



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“TRAUMA DE RECTO EN EL ADULTO MAYOR POR AGRESIÓN
FÍSICA”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Altamirano López, Galo Germánico

Tutor: Dr. Argüello Guanotásig, Santiago Alexis

Ambato - Ecuador

Noviembre, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “TRAUMA DE RECTO EN EL ADULTO MAYOR POR AGRESIÓN FÍSICA” de Altamirano López Galo Germánico, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre de 2015

EL TUTOR

.....

Dr. Argüello Guanotásig, Santiago Alexis

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación; “**TRAUMA RECTAL EN EL ADULTO MAYOR POR AGRESIÓN FÍSICA**”, como también los contenidos presentados, ideas, análisis y síntesis son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este Trabajo de Grado.

Ambato, Septiembre de 2015

EL AUTOR

.....
Altamirano López, Galo Germánico

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Septiembre de 2015

EL AUTOR

.....
Altamirano López, Galo Germánico

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema “**TRAUMA RECTAL EN EL ADULTO MAYOR POR AGRESIÓN FÍSICA**” de Altamirano López Galo Germánico, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Noviembre de 2015

Para constancia firma

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

PRESIDENTE/A

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a mis padres quienes han sabido brindarme el apoyo y las fuerzas necesarias para continuar transitando el arduo camino del Arte de la Medicina, a mi hermana quien ha sido mi fuente de inspiración y ejemplo de perseverancia durante mis estudios, a mis compañeros que con el pasar del tiempo se han convertido en parte de mi familia con quienes he recorrido este arduo camino.

Galo Altamirano L.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por ser quienes han estado junto a mí durante estos años de estudio universitario, por ser la fuente de sabiduría, valores y perseverancia; quienes han sabido inculcar en mi persona los valores necesarios para llegar a ser la persona que soy ahora. Todo lo que fui, lo que soy y lo que alguna vez seré se los debo únicamente a ellos.

Gracias a mis padres, María del Carmen López y Galo Altamirano.

Galo Altamirano L.

ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
SUMARY	x
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS.....	12
General:.....	12
Específicos.....	12
PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.....	13
ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.....	13
ATENCIÓN HOSPITALARIA.....	13
ATENCIÓN HOSPITALARIA – VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.....	14
ACTO OPERATORIO	14
EXAMENES DE LABORATORIO.....	15
ANÁLISIS DEL CASO	16
FUENTES DE INFORMACIÓN	19
DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	19
IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS	20
CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA.....	21
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
BIBLIOGRAFÍA.....	23
LINKOGRAFÍA	24
CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA	25
ANEXOS	28

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“TRAUMA RECTAL EN EL ADULTO MAYOR POR AGRESIÓN FÍSICA”

Autor: Altamirano López, Galo Germánico

Tutor: Dr. Argüello Guanotásig, Santiago Alexis

Fecha: Septiembre de 2015

RESUMEN

Paciente de la tercera edad que sufre trauma en región anal por acto de violencia física perpetrado por desconocidos mientras se encontraba deambulando solo en un sector poco transitado de la localidad donde reside, es llevado al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato en donde se le valora y por la gravedad de sus lesiones es intervenido quirúrgicamente de urgencia.

La importancia de dar a conocer este caso en particular no radica únicamente en el aspecto clínico o una pronta actuación del profesional de salud si no también involucra otros elementos como la seguridad social especialmente lo que concierne al adulto mayor, ya que este grupo etario en particular, es vulnerable al abandono y descuido tanto de la familia como de la sociedad.

Finalmente, lo que concierne a medidas y acciones legales en casos de agresión física, es otro punto a discutir considerando que casos como estos pueden pasar desapercibidos por las autoridades especialmente cuando estos no son reportados ya sea por falta de preocupación de los familiares del afectado, porque el mismo afectado se niega a reportar el caso o por descuido y/o negligencia de las autoridades pertinentes.

PALABRAS CLAVES: TRAUMA_COLORRECTAL, ADULTO_MAYOR
DRENAJE_PRESACRO.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“COLORECTAL TRAUMA DUE TO PHYSICAL AGGRESSION”

Author: Altamirano López, Galo Germánico

Tutor: Dr. Argüello Guanotásig, Santiago Alexis

Date: Septiembre de 2015

SUMARY

Patient that suffers trauma in the anal region due to an act of physical violence perpetrated by two strangers while he was wandering alone in a lonely area near to his homeplace, the patient is brought to the emergency service of the Provincial Teaching Hospital Ambato where he is valued and because of the severity of the injuries the patient underwent an emergency surgery.

The importance of publicizing this particular case lies not only in the clinical aspect or early action of the health professionals but also involves other elements such as social security especially what concerns the elderly, this particular group is vulnerable to abandonment and neglect both the family and society.

Finally, with regard to measures and legal action in cases of physical assault, is another point to discuss considering that such cases may go unnoticed by the authorities especially when these are not reported by either lack of concern for the affected families, the affected refuses to report the case or neglect and/or negligence of the authorities.

KEY WORDS: COLORECTAL_TRAUMA, ELDERLY, PRESACRAL_DRAINAGE.

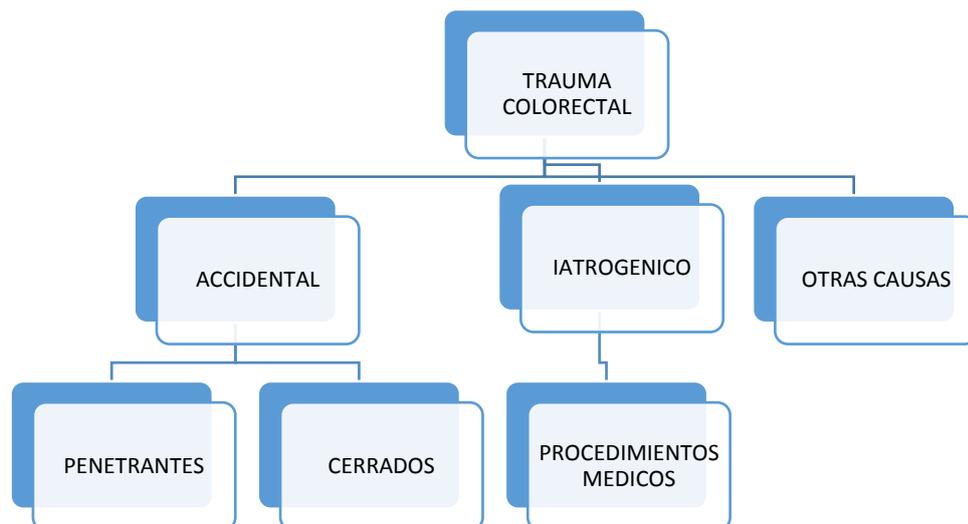
INTRODUCCIÓN

El traumatismo del recto extraperitoneal en la actualidad representa menos del 5% de todos los traumatismos incluyéndose el trauma abdominal con compromiso de más de una víscera; a pesar de esta baja incidencia este tipo de lesiones aún tiene una alta morbilidad en cuanto a diagnóstico tardío o atención tardía del mismo⁸.

Este importante descenso de la tasa de mortalidad se debe a que durante el siglo pasado se logró un avance significativo en el manejo, atención, traslado o derivación oportuna a manos especializadas, la estabilización y reanimación correcta del paciente traumatizado y el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas.

Según Codina Cazador A et al (2006), el concepto de traumatismo colo-recto-anal significa todo tipo de lesión que afecta al colon, el recto o el ano, sean cuales fueren su etiología o el mecanismo lesional además cabe recalcar que las heridas traumáticas del esfínter anal pueden ser causadas desde empalamiento hasta heridas causadas por accidentes automovilísticos de alta energía con compromiso de la cavidad pelviana⁹.

La etiología del traumatismo colo-recto-anal es variada pero en términos generales se la puede dividir en dos grandes grupos los de tipo accidental y iatrogénicos, por otro lado los traumas por cuerpos extraños a nivel del recto obedecen a dos causas frecuentes la primera de ellas introducidos directamente al ano y la segunda, muy rara, las que llegan al recto por vía oral, siendo esta última vía más frecuente en personas con retraso mental, ancianos seniles o pacientes con déficit intelectual¹⁶.



