

11226
29
87



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2

CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

"HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN"

TESIS RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Luis Espinosa Flores



Irapuato, Gto.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

CAPITULO	I : INTRODUCCION.....	1
CAPITULO	II : GENERALIDADES.....	3
CAPITULO	III : MATERIAL Y METODOS.....	15
CAPITULO	IV : RESULTADOS.....	17
CAPITULO	V : DISCUSION Y COMENTARIOS.....	27
CAPITULO	VI : RESUMEN Y CONCLUSIONES.....	29
CAPITULO	VII : BIBLIOGRAFIA.....	31

CAPITULO I : INTRODUCCION

DEBIDO A QUE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN POR SU CRECIENTE AUMENTO EN EL PUESTO DE URGENCIAS DE NUESTRO HOSPITAL, PRESENTA UNO DE LOS ASPECTOS IMPORTANTES DE LA PATOLOGIA ABDOMINAL, REALICE LA ELECCION DE ESTE ESTUDIO EN FORMA RETROSPECTIVA, DADO QUE NUESTRO HOSPITAL NO CUENTA AUN CON ALGUNA ESTADISTICA AL RESPECTO.

ESTE TRABAJO ESTA BASADO EN LA REVISION DE EXPEDIENTES ACUMULADOS EN LOS ARCHIVOS CLINICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2, IRAPUATO, GUANAJUATO. CORRESPONDIENTES A LA LABOR REALIZADA POR LOS CIRUJANOS ASIGNADOS AL DEPARTAMENTO QUIRURGICO DE DICHO HOSPITAL; ENTRE NOVIEMBRE DE 1982 Y OCTUBRE DE 1983, Y CUYO OBJETIVO A SEGUIR ES LA BUSQUEDA DE LA FRECUENCIA DE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN. ASI MISMO ESTUDIAREMOS SU ETIOLOGIA, EL PREDOMINIO SEGUN LA EDAD Y EL SEXO, EL O LOS ORGANOS INTRA ABDOMINALES QUE HAN SIDO LESIONADOS, SU EPIDEMIOLOGIA, LAS COMPLICACIONES, EL MANEJO QUE SE LES DIO Y LA MORTALIDAD.

QUEDA VIVA LA IDEA DE CONTINUAR CON ESTE ESTUDIO EN FORMA PROSPECTIVA, PARA LOS MEDICOS EN PERIODO DE ADIESTRAMIENTO QUE NOS SUSTITUIRAN; O BIEN A LOS CIRUJANOS MISMOS QUE SE INTERESAN EN HACER ESTADISTICAS SEGUN EL OBJETIVO DEL ESTUDIO QUE EN ESTA TESIS PRESENTO.

LA FINALIDAD DE ESTE TRABAJO DE INVESTIGACION, ES CO-
NOCER LA FRECUENCIA CON QUE OCURREN LAS HERIDAS PENETRAN -
TES DEL ABDOMEN, CUAL EL AGENTE VULNERANTE, EL SITIO DE
LAS LESIONES, LAS LESIONES ASOCIADAS AL ORGANO AFECTADO
PRINCIPAL, LA EDAD Y EL SEXO, LAS CONDICIONES EN QUE IN-
GRESA EL PACIENTE, EL TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA PRAQ
TICADA; LAS COMPLICACIONES , LA MORTALIDAD Y LA CARGA ECO-
NOMICA.

DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS, TRATARE DE DEMOS
TRAR LAS SIGUIENTES HIPOTESIS:

HIPOTESIS VERDADERA.-LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN
CAUSAN PRINCIPALMENTE LESION EN VISCERA HUECA:SECUNDARIA -
MENTE LESION EN VISCERA MACIZA, Y CON MAYOR FRECUENCIA EN
EL SEXO MASCULINO.

HIPOTESIS NULA.- LA MAYORIA DE LAS HERIDAS PENETRANTES
DE ABDOMEN, NO REQUIEREN PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE UR
GENCIA, NI ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE, SOLAMENTE
OBSERVACION, REPARACION INMEDIATA DE LA HERIDA DE PARED AB
DOMINAL Y TRATAMIENTO MEDICO.

EL PROGRAMA DE TRABAJO SE REALIZARA EN BASE A LA FRECUEN
CIA DE LAS HERIDAS PENETRANTES, RETROESPECTIVAMENTE, USAN
DO EL DISEÑO DESCRIPTIVO Y ANALITICO, REPRESENTADOS EN
TABLAS, GRAFICAS Y FIGURAS.

CAPITULO II : GENERALIDADES

LA MAYORIA DE LAS VISCERAS ABDOMINALES, ESTAN BIEN PROTEGIDAS POR ESTRUCTURAS OSEAS, TALES COMO LAS COSTILLAS INFERIORES Y LA PELVIS. LAS SEIS COSTILLAS INFERIORES CUBREN EL HIGADO, EL BAZO, EL ESTOMAGO, Y PARTE DEL INTESTINO DELGADO, MIENTRAS QUE LOS HUESOS PELVICOS PROTEGEN LA VEJIGA EL UTERO Y EL INTESTINO DISTAL.

LOS MUSCULOS DE LA PARED ABDOMINAL PROTEGEN TAMBIEN LAS VISCERAS SUBYACENTES. LA DISPOSICION DE LOS MUSCULOS ES IMPORTANTE A ESTE RESPECTO . LAS FIBRAS DE LAS TRES CAPAS MUSCULARES FORMAN UN ENREJADO EN LAS PARTES LATERALES DE LA PARED ABDOMINAL; LOS MUSCULOS RECTOS Y SUS VAINAS LA REFUERZAN POR DELANTE, Y LA COLUMNA VERTEBRAL Y LOS FUERTES MUSCULOS DE LA ESPALDA Y LA PARTE ABDOMINAL POSTERIOR, TIENEN UN PAPEL PROTECTOR POR DETRAS.

LA VARIACION DE LA LOCALIZACION ANATOMICA Y LA ESTRUCTURA, INFLUYEN TAMBIEN SOBRE LA PROBABILIDAD DE LESION. EL ESTOMAGO VARIA DE TAMAÑO SEGUN ESTE LLENO O VACIO. DEBIDO A SU GRAN PARED Y A SU MOVILIDAD, RARA VEZ ES LESIONADO MAS QUE POR HERIDAS DIRECTAS PENETRANTES O POR PROYECTILES. LA VEJIGA ES UN ORGANO ABDOMINAL EN EL NIÑO, Y TAMBIEN LO RESULTA EN PARTE EN EL ADULTO CUANDO ESTA DISTENDIDA. EL HIGADO Y EL BAZO, SON RELATIVAMENTE MAYORES EN EL NIÑO HASTA LA EDAD DE 5 A 7 AÑOS, Y HACEN PROTUSION POR DEBAJO DE LA PROTECCION DE LA CAJA TORACICA.

LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN SON LAS RESPONSABLES DE MORTALIDAD SIGNIFICATIVA Y MORBILIDAD. TALES LESIONES SON MAS FRECUENTES EN LAS URBES, Y LA MAYORIA SON EL RESULTADO DE VIOLENCIAS.(4)

EXISTEN CONTROVERSIAS, ACERCA DEL DIAGNOSTICO Y EL MANEJO DE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN Y NO HAY UNIFORMIDAD SOBRE EL MANEJO DE CERTEZA DEL TRAUMA PENETRANTE. PERO, NO ASI, LA MAYORIA DE LOS CIRUJANOS CONSIDERAN QUE LA POSIBILIDAD DE LESION INTRAABDOMINAL DE UNA VISCERA HUECA, MACIZA O ESTRUCTURA VASCULAR TRAS TRAUMA PENETRANTE POR PROYECTIL, ES LO SUFICIENTEMENTE IMPORTANTE PARA QUE TODOS ESTOS PACIENTES DEBAN SER SOMETIDOS A LAPARATOMIA.

