

**En un hospital privado tipo II con recursos limitados, se pueden salvar vidas.
In a private hospital type II with limited resources, lives could be saved.**

*Vicente de la Cruz, Asbel Alfredo; **Vicente Medina, Maribel Lissette; ***Vicente Medina, Asbel Alfredo.

*Especialista en Cirugía General, profesor auxiliar del ISCMH, Máster en Ciencias en urgencias médicas, diplomado en Cuidados Intensivos, exprofesor de la UTA y UNIANDES, Cirujano general del hospital Galo González, Lago Agrio, Sucumbíos, Ecuador. Email: asbelvc@yahoo.es

**Especialista en Cirugía General, especialista en Medicina General Integral, Profesora auxiliar del ISCMH, Máster en Ciencias en Urgencias Médicas, Profesora de la Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Tungurahua, Ecuador. Email: maribelvicentem@gmail.com

***Especialista en ortopedia y traumatología, especialista en Medicina General Integral, Traumatólogo del hospital Galo Gonzales y del hospital del IESS de Lago Agrio Sucumbíos, Ecuador. Email: asbelvicmed@gmail.com

ARTÍCULO ORIGINAL

Resumen: Presentamos 4 casos. El primero, un niño de 13 años, que producto de traumas, sufrió una ruptura del lóbulo derecho del hígado, que le produjo una hemorragia intraabdominal masiva en la que perdió más del 50 % de la volemia, lo llevó a un estado de shock hipovolémico, que produjo hipoxia y paros cardiacos, en el que hicimos cirugía de control de daño y al día siguiente cirugía resolutive. El segundo, una paciente de 23 años que producto de una caída de un primer piso, sufrió una hemorragia interna por lesión del polo inferior del riñón derecho y desgarros menores intrabdominales, le produjeron una hemorragia interna que solucionamos con reconstrucción de la lesión renal y sutura de desgarros de mesos.

Un tercer paciente de 45 años, que presentó una colangitis severa por íctero obstructivo litiásica, que lo llevó al shock séptico, derrumbe de la función hepática con gran toma del estado general lo cual se solucionó con colecistectomía, coledocolitotomía y colocación de sonda en T, que tuvo una recuperación muy favorable.

Por último un cuarto paciente, de 15 años con un síndrome perforativo abdominal, con abdomen en tabla, en pleno shock séptico y fallo múltiple de órganos, al menos tres de ellos, a decir fallo circulatorio, dado por una taquicardia de más de 160 latidos por minutos, puso periférico no perceptible y sin tensión arterial detectable con el esfigmomanómetro normal, con el digital 50/30, fallo hematopoyético, solo se comprobaron 2000 leucocitos y trombocitopenia en menos de 100000 y fallo renal con creatinina elevada, fue tratado y en un periodo menos a las dos semanas salió caminando del hospital. Pacientes tratados en el Hospital Dr. Galo González de Lago Agrio, Provincia de Sucumbíos.

Palabras clave: Vidas salvadas, paciente crítico, trauma abdominal, shock hipovolémico y séptico, colangitis, fallo múltiple de órganos.

Abstract: We present the case of a 13-year-old boy who, due to trauma, suffered a ruptured right lobe of the liver, which caused a massive intra-abdominal hemorrhage in which he lost more than 50% of the blood volume, leading to a state of shock hypovolemic, which produced hypoxia and cardiac arrests, in which we did damage control surgery and the next day surgical surgery.

A 23-year-old patient who suffered from a fall on the first floor, suffered internal bleeding due to injury to the lower pole of the right kidney and minor intra-abdominal tears, caused an internal hemorrhage that we resolved with reconstruction of the kidney lesion and suture of tears of the left kidney. mesos

A third patient of 45 years, who presented severe cholangitis due to obstructive lithiasic icterus, which

led to septic shock, collapse of liver function with large intake of the general condition which was solved with cholecystectomy, choledocholithotomy and placement of a probe in T, which had a very favorable recovery.

