VERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ERIDAS POR ARMA PUNZO-CORTANTE EN GUATEMALA"

jo realizado en el Departamento de Medicina Forense del
ismo Judicial con sede en el Hospital General y Unidad
edicina Forense de la Facultad de Ciencias Médicas.

TESIS

ntada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
cas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

POR

JULIO ROBERTO BARRIOS FLORES

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, septiembre de 1967

PLAN DE TESIS

I INTRODUCCION

II ANTECEDENTES

III OBJETIVOS

IV DESCRIPCION DE LAS HERIDAS POR ARMA PUNZO-CORTANTE

V PROBLEMAS MEDICO-FORENSE RELACIONADOS CON LAS HERIDAS POR ARMA PUNZO-CORTANTE

VI LA LEGISLACION PENAL GUATEMALTECA EN RELACION CON LAS HERIDAS POR ARMA PUNZO-CORTANTE

VII MATERIAL Y METODOS EMPLEADOS: CUADROS ESTADISTICOS

VIII RESULTADOS: CONSIDERACIONES QUE NACEN DEL ESTUDIO DE LOS CUADROS ANTERIORES

IX DISCUSION

X CONCLUSIONES

XI SUMARIO Y RECOMENDACIONES

XII BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

Con el nombre de ARMA PUNZO-CORTANTE se designa un grupo particular de instrumentos mecánicos capaces de producir lesiones que punzan y cortan debido a las características propias del instrumento, que posee punta y filo.

La energía para el manejo de dichos instrumentos se obtiene de la fuerza muscular humana.

El arma punzo-cortante se caracteriza por poseer una punta y un filo, produciendo heridas monocortantes, aunque hay algunas que tienen varios filos y de allí el nombre de pluricortantes.

El tipo más común de arma punzo-cortante es el cuchillo, el cual posee las características anteriormente descritas. Las armas de tres o más filos prácticamente no existen aunque en la antiguedad se utilizaron estiletes y verduguillos con varios filos.

Otras armas o instrumentos que entran en esta categoría son: La navaja, el puñal, la espada, El trinchete o cuchilla de zapatero y otras.

Las armas punzo-cortantes son frecuentemente utilizadas en nuestro medio por la fácil obtención de las mismas, así como por un bajo precio.

Las armas punzo-cortantes generalmente son hechas de acero inoxidable. (2) que es una aleación de carbón, hierro, sílice y cromo; este último en alto porcentaje, lo que las hace resistentes a la humedad y a la acción de algunos ácidos.

Aunque algunas no son específicamente hechas con los elementos anteriormente descritos y todo depende de la calidad y del uso para el que esté fabricada el arma.

Lo anterior es una guía somera de las heridas producidas por arma punzo-cortante.

En capítulos siguientes profundizaremos más sobre

las características de las mismas.

ANTECEDENTES

Para la realización del presente trabajo de tesis, nos basamos en experiencias personales practicadas en la Ciudad de Guatemala, así como en exámenes de lesionados e informes médico legales; lo cual se llevó a cabo especialmente en las oficinas del Departamento Médico Forense.

Para la confección de los cuadros estadísticos, fue un auxiliar valiosísimo el archivo del Departamento Médico Forense.

Fue un factor importante en la decisión de la producción de este trabajo, la valiosa opinión de los jefes

del citado Departamento de Medicina Forense del organismo Judicial quienes expresaron que no se había efectuado ningún trabajo sobre heridas punzo-cortantes con el material de dicho Departamento y que en cambio si se habían efectuado trabajos de tipo estadístico y de investigación sobre otros temas de Medicina Forense.

Otro factor muy importante que nos decidió a realizar el presente trabajo, es la extrema frecuencia con que se presentan las heridas por arma punzo-cortante debido a la fácil adquisición de un arma de este tipo por lo económico en precio o su presencia frecuente en el hogar como instrumento de uso doméstico y que en cualquier momento se convierte en un arma.

OBJETIVOS

Con este trabajo nos proponemos evidenciar la extrema frecuencia y el elevado porcentaje de heridas producidas por arma punzo-cortante, mortales y no mortales en el medio guatemalteco, así como también queremos evidenciar otras características asociadas a dichas heridas punzo-cortantes, como lo son su uso y manejo sumamente fácil, lo que hace que su incidencia sea tan grande en Guatemala.