EL METODO DIAGNOSTICO DE LAS HERIDAS PENETRANTES EN EL ABDOMEN, DEBE SER DE EXPLORACION SISTEMICA EN BUSCA DE LA PENETRACION, O DE OBSERVACION SELECTIVA A PESAR DE LA PENETRACION.(7). EL EXAMEN FISICO DEL PACIENTE JUNTO CON LOS ANTECEDENTES, A MENUDO, PROPORCIONAN AL CLINICO LA INFORMACION SUFICIENTE PARA ESTABLEGER LA POSIBILIDAD DE LESION INTRAABDOMINAL. LA EVIDENCIA DE HEMORRAGIA INTERNA, LA AUSENCIA DE SANGRADO EXTERNO, PUEDE MANIFESTARSE POR SIN TOMAS DE CHOQUE, RIGIDEZ ABDOMINAL, PRESENCIA DE MASA INTRAABDOMINAL, O FRACTURA DE COSTILLAS BAJAS QUE SE ENCUENTRAN SOBRE EL BAZO O EL HIGADO.(8)

LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN, PUEDEN CLASIFICARSE SEGUN SU ETIOLOGIA EN :

- A).- HERIDAS POR ARMA BLANCA(PUNZOCORTANTE,PUNZANTE, O CORTANTE).
- B).- HERIDAS POR ARMA DE FUEGO(PROYECTILES, POSTAS, ETC).
- C).- HERIDAS POR AGENTES DIVERSOS(VARILLAS,MADEROS,ETC).
- D).- HERIDAS COMPLICADAS CON CONCUSION O CONTUSION(EXPLOSIONES,MACHACAMIENTOS).

Y POR SU PROFUNDIDAD O EXTENSION, LAS HERIDAS ABDOMINALES PUEDEN SER:

- A).- PARIETALES (SIN LESION PERITONEAL).
- B).- PENETRANTES (CON PENETRACION PERITONEAL, SIMPLE O CON LESION VISCERAL).
- C).- PERFORANTES CUANDO EXISTE ORIFICIO DE ENTRADA Y SALIDA; A DIFERENCIA DE LAS ANTERIORES, QUE SOLAMENTE PRESENTAN ORIFICIO DE PENETRACION.(9)

AL IGUAL QUE LOS TRAUMATISMOS CERRADOS,LA FRECUENCIA ES MUCHO MAYOR EN EL SEXO MASOULINO, EN PROPORCION VARIABLE, SEGUN DIVERSAS ESTADISTICAS.

SIN EMBARGO, EL TRAUMA PENETRANTE DE ABDOMEN, PUEDE SER DIVIDIDO EN DOS CATEGORIAS:

- 1.- HERIDAS EN LAS QUE HAY UNA ALTA PROBABILIDAD DE QUE LA CAVIDAD ABDOMINAL HAYA SIDO PENETRADA, Y EN LOS QUE UNA VISCERA HA SIDO LESIONADA.
- 2.- HERIDAS EN DONDE LA PENETRACION DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y LESION VISCERAL ES MENOS POSIBLE .

EJEMPLO DE LA PRIMERA SON LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO,

LAS CUALES PUEDEN ATRAVESAR EL TRONCO, CUANDO SE EFECTUA LA LESION DESDE CORTA DISTANCIA .

LAS HERIDAS POR ARMA BLANCA CON SIGNOS OBVIOS PERITONEALES, Y LAS HERIDAS ABDOMINALES ASOCIADAS CON INESTABILIDAD CARDIOVASCULAR, HEMATEMESIS, PROCTORRAGIA O AIRE EN CAVIDAD ABDOMINAL, O LA LOCALIZACION DEL PROYECTIL, PUEDE INDICAR QUE HA PENETRADO. LA MAYORIA DE LOS CIRUJANOS ESTA DE ACUERDO, QUE LA EXPLORACION ABDOMINAL SIN PREVIOS ESTUDIOS DE DIAGNOSTICOS, ESTA INDICADA EN ESTA CIRCUNSTANCIA.

LA SEGUNDA CATEGORIA, DONDE EL DIAGNOSTICO DE LESION VISCERAL ES MENOS BIEN DEFINIDA, INCLUYE HERIDAS POR ARMA BLANCA, LAS HERIDAS PUEDEN PENETRAR EL ABDOMEN POR LA REGION LUMBAR O POR FLANCOS Y PARTE INFERIOR DEL TORAX. ESTE GRUPO DE HERIDAS SON LAS QUE GENERALMENTE SIMULAN PUNTOS DE VISTA DIFERENTES EN EL MANEJO.

LAS HERIDAS DE ABDOMEN POR ARMA BLANCA QUE NO SON ASOCIADAS A INESTABILIDAD HEMODINAMICA O SIGNOS PERITONEALES SON MANEJADOS DE VARIAS FORMAS . EN UN INICIO, EL PACIENTE SE OBSERVA, Y SE LLEVA A CABO LA LAPAROTOMIA SOLAMENTE SI SE PRESENTA DETERIORO CLINICO O APARECEN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. LOS MEDICOS QUE PROPONEN ESTA AFIRMACION ABEGURAN QUE EN ESTOS CASOS LA LAPARATOMIA NO ES NECESARIA Y QUE LA MORBI-MORTALIDAD NO SE INCREMENTA.(10)

LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN POR SU ETIOLOGIA, PUEDEN PRODUCIR DIVERSOS GRADOS DE LESIONES A LAS QUE DEBEN AGREGARSE LAS LESIONES DE PARED ABDOMINAL.(11)

TAMBIEN SON DE GRAN IMPORTANCIA LAS LESIONES VASCULARES LAS LESIONES DE LOS MESOS, LAS DOBLES PENETRANTES TORACO-ABDOMINALES Y LAS LESIONES ASOCIADAS PLEUROPULMONARES, MEDIASTINALES, PELVICAS, O RAQUIMEDULARES, QUE SUELEN OBSERVARSE EN HERIDAS POR ARMA DE FUEGO. LAS MAS COMUNES SON LAS HERIDAS POR ARMA BLANCA; LAS SIGUIENTES SON AQUELLAS POR ARMA DE FUEGO, Y SEGUIDAS POR ESCOPETAS. ALGUNOS CIRUJANOS ENCUENTRAN HERIDAS POR ARMA BLANCA EN MENOR PROPORCION QUE POR HERIDAS DE ARMA DE FUEGO. LAS HERIDAS PENETRANTES CAUSADAS POR OBJETOS PUNZOCORTANTES QUE SON ACCIDENTALMENTE INFERIDAS, SON RELATIVAMENTE INFRECUENTES, COMPARADAS CON AQUELLAS DEBIDAS A ACTOS DE VIOLENCIA, QUE LLEGAN A SER DE UN 90%.(12)

ES MAS NUMEROSAMENTE AFECTADO EL SEXO MASCULINO A RAZON DE 6-7:1, RESPECTO AL SEXO FEMENINO; LA MAYORIA DE LAS VICTIMAS SON ADULTOS JOVENES DE LA SEGUNDA A LA CUARTA DECADE DE SU VIDA; CON LA MAYOR INCIDENCIA EN EL RANGO DE EDAD DE LOS 20 A LOS 29 AÑOS.(13)

ANATOMIA PATOLOGICA.- LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO, EN ESTOS CASOS, EL PROYECTIL SE RODEA DE UNA ONDA EXPANSIVA QUE PROVOCA DESTRUCCION TISULAR CON COMPROMISO VASCULAR IMPORTANTE, ESPECIALMENTE TROMBOSIS DE PEQUEÑOS VASOS ARTERIALES; ESTE DAÑO SE EXTIENDE, EN LAS HERIDAS PRODUCIDAS POR REVOLVER, A UNA DISTANCIA DE 5 MM MAS ALLA DEL BORDE VISIBLE DE LA LESION MARCADA POR EL PROYECTIL. CON BALAS DE ALTA VELOCIDAD, LA ONDA EXPANSIVA, PARTICULARMENTE EN CO-

CON CARGADO DE MATERIAS FECALES, LLEGA A MUCHO MAYOR DISTANCIA .