Cuadro N°1. Etiología del traumatismo colorrectal. Tomado de Codina Cazador A et al. Estado actual de los traumatismos colorrectoanales.

Las causas traumáticas corresponden a armas de fuego, arma blanca, accidentes laborales como por ejemplo cornadas en quienes practican la tauromaquia o a traumas de alta energía como explosiones, accidentes de tránsito, caídas de grandes alturas, aplastamientos las cuales pueden estar acompañados de lesiones traumáticas de otras vísceras tanto huecas como macizas que pueden agravar la condición del paciente traumatizado. Existen otras causas como cuerpos extraños ya sean ingeridos o introducidos accidental o intencionalmente por vía anal²⁻⁶.

Según Coskun et al (2013), existe una distribución bimodal de trauma recto-anal en cuanto a edad, se concluyó que en la segunda década de la vida las principales causas resultaron ser erotismo por vía anal y por introducción forzada de cuerpos extraños a través del ano, mientras que en la sexta década de la vida el trauma de recto es causado por masaje prostático e impactación fecal.

En el caso de traumas por cuerpo extraño se observó que es causado en orden de frecuencia por botellas de vidrio o plástico, pepinillos, zanahorias y objetos de plástico o de madera. Otras causas como agresión e introducción de objetos en contra de la voluntad del agredido generalmente obedecen a casos de violación y agresión

de carácter sexual finalmente los casos de introducción de cuerpo extraño involuntario y sin carácter sexual se observa preferentemente en niños, ancianos y personas con enfermedades psiquiátricas⁶.

Existen otras causas no necesariamente violentas que originan lesiones traumáticas del colon recto o ano, estas son las denominadas, causas iatrogénicas las cuales obedecen primordialmente a procedimientos médicos diagnósticos como por ejemplo la realización de enemas, introducción de sonda rectal introducción de un termómetro de mercurio o las colonoscopias en donde se han omitido o desconocido las contraindicaciones de dicho procedimiento. También se incluyen procedimientos terapéuticos como cirugías que involucren manipulación de la cavidad pelviana o del conducto anal al igual que cirugías ginecológicas, urológicas, traumatológicas en caso de compromiso del anillo pelviano⁶.

Se han descrito casos de trauma abdominal con compromiso de la cavidad peritoneal y evisceración de intestino en donde existe pérdida de calor por evaporación lo que contribuye un factor de riesgo para el desarrollo de hipotermia en un paciente con trauma abdominal además de lesiones vasculares⁵. Por tal razón en cualquier paciente con trauma de recto por impacto de alta energía en quien se sospeche lesión intra-abdominal y/o con compromiso de la pared abdominal es importante tener en cuenta la temperatura corporal.

Cabe recalcar que dentro de la anatomía del recto se encuentran los plexos hemorroidales y que para su localización se los ha dividido en tres de acuerdo a la rotación horaria de las manecillas del reloj, los cuales son en la posición H3, H7 y H11, a consecuencia de la disposición anatómica de los vasos hemorroidales superiores, dos derechos y uno izquierdo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en la exploración física tanto abdominal como perineal así como del tacto rectal y de los exámenes complementarios pertinentes tales como estudios radiográficos, tomográficos, contrastados, endoscópicos o laparoscópicos según corresponda. En la valoración clínica es importante considerar la etiología del trauma y lesiones asociadas con su sintomatología que nos pueden orientar a la sospecha de lesión a distancia de otros órganos.

Se han propuesto varias clasificaciones para determinar la severidad del compromiso de la víscera, en 1981 Flint et al determinaron una escala de gravedad para traumatismo del colon, posteriormente en el año de 1990 la Asociación Americana de Cirujanos de Traumatología propusieron un escala que evalúa el grado de trauma del recto y la cual continúa vigente hasta la actualidad⁴⁻¹⁷.

GRADO	LESIÓN	DESCRIPCIÓN
I	HEMATOMA LACERACIÓN	Contusión o hematoma sin desvascularización y laceración superficial de la pared
II	LACERACIÓN	Laceración completa del espesor de la pared que afecta a menos del 50% de la circunferencia
III	LACERACIÓN	Laceración completa del espesor de pared que afecta al 50% de la circunferencia o más
IV	LACERACIÓN	Laceración total del espesor de la pared con extensión al periné
V	COMPROMISO VASCULAR	Deterioro de la vascularización de un segmento de recto

Cuadro N°2. Sistema de escala para el traumatismo de recto según la Asociación Americana para la Cirugía del Traumatismo. Tomado de Codina Cazador A et al. Estado actual de los traumatismos colorrectoanales.

En épocas de guerra, específicamente durante la segunda Guerra Mundial el trauma rectal llegó a tener una mortalidad del 50 al 100%, pero gracias a los avances en las técnicas quirúrgicas desarrollados por los médicos que sirvieron durante los conflictos bélicos esta mortalidad fue disminuyendo paulatinamente hasta alcanzar la incidencia que se tiene actualmente⁸⁻³.

El trauma de recto extraperitoneal ha tenido una evolución a lo largo de la historia bastante significativa a medida que fueron evolucionando los procedimientos en el tratamiento de esta afección la mortalidad disminuyó al 30% cuando se empezó a realizar colostomías y finalmente con la implementación de lavado rectal y colocación de drenaje la mortalidad actualmente representa menos del 10%.

Sin embargo, en la práctica actual no se ha establecido un protocolo de manejo adecuado en pacientes con trauma de recto debido a que existen diferentes variables que pueden influir en su evolución como por ejemplo, el grado de lesión, el grado de contaminación, lesiones de otros órganos abdominal o intrapélvicos, etc.

MANEJO

Anatómicamente el recto posee una porción intraperitoneal y otra extraperitoneal y el manejo se basará de acuerdo a la porción afectada, sin embargo independientemente de su porción afectada el manejo inicial del paciente traumatizado se basa en el ABC y posteriormente la revisión primaria y secundaria, recordando que no toda herida penetrante requiere exploración quirúrgica.

El manejo del trauma de recto se basa en la derivación del contenido fecal, el desbridamiento y el cierre primario de la lesión si es posible, con la aplicación de estos principios se logró una disminución sustancial en la mortalidad, pero la morbilidad aún es elevada.

Según una revisión sistemática realizada recientemente que reúne literatura acerca del tema desde el año de 1965 hasta el 2010 indica que la reparación primaria de heridas del colon puede ser aplicada en determinados pacientes con menos del 50% de compromiso de la pared del colon, por otro lado, en heridas más graves se puede optar por la resección y anastomosis siempre y cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable, ausencia de comorbilidades, lesiones menores asociadas y peritonitis⁵⁻⁹.

Está bien establecido que la mejor opción terapéutica en casos de trauma rectal es la colostomía Según BARILLARO Y COLS (2008), “El retraso en el tratamiento mayor de 8 horas se asocia a infección peri rectal y mayor mortalidad y la ausencia de drenaje presacro y de lavado rectal distal se asoció a mayor incidencia de infección perirrectal”¹³.

Según la Asociación para la Cirugía del Trauma, se ha clasificado las lesiones del recto en 5 tipos, de tal forma que para las lesiones tipo 1 y 2 pueden manejarse con o sin reparo de la lesión primaria mientras que las lesiones de tipo 3 a 5 el manejo consiste en colostomía derivativa, lavado distal y reparación de la herida.

Características de pacientes con lesiones ano rectales relacionado a autoerotismo						
Grupo	Edad	Genero	Cuerpo extraño	Tipo de lesión	Manejo	
1	66	Masculino	Botellas	Laceración	Anestesia general y extracción manual en quirófano	
2	36	Masculino	Vidrio	Sangrado, lesión el esfínter anal	Anestesia general y extracción manual en quirófano	

3	20	Masculino	“Showerhead”	Sangrado perforación	Anestesia general y colostomía
4	55	Masculino	Vidrio	Obstrucción rectal	Anestesia general y extracción con fórceps

Cuadro N°3. Causas de lesiones rectales en pacientes con tendencia auto Erótica Tomado de Karateke Faruk et al. “Anorectal Injuries due to Foreign Bodies: Case Reports and Review of the Management Options”.

