

Las comunicaciones permitieron la preparación de los cirujanos, de modo tal que en tiempo récord fuera trasladado de la ambulancia al quirófano; así se omitió el paso por el departamento de radiología. Los paramédicos, por su parte, habían tenido la prudencia de colocar gasas alrededor del objeto enclavado a nivel de las heridas en la pared del tórax, y también mantuvieron una vigilancia constante del objeto durante el viaje al hospital para evitar su desplazamiento.

Otros aspectos dignos de mención en el pronóstico favorable de un empalamiento del tórax que señalan *Robicsek y colaboradores* (5) y que se dieron en nuestro caso son los siguientes:

1. Paciente joven, en buen estado de salud y por lo tanto más resistente a una lesión grave.
2. Lesión que ocurre en el lado derecho del tórax, con probabilidad menor de interesar el corazón y la aorta.
3. Adecuada atención inicial por equipo de emergencias integrado por paramédicos entrenados.
4. Transporte rápido al hospital. Y una vez que se arriba a éste no debe perderse el tiempo en estudios radiológicos y otros, sino que el paciente debe pasarse al quirófano, donde la intervención quirúrgica debe iniciarse en cuanto se estabiliza la condición gene-

ral del paciente.

La observación de tales principios generales de los citados grupos de experiencia, indudablemente incluyeron en el resultado favorable del caso aquí presentado.

RECONOCIMIENTO: al personal médico y paramédico de los hospitales Carlos Luis Valverde Vega de la ciudad de San Ramón, y México de la Capital, ambos del Seguro Social, que intervinieron en la atención del paciente.

BIBLIOGRAFÍA.

- Bonnet, E.F.P.: *Medicina Legal*, López Libreros Editores, Buenos Aires, 1980. 2ª ed., tomo I, pp 463-466.
- Vargas Alvarado, E.: *Medicina Forense y Deontología Médica*, Editorial Trillas, México, 1991, p. 293.
- Romero, L.M., Nagamia, H.F., Lefemine, A.A., Foster, E.D., Wysoccki, J.P., and Berger, R.L.: *Massive impalement wound of chest*, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, vol. 75, Nº 6, June 1978, pp. 832-835.
- Ashbawg, D.G., Peters, C.N., Halgrimson, C.G., Owens, J.C. and Waiddell, W.R.: *Chest Trauma*, *Archives of Surgery*, vol 95, 1967, pp. 546-555.
- Robiseck, F., Daugherty, H.K., and Stansfield, A.V.: *Massive chest trauma due to impalement*, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, vol. 87, Nº 4, April 1984, pp. 634-636.
6. Missliwetz, J.: *Fatal impalement injuries after falls at construction sites*, *Journal of Forensic Medicine and Pathology*, vol. 16, Nº 1, March 1995, pp. 81-83.

ABDOMEN AGUDO. DIFICULTADES EN EL DIAGNOSTICO.

Mario Sánchez Arias.

El abdomen agudo es una entidad imprecisa, ya que incluye una inmensa cantidad de padecimientos que se manifiestan con dolor abdominal en los que la causa muchas veces no está dentro del abdomen. Denota la presentación de un dolor abdominal que aparece en forma aguda (horas o días de evolución) y que se acompaña de síntomas generales como náuseas, vómito, fiebre y signos clínicos de defensa y resistencia a la palpación y presión del abdomen.

Comprende un buen porcentaje de los casos que se ven en un servicio de urgencias y la mayoría de todas las operaciones que se realizan de emergencia. Esta condición interrumpe la actividad normal del paciente y por lo tanto se presenta a cualquier hora y sin previo aviso, siendo

muy importante para el pronóstico, el tiempo de evolución del problema, el momento del diagnóstico y el tratamiento apropiado(2).