LAS HERIDAS POR ARMA BLANCA REPRESENTAN UN MENOR PROBLEMA , POR CUANTO A LA DESVITALIZACION DEL TEJIDO, SE LIMITA A LA PRODUCIDA POR EL INSTRUMENTO VULNERABLE.

EN AMBOS CASOS LAS LESIONES VASCULARES PRODUCIDAS EN EL MESENTERIO DEBEN SER CUIDADOSAMENTE EVALUADAS, PUES LA FALTA DE IRRIGACION PRODUCIDA POR ELLAS EN EL INTESTINO, EQUIVALE A UNA POSTERIOR ZONA DE NECROSIS.

PARA LOS MISMOS EFECTOS TERAPEUTICOS, DEBERA TENERSE EN CUENTA EL SITIO DONDE SE PRODUCE LA LESION, PUES LA CONDUCTA VARIARA DE ACUERDO AL ORGANO U ORGANOS LESIONADOS.

TODOS LOS PACIENTES VICTIMAS DE GRANDES HERIDAS ABDOMINALES, REQUIEREN DE MANIOBRAS DE RESUSITACION, Y ES OBVIO QUE ESTOS NECESITAN DE OPERACION Y DEBEN SER TRANSPORTADOS DIRECTAMENTE AL QUIROFANO DESPUES DE UNA BREVE ESTANCIA EN LA SALA DE URGENCIAS PARA DETERMINAR REALMENTE LAS LESIONES SERIAS PRESENTES. ESTE METODO DE MANEJO INICIAL ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE EN EL TRAUMA PENETRANTE ABDOMINAL PORQUE LA HEMORRAGIA ES LA CAUSA MAS FRECUENTE DE MUERTE, Y LA LAPARATOMIA EN LA SALA DE URGENCIAS, NO HA SIDO MOSTRADA PARA AYUDAR A SALVAR A TALES PACIENTES. (14,15)

LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION DE LAS VICTIMAS CON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN, ES SIMILAR A LOS PACIENTES CON OTRAS LESIONES MAYORES . LA VIA AEREA Y UNA ADECUADA VENTILACION DEBE ASEGURARSE, CATETER CENTRAL PARA LA ADMI-

NISTRACION DE LIQUIDOS Y SANGRE. SE DEBE DE COLOCAR SONDA EN VIAS URINARIAS PARA CONTROL DE LIQUIDOS . SE PUEDEN AD MINISTRAR ANTIBIOTICOS COMO PROFILACTICOS . LA FUNCION CAR DIOVASCULAR DEBE ESTABILIZARSE, SI ES POSIBLE, ANTES DEL TRATAMIENTO DEFINITIVO DE LAS HERIDAS PENETRANTES. NO TODOS LOS PACIENTES CON ESTE TIPO DE LESION INGRESAN AL HOSPITAL EN ESTADO HEMODINAMICO INESTABLE, EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION DEBEN SER MENOS AGRESIVAS. SIN EMBARGO, ALGUNOS PACIENTES SE ENCUENTRAN EN ESTADO DE CHOQUE HIPOVOLEMICO, E INMEDIATAMENTE LA LAPARATOMIA ES PA RA EL CONTROL DE LA HEMORRAGIA:ES LA MEDIDA SALVADORA.(16)

LA TORACOTOMIA IZQUIERDA(CON PINZAMIENTO DE LA AORTA - DESCENDENTE, Y MASAJE CARDIACO INTERNO)SE RECOMIENDA POR ALGUNOS CIRUJANOS, PARA EL PACIENTE QUE INGRESA AL HOSPITAL FRANCAMENTE EXSANGUINADO PERO CON ALGUNOS SIGNOS DE VIDA, ES POSIBLE BAJO ESTAS CIRCUNSTANCIAS, CONTROLAR LA HEMORRA GIA TEMPORALMENTE Y RESTAURAR EL VOLUMEN SANGUINEO Y LA CIRCULACION CEREBRAL, DEFINITIVAMENTE ANTES DE REPARAR LA LESION ABDOMINAL;DE OTRA MANERA NO SERIA POSIBLE OTORGAR SUPERVIVENCIA, Y LOS PACIENTE SUCUMBEN.(17)

DE OTRO MODO , LAS HERIDAS ABDOMINALES, SE EXPLORAN BAJO ANESTESIA LOCAL, SI EL PERITONEO PARIETAL NO HA SIDO LE SIONADO, LA HERIDA SE DEBRIDA Y CIERRA, O PUEDE QUEDARSE A BIERTA.SI A OCURRIDO LA PENETRACION ABDOMINAL, DEBE EFEC - TUARSE UN LAVADO PERITONEAL MEDIANTE UNA PEQUEÑA INCISION INFRAUMBILICAL HASTA EL PERITONEO POR DONDE SE INTRODUCE

UNA SONDA, Y SI EL LAVADO RESULTA POSITIVO, SE DEBE EFECTUAR LAPARATOMIA. ALTERNATIVAMENTE, LA LAPARATOMIA SE PUEDE EFECTUAR, SI EL PERITONEO PARIETAL HA SIDO PERFORADO, EN ESTE CASO, EL LAVADO PERITONEAL SE OMITE. ALGUNOS ARGUMENTAN QUE LA EXPLORACION DE LA HERIDA NO ES UN BUEN PROCEDIMIENTO Y QUE PUEDE FALTAR EN UN NUMERO DE CASOS CON PERFORACION PERITONEAL. (18)

LAS HERIDAS CON ARMA BLANCA EN LA BASE DEL TORAX, PUEDEN SER EVALUADAS CON LAVADO PERITONEAL SI SE SOSPECHA PERFORACION. UN RESULTADO NEGATIVO DE LAVADO PERITONEAL, EN ULTIMA CIRCUNSTANCIA, NO ELUDE LA POSIBILIDAD DE UNA LESION DE ALGUN ORGANO RETROPERITONEAL, COMO COLON RETROPERITONEAL, DUODENO, URETEROS, PANCREAS; POR LO QUE SE DEBE TOMAR EN CUENTA LOS SIGNOS Y SINTOMAS DEL PACIENTE, LA IMAGEN RADIOLOGICA SUGESTIVA DE LESION, (19) .

LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN LA BASE DEL TORAX POSTERIOR O EN ALGUNO DE SUS FLANCOS, PUEDE SER EVALUADO POR LAVADO PERITONEAL, SI SE SOSPECHA QUE EL PROYECTIL HA PENETRADO A LA CAVIDAD ABDOMINAL, (20)

RECuento DE LEUCOCITOS.-PUEDE ESTAR ELEVADO NO SOLO COMO RESULTADO DE INFECCION O PERITONITIS, COMO LA QUE SE ASOCIA A ESCAPE DE CONTENIDO INTESTINAL POR UNA LACERACION, SINO TAMBIEN POR UN HEMATOMA INTRAABDOMINAL O RETROPERITONEAL.

EXAMEN DE ORINA.-ES UNA PARTE ESENCIAL DE CUALQUIER EXAMEN ULTERIOR A TRAUMA ABDOMINAL . LA HEMATURIA MICROSCOPICA

CA O MACROSCOPICA, PUEDE SER SIGNO DE LESION DE RIÑON, VEJIGA, URETER O URETRA. SIN EMBARGO, PUEDE NO HABER HEMATURIA MICROSCOPICA EN UN 10 A 30% DE PACIENTES CON LESION SIGNIFICATIVA DE RIÑON Y LAS VIAS URINARIAS BAJAS.(21)

PRESION VENOSA CENTRAL.-ES UTIL PARA DIFERENCIAR EL CHOQUE POR PERDIDA DE SANGRE Y EL DEBIDO A LA INSUFICIENCIA MIOCARDICA. LA PRESION VENOSA CENTRAL SE ENCUENTRA ELEVADA EN LA INSUFICIENCIA MIOCARDICA Y BAJA EN LA HIPOVOLEMIA POR LA PERDIDA DE SANGRE. SE USA COMO CONTROL EN LA REPOSICION DE LIQUIDOS.