Finally, a fourth patient, a 15-year-old boy, was taken to our center with an evident abdominal perforation syndrome, with abdomen in the table, in the middle of septic shock and multiple organ failure, at least three of them, say circulatory failure, given by a tachycardia of more than 160 beats per minute, put peripheral not detectable and without blood pressure detectable with the normal sphygmomanometer, with the digital 50/30, hematopoietic failure, only 2000 leukocytes and thrombocytopenia were found in less than 100000 and renal failure with elevated creatinine, was treated and in a period less than two weeks left walking from the hospital.

Patients treated in the Dr. Galo González Hospital in Lago Agrio, Province of Sucumbíos.

Keywords: *Lives saved, critical patient, abdominal trauma, hypovolemic and septic shock, cholangitis, multiple organ failure.*

INTRODUCCIÓN

El término “Vidas Salvadas”, es de uso reciente en el léxico médico, empleada solo desde hace algunas décadas, aplicable generalmente en programas materno infantil tendientes a disminuir las mortalidad de madres y niños, en los programas de trasplantes de órganos, en la medicina de desastres, etc. y es en estas situaciones cuando se presentan con bastante frecuencia pacientes críticos que con relativa frecuencia pierden la vida, pero también, con una atención con eficacia y celeridad se logra salvarlos en un periodo relativamente corto, de igual manera, el concepto de cirugía de control de daño,^(1,2) que vino a sustituir el de cirugía de rescate que aplicábamos antes, todo asociado a la consolidación de los servicios de Cuidados Intensivos que surgieron en la 6^a década del siglo pasado,⁽³⁾ con los cuales hemos podido ver salir con vida de los hospitales a numerosos pacientes que antes inexorablemente morían.

En este tema incursionamos a raíz de haber participado a finales del 2005 en Pakistán en el momento que ocurrió un terremoto en la Cachemira que produjo cientos de miles de muertos y heridos, en aquel lugar pudimos aplicar ampliamente la cirugía del control de daño, y otras técnicas que nos permitió salvar vidas de pacientes que estaban en estado crítico, material que utilizamos para la tesis de la maestría

en urgencia médicas, que hicimos en el 2007⁽⁴⁾. En esta oportunidad trabajando en un pequeño hospital que carece de servicio de cuidados intensivos, banco de sangre, y otros servicios que ayudan a salvar vidas de pacientes críticos, pero no obstante tenemos la certeza, que con un accionar sin perder tiempo, utilizando los recursos propios y ajenos, siempre que se hagan procedimientos correctos y específicos se puede lograr salvar vidas de pacientes críticos, que de referirse a otros centros a horas de viaje por largas distancia, tendrían muchas probabilidades de haber fallecido en el trayecto, nosotros, actuando en favor de dichos pacientes con procedimientos precisos, presentamos cuatro pacientes que en un corto periodo han salido del hospital con vida a pesar de haber sufrido procesos que perfectamente pudieron haberle producido la muerte.

PRESENTACIÓN DE LOS PACIENTES:

Primer paciente:

K E R M, masculino de 13 años, con historia de salud anterior, en un accidente del tránsito recibió un fuerte trauma abdominal cerrado, en la zona lumbar, fue recibido en la sala de emergencia de nuestra institución el 03/04/2017 en horas de la tarde en ambulancia, referido de otra institución (45 minutos de viaje), de un cantón próximo, a su llegada el médico de guardia,

constató la ausencia de pulso periférico y tensión arterial, palidez extrema, procedió a canalizar una vena periférica, aplicar solución Ringer Lactato y mandó a llamar al cirujano, estuve allí en unos minutos, hice una punción abdominal, constaté el hemoperitoneo, indicó administrarle un expansor plasmático (Gelo-fusín) e hice el parte operatorio, activé el mecanismo administrativo para obtener sangre en otra institución. Antes de pasado los 30 minutos del arribo del paciente, se le administró un gramo de Cefazolina y medio gramo de Metronidazol, 60 mg de Ketorolaco y fue enviado al quirófano, donde hizo un paro cardíaco al momento de pasarlo de la camilla a la mesa de operaciones, del cual se recuperó satisfactoriamente, en el transcurso de la operación que demoró poco menos de una hora, hizo dos paros más, de los que también se recuperó satisfactoriamente. La operación consistió en una incisión media supra umbilical que se prolongó en la horizontal, hacia el lado derecho hasta el flanco, aspiración de la cavidad abdominal de casi tres litros de sangre, (confirmar un gran desgarro del lóbulo derecho del hígado, que incluía los segmentos VII y VIII), ligadura de la arteria hepática, y empaquetamos con compresas toda la zona dañada del hígado, el cierre de la incisión fue en un plano con puntos totales, a la salida del quirófano recibimos cuatro unidades de glóbulos que le fueron transfundido continuamente además de la administración controlada de solución Ringer.