A pesar de los últimos adelantos en el diagnóstico de las diferentes enfermedades y el uso de aparatos complejos en la medicina moderna, el diagnóstico de abdomen agudo se fundamenta principalmente en los aspectos clínicos, ya que estudios como ultrasonido, tomografía axial computarizada, gammas en medicina nuclear, angiografía(9) y exámenes bioquímicos sofisticados tiene poco lugar en esta patología. Si bien la mayoría de pacientes (80%) se pueden diagnosticar con un buen examen clínico y unos cuantos exámenes de laboratorio simples; existen casos que a pesar de la alta tecnología y exámenes es-

pecializados es imposible llegar a una conclusión diagnóstica y debe usarse la operación(laparotomía exploradora) como un medio diagnóstico más. Más aún hay pocos casos que aún con el abdomen abierto no se encuentra explicación al dolor que el paciente presenta y no es sino con el material de biopsias que podemos a través del médico patólogo saber con certeza la naturaleza del problema

No debe pasar desapercibido el hecho de que existen un sin número de padecimientos que producen abdomen agudo que requieren cirugía (más de 100 entidades) (10,11), y que deben distinguirse con la combinación de unos síntomas y signos. Debe tomarse en cuenta que existe un buen número (más de 40) de enfermedades que producen todo idéntico a un abdomen agudo pero que no requieren cirugía para su resolución y se resuelven con medicamentos(analgésicos, antiespasmódicos, antibióticos, etc.). Más notable es el hecho de que otro tanto de problemas extraabdominales(4, 10) pueden manifestarse con un abdomen agudo, siendo la causa del dolor un órgano distante que no tiene nada que ver con el abdomen y por ende no requiere tratamiento quirúrgico abdominal, más bien tratamiento médico. También debe mencionarse que en cuanto a la forma de presentación hay desde un abdomen que requiere de un diagnóstico y un tratamiento de inmediato porque amenaza la vida del paciente (tal como un aneurisma roto de la arteria aorta abdominal) (12), hasta otros casos en los que su presentación es lenta y permite el estudio y observación más o menos tranquilo hasta llegar a una conclusión diagnóstica (2).

El criterio anterior lo fundamenta la literatura extensamente, cito el trabajo del *Dr. Dent D.M.* (2,7) el cual se desarrolló en 17 hospitales de 10 países diferentes y donde se encontró que un 43% de los pacientes que consultaron por dolor abdominal fueron calificados como dolores no específicos (5) es decir quedaron sin diagnóstico), un 24% fueron apendicitis agudas, un 9% colecistitis agudas, un 21% de otras causas comunes principalmente gastrointestinales y un 2.9% de causas raras.

En una revisión de muestreo de tres meses en el servicio de cirugía del Hospital Calderón Guardia, se encontró que el 45% de las consultas del servicio de emergencia se deben a causas quirúrgicas, de éstas un 9% son por dolor abdominal. Siendo los diagnósticos como sigue: un 50% dolores inespecíficos(7), apendicitis aguda 25% colecistitis aguda 14%, cirugía gastrointestinal 8.5%, trauma 1.5%, ginecológico 1%.

De tal manera que el médico tiene un panorama muy amplio de posibilidades diagnósticas, con una manifestación clínica muy similar y con pocos exámenes, ante un paciente que tiene una urgencia de que se le resuelva el problema.

Por lo tanto el médico al recibir al paciente establece un cuadro clínico, recoge datos de la historia pasada del paciente, ahonda en la historia presente y elabora una suposición diagnóstica; realiza un examen físico y establece un diagnóstico tentativo; que pasa luego a ser un diagnóstico de trabajo y en base a éste solicita algunos exámenes y rayos equis(8,9) simples y observa el paciente para ver su evolución. Con estos datos se concluye en un diagnóstico final. Así se toma la conducta ya sea de operar o bien de tratar al paciente con medicamentos (2,3,4). Siempre quedando la incógnita de estar tratando médicamente un problema de resolución quirúrgica, pues es solamente la evolución en el tiempo la que nos dice muchas veces la verdadera naturaleza de un dolor abdominal. Y sólo los hallazgos operatorios confirman el hipotético diagnóstico pre-operatorio que se realiza en todos los casos. Además se debe señalar que el cirujano no opera exámenes alterados, ni radiografías; opera pacientes, los cuales siempre tiene una individualidad en la presentación de un cuadro clínico, incluso el mismo padecimiento no se presenta en el mismo paciente en diferentes episodios (1).

Esto nos muestra la complejidad y el reto del médico que se enfrenta a estos casos en los salones de emergencias de nuestros hospitales, con una presión de trabajo muy importante, con exámenes limitados y con camas de observación escasas.

CONCLUSIÓN.