LA COLOCACION DE UNA SONDA DE FOLEY EN VEJIGA ES UN METODO SENCILLO PARA OBTENER UNA MUESTRA DE ORINA E INICIAR LA MEDICION DE EXCRECION URINARIA POR HORA DE 30 A 60 ML. LA EVALUACION MAS PRECISA DE LA FUNCION RENAL MEDIANTE LA DEPURACION DE ACIDO PARAAMINOHIPURICO E INULINA.

AMILASA SERICA.-CUANDO SE PRODUCE OBSTRUCCION DEL SISTEMA DE CONDUCTOS PANCREATICOS, COMO PUEDE SUCEDER DESPUES DE UNA LESION DE SISTEMA DE CONDUCTOS, LA MOLECULA DE AMILASA PUEDE PASAR A TRAVES DE LAS HENDIDURAS INTERACINARES O A TRAVES DEL EXTREMO SECCIONADO DEL CONDUCTO HACIA EL ESPACIO INTERSTICIAL, DE LA GLANDULA. LA AMILASA DEPOSITADA EN EL INTERSTICIO DEL PANCREAS ES MOVILIZADA HACIA LA SANGRE A TRAVES DE CAPILARES VENOSOS O VASOS LINFATICOS AUMENTANDO SU CONCENTRACION SANGUINEA NORMAL. POR LO TANTO, LOS VALORES ELEVADOS DE AMILASA SERICA PUEDEN SER SIGNOS DE LESION PANCREATICA. LA AMILASA SERICA PUEDE ELE-

VARSE DESDE LA QUINTA O SEXTA HORA HASTA LAS 48 HORAS DESPUES DE LA LESION . LAS DECISIONES CLINICAS SOBRE OPERACION, NO DEBERAN BASARSE EN UNA SOLA DETERMINACION DE AMILASA SERICA.(22)

ALCOHOL EN SANGRE.-- DEBERA DETERMINARSE EN TODOS LOS PACIENTES COMO TASOS CON EL OBJETO DE IDENTIFICAR LA CAUSA DE LA PERDIDA DE LA CONCIENCIA.

ARTERIOGRAFIA.--PERMITE AL CLINICO IDENTIFICAR LESIONES AORTICAS, ESPLENICAS, HEPATICAS Y RENALES. TAMBIEN PUEDE VALORARSE LA GRAVEDAD Y LA EXTENSION DE LESION MEDIANTE ANGIOGRAFIA, LO CUAL INFLUYE EN EL PLAN QUIRURGICO DEL CIRUJANO.(23 Y 24)

RADIOGRAFIA ABDOMINAL.--PUEDEN REVELAR LA PRESENCIA DE AIRE LIBRE POR ABAJO DEL DIAFRAGMA O LA PARED LATERAL PROPORCIONANDO CON ELLA EVIDENCIA DE UNA VISCERA ROTA. EN LAS RADIOGRAFIAS SIMPLES O EN POSICION VERTICAL ES NECESARIO PRESTAR ATENCION A LA POSIBILIDAD DE RUPTURA RETROPERITONEAL DEL DUODENO, LA CUAL SE MANIFIESTA POR UN ASPECTO PUNTEADO O DE BURBUJEO PRODUCIDO POR EL AIRE EXTRALUMINAL EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO. EL DIAGNOSTICO TARDIO DE ESTA LESION HACE DIFICIL LA REPARACION DEBIDO A NECROSIS ,EDEMA E INFECCION. LA NECROSIS Y GELULITIS DEL DUODENO Y LOS TEJIDOS RETROPERITONEALES QUE RESULTAN DE LA RUPTURA DUODENAL RETROPERITONEAL ES UNA LESION PELIGROSA CON UNA TASA DE MORTALIDAD QUE SE ACERCA AL 70%(25)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD.-- LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS

NADAS A LA LESION ABDOMINAL POR SI SOLA ES PRIMERAMENTE LA SEPSIS (ABSCESO ABDOMINAL, PERITONITIS, INFECCION DE LA HERIDA) Y HEMORRAGIA POSTOPERATORIA. LA SEPSIS POSTOPERATORIA OCURRE MAS COMUNMENTE DESPUES DE LESIONES DE DUODENO, PANCREAS, Y/O COLON, EN SUMA, LA SEPSIS POSTOPERATORIA RELACIONADA A LESION ABDOMINAL OCURRE CERCA DE UN 13%, LOS PACIENTES CON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN, QUIEN SOBREVIVEN EN FASES INICIALES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. LA HEMORRAGIA POSTOPERATORIA ES MENOS FRECUENTE Y GENERALMENTE LAS LESIONES REQUIEREN TRANSFUSION MASIVA O AQUELLAS ASOCIADAS A TRASTORNOS DE LA COAGULACION.

LA PROPORCION DE MORTALIDAD HOSPITALARIA, SE RELACIONAN CON LOS AGENTES AGRESORES, NUMERO Y TIPO DE ORGANOS LESIONADOS, LA EDAD DE LA VICTIMA Y EL TIEMPO ENTRE LA LESION Y EL TRATAMIENTO DEFINITIVO. LAS HERIDAS CON ARMA BLANCA SE ASOCIAN CON LA INCIDENCIA MAS BAJA DE MORTALIDAD (CERCA DEL 5%); LAS HERIDAS POR ARMA DE FUEGO Y DE PERDIGORES, TIENEN MAS ALTA PROPORCION DE MUERTES (22% Y 17% RESPECTIVAMENTE) EL NUMERO DE ORGANOS LESIONADOS, ESTA EN RAZON SIGNIFICATIVA DE LA MORTALIDAD. ALGUNOS AUTORES AFIRMAN QUE ES BAJA (2.5%), CUANDO SOLAMENTE UN ORGANO ES LESIONADO; Y ASCIENDE POR ARRIBA DEL 40% CUANDO TRES O MAS ORGANOS SON LESIONADOS. ALREDEDOR DE UN TERCIO DE TODAS LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN, SE ASOCIAN CON LESIONES DE MAS DE UN ORGANO Y OTRO TERCIO NO SE ASOCIA CON LESION VISCERAL (26 SE EXCLUYE A PACIENTES QUE INGRESAN SIN PRESION ARTERIAL

Y AQUIEN NO SE LES PROPORCIONA MANIOBRAS DE REANIMACION.

GENERALMENTE LA MORTALIDAD DE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN ES EN RAZON MENOR DEL 10%. LA CAUSA MAS COMUN DE MUERTES ES LA HEMORRAGIA Y LA MAYORIA DE LAS DEFUNCIONES OCURREN EN LA SALA DE OPERACIONES POCO DESPUES DE SU LLEGADA AL HOSPITAL.(27)

CON LAS MANIOBRAS INICIALES DE RESUCITACION, SANGRE, Y MEDIADAS GENERALES EN LA SALA DE OPERACIONES, 36% DE LOS PACIENTES SIN PRESION SANGUINEA A SU LLEGADA AL HOSPITAL SOBREVIVEN. CADA UNO DE ESTOS CASOS REQUIERE DE OPERACION INMEDIATA MIENTRAS SE EFECTUAN ESFUERZOS DE REANIMACION.

SOLO EL 10% SON DEBIDAS A SEPSIS ABDOMINAL DE TODAS LAS OTRAS CAUSAS, DE TODAS MANERAS PARA TODOS LOS PACIENTES CON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN SOBREVIVEN A SU LLEGADA AL HOSPITAL Y CON LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION SON POSIBLES, Y CUANDO LA HEMORRAGIA PUEDE SER CONTROLADA LA MORTALIDAD SE ACERCA AL 2%. PARA AQUELLOS CON LESION COMPROBADA DE VISCERA ABDOMINAL Y QUE SOBREVIVEN A LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION INICIAL Y TRATAMIENTO, LA MORTALIDAD SE DEBE MAS TARDE A SEPSIS Y OTRAS CAUSAS Y ES DEL 3 %.(28,29,30).