Se han realizado varios estudios por diferentes autores con el fin de determinar la verdadera eficacia del lavado peritoneal y la colocación de un drenaje presacro pero debido a la falta de una población adecuada no se han obtenido resultados estadísticamente significativos, sin embargo un estudio prospectivo y aleatorizado realizado por Gonzales et al, en casos de lesiones importantes del recto en donde la región presacra se encuentre severamente contaminada la colocación de un drenaje presacro sería el tratamiento de elección, por otro lado en lesiones menos severas sin compromiso serio del recto y sin patologías de base la reparación primaria sin colostomía es la mejor opción terapéutica.

En cuanto al lavado rectal algunos autores manifiestan que la presencia de heces en la ampolla rectal no influye en la incidencia de sepsis y que más bien dicho procedimiento permitirían el paso de restos fecales a tejidos que previo al procedimiento no estaban contaminados o su grado de contaminación era mínimo¹⁸.

Debido a que la región ano rectal es un área contaminada por bacterias aerobias y anaerobias y la alta incidencia de complicaciones sépticas es fundamental el uso de antibioticoprofilaxis, se recomienda el uso de penicilínicos, aminoglucósido y metronidazol¹⁴.

Siendo el adulto mayor vulnerable a agresiones no solamente en el entorno intrafamiliar sino también en el entorno extra familiar es necesario conocer en forma rápida y resumida lo que comprende la agresión al adulto mayor, factores de riesgo y

como detectarlo. Existen varios tipos de maltratos en el adulto mayor pudiendo presentarse uno solo o a la vez varios en el mismo agredido, atendiendo al caso a analizar, el maltrato físico consiste en la acción de utilizar la fuerza física y ocasionar dolor daño o discapacidad. Por otra parte la Organización Mundial de la Salud durante su convención en Toronto en el año 2002 propone cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente¹⁻¹⁴.

Entre los factores de riesgo más importantes está dependencia funcional, deterioro cognoscitivo, aislamiento social, historia de violencia familiar, por otra parte, también Deneb considerarse factores de riesgo del agresor principalmente marginación social, desempleo y abuso de sustancias⁷.

Debemos tener en cuenta al momento de realizar la evaluación médica uno de los principios fundamentales de la bioética que es la autonomía del paciente la cual supone, por parte del paciente, la posibilidad de disponer de una información veraz y completa acerca de las diferentes condicionales y opciones que se derivan de su condición, por otro lado cuando se trata de pacientes no autónomos, como en el caso de las demencias, este principio carece de todo valor¹².

Es importante en la evaluación médico legal inicial del paciente anciano agredido obtener el relato de la víctima teniendo en cuenta que puede omitirse información o falsificación de la misma, por otro lado la localización y descripción detallada de las lesiones es obligatoria con el fin de poner en conocimiento de la Justicia toda lesión que haya podido ser el resultado de un delito público y poder determinar si se trata de un delito leve (curación de la lesión sin secuelas) o un delito grave (secuelas permanentes)¹.

Acorde a la Asociación panamericana de la Salud existe varias formas de maltrato al adulto mayor, entre las cuales se cita al abuso financiero y la negligencia o abandono cuyo plan de intervención dependerá del tipo de maltrato, de la aceptación de la asistencia y de su capacidad para decidir, pero primordialmente se basa en los sistemas de protección disponibles en cada país y localidad²⁰.

Según una investigación realizada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia se determinó que en el contexto intrafamiliar hubo una baja de reportes a medida que la edad del afectado avanzaba siendo el rango de edad más frecuente entre los 60 a 64 años, también se debe tomar en cuenta que la falta de reportes en ancianos de mayor edad se encuentra en relación su capacidad de movilizarse¹⁵.

RANGO DE EDAD	LESIONES FATALES			LESIONES NO FATALES		
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
(60-64)	23	11	34	1.814	1.817	3.631
(65-69)	7	8	15	1.290	1.183	2.473
(70-74)	12	5	17	824	805	1.629
(75-79)	7	4	11	575	512	1.087
(80 Y MÁS)	5	6	11	493	479	972
Total	54	34	88	4.996	4.796	9.792

Cuadro N°4. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia en el Adulto Mayor en el Contexto Intrafamiliar. Bogotá 2012

En el contexto interpersonal, es decir, todo evento que genere lesiones a personas que pueden conocerse, o no, y que ocurren generalmente fuera del hogar en nuestro país vecino Colombia se reporta que este tipo de agresión es más frecuente en los hombres que en las mujeres, por otro lado en comparación a los datos de violencia intrafamiliar se nota que las mujeres son más frecuentemente violentadas dentro del hogar que fuera del mismo¹⁰⁻¹⁵.

Se investigó también el mecanismo de lesión o el arma causante de la lesión llegando a la conclusión de que los tres primeros mecanismos fueron lesiones contusas y/o caídas, lesiones cortantes y otro tipo de lesiones que no encajan en las anteriormente citadas¹⁰.

Mecanismo causal de la lesión	Violencia a persona mayor		Total Violencia a persona mayor	Violencia de pareja en el adulto mayor		Total Violencia de pareja
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
Abrasivo (superficie áspera)	11	4	15	4	2	6
Contundente / Caída	400	504	904	89	192	281
Cortante	21	20	41	10	5	15
Corto contundente	70	48	118	44	9	53
Corto punzante	6	6	12	3	2	5
Otros	79	101	180	14	31	45
Punzante	1	-	1	1	-	1
Quemaduras	1	-	1	1	-	1
Total	589	683	1.272	166	241	407

Cuadro N°5. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. La experiencia violentada” Violencia contra el adulto mayor en Colombia en el año 2012. BolEpidTrim. 2012;6(7)

Según una Revista Peruana de Epidemiología, los agresores de los adultos mayores frecuentemente del sexo masculino, menores de 40 años, instrucción superior en algunos casos y desempleados que en el caso de que convivan con la víctima, existe un mayor riesgo de violencia intrafamiliar¹¹.

En el ámbito nacional según la Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida se observa que las manifestaciones de violencia en el adulto mayor e ven agravadas por¹⁹:

- Presión por entrega de herencia
- Abandono

- Soledad
- Despojo de sus propiedades
- Indiferencia dentro del hogar
- Falta de afecto
- Desvalorización
- Abandono en sus problemas de salud
- Administración de sus ingresos sin consulta
- Presión para que se hagan cargo del cuidado de nietos/tas

JUSTIFICACIÓN

La importancia de dar a conocer este caso en particular no radica únicamente en el aspecto clínico o una pronta actuación del profesional de salud si no también involucra otros elementos como la seguridad social especialmente lo que concierne al adulto mayor, ya que este grupo etario en particular, es vulnerable al abandono y descuido tanto de la familia como de la sociedad.

En cuanto a medidas y acciones legales en casos de agresión física, es otro punto a discutir considerando que casos como estos pueden pasar desapercibidos por las autoridades especialmente cuando estos no son reportados ya sea por falta de preocupación de los familiares del afectado, porque el mismo afectado se niega a reportar el caso o por descuido y/o negligencia de las autoridades pertinentes. Las medidas de seguridad social y la concientización a la sociedad acerca del riesgo al que se expone el adulto mayor también es un elemento a tomarse en consideración para buscar posibles soluciones que involucren al sector de salud, judicial y legal.

OBJETIVOS

General:

- Determinar factores de riesgo que conducen a actos violentos en el adulto mayor.

Específicos:

- Proponer una sistemática de intervención clínica – quirúrgica en el trauma de recto.
- Analizar la situación médico legal que ampara a los ancianos que sufren agresión física y psicológicamente.
- Detectar las estadísticas locales sobre el maltrato en el adulto mayor

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años, masculino, mestizo, casado, agricultor, nacido en la ciudad de Ambato, actualmente residente en el cantón Tisaleo, localidad la Alborada, educación básica incompleta (quinto grado de primaria).

Paciente sin antecedentes personales clínicos, quirúrgicos o alérgicos de relevancia, con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus Tipo 2 en la madre que culmina en la muerte, sin especificar hace cuánto tiempo.

Motivo de consulta: Dolor en región anal y proctorragias.

ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

Paciente manifiesta que acude a centro de salud de Quero, en donde relata según sus propias palabras que: “Hoy en la mañana me fui a dar de comer a los animales y en una quebrada botada y silenciosa dos encapuchados me pegaron, el uno tenía un cuchillo y el otro un revolver, luego me bajaron el pantalón y como estaba sin correa me metieron algo, después vino un perro y como ladro ellos salieron corriendo y de ahí me fui a la casa y comencé a sangrar y por eso me trajeron acá”.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

En el servicio de Emergencias del Hospital General Docente Ambato, siendo el 31 de marzo 2015 a las 11:55 am, el paciente es valorado por sala de primera acogida en donde se le realiza una valoración psicológica.

Paciente acude con signos vitales estables con una tensión arterial de 100/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto, temperatura axilar de 37°C. El paciente durante la entrevista se encuentra consciente, orientado, afebril, hidratado autopsíquicamente y

alopsiquicamente, se encuentra temeroso, asustado, desconfiado en compañía de su esposa. Piel y tegumentos sin alteraciones. Aparato cardiovascular sin alteraciones. Abdomen a la palpación, auscultación o percusión normales. Región anal, se observan abundantes coágulos y desgarro perianal por lo que se requiere valoración por coloproctología.

ATENCIÓN HOSPITALARIA – VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD

El paciente es valorado por especialista en coloproctología quien reporta que en la región anal se observa sangrado y coágulos abundantes, además de una lesión en H3 derecha. Al tacto rectal dolor a la palpación en H3 derecha, finalmente se decide intervenir quirúrgicamente al paciente de manera urgente.

ACTO OPERATORIO

El mismo día a las 15: 30 se pasa al paciente a quirófano con diagnóstico de trauma rectal por cuerpo extraño, reportándose los siguientes hallazgos:

- Desgarro del esfínter anal interno de aproximadamente 5 cm de longitud.
- Lesión de la mucosa en región lateral derecha (H4 y H5).

Una vez realizado el diagnóstico definitivo el paciente es trasladado al quirófano en el cual durante el acto quirúrgico no se reporta ninguna complicación el paciente mantiene signos vitales estables y permanece en sala de recuperación en espera de pase a la sala de cirugía.

Una vez en la sala general de cirugía el paciente se le administra antibióticoterapia con metronidazol y ceftriaxona, analgesia con ketorolaco y tramadol y finalmente con metoclopramida.

A las 48 horas de post operatorio se decide retirar tapón rectal, el mismo que se retira sin complicación y sin encontrar sangrado activo. Finalmente luego de 11 días de hospitalización en el servicio de cirugía y después de una evolución y recuperación favorable el paciente es dado de alta y se planifica seguimiento por consulta externa.

Al paciente se le realizan controles subsecuentes por consulta externa de coloproctología evidenciándose una evolución post-quirúrgica favorable sin complicaciones por lo que se decide dar de alta definitivamente al paciente.

EXAMENES DE LABORATORIO

BIOMETRÍA HEMÁTICA	
Glóbulos blancos	16.400 uL
Neutrófilos	94.2%
Linfocitos	3.2%
Plaquetas	230.000 uL
Hemoglobina	15.7 g/dL
Hematocrito	46.1%
Volumen corpuscular medio	95.6 fL
Concentración de hemoglobina corpuscular media	34.1 g/dL

QUÍMICA SANGUÍNEA	
Urea	24.1 mg/dL
BUN	11
Glucosa	112.7 mg/dL
Creatinina	0.71 mg/dL
Ácido úrico	3.7 mg/dL
SEROLOGÍA	
HIV	No Reactivo
VDRL	No Reactivo
Hepatitis B	Negativo

ANÁLISIS DEL CASO

Nos encontramos ante un paciente que sufre un trauma rectal con desgarramiento del esfínter anal interno que al momento de la valoración por emergencia acude sin presentar signos de inestabilidad hemodinámica con tensión arterial y signos vitales dentro de parámetros normales los exámenes de laboratorio no presentaron alteraciones más que una leucocitosis con neutrofilia.

El traumatismo de recto por cuerpo extraño corresponde a aquellas causas que no encajan dentro de las traumáticas ni de origen iatrogénico siendo poco común en el adulto mayor, sin embargo se han descrito casos en pacientes de hasta 90 años de edad por lo que ésta entidad no debe ser tomada a la ligera cuando se tenga sospecha diagnóstica de la misma.

El paciente llega al servicio de emergencia aproximadamente al medio día y tras valoración por especialista en coloproctología se decide resolución quirúrgica por lo que es pasado al quirófano aproximadamente a las 15:30 pm, debemos recordar que según la literatura la demora en la atención no debe superar las 6 a 8 horas por las complicaciones que conlleva principalmente infecciones por la contaminación por material fecal.

Como se reporta en el protocolo operatorio el paciente sufrió desgarro del esfínter anal interno además de laceración de la mucosa rectal lo que según la clasificación del trauma de recto propuesto por la Asociación Americana para la Cirugía del Traumatismo correspondería a una lesión grado II, es decir compromiso de la pared sin afectar más allá del 50% de la circunferencia, y que según las normas establecidas para el manejo quirúrgico en las lesiones de primer y segundo grado se puede optar por la reparación primaria sin necesidad de colostomía, y se decide dejar un drenaje Penrose el cual, según estudios realizados es una buena opción terapéutica para evitar infecciones por la carga bacteriana de la región afectada.

Durante su recuperación al realizar una biometría hemática de control se evidencia un descenso del hematocrito y hemoglobina hasta 10,8 mg/dL sin embargo el paciente se encuentra estable sin descompensación en su estado general por lo que no se decide transfundir sangre además de que el valor citado anteriormente no es indicación para transfundir sangre.

Durante su estancia hospitalaria el paciente no presenta complicaciones posquirúrgicas únicamente refiere dolor abdominal tipo cólico, dolor leve en región anal y náusea que llega al vómito por varias ocasiones en los días posteriores lo cual se controla con la administración de medicamentos.

A los 5 días de su hospitalización se decide probar tolerancia oral obteniendo una buena respuesta por lo que se suspende NPO para dejar al paciente con una dieta blanda.

El paciente también es valorado por sala de primera acogida quienes manifiestan que evoluciona de forma satisfactoria mostrándose más confiando, más cooperativo y menos temeroso durante las entrevistas se sugiere que el paciente acuda a asesoría jurídica para iniciar los trámites para proceso legal pertinente por tratarse de un caso de agresión física.

La implantación de un control conjunto y desde un inicio por parte de asesoría jurídica, psicología y manejo medico de forma integral e integrada sería una buena alternativa para que estos casos no queden inconclusos porque como suele suceder, especialmente en pacientes con un nivel académico básico, no continúan con los trámites legales respectivos ya sea por miedo a represalias, descuido, falta de cuidado de familiares o cuidadores en el caso que el afectado padezca de alguna discapacidad.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Historia clínica que constituye la principal fuente de información para la discusión del presente caso clínico ya que en ella constan datos fidedignos de todos los acontecimientos, manejo, intervenciones, evolución del paciente así como de cualquier variación en el tratamiento aplicado de forma cronológica.

Artículos científicos sobre el tema en análisis los cuales permiten recopilar información actualizada y poder incluir al análisis nueva información sobre diagnóstico, manejo o tratamiento que se hayan propuesto en los últimos años.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Son varios los factores de riesgo que pueden predisponer o aumentar el riesgo de sufrir un trauma anorectal. Si bien es cierto que la población adulta mayor tiene menos riesgo de sufrir un trauma rectal que otros grupos etarios como por ejemplo la población joven y activa cuyo entorno o lugar de trabajo puede de por si constituir un factor de riesgo, hombres /mujeres que practican actos sexuales por vía anal, politraumatizados por accidentes de tráfico, explosiones o caídas de grandes alturas, heridas por arma de fuego, por arma blanca o por cuerpo extraños; los adultos mayores también pueden sufrir de este tipo de traumatismos ya sea por causas traumáticas o iatrogénicas, o en este caso, por violencia física en donde el componente social constituye un factor de riesgo importante.

Es sabido que el adulto mayor constituye la población en más desventaja ya sea por falta de cuidado, abandono, negligencia de los familiares o cuidadores o falta de seguridad social, atendiendo al móvil del trauma en el presente caso este fue perpetrado por presuntos delincuentes, en un lugar alejado, solitario, desprovisto de resguardo y mientras el paciente se encontraba solo.