El manejo del abdomen agudo es complejo y se requiere de mucha experiencia para su correcto tratamiento, y aún con la experiencia cabe la posibilidad de confundir un padecimiento con otro no infrecuentemente.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Cedeño R. Manual de Emergencias en Cirugía. Ed. Alma Mater 1988.
- 2- Dent D.M., Marals A.B., Collins J.S. The acute abdomen. Continuing medical education. Vol 1, January 1983: 17-21.
- 3- Hiatt J.R. Tratamiento del abdomen agudo. Jano 17-23 enero 92. Vol 42 N: 979: 41 45.
- 4- Hickey M.S. Kierman G.J, Weaver K.E. Evaluation of abdominal pain. Emergency Medicine Clinics of North América Vol 7,

- N3 August 1989: 437-51.
- 5- Irvin T.T. Abdominal pain. Br. J. Surg 1989, 76: 1121-25.
- 6- Jones P.F. Acute abdominal pain in childhood. Br. Medd J. 1969, 1: 284-86.
- 7- Jones P.F. Hay que ser prácticos en el tratamiento del abdomen agudo. Br. J Surg, Vol.4 N: 1, Julio 1990; 5-7.
- 8- Pearl Marilyn. Abdomen agudo. Mundo Médico Julio 1991, pp.: 7-19.
- 9- Preger L., Gronner A.T. Imaging of the Nontraumatic Acute Abdomen. Emergency Medicine Clinics of North América Vol 7, N 3, August 1989: 453-96.
- 10- Purcell T.B. Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. Emergency Medicine Clinics of North América Vol 7, N 3, August 1989: 721-37.
- 11- Romero R. Tratado de cirugía. Abdomen Agudo. Ed. Interamericana. 1987.
- 12- Young G.P. Abdominal catastrophes. Emergency Medicine Clinics of North América. Vol 7, N 3, August 1989: 699-720.

PENA DE MUERTE POR GARROTE EN SANTIAGO DE CUBA

Antonio Rafael Cobo Abreu
María Feal Fernández

Alfredo Lorie González
Yanin Cobo Montañes

RESUMEN

El garrote es un aparato usado para asfixiar rápidamente. En Santiago de Cuba la pena de Muerte por Garrote, comenzó en el Siglo XVIII y no en el XIX y ya en 1769, se ordenó la construcción de uno; solían trasladarse de un lugar a otro. Las ejecuciones se hacían primero en las plazas, luego dejaron de ser públicas y se hicieron en el patio de las prisiones y por último dentro de las galeras. Era obligada la exposición post-mortem del reo por 4 horas. Aquí se describe la autopsia de una víctima y se incluyen fotografías nunca antes publicadas.

INTRODUCCION

Las primeras ejecuciones conocidas tuvieron el objetivo de hacer sufrir al reo, como las producidas en la etapa de la Inquisición y más tarde, por las consideraciones de penalistas y médicos, aparecieron forma más eficaces de producir la muerte sin sufrimientos, como un gesto de última piedad.

Francia utilizó la guillotina, que ensangrentó las calles de París en los días de terror. Inglaterra mantuvo la horca como tradición. Los Estados Unidos de Norteamérica, han empleado la ejecución con gas letal y la silla eléctrica. España, mantuvo la horca, sustituyéndola luego por el garrote, así como el fusilamiento

en el caso de sanciones en cortes militares.

El garrote se originó en España y se cree que se debe a la influencia de la dominación sarracena. Ese instrumento horriblemente perfeccionado, cuyo sólido mecanismo produce una de las breves y menos dolorosas muertes por asfixia, oficialmente sustituyó a la horca en España el 28 de abril de 1832 por decisión del Rey Fernando VII y se comenzó a practicar en Cuba desde finales del siglo XVIII (1-4).

Motivados por el interés médico-legal relacionado con este tipo de muerte capital, su puesta en vigor en la República de Cuba, así como sus formalidades legales y sitio destinado para las ejecuciones, se realizó la presente investigación.

METODO

Se revisó el Archivo Histórico Municipal del Poder Popular de la Ciudad y se entrevistó un reportero gráfico que participó en las ejecuciones de 1926, 1927, 1928 quien además proporcionó fotografías inéditas.

Las Crónicas de Santiago de Cuba del siglo XIX del señor Emilio Bacardi Moreau y las de la época Republicana del señor Carlos E. Forment, también fueron consultadas.

Se examinó el lugar donde se produjeron las últimas