TRAUMA PENETRANTE

EN EL SIGUIENTE ESQUEMA SE ESBOZAN ALGUNOS METODOS ACEPTABLES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRAUMA PENETRANTE. EL METODO IDEAL DE TRATAMIENTO SERIA AQUEL EN EL QUE

NO SE PASARAN POR ALTO LESIONES INTRAABDOMINALES Y NO SE
PRACTICARAN LAPARATOMIAS INNECESARIAS. (31)

HERIDA POR
PROYECTIL

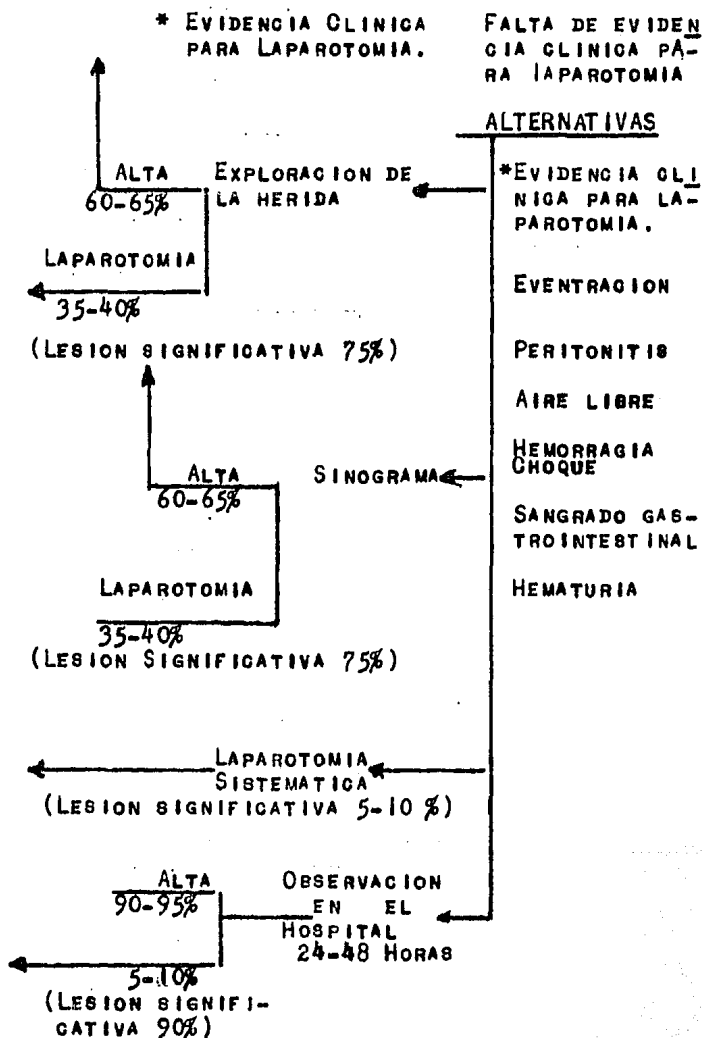
HERIDA PENETRANTE

AL QUIROFANO

20 - 30%

70 - 80 %

Q
U
I
R
O
F
A
N
O



CAPITULO III : MATERIAL Y METODOS

ESTE TRABAJO ESTA BASADO EN LA REVISION DE HISTORIAS ACUMULADAS EN EL ARCHIVO CLINICO DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No.2 IRAPUATO, GUANAJUATO, DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL; EN EL LAPSO QUE COMPRENDE DE NOVIEMBRE DE 1982 A OCTUBRE DE 1983.

SE REVISARON 152 EXPEDIENTES CLINICOS DE DERECHAHABIENTES DE ESTE HOSPITAL CON DIAGNOSTICO DE POLITRAUMATISMOS EN GENERAL. ENCONTRE QUE 37 PACIENTES INGRESARON AL SERVICIO DE URGENCIAS Y A HOSPITALIZACION CON DIAGNOSTICO DE TRAUMATISMO ABDOMINAL; SIENDO SOLAMENTE 8 DE ESTOS PACIENTES LOS QUE INGRESARON CON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN DE LOS CUALES NOS OCUPAMOS EN ESTE ESTUDIO DE CARACTER RETROSPECTIVO.

LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES FUERON ADULTOS, CON EL 100 % DEL SEXO MASCULINO, CUYAS EDADES FLUCTUARON ENTRE 9 AÑOS EL MENOR Y 42 AÑOS EL MAYOR, CON PROMEDIO DE EDAD DE 24.5. LA ESTANCIA PROMEDIO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS FUE DE 11.5. EL AGENTE ETIOLOGICO DE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN FUERON ARMAS DE FUEGO, Y EN SEGUNDO LUGAR ARMA BLANCA; CON TERCER LUGAR, UN OBJETO DIVERSO (MANUBRIO DE BICICLETA), ASI MISMO PODREMOS OBSERVAR QUE EL ORGANO MAS AFECTADO FUE EL COLON. LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES QUE SE PRESENTARON FUERON LA SEPSIS Y LOS ABSCESES DE PARED. EL TRAUMA PENETRANTE OCUPÓ SU MAYOR INCIDENCIA ENTRE

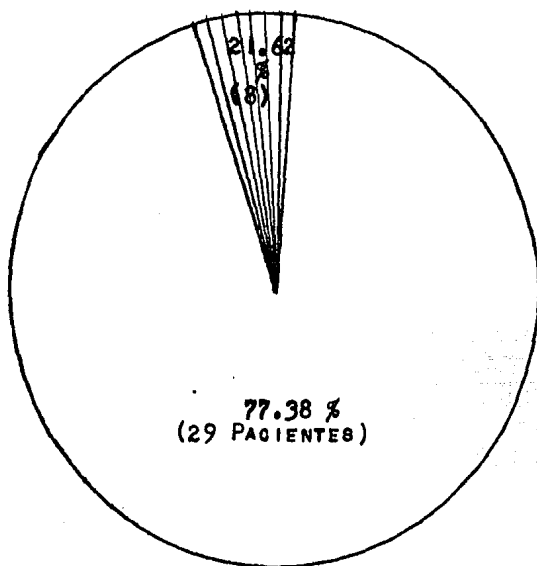
LOS 23 Y 27 AÑOS. ASÍ TAMBIÉN PUDIMOS OBSERVAR QUE EL
50% DE LOS PACIENTES, INGRESARON COMPENSADOS, Y EL 50% RES-
TANTE INGRESO MUY GRAVE. SE PRESENTO MORTALIDAD DEL 50% .

CAPITULO IV : RESULTADOS

DE LOS 37 PACIENTES CON TRAUMATISMO ABDOMINAL REVISADOS EN NUESTRO ESTUDIO, SOLAMENTE 8 RESULTARON CON HERIDA PENE_{TR}ANTE DE ABDOMEN Y OCUPARON UN 21.62%. FIG.1.

FIGURA 1.

INCIDENCIA DE HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN



LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN OCUPAN EL 50% AQUELLAS CAUSADAS POR ARMA DE FUEGO; UN 37.5% AQUELLAS CAUSADAS POR ARMA BLANCA; POR AGENTE DIVERSO (MANUBRIO DE BICICLETA) 12.5%

TABLA: I			
AGENTE ETIOLOGICO	DE	No. CASOS	%
ARMA DE FUEGO		4	50
ARMA BLANCA		3	37.5
AGENTE DIVERSO		1	12.5

LOCALIZACION DEL SITIO DE LESION

POR SU POSICION ANATOMICA EL COLON ES EL ORGANO MAS FRECUENTEMENTE AFECTADO, EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS QUE PRESENTARON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN, Y LOS SEGMENTOS AFECTADOS DE ESTE SON: COLON ASCENDENTE, COLON TRANSVERSO CIEGO. TABLA II.