Queremos resaltar especialmente al cuerpo médico la gravedad extrema de las lesiones producidas por arma punzo-cortante, así como divulgar las características de las mismas y los problemas Médico Forense que pueden acarrear. Otro objetivo muy importante que pretendemos es proponer medidas de prevención para disminuir en lo posible las incidencias de estas heridas.

IV DESCRIPCION DE LAS HERIDAS POR ARMA PUNZO-CORTANTE

La herida punzo-cortante es una herida producida por la acción mixta de un instrumento provisto de punta y de filo que actúa casi simultáneamente punzando y seccionando los tejidos (1)

Para la descripción de esta heridas tenemos que estudiar las siguientes partes:

A. Forma

B. Bordes

C. Extensión

D. Anchura

E. Profundidad y trayecto

A. Esta depende de la forma de la sección transversal del instrumento empleado ya sea que éste sea monocortante o pluricortante. Si este es monocortan-

e y la herida es profunda, se encontrará una herida que muestra una forma de triángulo isósceles, donde el ángulo agudo de este triángulo corresponde al filo del arma. Cuando el instrumento es bicortante la forma externa de la herida es fusiforme. Cuando es de tres o más filos generalmente es de forma estrellada, con múltiples ángulos según sea el número de bordes o filos del arma.

Es importante tomar en cuenta la dirección en que el arma penetró, en relación con las líneas de Langer, ya que una hoja plana puede entrar paralelamente a las lineas y producir una abertura de bordes lisos y bien recortados, pero si penetra transversalmente a dichas lineas tomará otro aspecto la herida y quedará más abierta por la retracción de la piel; y si llega muy oblicuamente la abertura será un ovoide asimétrico por la diferente separación de sus bordes (3).

Muchas veces se encuentran heridas con varios ángulos o con bordes rugosos, debido a que antes de extraer el arma se le imprimen movimientos de rotación.

La manera como el arma es extraida también determina que la forma clásica de la herida cambie, ya que se pueden observar ángulos diferentes, uno al entrar y otro al salir, siempre que el arma sea monocortante, ya que si es pluricortante se observarán multiples ángulos se cambie o no la dirección de entrada en relación a la de salida.

Otro factor que puede alterar la forma de la herida es cuando un agresor trata de hacer más daño que el que se podría producir únicamente con una sola penetración y la misma dirección de salida del arma, en estos casos el individuo introduce en el cuerpo el instrumento y una vez introducido lo retira y lo reintroduce varias veces ampliando y distorsionando la abertura de la herida y

aumentando las lesiones que pueda producir en el trayecto, siendo este un caso típico de saña.

B.- Bordes: Son generalmente rectos y bien recortados y sin infiltrado sanguíneo en ellos, siempre que se trate de una herida producida con un arma provista de mucho filo ya que un arma con el filo mellado o escaso puede hacer que la herida tenga los bordes dentados o irregulares. En los bordes también se pueden observar substancias que el arma tenía en sus superficies, por ejemplo: grasa, carbón, etc., dichas sustancias son depositadas en los bordes parcialmente al ser introducida el arma.

C.- Extensión: es la distancia que existe entre el vértice y la base en el caso de una herida con armas monocortantes o la distancia que hay entre los 2 puntos más alejados de la superficie de la herida ya se ésta bicortante o pluricortante.

La extensión generalmente es igual a la anchura

de la hoja del arma utilizada, aunque a veces es un poco menor debido a la elasticidad de los tejidos.

Todo lo anterior es valedero, siempre que sea una herida perpendicular a la piel y que no entren los factores deformantes ya mencionados, así como que no se haya hecho una presión en dirección del filo del instrumento, ya que esto ampliará la extensión de la herida y dará una idea errónea de la anchura del arma.

D.- Anchura: es la distancia que existe entre los bordes de una herida, tomado en su eje mayor.

Esta depende del grosor del arma empleada, ya que en términos generales, una herida producida con una navaja delgada, producirá una anchura mínima, en tanto que una inferida con un cuchillo de carnicero producirá una anchura mayor.

Otros factores que pueden alterar la anchura son: el grado de elasticidad o el edema previo de la piel.

E.- Profundidad: en este inciso se puede considerar conjuntamente el trayecto.

La profundidad de la herida es la distancia que existe desde los bordes de la herida, hasta el fondo de saco dejado por el arma en la porción de tejidos donde llegó el filo o la punta.

Este fondo de saco generalmente es asimétrico.

La profundidad está muchas veces determinada por la longitud de la hoja del arma o por la distancia que haya penetrado desde la superficie corporal hasta los tejidos profundos así como por la resistencia de estos tejidos y su elasticidad.