En el transoperatorio estuvo inestable, hipotenso, taquicárdico, hipóxico, hizo dos paros cardíacos y no orinó en este periodo. Antes de la media noche ya se le habían administrado las primeras cuatro unidades de glóbulos, se le hizo una gasometría en la que se constató una discreta acidosis metabólica y escasa hipoxia, en el resto de la noche y parte de la mañana se le administraron cuatro unidades más de glóbulos, tuvo una diuresis de 800 ml y estabilizó la TA, después del mediodía, tenía 14 gramos de Hb, buena diuresis, estado de consciencia aceptablemente bueno, no hipoxia, a las 16.00 horas lo anunciamos para re laparotomía, que fue hecha entre las 16.45 y 18.45, en la que

desempaquetamos, confirmamos que no había sangramiento activo, hicimos sutura del desgarro hepático con cromado No.1, y colocamos una sonda en T No. 12 en el colédoco, colocamos un dren sub-diafragmático y cerramos las incisiones por planos, en el transoperatorio estuvo estable, con TA y frecuencia cardíacas estables normales, sin hipoxia, con buena diuresis, salió del quirófano intubado y en un periodo corto fue trasladado a la sala de cuidados intensivos del hospital público que habíamos coordinado antes de re- operarlo, ahí estuvo estable a las 24.00 horas tenía gasometría normal, signos vitales normales, buena diuresis, en la mañana fue referido a una sala de cuidados intensivos pediátricos en la capital, con lo que perdimos el vínculo con el paciente, pero consideramos que con la respuesta y evolución inmediata, no tiene porque no haber evolucionado satisfactoriamente en el tiempo.

Segundo paciente:

G A J P, femenina de 23 años, con historia de salud anterior, sufrió una caída de un primer piso, fue recibida en nuestro centro el 03/03/2017 con trauma abdominal cerrado, trauma lumbar y lesiones de piel por fricción en miembro inferior, deambulando y estado de consciencia normal, con hematuria franca y con fuerte dolor lumbar y abdominal, TA normal, FC y FR normal, mucosas húmedas y normo-coloreadas, se le hicieron los análisis indispensables que estuvieron en límites normales y un Eco abdominal y Renal en el que se informó desgarro del polo renal inferior del RD, y hemoperitoneo en los parieto-cólicos y Fondo de Saco de Douglas, con este cuadro la examinamos y anunciamos para laparotomía exploradora de urgencia, en el salón, entramos por una incisión para media derecha supra umbilical, encontramos alrededor de 600 ml de sangre libre en cavidad abdominal y desgarros de mesos y un gran hematoma retroperitoneal derecho, aspiramos la sangre, suturamos los desgarros de mesos, hicimos maniobra de Cattell y Warren, luxación parcial del hígado que nos permitiera abordar el riñón derecho, abrimos la capsula del mismo e identificamos desgarros del polo inferior del riñón que

capsula renal, colocamos drenaje de Penrose en la celda renal, aproximación parcial del retro-peritoneo, lavado de la cavidad y cerramos el abdomen por planos.

La evolución posoperatoria inmediata fue favorable, le transfundimos dos unidades de glóbulos, la hematuria fue cediendo paulatinamente hasta el 4to día que cesó totalmente, fue dada de alta al 5to día con 12 gramos de hemoglobina y un estado general favorable, la seguimos por consulta externa y la evolución mediata fue favorable.