El paciente en primera instancia acudió al centro de salud Quero en donde tras ser evaluado fue referido inmediatamente al HPDA, teniendo en cuenta la gravedad del cuadro el paciente debió acudir inmediatamente a la emergencia de un hospital en donde tiene la capacidad resolutive adecuada lo que pone de manifiesto la falta de conocimiento de la población del lugar ya que la constituyen principalmente gente indígena con un nivel de educación básico y en algunos casos ausente.

El tiempo transcurrido entre el acontecimiento traumático y la atención adecuada también es un factor importante, como ya se dijo anteriormente, la atención oportuna se debe brindar antes de las 8 horas, en este caso el cantón Quero no se encuentra muy alejado de la urbe, sin embargo si este caso particular lo extrapolamos a poblaciones que viven en caseríos o comunas o población del oriente la demora por el acceso difícil o por la distancia entre la localidad y un centro de atención oportuno puede tardar el suficiente tiempo como para conllevar a complicaciones potencialmente fatales.

IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS

Dentro del presente caso se identificaron los siguientes puntos críticos:

- Falta de conocimiento de la población sobre la gravedad que conlleva este tipo de traumas.
- Demora en acudir de manera oportuna a un centro de salud, hospital o cualquier puesto de salud después de sufrir una lesión traumática.
- Falta de control que garantice la seguridad de la población contra actos violentos.
- Falta de concientización de la población adulta mayor sobre los riesgos a los que son vulnerables.

- Implementar protocolos de manejo y/o seguimiento médico, legal y psicológico en casos de agresión a grupos poblacionales vulnerables.

CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora	Fecha de cumplimiento	Responsable	Forma de acompañamiento
Mayor conocimiento de la población sobre acciones oportunas en caso de trauma	Charlas informativas a la población	Durante los primeros 6 meses del año 2016	Personal de salud del cantón Quero	
Vigilancia de sectores alejados del cantón	Patrullaje y vigilancia por sistema de “ojo de águila” en el sector	Durante los primeros 6 meses del año 2016	Personal de la policía nacional y municipal	Policía Nacional del Ecuador.
Manejo médico-psicológico-legal integral del paciente	Desarrollo de un protocolo estandarizado para casos de trauma por agresión física y/o sexual	Durante los primeros 6 meses del año 2016	Ministerio de Salud Pública y Corte Constitucional del Ecuador	

CONCLUSIONES

- ❖ Las condiciones socioeconómicas, el nivel cultural y la falta de vigilancia de sectores alejados y desprovistos de control policial pueden contribuir a que un adulto mayor sea vulnerable, en el contexto del caso presentado, a sufrir agresiones físicas por parte de individuos con conductas antisociales.
- ❖ Un protocolo estandarizado para el manejo clínico y/o quirúrgico del pacientes con trauma de esta índole, en el que se incluya el departamento jurídico quienes serían los llamados a determinar las acciones legales en contra del agresor sería una herramienta que ayude a establecer conductas apropiadas para el seguimiento tanto medico como legal del paciente.
- ❖ Debe incluirse un apartado en la historia clínica el cual debe centrarse exclusivamente en la descripción de las heridas junto con un informe médico legal de las mismas, el cual debe ser remitido a la fiscalía o el departamento jurídico de la institución de salud de forma inmediata.
- ❖ El médico legal es quien debe evaluar en una primera instancia a un paciente agredido ya sea física sexual o psicológicamente para posteriormente determinar las acciones pertinentes.
- ❖ No se disponen de datos estadísticos sobre el maltrato al adulto mayor por lo que es necesario realizar una investigación para determinar las cifras estadísticas más exactas posibles de maltrato hacia el adulto mayor que incluyan las lesiones letales y no letales tanto a nivel local como nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Adam, A. verdu, F. Valoración médico legal del maltrato físico sobre el anciano en el contexto intrafamiliar. Valencia Gac. int. cienc. Forense ISSN 2174-9019. 2014, pag: 12-15.
2. Barciona C. Reparación primaria versus colostomía por trauma de colon en el área de emergencias del hospital Luís Vernaza desde enero de 2011 a enero de 2013 [Tesis Doctoral]. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
3. Barillaro G, Gatica S, Escudero E, et al. Morbimortalidad del traumatismo de recto extraperitoneal., ABCD ArqBrasCirDig 2008;21(1):6-11.
4. Codina-Cazador A, Rodriguez JI, Pujadadas de Palol M et al. Estado actual de los traumatismos colorrectoanales., Cir Esp. 2006;79(3):143-8.
5. Constantino L, Hernandez A, Grass J, Valentín F. Trauma colorrectal y su relación con los índices predictivos. Rev Cubana Med Milit 2002;31(3):157-63.
6. Coskun A, Erkan N, Yakan S et al. Management of rectal foreign bodies. World Journal of Emergency Surgery 2013, 8:11.
7. Guía de Práctica Clínica. Detección y Manejo del Maltrato en el Adulto Mayor. México: Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2013.
8. Harry M el al. Non-operative Management of Non-destructive Extra-peritoneal Rectal Injury. West Indian Med J 2011;60(3): 344.
9. Herzig D. Md, Care of the patient with anorectal trauma. Clin Colon Rectal Surg 2012;25:210–213.

10. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. La experiencia violentada” Violencia contra el adulto mayor en Colombia en el año 2012. BolEpidTrim. 2012;6(7)
11. Martina M, NolbertoV, Miljanovich M, Bardales O, Gálvez D. Violencia contra el adulto mayor: Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima-Perú, 2009. Rev. peru. epidemiol. 2010; 14:(3)
12. Pérez, R. García, J. Bioética en el Adulto Mayor. GERONINFO. RNPS 2007: 2(2):13-14.
13. Won Jun Choi. Management of Colorectal Trauma. J Korean Soc Coloproctol 2011;27(4):166-173.

LINKOGRAFÍA

14. Gonzales, O. Control de daños en trauma anorrectal. Información disponible en: <https://cirugiatraumaponiente.files.wordpress.com/2010/10/control-de-danos-en-trauma-anorrectal.pdf>
15. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia en el Adulto Mayor en el Contexto Intrafamiliar. Información disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/28521/3+boletinadultomayor.pdf/a7c1d74e-d034-4e5d-a3ee-402d63148aa7>
16. Karateke Faruk et al. “Anorectal Injuries due to Foreign Bodies: Case Reports and Review of the Management Options”. Información disponible en: <file:///E:/Downloads/809592.pdf>

17. Londoño E, Trauma de Colon y Recto., Fun Santa Fe de Bogotá. Información disponible en:
http://www.aibarra.org/apuntes/criticos/Guias/Trauma/Trauma_de_colon_y_recto.pdf
18. Morales, C. Trauma de recto. Hospital Universitario San Vicente de Paú. Información disponible en:
<http://www.lasamericas.com.co/site/Portals/1/Documents/Eventos/Trauma%20de%20Recto%20-%20%20Dr.%20Carlos%20Morales.pdf>
19. Normativa y protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual por ciclos de vida. Información disponible en:
http://ypinaction.org/files/02/00/Ecuador_Protocolo20de20violencia.pdf
20. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Diagnóstico y Manejo. Parte II: Abuso y Negligencia. Información disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia01.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE DATOS UTA

21. SCOPUS: Lupaşcu, C., Fotea, V., Sârbu, P., Andronic, D. Rectal impalement injury: from cruelty to salvage endeavour (Article). Disponible en:
<http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84929941672&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=rectal+injury&nlo=&nlr=&nls=&sid=DB41BBE6DD68F23BD8F119553CA54C08.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A%3a100&sot=b&sdt=sisr&sl=28&s=TITLE-ABS>

KEY%28rectal+injury%29&ref=%28rectal+trauma%29&relpos=6&relpos=6
&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-

KEY%28rectal+injury%29%29+AND+%28rectal+trauma%29

22. SCOPUS: Netz, U, Perry, Z.H., Mizrahi, S., Shaked, G., Lantsberg, L.,

Domchik, S., Kirshtein, B. Jet ski rectal injuries: Atertiary trauma center
experience (Note) 2015. Información disponible en:

<http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0->

84928768540&origin=resultslist&sort=plf-

f&src=s&st1=rectal+injury&nlo=&nlr=&nls=&sid=DB41BBE6DD68F23BD

8F119553CA54C08.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A%3a100&sot=b&sdt=sisr