El canal que produce una arma punzo-cortante generalmente es de un trayecto recto pero algunas veces éste puede estar ampliado en una dirección siempre que una vez introducida el arma se hagan movimientos de palanca sobre la misma y tomando como base la abertura

de la piel, por lo que la herida puede ser ampliada en su interior en forma de abanico y a veces al salir muy oblicuamente el instrumento.

La profundidad no da una idea exacta de la longitud del arma ya que existe el "Signo del Acordeón" de Lacasagne, que consite en que al ser introducida un arma hasta su mango con suficiente fuerza, por elasticidad de los tejidos estos se deprimen y la hoja penetra muy profundamente, produciendo una herida cuya profundidad es mayor que la longitud de la hoja. Caso curioso de trayecto, es cuando se produce una sola lesión al corazón y este al contraerse, se hiere nuevamente junto a la herida original, aunque el agresor no haya hecho movimiento de rotación al arma. (11)

Las vísceras o los vasos lesionados determinan que una herida sea leve, grave o mortal es decir que de la importancia o magnitud de los vasos u órganos lesionados depende el estado de gravedad de una herida, también

se debe resaltar la importancia que tiene el estudio de las lesiones en el tejido óseo, donde se pueden determinar varias características del arma como son: su dirección exacta, tamaño, forma y anchura del arma (10)

V. PROBLEMAS MEDICO-FORENSES RELACIONADOS CON LAS HERIDAS POR ARMA PUNZO-CORTANTE.

Entre los problemas Médico-Forenses más comunes relacionados con las heridas por armas punzo-cortantes podemos enumerar los siguientes:

A.- Determinar si una herida es punzo-cortante o no

B.- Determinar si una herida es pre-morten o post-morten

C.- Determinar si una herida fué con fines Homicidas o suicidas.

D.- Determinar si las heridas encontradas fueron hechas con la misma arma o diferente arma.

A.- Determinar si una herida fué producida por arma-punzo cortante o no. Básicamente en este aspecto el experto debe guiarse por la forma de la herida ya que como se indicó en el capítulo IV, dicha herida tiene las características de una herida producida por arma punzante y cortante. En casos post-morten, algunos expertos acostumbran inyectar una papilla de bario y procurando no aplicar dicho material a la piel; luego toman radiografías en diferentes ángulos hasta

encontrar un plano en que los rayos X atraviesen la herida tranversalmente; esto puede indicar la forma total del instrumento, sin embargo este procedimiento es caro y se necesita experiencia.

La forma de la herida puede indicar al experto el tipo de instrumento usado, ya que si se encuentra un fondo de saco asimétrico, ya se puede sospechar de una herida por arma punzo-cortante. Si el arma hubiere interesado tejido óseo no habrá problema para la determinación del tipo de herida producido.

Se debe diferenciar de la herida punzante en los siguientes puntos: los instrumentos punzantes y perforantes están caracterizados por su perforación puntiforme en cambio las lesiones por instrumento cortante se caracterizan por producir una sección rectilínea poco profunda y con los bordes limpios y regulares, muestran superficies planas y limpias y su corte transversal es cuneiforme debi-

do a la retracción desigual de las partes blandas. Hay que hacer constar sin embargo, que los músculos largos y las arterias se retraen más que otros tejidos, Los extremos de la herida son en general de pendiente suave y se prolonga a menudo por una erosión lineal de la epidermis. Las heridas producidas por navaja son poco profundas y terminan en la piel en cola de rata.

La sección oblicua de los tegumentos y de los tejidos produce una herida "con desgarro".

El trayecto es rectilíneo o más o menos incurvado, como consecuencia de la superficie redondeada de los tegumentos o debido a su desplazamiento en relación con el cambio de actitud del segmento herido: puede ser anguloso e incluso en zig-zag. Cuando la sección interesa un repliegue cutáneo, si éste no está completamente cortado, aparecen dos heridas en lugar de una. (9)

B.- Determinar si se trata de herida pre-morten o post-

morten.

Este problema generalmente se puede resolver por los datos macroscópicos, pero es mucho más efectivo si se utiliza el método histológico.

En el método macroscópico en el que se utiliza la simple inspección de una herida, se determina si esta fué hecha en via o no, ya que en la herida hecha en vida se observa que es de sangramiento reciente y abundante, hay infiltración sanguínea de los bordes de la misma y de los tejidos subyacentes; en cambio en las lesiones producidas después de la muerte, no hay ninguna hemorragia reciente, el sangramiento es escaso o nulo, no se encuentra infiltración sanguínea en los bordes de la herida ni en el trayecto sobre los tejidos subyacentes.