Tercer paciente:

J M J A. masculino de 39 años, con historia de padecer de litiasis vesicular desde algunos años, que ha estado por periodos prolongados haciendo tratamiento naturista para dicho padecimiento, ahora desde hace tres días está sufriendo de dolor abdominal, vómitos, no tiene apetito, hace dos días se nota amarillo, orina oscuro, no ha defecado, está haciendo fiebre de más de 39 grados centígrados, precedido de escalofríos, fue atendido y tratado en otro centro, asistió a nuestro centro el 13/05/2017 en horas de la noche, con intenso dolor abdominal, fundamentalmente en la parte derecha, con náuseas, vómitos, toma del estado general, con este cuadro, el médico de guardia lo ingresa y llama al cirujano. Veo al paciente con el cuadro ya descrito, encuentro en el examen físico un paciente muy decaído, con un color amarillo terroso, con taquicardia de 132/min. TA normal FR en 24/min. Abdomen plano doloroso difusamente, con contractura y reacción peritoneal en el cuadrante superior derecho, no se palpa tumor, signo de Murphy positivo, sin RHA y con timpanismo aumentado, le indico hidratación, Ceftriaxona 1g IV cada 8 horas y Metronidazol ½ g IV cada 8 horas, Metimazol (Dipirona) 1 g IV cada 8 horas, omeprazol 40 mg IV cada 12 horas, Metoclopramida 10 mg IV cada 8 horas y análisis de sangre (Biometría, Bilirrubina y Transaminasas Fosfatasa alcalina, Coagulograma) y Ecografía de Hígado y vías biliares.

En la mañana siguiente le toman las muestras

de sangre, que brindaron los siguientes resultados: Leucocitos 26,000 con 94,2 neutrófilos, Hb. y Htto. Normales, Bilirrubina Directa en 4,31 mg/dl, indirecta 2,01 y total en 6,32, TP en 38,1, TPT en 54,5, Fosfatasa alcalina en 431, TGP en 658 U/L TGO en 278 U/L. el eco informa vesícula tensa de paredes engrosadas con cálculos en su interior, vías biliares intra y extra hepáticas dilatada, colédoco de 11 mm sin poder demostrar imagen de cálculos en su interior. El paciente refirió sentirse un poco mejor, pero aún muy decaído, en ese momento sin fiebre, taquicárdico, con polipnea, piel de color amarillo terroso, TA normal, orinó alrededor de 700 ml de color amarillo, le adiciono gentamicina 80 mg IV cada 8 horas y control estricto de signos vitales y llamarme si hace fiebre alta. A las 19,00 horas me llama la licenciada porque ve al paciente muy mal, tuvo escalofríos muy fuertes y la temperatura estaba en 40 °C, en este momento hago el parte operatorio con el diagnóstico de colangitis ascendente para laparotomía exploradora, lo operamos entre las 20.30 y 22.30, encontramos piocolecisto, hicimos colecistectomía, colédoco dilatado con pus en su interior, prácticamente sin bilis y extrajimos dos cálculos, lavado amplio de las vías biliares colocamos sonda en T No. 16 y cerramos por planos con puntos subtotales, la evolución post operatoria fue muy favorable, a los 5 días hicimos colangiografía por la sonda en T, que nos mostró un cálculo impactado en el esfínter de Oddi, dos semanas después ya estando de alta, se le hizo CPRE satisfactoria y una semana más tardes se le retiró la sonda en T y se le dio alta definitiva.

Cuarto paciente:

J.R.B.F. masculino de 15 años de edad, fue atendido el 30 de Junio del 2017 en la noche a las 23.00 h, procedente de otro centro, deambulando, con estado de consciencia normal, con TA baja y taquicárdico, refiriendo un fuerte dolor abdominal y vómitos, se le canalizó una vena periférica para hidratación con Ringer Lactato y se le indico analgésico (Tramadol) y metoclopramida, al continuar con hipotensión a las 3.00 A:M: se le administraron 500 ml de

Gelofusín. Y análisis de sangre para hacerlos temprano en la mañana, los que informaron Leucocitos 4,61 con 65,7 polimorfos, plaquetas en 110 mil Tiempo de Protrombina (TP) en 20,9 y Tiempo parcial de tromboplastina en TPT 41,3, glicemia en 78 y creatinina en 1,83 A las 8.00 H lo vemos nosotros con taquicardia de 156 latidos por minuto, sin TA y pulso radial no perceptible abdomen en tabla, y los referidos análisis, le indico Apicillín con sulbactán 1,5 g y medio gramo de Metronidazol, Gelofusín 500 ml a goteo rápido y un estudio radiológico de abdomen simple de pie, hago el parte operatorio para laparotomía exploradora por síndrome perforativo. Antes de entrar al quirófano a las 9.30 AM confirmamos el neumoperitoneo que habíamos sospechado.