&sl=28&s=TITLE-ABS-

KEY%28rectal+injury%29&ref=%28rectal+trauma%29&relpos=8&relpos=8

&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-

KEY%28rectal+injury%29%29+AND+%28rectal+trauma%29

23. SCOPUS: Pinto, A., Miele, V., Pinto, F., Mizio, V.D., Panico, M.R., Muzj,

C., Romano, L. Rectal Foreign Bodies: Imaging Assessment and Medicolegal

Aspects (Article) 2015. Información disponible en:

<http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0->

84921713365&origin=resultslist&sort=plf-

f&src=s&st1=rectal+injury&nlo=&nlr=&nls=&sid=DB41BBE6DD68F23BD

8F119553CA54C08.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A%3a100&sot=b&sdt=sisr

&sl=28&s=TITLE-ABS-

KEY%28rectal+injury%29&ref=%28rectal+trauma%29&relpos=15&relpos=

15&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-

KEY%28rectal+injury%29%29+AND+%28rectal+trauma%29

24. SCOPUS: Samuk, I., Steiner, Z., Feigin, E., Baazov, A., Dlugy, E., Freud, E. Anorectal injuries in children: a 20-year experience in two centers (Article) 2015. Información disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84939472864&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=rectal+injury&nlo=&nlr=&nls=&sid=DB41BBE6DD68F23BD8F119553CA54C08.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A%3a100&sot=b&sdt=sisr&sl=28&s=TITLE-ABS-KEY%28rectal+injury%29&ref=%28rectal+trauma%29&relpos=0&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28rectal+injury%29%29+AND+%28rectal+trauma%29>
25. SCOPUS: Yamada, T., Kan, H., Matsumoto, S., Machida, T., Koizumi, M., Shinji, S., Matsuda, A., Yamagishi, A., Yokoyama, Y., Uchida, E. A case of portal venous gas after rectal surgery without anastomotic leakage or bowel necrosis (Article) 2015. Información disponible en: <http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-84940377381&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=rectal+injury&nlo=&nlr=&nls=&sid=DB41BBE6DD68F23BD8F119553CA54C08.N5T5nM1aaTEF8rE6yKCR3A%3a100&sot=b&sdt=sisr&sl=28&s=TITLE-ABS-KEY%28rectal+injury%29&ref=%28rectal+trauma%29&relpos=13&relpos=13&citeCnt=0&searchTerm=%28TITLE-ABS-KEY%28rectal+injury%29%29+AND+%28rectal+trauma%29>

ANEXOS



Foto N°1. Se aprecia lesión de aproximadamente 5cm de longitud que se extiende desde el ano o hacia la periferia. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

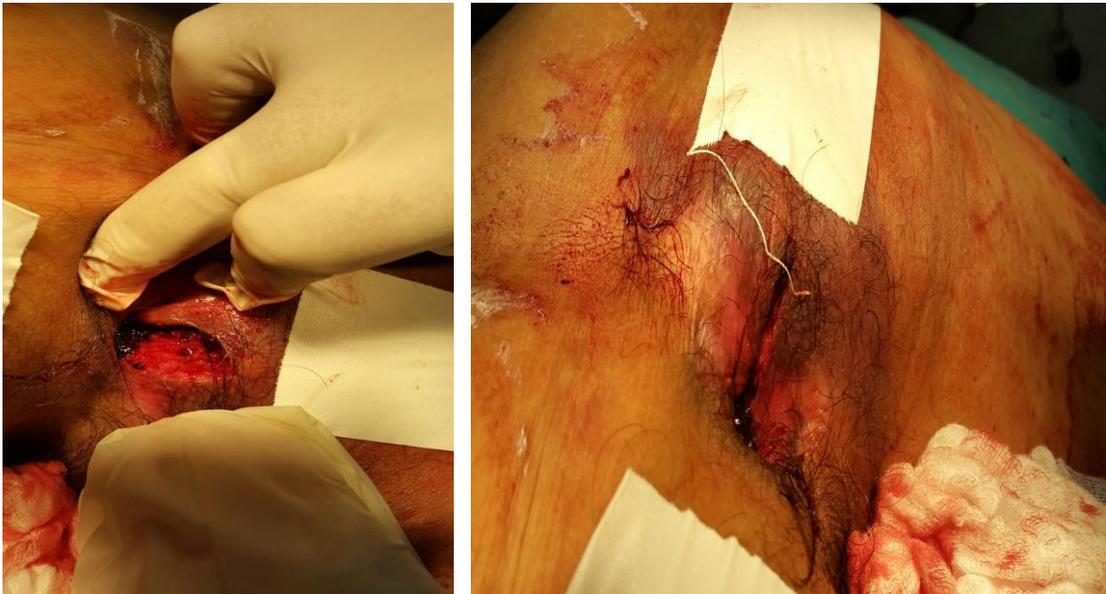


Foto N°2 - 3. A la izquierda lesión de conducto anal por trauma penetrante, imagen posterior a manipulación donde se aprecia lesión lineal de bordes regulares. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

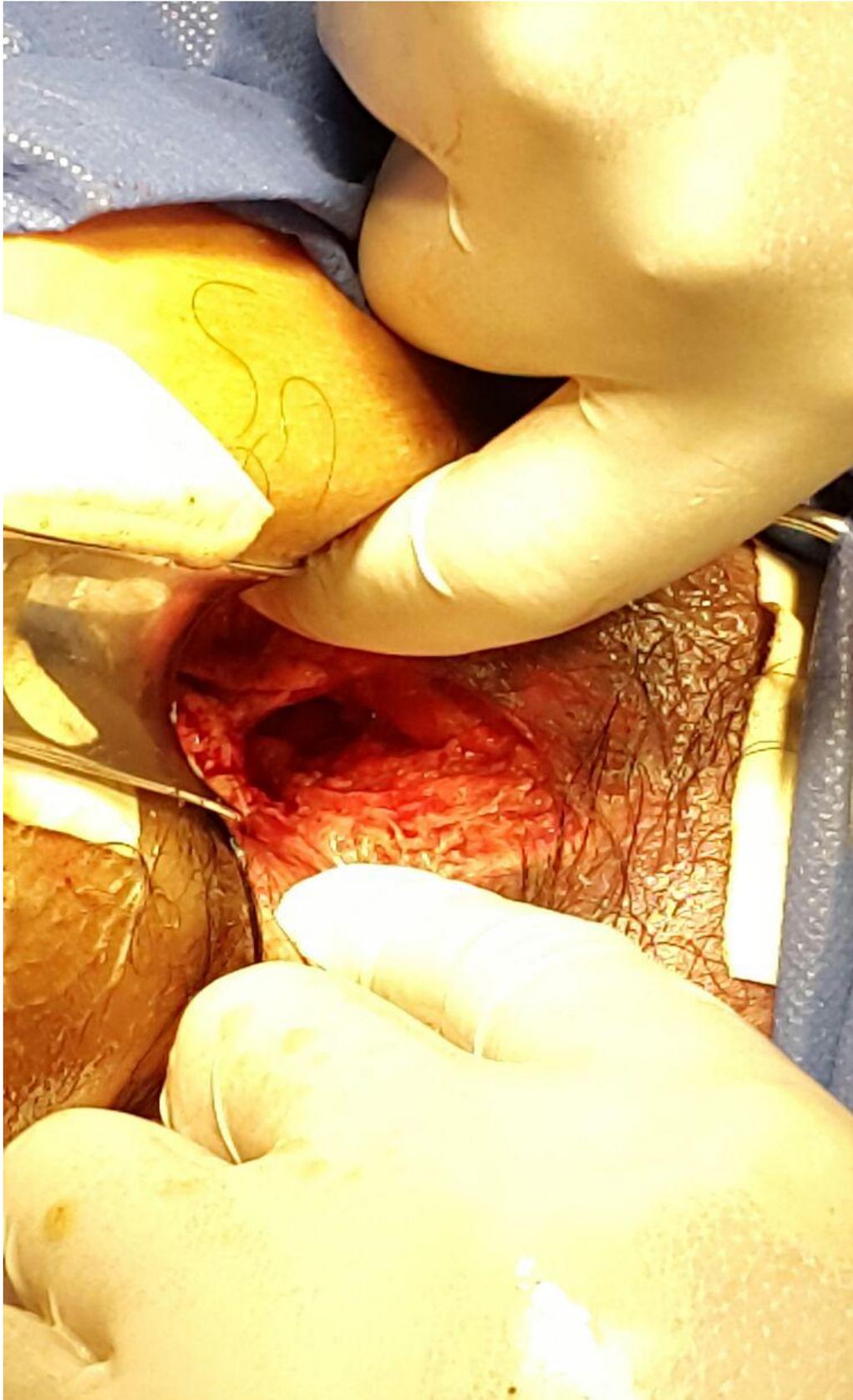


Foto N°4. Manipulación digital e inspección de conducto anal. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