El método histológico se basa en poner en evidencia la inflamación que es una reacción de parte del organismo vivo, ante un agente nocivo.

Microscópicamente en las heridas recientes se encuentran polimorfonucleares, fibrina, exudado inflatorio, plaquetas en vía de lisis, así como redes de brina y degeneración nuclear. Además, si tienen ya erto tiempo de hechas las heridas, ya se encuentran ignos de reparación como son linfocitos, eosinófilos, élulas plásmaticas y tejidos de granulación.

En las heridas efectuadas post-morten no se encontrará ninguno de estos datos referidos anteriormente, las élulas de los tejidos incididos se encontrarán bien conservadas sin exudado que las recubra, si es una herida en que no se ha iniciado la putrefacción se puede obtener información del tiempo en que se efectuó la herida, según la patología de Beatty y Dickson, en donde se dan las siguientes características: las orillas de la herida son rojas y ligeramente edematosas a las 24 horas. El endotelio vascular muestra cambios proliferativos marca-

dos y manojos vasculares producidos por los vasos en la periferia a las 36 horas, una nueva red capilar ya puede estar desarrollada. A las 48 horas, ya hay células en uso, las que avanzan formando ángulo recto con los vasos en las partes más profundas de los tejidos. A los 3 o 5 días: Fibrillas definitivas se observan corriendo paralelas con los fibroblastos y en 3 o 4 semanas se forma tejido cicatrizial. (7)

Los otros datos que nos permiten determinar si una herida es pre-morten o post-morten son los siguientes: 1. La infiltración de sangre en los tejidos adyacentes; la cual se verifica en el vivo pero no en el muerto. 2. La coagulación de la sangre extravasada, la cual si se necesita de cierto tiempo aún estando vivo el individuo para que se verifique. Especialmente es importante determinar la adherencia de los coágulos sanguineos

a los tejidos ya que esto indica que la herida fue pre-
morten.

3. La separación de los labios de la herida: la cual se verifica en el vivo y está en relación con la retroactividad vital de los tejidos, en esto pueden existir gra - dos, ya que por ejemplo es mínima en el cuero cabelludo, pero es marcadísima en el músculo.

C. Determinar si una herida fue con fines homicidas o suicidas.

Esta investigación se hace determinando la región donde se encuentre la herida ya que se supone que hay ciertas áreas corporales que el individuo no puede alcanzar él solo y por lo tanto no se pudo auto-inferir dichas heridas. Esto si se observa en el caso de homicidio y tales regiones que son casi imposibles de alcanzar por el individuo son las localizadas en la espalda y en general en

en la parte posterior del cuerpo y algunas veces en los flancos abdominales.

En las heridas de tipo suicida por arma punzo - cortantes el suicida escoje con predilección la región precordial y se produce varias lesiones, debido a la indecisión de tomar tal determinación, aunque puede existir una sola herida en individuos sumamente deprimidos y con una decisión inalterable de quitarse la vida.

Las heridas de tipo suicida siempre son en la región anterior del cuerpo.

Algunas veces se observan lesiones de tipo cortante asociadas a lesiones de tipo punzo-cortante inflingidas por el mismo individuo y con la misma arma, en este caso se sospecha que el individuo ha querido inflingirse un castigo previo a tomar la determinación de quitarse la vida.

Hay que recordar que si un individuo es diestro las heridas tendrán tendencia a estar situadas en la región anterior e izquierda del cuerpo y viceversa (12).

D.' Determinar si las heridas fueron hechas con la misma arma o no: Esto se puede determinar fácilmente si el arma interesó tejido óseo, pero en caso contrario el tipo de herida determinará si la herida es cortante o punzante y esto ya de por si excluye una gran cantidad de conjeturas y determina si se utilizó otra arma en el caso de que la herida sea de tipo punzo-cortante y no se encuentre otro tipo de herida.

LA LEGISLACION PENAL GUATEMALTECA EN RELACION CON LAS HERIDAS POR ARMA PUNZO - CORTANTE. (8)

Las penas y sanciones correspondientes a las heridas por arma punzo-cortante, así como el aspecto legal de las mismas está especificado en el Código Penal.

Es indispensable conocer el Código Penal en lo que respecta a las penas, que impone por las heridas punzo-cortantes, ya que según el daño que éstas causen, así será también la pena.