Se realizó laparotomía exploradora por una incisión media supra umbilical, encontramos que al abrir la cavidad abdominal, brotó abundante pus amarillento cremoso, fétido y constatamos la fibrina que cubría parte de las asas intestinales, aspiramos e hicimos un lavado preliminar, exploramos la parte superior del tubo digestivo abdominal, no encontramos perforación, prolongamos la incisión distalmente y encontramos una apendicitis aguda necrótica perforada, hicimos apendicetomía, retiramos la fibrina que fue posible, lavamos ampliamente la cavidad abdominal con Iodo Povidona y suero salino, y cerramos con puntos subtotales en un plano, para hacer laparotomía programada. La evolución inmediata fue favorable, libre de complicaciones, recuperó TA y la estabilizó alrededor de 100/60, y la frecuencia cardiaca entre 110 y 130, comenzó a orinar, pasada 48 horas o sea el 3 /7/17 temprano en la mañana hicimos la re laparotomía, encontramos el abdomen sin líquido libre, viabilidad normal del tubo digestivo, buena irrigación y color normal en la zona el muñón apendicular, exploramos los 8 espacios abdominales de posibles colecciones, no encontramos colección alguna, hicimos cierre por planos de la cavidad abdominal, La evolución después de cerrado fue con altas y bajas, pero el día 11/7/2017, fue dado de alta, salió del hospital

caminando por sus propios pies.

Discusión:

Presentamos parte de los protocolos de pacientes atendidos por nosotros en un periodo reciente entre Marzo y Julio del 2017, que recibimos y tratamos con los recursos que tenemos a nuestra disposición en un hospital de 2do nivel, que no posee (Banco de sangre, Sala de Cuidados Intensivos, investigaciones de laboratorio e imagen las 24 horas, Guardias física de Cirugía y anestesiología, etc.).

El primer paciente producto de traumas, llegó al hospital en shock hipovolémico, producto de un hemoperitoneo por ruptura hepática, sin TA ni pulso radial, hipoxico que antes de terminar la operación de control de daño hizo tres paros cardiacos, después de esta operación, recibió las transfusiones y la hidratación tuvo una recuperación muy favorable, que nos permitió , que pasadas las primeras 24 horas pudiéramos hacer la re operación necesaria para el inicio de la solución definitiva de los problemas causados por el daño de los traumas recibidos, así como que la recuperación de la segunda operación fue formidable a pesar de tratarse de un paciente en Fallo Múltiple de Órganos (FMO) (5), que con previa coordinación fue referido al hospital público que posee una sala de cuidados intensivos polivalente donde estuvo estable alrededor de 12 horas, hasta que fue referido a la capital del país a una sala de cuidados intensivos pediátricos.

El segundo caso, una joven paciente con hemoperitoneo producto de trauma, con una lesión renal que produjo un hematoma retroperitoneal, y desgarros de mesos abdominales, que como es cierto nunca estuvo en el estado de gravedad del primero, ni en FMO, pero no deja de ser una realidad que constituyo una verdadera emergencia quirúrgica, que en caso de no tratarse con celeridad y eficiencia su vida hubiese corrido peligro de perderse, pues la remisión de la misma hacia la capital de la que nos separa al menos 6 horas de viaje, siempre es un alto riesgo (6, 7) para un paciente con hemorragia activa, de la que el pronóstico

puede cambiar en un periodo no muy prolongado y convertirse en un cuadro de Shock hipovolémico, que conduce a la hipoxia y al paro cardiaco y la pérdida de la vida. ^(8,9)