TABLA II		
SITIO DE LAS LESIONES	No. DE CASOS	%
COLON	3	37.5
MESENTERIO	1	12.5
RIÑON	1	12.5
BAZO	1	12.5
VEJIGA URINARIA	1	12.5
PERITONEO (PENETRANTE SIMPLE)	1	12.5

PODEMOS OBSERVAR, QUE DE LAS LESIONES ASOCIADAS, EL MESENTERIO PRESENTO MAYOR INCIDENCIA DE HERIDAS; EN SEGUNDO LUGAR LO PRESENTO EL YEYUNO, Y EN TERCER LUGAR LOS ORGANOS QUE EN LA TABLA III SE MUESTRAN. TAMBIEN OCUPÓ UN SEGUNDO LUGAR LAS LESIONES DE VASOS MESENTERICOS.

UN PACIENTE, ADEMÁS DE LAS LESIONES ASOCIADAS INTRAABDOMINALES, PRESENTO LESION DE APOFISIS TRANSVERBAS DE LA COLUMNA LUMBAR A NIVEL DE L-4 Y L-5, QUE LE FUERON CAUSADAS POR LAS POSTAS DE ESCOPEYA. A CONTINUACION SE ENUMERAN LOS ORGANOS AFECTADOS DE LAS LESIONES ASOCIADAS.

TABLA III	
LESIONES A SOCIADAS	No. DE CASOS.
MESENTERIO	3
YEUÑO	2
VASOS MESENTERICOS	2
DIEGO	1
COLON ASCENDENTE	1
COLON TRANSVERSO	1
ANGULO HEPATICO	1
PANCREAS	1
APOFISIS TRANSVERBAS LUMBARES	1

UNA OBSERVACION IMPORTANTE, ES QUE EL 100 % DE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN CORRESPONDE UNICAMENTE AL SEXO MASCULINO Y LA INCIDENCIA MAYOR SE ENCONTRO DE LOS 20 A 29 AÑOS CON PORCENTAJE DE 37.5, EL RESTO DE LAS EDADES, SEGUN SE EXPRESA EN LA TABLA IV, OCUPARON EL 12.5%. EL 87.5% LO OCUPÓ LA HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN POR VIOLENCIA. LA TABLA 4 EXPRESA EL NUMERO DE CASOS, SEGUN EL SEXO.

TABLA IV		
SEXO	No DE CASOS:	%
MASCULINO	8	100
FEMENINO	0	-

TABLA V

EDAD (DECENIOS)	No. DE CASOS	%
0 - 9	1	12.5
10 - 19	2	25.5
20 - 29	3	37.5
30 - 39	1	12.5
40 - 49	1	12.5

LA EDAD DEL PACIENTE EN QUE OCURRIERON LAS
HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN SE EXPRESAN EN
LA SIGUIENTE TABLA (TAB. V').

TABLA V'		
EDADES	No. DE CASOS	%
9	1	12.5
13	1	12.5
17	1	12.5
23	1	12.5
26	1	12.5
27	1	12.5
33	1	12.5
42	1	12.5

CUADRO CLINICO

LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN DEPENDERAN DE VARIOS FACTORES, QUE EN ORDEN DE FRECUENCIA PUEDEN SER: HERIDAS VASculares ASOCIADAS, MAGNITUD DE LA CONTAMINACION PERITONEAL, TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL MOMENTO DE PRODUCIRSE LA LESION Y EL ARRIBO DEL PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS Y LAS HERIDAS ASOCIADAS A OTROS ORGANOS. LA SUMA DE ESTOS FACTORES PERMITIRA HACER UN BALANCE DE INGRESOS. EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ENCONTRO QUE EL 50% DE LOS PACIENTES INGRESARON COMPENSADOS, Y UN 50% COMO MUY GRAVES.

LOS SIGNOS Y SINTOMAS VARIAN ENTRE ANEMIA AGUDA, CORRESPONDIENTE A LA ETAPA INICIAL DEL PERIODO POSTAGRESION Y PERITONITIS GENERALIZADA, DEPENDIENDO DEL TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EL ARRIBO AL HOSPITAL. PUEDE SUCEDER QUE ALGUNOS PACIENTES GRACIAS AL ESTADO DE EUFORIA DEJADO POR LA INTOXICACION ETILICA, LLEGUEN SIN ALTERACIONES APARENTES DEL ESTADO GENERAL.

A CONTINUACION SE MUESTRA EN LA TABLA VI LAS RELACIONES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES A LA LLEGADA AL HOSPITAL.

TABLA VI		
CONDICIONES AL INGRESO	No. DE CASOS	%
COMPENSADOS	4	50.
GRAVES	4	50.

TRATAMIENTO INICIAL

DEPENDERA DE SI LA CLINICA DEL ENFERMO CORRESPONDE A UNA ANEMIA AGUDA GRAVE O A UN QUADRO PERITONEAL ESTABLECIDO O EN EVOLUCION VIOLENTA.

FRENTE AL PACIENTE CON ANEMIA GRAVE SE PROCEEDIO A OBTENER UNA O DOS VIAS VENOSAS GRANDES, CON EL OBJETO DE COMENZAR PRIMERO EL REEMPLAZO DE LA VOLEMIA, POSTERIORMENTE LA COLOCACION DE LA SONDA VESICAL PARA REGULAR LA ELIMINACION URINARIA, SONDA NASOGASTRICA, CON EL FIN DE LIMPIAR EL ESTOMAGO Y EVITAR COMPLICACIONES POR ASPIRACION DE VOMITO; AL MISMO TIEMPO SE TOMO MUESTRA BASICA PARA DETERMINACION DE HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y PRUEBAS CRUZADAS PARA LA ADMINISTRACION DE SANGRE.

EL REEMPLAZO DE LA VOLEMIA SE INICIO EN LOS PACIENTES CON LA ADMINISTRACION DE SOLUCION HARTMAN Y HEMAGCEL PARA MANTENER LA PRESION VENOSA DENTRO DE LOS LIMITES CERCA - NOS A LA NORMALIDAD

TRES PACIENTES A SU LLEGADA AL HOSPITAL, SE LES ADMINISTRO ANTIBIOTICOS COMO MEDIDA PROFILACTICA CONTRA LA INFECCION, A DOSIS TERAPEUTICAS. DOS DE LOS PACIENTES FUERON TRANSFUNDIDOS DE INMEDIATO A SU ARRIBO AL HOSPITAL; UNO DE ELLOS FALLECIO EN URGENCIAS POR DESCOMPENSADO HEMODINAMICAMENTE. A SEIS DE LOS OCHO PACIENTES, SE LES ADMINISTRO SANGRE DURANTE LA LAPAROTOMIA Y POSTLAPAROTOMIA. UN PACIENTE POR PRESENTAR SOLAMENTE HERIDA PENETRANTE SIMPLE DE ABDOMEN NO SE LE ADMINISTRO SANGRE.

EL 25% DE LOS PACIENTES RESULTARON CON PUNSION ABDOMI -
NAL POSITIVA.

EN UN PACIENTE HUBO AMILASEMIA PRELAPAROTOMIA.

SEIS PACIENTES PRESENTARON MAS DE UNA LESION DE ORGANOS
INTRAABDOMINALES, COMO SE SEÑALA EN LA TABLA III DE LE-
SIONES ASOCIADAS; EN LA TABLA VII, EL TIPO DE INTERVENCION
PRACTICADA.

TABLA VII	
INTERVENCION PRACTICADA	No. DE CASOS
RESECCION Y ANASTOMOSIS DE INTESTINO DELGADO	3
COLOSTOMIA	2
ESPLENECTOMIA	1
APENDICECTOMIA	1
NEFRECTOMIA	1
HEMICOLECTOMIA DERECHA	1
TALLA SUPRAPUBICA	1
SUTURA DE MESENTERIO	1
EVACUACION DE HEMATOMA RETROPERITONEAL.	1
PANCREOTOMIA PARCIAL	1

LAS HERIDAS DE LA CARA POSTERIOR DE COLON NO TOLERAN
RAFIAS CUANDO SON PRODUCIDAS POR ARMA DE FUEGO.

LA MAYORIA DE LAS PERSONAS CON HERIDA DE COLON SON JOVE
NES.

