susana Simó Meléndez, Miren Mendizábal Ibergaray, Gilberto Alonso Fernández

### INTRODUCCIÓ

- Durant l'atenció al pacient, és important recollir el màxim d'informació possible sobre les característiques de l'arma agressora, la possible trajectòria de la mateixa, si la ferida és penetrant o no, el calibre del projectil i a quina distància s'ha produït el tret.
- Sempre es consideren ferides contaminades.
- L'extensió de les lesions internes no poden ser jutjades per l'aparència de la ferida externa.
- Els traumatismes sobre la zona toràcica i abdominal s'associen freqüentment a l'afectació multiorgànica.

### GUIA D'ACTUACIÓ

Seguir el procediment general del pacient traumàtic, amb algunes especificacions.

#### 1. Valoració inicial : segons ABCD

No es recomana fer una reposició de volum indiscriminada.

#### 2. Valoració secundària

Cal fer una exposició completa del malalt, per descartar lesions en llocs on puguin passar desapercebudes, aixelles, zones amb molt de pel...

Cal immobilitzar sempre l'objecte penetrant al mateix lloc, sense intentar retirar-lo (immobilització solidària).

Neteja de les ferides amb sèrum fisiològic, gasses estèrils i povidona iodada als marges cutanis.

#### 3. Pauta d'actuació específica

- Traumatismes penetrants en grans vasos:
  - Explorar l'absència o asimetria de pols.
  - La presència de pols no descarta la lesió parcial del vas.
- Traumatismes penetrants al tòrax:
  - En un pacient amb lesió penetrant toràcica amb inestabilitat hemodinàmica mai demorar el trasllat a un centre quirúrgic ("scoop and run").
- Traumatismes penetrants a l'abdomen:
  - En cas d'evisceració: no s'ha d'intentar introduir les vísceres a la cavitat abdominal.
  - Cobertura de la lesió i les vísceres amb gasses humides i estèrils.

### **Punts específics en la dona embarassada:**

- La hipervolemia present a partir de la 28 setmana fa que les manifestacions de la inestabilitat hemodinàmica apareguin més tardanament i que pugui existir compromís fetal amb una mare aparentment estable.
- Sempre que es pugui es col·locarà la mare en decúbit lateral esquerre.
- El diafragma s'eleva i el tòrax s'eixampla. En cas de la necessitat de drenatge toràcic s'ha de fer 1 ó fins i tot 2 espais intercostals per sobre de la zona de punció habitual.
- A partir de la 12 setmana la col·locació extrapèlvica de la bufeta urinària la fa més vulnerable a ferides en aquesta zona.
- La laxitud i distensió abdominal de la dona embarassada poden emmascarar els signes d'irritació peritoneal.

### **Punts específics als nens:**

- Són molt més sensibles a la hipovolemia.
- En lactants la musculatura paravertebral varia amb les fases de la respiració i apareixen dades pràcticament idèntiques als de l'hematoma pulsatiu.

---

## **Bibliografia**

1. *Soporte Vital Avanzado en Trauma. Plan Nacional de Resucitación Cardiopulmonar. Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. Ed. Masson. 2000.*
2. *Advanced Trauma Life Support. Course for Physicians, 7ª ed. American College of Surgeons Committee on Trauma. Chicago, 2002.*
3. *Timing and volume of fluid administration for patients with bleeding. Kwan I, Bunn F, Roberts I, on behalf of the WHO Pre-Hospital Trauma Care Steering Committee. The Cochrane Library, Issue 4, 2003.*
4. *Colloids versus crystalloids for fluid resuscitation in critically ill patients. Alderson P, Schierhout G, Roberts I, Bunn F. The Cochrane Library, Issue 4, 2003.*