Nuestro tercer paciente está en el otro de los pilares de los fallos múltiples de órganos, ⁽¹⁰⁾ la sepsis generalizada, el Shock séptico, en este caso se trata de un paciente que fue recibido y atendido con una sepsis severa producida por una colangitis, en el que intentamos hacer un tratamiento conservador, para en caso de una mejoría real, haber hecho la CPRE antes de la colecistectomía y evitarle tener que drenar el conducto biliar principal por la vía quirúrgica tradicional, que generalmente puede tener mayor morbimortalidad que la CPRE, pero a pesar de haber aplicado suficientes antibióticos para el control de la sepsis, el paciente evolucionó hacia las mayores manifestaciones de FMO, por lo que tomamos la decisión de operarlo como una emergencia para lograr el necesario control de la sepsis, y ya dentro del acto quirúrgico constatamos el estado local con un pirocolecisto, con el conducto cístico ocluido, los que nos obligó a hacer la colecistectomía y el drenaje del colédoco y la concebida colocación de una sonda en T, que fue un proceder más prolongado y riesgoso que si se hubiese podido solucionar con una simple colecistostomía, pero lo real en un paciente en shock séptico, que el drenaje del o de los focos sépticos es lo que verdaderamente ayuda al control de la sepsis y sus consecuencias, y en este paciente quedó demostrado por la maravillosa recuperación que tuvo.

El cuarto paciente, un joven de 15 años, con historia de salud anterior, con un cuadro de dolor abdominal, náuseas y fiebre, que había comenzado 3 días antes, durante dos días previos de acudir a nuestro centro, fue atendido e ingresado en otro centro de salud, del cual pidieron alta a voluntad, llegaron al nuestro en mal estado, en la media noche del 30/6/2017, donde recibió atención en emergencias, en la mañana lo vimos sin TA ni pulso periférico, taquicardia de 156 latidos por minuto, el abdomen

en tabla, con análisis que mostraban el inicio de Fallo Múltiple de Órganos (5, 11), por así decir Creatinina elevada, TP y TPT prolongados, Leucopenia, sin TA ni pulso periférico y marcada taquicardia lo que nos traduce que al menos 4 órganos o sistemas estaban sufriendo (Riñón, Hígado, Hematopoyético y Circulatorio).

Con el referido cuadro clínico y sobre todo con el abdomen en tabla pensamos y actuamos para solucionar un síndrome perforativo, un shock séptico ⁽¹²⁾ con F.M.O., antes de entrar al salón interrogamos al paciente y familiar sobre síntomas digestivos altos, pues pensábamos en una úlcera péptica perforada, pero nos negaron cualquier síntoma relacionado, de igual manera interrogamos sobre posible manipulación transrectal, que es otra causa en adolescentes de perforaciones a nivel de la unión recto sigmoidea y puede producir un síndrome perforativo con una contractura abdominal notable, pero resultó negativo, con todos estos elementos, nos quedamos con una úlcera perforada que debutara con este cuadro, por lo que comenzamos la laparotomía exploradora con una incisión media supra umbilical, en cavidad no encontramos perforación en la parte abdominal alta del tubo digestivo, prolongamos la incisión distalmente y encontramos una apendicitis perforada en su parte medial, lo que nos sorprendió, pues en casi 50 años en relación con la cirugía, nunca habíamos visto un apendicitis perforada con neumoperitoneo, debe existir, pero es muy infrecuente ⁽¹³⁾, debido a que toda apendicitis aguda en una oclusión de la luz apendicular, que comienza en la porción distal, pero cuando alcanza la fase III o de flemón, el edema y aumento de volumen del apéndice, ocluya su luz y cuando avanza el proceso y se perfora, este fenómeno evolutivo no permite el paso del aire del ciego a la cavidad abdominal a través del apéndice, y cuando este se perfora en la base, estamos en presencia de una perforación del ciego, que produce un gran neumoperitoneo, pero no he visto ni leído que produzca un abdomen en tabla, como el que tenía nuestro paciente.

A la salida del quirófano, le adicionamos Amikacina 500 mg IV V/8h. La evolución posoperatoria inmediata, transcurrió en una cama de cuidados especiales que existe en el cuerpo de emergencia, fue relativamente estable, con TA estable normal, FC y FR más frecuente que lo normal, saturación alrededor de 95, con íleo paralítico, sin fiebre y con buen estado de consciencia, pasado 48 horas hicimos la re laparotomía programada que ya describimos.