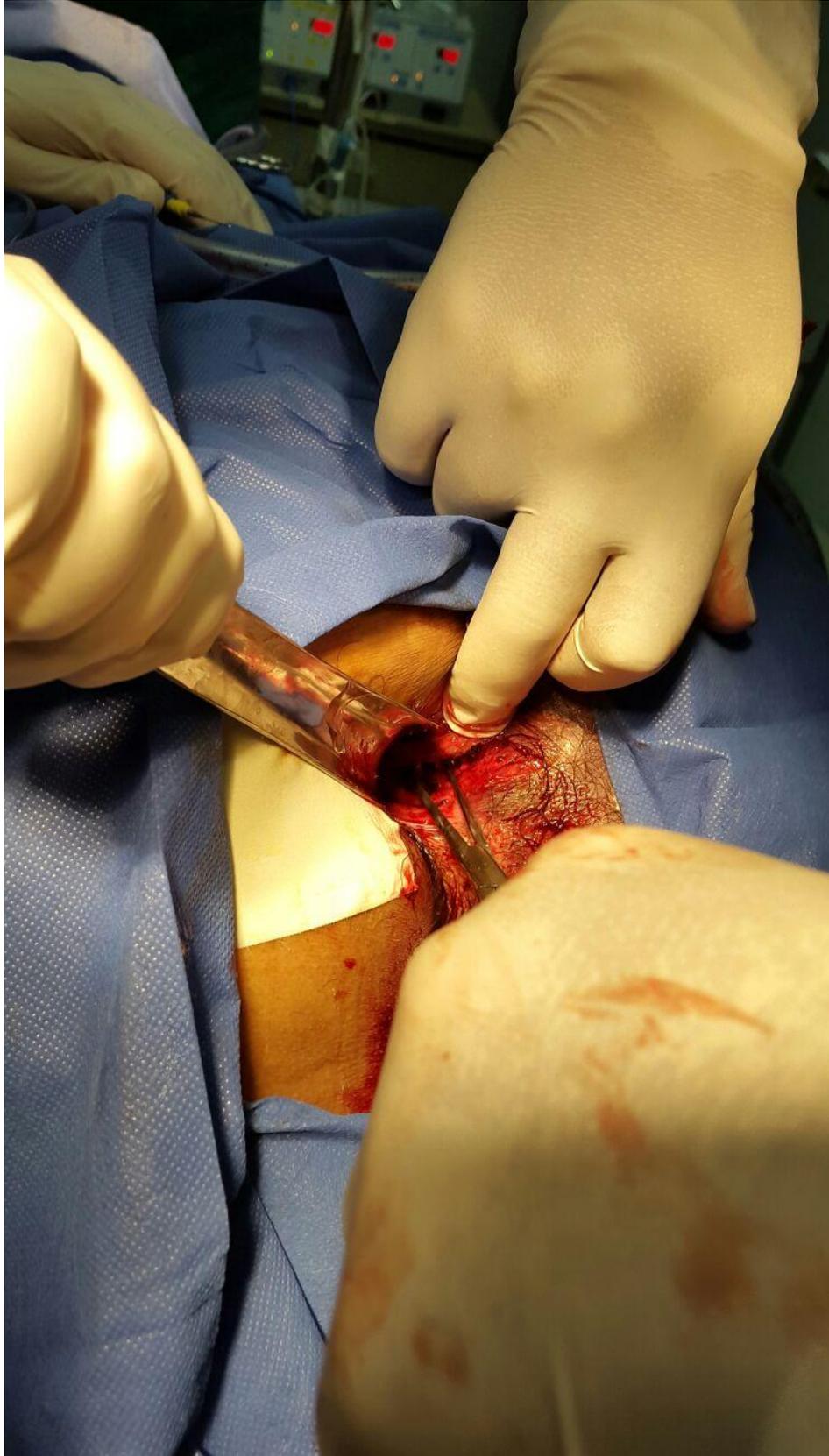


Foto N°5. Introducción de espéculo rectal durante el acto operatorio. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

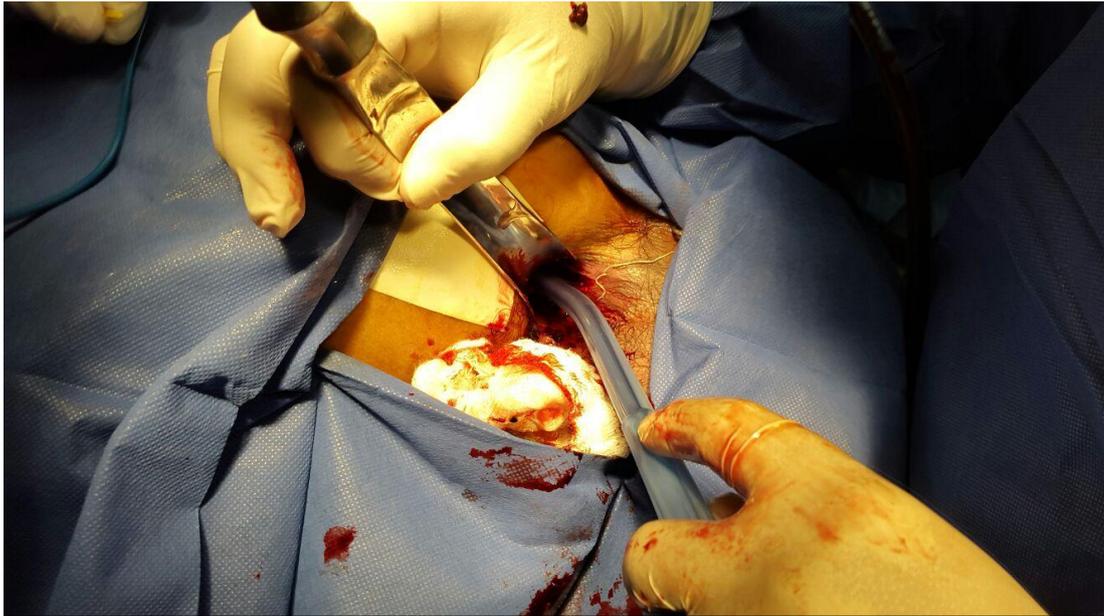


Foto N°6. Introducción de espéculo rectal y aspiración de coágulos durante el acto operatorio. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