CUANDO HAY MAS DE UNA LESION EN UN SEGMENTO PEQUEÑO, ES PREFERIBLE RESECAR CON ANASTOMOSIS TERMINOTERMINAL.

LAS LESIONES ASOCIADAS QUE OBLIGAN A UN TIEMPO QUIRURGICO PROLONGADO Y TENIDO GRAVES REPERCUSIONES EN EL ESTADO GENERAL, PODRAN SER OBLIGANTES PARA REDUCIR AL MINIMO EL TRATAMIENTO DE LA LESION O LESIONES DE COLON, HACIENDOSE ENTONCES UNA EXTERIORIZACION PARA TRANSFORMAR EN COLOSTOMIA EL SEGMENTO AFECTADO.

COMPLICACIONES

LA CIRUGIA COLONICA ES EVIDENTEMENTE SEPTICA, DE AHI QUE LA MAYORIA DE LAS COMPLICACIONES SEAN LAS QUE SE MUESTRAN EN LA TABLA VIII, Y FIG.2 .

LOS ABCESES DE PARED OCURREN CON DEMASIADA FRECUENCIA, NO OBSTANTE EL CUIDADO QUE SE TENGA EN EL MANEJO OPERATORIO DE LA PIEZA QUIRURGICA. LA SEPSIS POSTOPERATORIA TAMBIEN ES UNA COMPLICACION POSTOPERATORIA. UN PACIENTE PRESENTO SEPSIS, NEUMONIA BASAL, ASI COMO ABCESO DE PARED.

TABLA VIII		
COMPLICACIONES	Nº. DE CASOS	%
SEPSIS	2	25.0
SEPSIS, ABSCESO DE PARED, NEUMONIA	1	12.5
ABSCESO PANCREATICO	1	12.5
FISTULA URINARIA Y SEPSIS	1	12.5
ABSCESO DE PARED	2	25.0

FIGURA 2. SE MUESTRA EL PORCENTAJE DE LAS COMPLICACIONES EN EL POSTOPERATORIO DE PACIENTES CON HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN.

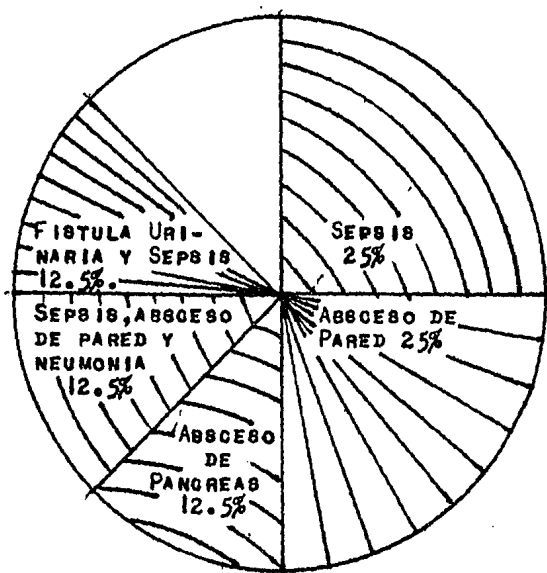


FIGURA 2

LA MORTALIDAD SE PRESENTO EN EL 50% DE LOS PACIENTES ;
TRES SE PRESENTARON EN EL POSTOPERATORIO, UNA EN EL PREOPERATORIO, SEGUN SE MUESTRA EN LA TABLA IX.

TABLA IX		
CAUSA	NO. DE CASOS	%
DEBOCOMPENSACION HEMODINAMICA	2	25.0
SEPSIS	1	12.5
SEPSIS Y NEUMONIA	1	12.5

EL 50 % DE LOS PACIENTES RESPONDIO AL TRATAMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO EN FORMA FAVORABLE.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES, TUVO UN PROMEDIO DE 10 DIAS.

EL TIEMPO DE REPOSO DOMICILIARIO DEL PACIENTE FUE ,EN PROMEDIO DE 72 DIAS CONTADOS DESDE EL MOMENTO DE PRODUCIRSE LA LESION HASTA SU REINTEGRO AL TRABAJO.

CAPITULO V : DISCUSION Y COMENTARIOS.

DE ACUERDO A LAS HIPOTESIS PLANTEADAS ,OBSERVAMOS QUE E FECTIVAMENTE ,LAS HERIDAS PENETRANTES DE ABDOMEN CAUSAN, PRINCIPALMENTE LESION EN LAS VISCERAS HUECAS ,Y SECUNDARIA MENTE EN LAS VISCERAS PARENQUIMATOSAS.

LA MAYOR INCIDENCIA DE LAS LESIONES FUE EN EL SEXO MASCULINO,ENTRE LAS EDADES DE LOS 20 A LOS 29 AÑOS .

LA MORTALIDAD SE PRESENTO EN 50%,Y CONSIDERO QUE ES ALTA,RESPECTO A LAS ESTADISTICAS DE DIVERSOS AUTORES QUE REPORTAN EL 5% EN HERIDAS CON ARMA BLANCA,Y DEL 17 Y 22% PARA LAS HERIDAS PENETRANTES CON ESCOPETA Y REVOLVER,RESPECTIVAMENTE (18). LA MORTALIDAD SE ASOCIA AL NUMERO DE ORGANOS LESIONADOS.

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVO QUE LAS HERIDAS PENETRANTES DEL ABDOMEN,LO OCUPAN EN PRIMER LUGAR LAS ARMAS DE FUEGO EN RELACION CON LAS ARMAS BLANCAS,QUE SEGUN CIERTOS AUTORES ESTAS ULTIMAS SON LA CAUSA MAS FRECUENTE.

ADEMAS DEL TRATAMIENTO MEDICO INICIAL QUE SE DA AL PACIENTE A SU ARRIBO AL HOSPITAL,EL 87.5% SE LE PRACTICO LAPAROTOMIA EXPLORADORA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES.

OBSERVAMOS QUE EL 50% DE LOS PACIENTES FUE HERIDO CON ARMA DE FUEGO,Y SOLAMENTE EL 37.5% CON ARMA BLANCA;EL RESTO POR AGENTE DIVERSO EN 12.5% .

LA VIOLENCIA ES LA PRINCIPAL CAUSA DE LAS AGRESIONES A

CIUDADANOS, Y OBSERVAMOS QUE QUIZA LA PLAGA DE AGRESORES
EN NUESTROS DIAS NO ACEPTAN SOLAMENTE EL USO DE ARMAS BLAN
CAS , SINO QUE POR EL CONTRARIO, LAS ARMAS DE FUEGO TIENDEN
A ESCALAR UN PRIMER LUGAR PARA SUS FECHORIAS.

CAPITULO VI : RESUMEN Y CONCLUSIONES.

LA REVISION DE 152 EXPEDIENTES CLINICOS DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRAUMATISMO Y POLITRAUMATISMOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No2 , IRAPUATO, GTO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, EN EL PERIODO DE UN AÑO . SE ENCONTRARON 37 EXPEDIENTES CON DIAGNOSTICO DE TRAUMA ABDOMINAL , DE LOS CUALES 8 EXPEDIENTES INTEGRARON EL DIAGNOSTICO DE HERIDA PENETRANTE DE ABDOMEN DE LOS CUALES DISCUTIO EN EL PRESENTE ESTUDIO.

SE ANALIZARON ALGUNOS ASPECTOS DE ANATOMIA PATOLOGICA, DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL AGENTE VULNERANTE Y LA LOCALIZACION DE LAS LESIONES. SE SEÑALO LA ALTA FRECUENCIA DE ESTAS LESIONES EN EL SEXO MASCULINO Y EN LAS EDADES EN QUE LOS PACIENTES SON UTILES PARA EL TRABAJO. SE EXPONEN CIERTOS ASPECTOS DE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DEL INGRESO DE LOS PACIENTES, SU TRATAMIENTO INICIAL, Y LOS CRITERIOS DEL CIRUJANO PARA DECIDIR LA TERAPEUTICA QUIRURGICA SALVADORA

SE PONE DE MANIFIESTO EN LA ALTA FRECUENCIA DE LAS SEPTICEMIAS EN LOS PACIENTES CON MAS DE UN ORGANO LESIONADO Y, LA ALTA INCIDENCIA DE LOS ABSCESES DE PARED.