Las complicaciones que hizo en el pos-operatorio fueron: Íleo paralítico por 5 días, flebitis en ambos brazos, sepsis superficial de la herida quirúrgica en el extremo distal al 6to. día, constatamos por eco, la presencia de líquido libre en cavidad abdominal, 180 ml el 8/7/2017, lo repetimos el día 10 encontramos marcada disminución de dicho líquido, el día 11/7/2017 fue dado de alta, a los 7 días lo vimos en consulta estable, muy delgado pero prácticamente asintomático, el 24/7/2017 consulta de nuevo y tenía un pequeño granuloma en el extremo proximal de la herida quirúrgica, sin otros síntomas.

CONCLUSIÓN:

La acertada conducta diagnóstica y terapéutica permitió salvar 4 vidas a pesar de tener recursos limitados. La celeridad en estos procedimientos es fundamental para preservar la vida y lograr el objetivo de salud.

RECOMENDACIONES:

1.- Cuando un paciente tiene amenaza para la vida, siempre va a ser mejor actuar con prontitud y efectividad que referirlo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bowley DMQ, Barker P, Boffard KD. Damage control surgery – concepts and practice. J R Army Med Corps, 2000; 146: 176-182
2. Schreiber MA. Damage control surgery. Crit Care Med, 2004; 20: 101-18
3. Hanson CW 3rd, Deutschman CS, Anderson HL 3rd, Reilly PM, Behringer EC, Schwab

CW, Price J. (1999). «Effects of an organized critical care service on outcomes and resource utilization: a cohort study.» (Abstract). Critical Care Medicine 27 (2): 270-4. Consultado el 2 de septiembre de 2006.

4. Vicente de la Cruz Asbel A. Tesis de maestría en Urgencias Médicas; Algunas consideraciones acerca del concepto de vidas salvadas, presentación de la casuística, Hospital Universitario Joaquín Albarrán Domínguez, ISCMH 2007

5. Criterios Knaus para Fallo Multiorgánico – Medical CRITERIA .com

http://www.medicalcriteria.com/es/criterios/uti_knaus_es.htm30 Ene 2007 ... Criterios Knaus para Fallo Multiorgánico. El fallo múltiple de órganos y sistemas está presente cuando más de una disfunción sistémica está presente

6. Soto Cáceres Cabanillas Y. Pronóstico de sobrevida en pacientes poli traumatizados ingresados a emergencia de un hospital público utilizando tres scores internacionales. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2012 [citado 22 Mar 2015];5(1). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/B-V/Revistas/cuerpomedicohnaaa/v5n1_2012/pdf/a04v5n1.pdf

7. Castillo Payamps RA, Escalona Cartaya JA, Pérez Acosta JR, Rodríguez Fernández Caracterización de los pacientes con traumatismos graves ingresados en un servicio de Cirugía General. Revista Electrónica MEDISAN. 2016; 20

8. Infante Carbonell MC. Morbilidad y mortalidad por traumatismo con lesión visceral. MEDISAN. 2010; 14 (7):968.

9. Domínguez González EJ, Cisneros Domínguez CM, Piña Prieto LR. Mortalidad por lesiones traumáticas en pacientes hospitalizados. Rev. Cubana Cir. 2014 [citado 24 Dic 2014]; 53(4). Disponible en: <http://www.rev-cirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/158/77>

10. Castro Pacheco BL, Ponce Martínez L, González Rodríguez M, Álvarez Montalvo D. Trauma y sepsis. Rev. Cubana Med. Mil. 2010 [citado 22 Mar 2015]; 26(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol26_2_97/mil08297.htm

11.- Fallo múltiple de órganos - Monografias.com www.monografias.com/trabajos14/disfuncion-multiple/disfuncion-multiple.shtml Se realizó un estudio descriptivo y transversal para caracterizar la disfunción múltiple de órganos. En la unidad de Cuidados Intensivos Polivalente del Hospital.

12.- Septic shock | definition of septic shock by Medical dictionary medical-dictionary.thefreedictionary.com/septic+shock Septic Shock Definition

Septic shock is a potentially lethal drop in blood pressure due to the presence of bacteria in the blood. .

13.- Neumoperitoneo - Wikipedia, la enciclopedia libre es.wikipedia.org/wiki/Neumoperitoneo Etiología. La causa más frecuente es la perforación de una úlcera gástrica o duodenal. Menos frecuentemente se debe a perforación del intestino delgado o el colon otras causas son muy infrecuentes.