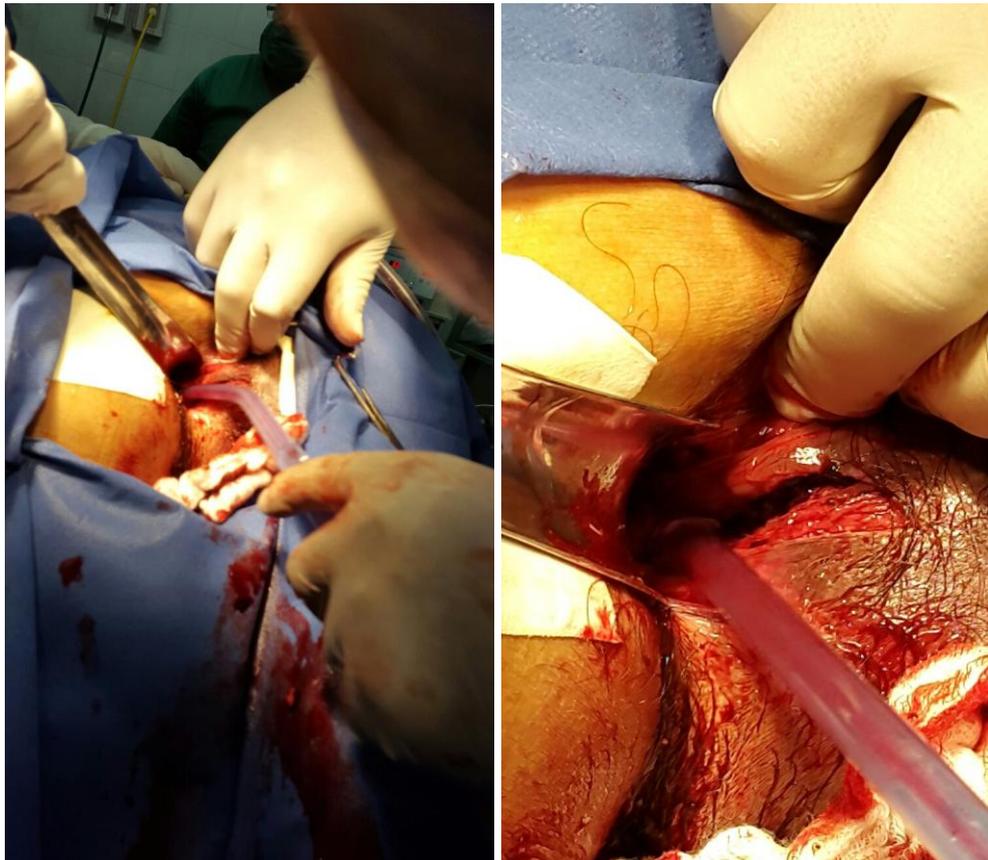


Foto N°7-8. Introducción de espéculo rectal, aspiración de coágulos y lavado de cavidad durante el acto operatorio. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

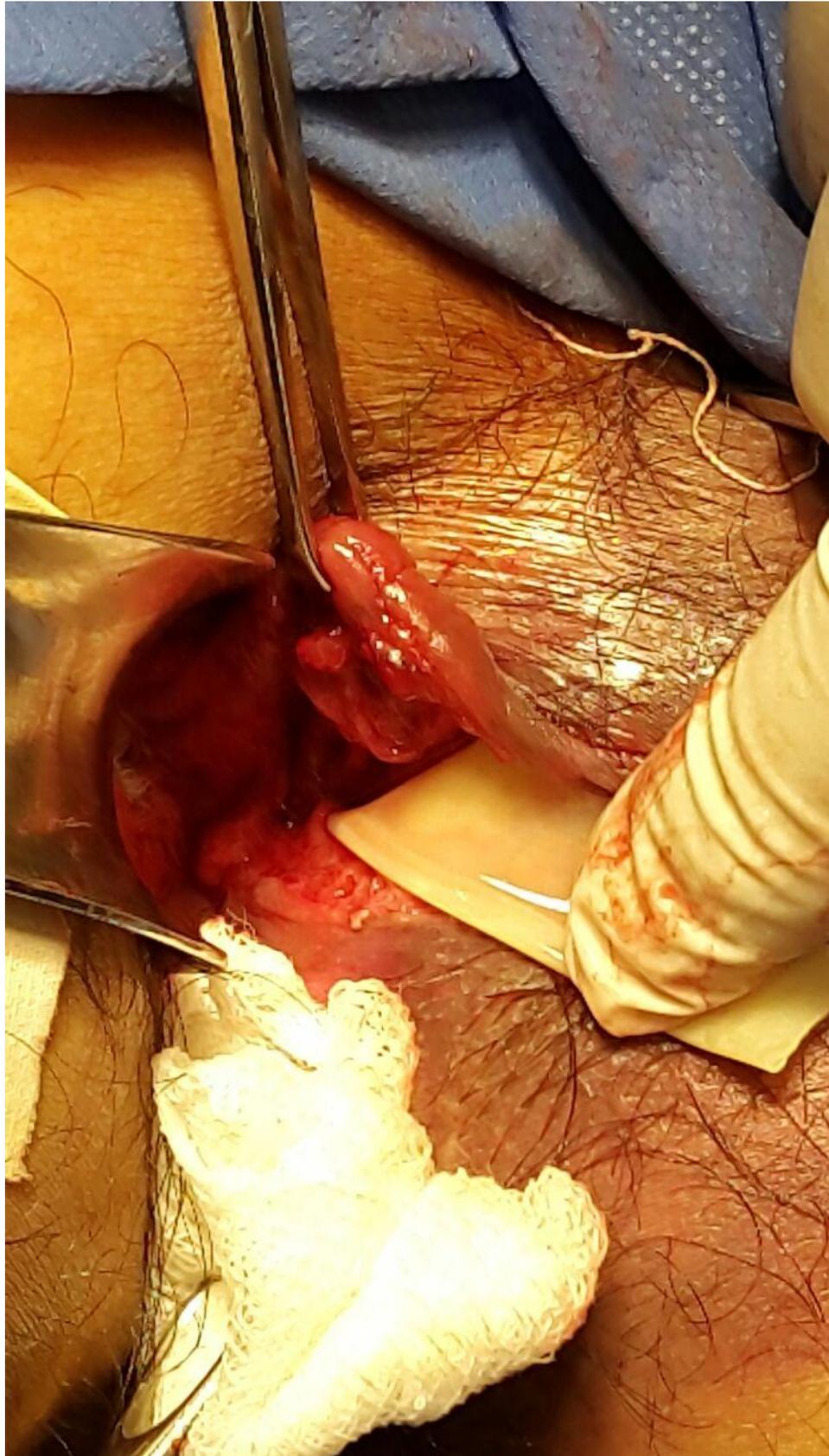


Foto N°9. Lavado de desgarro y colocación de drenaje Penrose durante el acto operatorio. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.



Foto N°10. Fijación de drenaje Penrose y sutura de esfínter anal con vicryl 2/0 durante el acto operatorio. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.

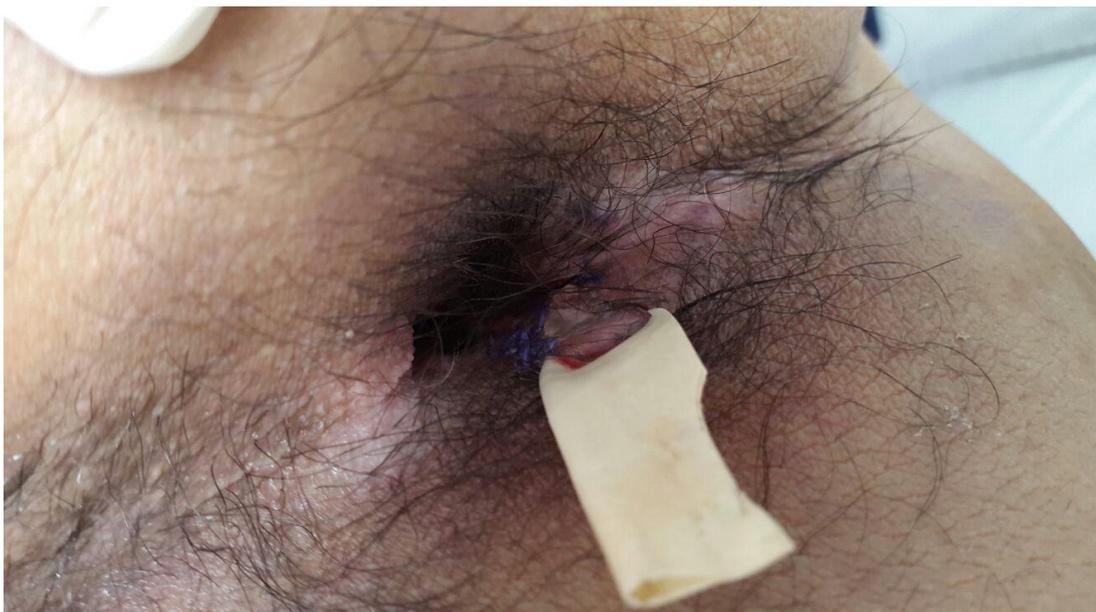


Foto N°11. Evolución posquirúrgica de desgarro del esfínter anal se observándose herida en buen estado sin signos de inflamación ni producción de material por el drenaje. . Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.



Foto N°12. Evolución posquirúrgica retiro de drenaje de Penrose, observándose cierre casi completo de desgarro con integridad del conducto anal. Tomado de Hospital Provincial General Docente Ambato.