LAS FISTULAS POSTOPERATORIAS PRESENTARON UNA INCIDENCIA BAJA Y LA RECUPERACION FUE SATISFACTORIA .

LA LAPAROTOMIA EXPLORADORA ES DE GRAN BENEFICIO PUESTO QUE ES UN METODO EFECTIVO PARA DESCOBRIR CUAL ES EL O LOS ORGANOS LESIONADOS TEMPRANAMENTE, SIN MENOSPREGIAR A LOS PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO Y GABINETE QUE TAMBIEN INTER-

PARA HACER EL DIAGNOSTICO DE LESION DE ORGANOS INTRAABDOMI-
NALES.

LA MORTALIDAD QUE OCURRE EN LOS PACIENTES QUE INGRESAN
AL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS, QUIZA SE DEBA AL RETRASO PA-
RA QUE ESTOS SEAN TRASLADADOS Y SE LES BRINDE UN TRATA -
MIENTO OPORTUNO. POR OTRO LADO LA MORTALIDAD DE LOS PA -
CIENTES EN EL POSTOPERATORIO ES CAUSADA PRINCIPALMENTE POR
LA SEPSIS TAN IMPORTANTE QUE PRESENTAN Y POR LAS MALAS CON-
DICIONES DEL PACIENTE POST AGRESION ,EL ESTRESS Y LAS RE -
PERCUSIONES SOMATICAS DE LA "CIRUGIA AGRESIVA" QUE SE EFEC-
TUA A LOS PACIENTES COMO MEDIDA SALVADORA.

BIBLIOGRAFIA

1. SMITH, D. R.: INJURIES IN GENITOURINARY TRACT IN GENERAL UROLOGY, 7TH ED. LANGE MEDICAL PUBLISHERS, LOS ALTOS, CA, 1972.
2. MARROW, J. W. Y MENDEZ, R.: RENAL TRAUMA. J. UROLOGY, 104:649, 1970.
3. HUGHES, R. K.: THORACIC TRAUMA. SURG. CLIN. N. AMER., 48:759, 1968.
4. BAKER, C. C.; THOMAS, A. N. Y TRUNKY, D. D.: THE ROLE OF EMERGENCY ROOM THORACOTOMY IN TRAUMA. J. TRAUMA 20:848, 1980
5. GALBRAITH, T. A.; ORESCOVICH, M. R. Y HEIMBACK, D. M.: THE ROLE OF PERITONEAL LAVAGE IN THE MANAGEMENT OF STAB WOUND TO THE ABDOMEN. AM. SURG., 140:60, 1980.
6. STEICHEN, E. M.: PENETRATING WOUNDS OF THE CHEST AND THE ABDOMEN. CURR. PROBL. SURG., AUGUST ISSUE, 1967
7. SCHROOK, T. R.: TRAUMA, PRINCIPIOS GENERALES, EN MANUAL DE OLOGIA, MEX. 10:343, 1980.
8. KING, W. L. M. AND PROVAN, J. L.: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF DUODENAL INJURIES. AM. SURG., 15:269, 1972.
9. CREECH, J. R.: ABDOMINAL INJURIES. POST GRADUATE MEDICINE 29:229 1961.
10. MATOX, K. L.; ALLEN, M. K. Y FELICIANO, D. V.: LAPAROTOMY IN THE EMERGENCY DEPARTMENT. J. AM., EMERG PHYS 8: 180, 1979.
11. FREY, C. F.: LESIONES INTRAABDOMINALES. EN TRATAMIENTO INICIAL DEL TRAUMATIZADO. ED. EL MANUAL MODERNO, S. A., MEX., 1979, 335-386.
12. NIEVES, P. M.; ORTEGA, M. Y HAMANA, N.: HERIDAS DE COLON Y RECTO TRIBUNA MEDICA 12:18, 1982.
13. LONDON, P. S.: MODERN TRENDS IN ACCIDENT. SURG. AND MEDICINE BELLERWORTH, LONDRES, No. 2, 1970.
14. PERRY, J. F.: PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA. HOSPITAL MEDICINE 17:642, 1982
15. BACKER, D. P.: TRAUMA IN THE PREGNANT PATIENT. SURG. CLIN. N. AM., 62(2):275-289, 1982.
16. MAYNARD, A.; OROPEZA, L. G.: MANDATORY OPERATION OF PENETRATING WOUNDS OF THE ABDOMEN. AM. J. SURGERY 115:307, 1968.
17. JACSON, G. L. Y THAL, E. R.: MANAGEMENT OF STAB WOUND OF THE BACK AND FLANK. J. TRAUMA 19:660, 1979.
18. HORNYAK, S. W. Y SHAFTAN, G. W.: VALUE OF INCONCLUSIVE LAVAGE IN ABDOMINAL TRAUMA MANAGEMENT. J. TRAUMA 19:329, 1979.
19. BEAL, A. C. Y BAKEY, M. D.: INJURIES AND FOREIGN BODIES OF THE COLON AND RECTUM, IN DISEASES OF THE COLON AND RECTUM. ED. ROBERT TURELL, W. B. SAUNDERS, CO. FILADELFA, 1969.
20. THAL, E. R.: EVALUATION OF PERITONEAL LAVAGE AND LOCAL EXPLORATION IN LOWER CHEST AND ABDOMINAL STAB WOUNDS. J. TRAUMA 17:643, 1977.
21. MOREHOUSE, D. D. AND MCKENNON, K. J.: UROLOGICAL INJURIES ASSOCIATED WITH PELVIS FRACTURES. J. TRAUMA 9:479, 1969.
22. BAGH, R. D. AND FREY, C. F.: DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PANCREATIC TRAUMA. AMER. J. SURG., 121:20, 1971.

BIBLIOGRAFIA

23. FREY, C.F.: USE OF ARTERIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE GASTROINTESTINAL AND TRAUMATIC INTRAABDOMINAL HEMORRAGE. AM. J. SURG., 113:137, 1967.
24. LIUM, R.C.; GLEILMAN, M.G. AND HUNT, T.K.: ANGIOGRAPHY IN PATIENTS WITH BLUNT TRAUMA TO THE CHEST AND ABDOMEN. SURG. CLIN. N. AM., 52:551-559, 1972.
25. COOKE, W.M. AND MAYER, K.K.: RETROPERITONEAL DUODENAL RUPTURE. AMER. J. SURG., 108:834-839, 1964.
26. MOORE, E.E.; MOORE, J.B. AND GALLOWAY, A.C.: POST INJURY THORACOTOMY IN THE EMERGENCY DEPARTMENT: A CRITICAL EVALUATION. SURG., 86:590, 1979.
27. MOORE, J.B.; MOORE, E.E. AND THOMPSON, J.S.: ABDOMINAL INJURIES ASSOCIATED WITH PENETRATING TRAUMA IN THE LOWER CHEST. AM. J. SURG., 140:724, 1980.
28. NANCE, F.C. & COHN, I.: SURGICAL JUDGMENT IN THE MANAGEMENT OF STAB WOUND OF THE ABDOMEN. AM. SURG., 170:569, 1969.
29. RYZOFF, R.I.; SHAFTAN, G.W. AND HERBSMAN, H.: SELECTIVE CONSERVATISM IN PENETRATING ABDOMINAL TRAUMA. SURG., 59:650, 1969.
30. THAL, E.R.: EVALUATION OF PERITONEAL LAVAGE, AND LOCAL EXPLORATION IN LOWER CHEST AND ABDOMINAL STAB WOUNDS. J. TRAUMA, 17:642, 1977.
31. NANCE, C.: SURGICAL JUDGEMENT IN THE MANAGEMENT OF PENETRATING WOUNDS OF THE ABDOMEN. AM. SURG., 179:639-647, 1974.