Una herida puede producir únicamente una pequeña penetración de la piel y tejido celular subcutáneo, en tanto que otra, si lesiona un vaso u órgano vital, producirá la muerte. En la primera la pena a purgar será menor, en tanto que en la segunda la pena será mayor. En las heridas no mortales es impor -

tante tomar en cuenta el número de días de asistencia médica que necesita la persona lesionada para su curación, el número de días que como consecuencia de la herida abandona sus labores habituales, así como si le quedará impedimento o deformidad; también debe de determinar el médico si la vida del lesionado estuvo o no en inminente peligro, como consecuencia de la lesión o las lesiones sufridas.

A continuación se enumeran los artículos del Código Penal que tienen relación con las heridas punzocortantes.

" ARTICULO 308"

El que de propósito mutilare a otro, será castigado con cinco años de prisión correccional, si a consecuencia de la mutilación quedare el mutilado impotente o inhábil para el trabajo la pena será de ocho años de prisión co-

reccional, en el caso de que a consecuencia de la mutilación siguiere la muerte se castigará al autor como reo de homicidio.

Para el artículo anterior, está el caso de las heridas punzo-cortantes que producen vaciamiento del ojo.

" ARTICULO 309 "

El que hiriere o golpeare o maltratare de obra a otro será castigado como reo de lesiones graves:

1. Con ocho años de prisión correccional si de resultas de las lesiones quedare el ofendido con enfermedad mental permanente, impotente o ciego.

2. Con cinco años de prisión correccional, si de resultas de las lesiones el ofendido hubiere perdido un ojo o algún miembro principal o quedado imposibilitado para el trabajo a que hasta entonces se hubiere

habitualmente dedicado.

3. Con tres años de prisión correccional si de resultas de las lesiones el ofendido hubiere quedado con deformidad o perdido un miembro no principal o quedado inutilizado de él o hubiere estado incapacitado para su trabajo habitual o enfermo por mas de noventa días.

4. Con dos años de prisión correccional si las lesiones hubieren producido al ofendido enfermedad o incapacidad para el trabajo por más de treinta días.

Si el hecho se ejecutare contra algunas de las personas que menciona el artículo 298 o con alguna de las circunstancias señaladas en el artículo 299, se aumentarán las penas señaladas en este artículo en una tercera parte.

No están comprendidas en la fracción anterior de

este inciso, las lesiones que al hijo causare el padre, excediéndose en su corrección.

" ARTICULO 300"

Es reo de homicidio el que sin estar comprendido en el artículo 299 matare a otro no concurriendo alguna de las circunstancias enumeradas en el artículo 299 y será castigado con 10 años de prisión correccional.

" ARTICULO 301"

El que participe en una riña que tenga lugar entre más de dos personas y de la que resulte muerte, será castigado por el solo hecho de la participación con tres meses de arresto menor, salvo que se hubiere limitado a rechazar un ataque o a separar a los combatientes.

" ARTICULO 302"

Cuando la muerte que resultare de una riña entre mas de dos personas hubiere sido producida por un concurso de acciones de violencia sobre la víctima serán castigados con la pena de diez años de prisión correccional todos los que practicaron dichas acciones sobre esta.

Cuando no constare quienes ejecutaron tales acciones de violencia o quien causó en medio de la riña individualmente la muerte, se tendrá por autores a todos los que la ejercieron sobre la víctima y sufrirán la pena de cinco años de prisión correccional.

" ARTICULO 311"

Las lesiones no comprendidas en los artículos anteriores que produjeren al ofendido imposibilidad para el tra-

bajo desde ocho días hasta treinta o necesidad de asistencia facultativa por igual tiempo se reputarán menos graves y para la designación de la pena se observarán las reglas siguientes:

1. Cuando esas lesiones produzcan la imposibilipara el trabajo o necesidad de asistencia facultativa por más de quince días y menos de treinta y uno, la pena será de un año de prisión correccional .

2. Cuando produzcan esa imposibilidad para el trabajo o necesidad de asistencia facultativa desde ocho días hasta quince, la pena será de seis meses de arresto mayor.

" ARTICULO 312 "

Las lesiones menos graves inferidas a padres ascendientes o tutores, guardadores, maestros o personas constituidas en dignidad o autoridad pública, serán cas-

tigadas con dos años de prisión correccional.

" ARTICULO 313 "

El delito de lesiones será castigado con la pena de cinco años de prisión correccional, cualquiera que sea el tiempo que la víctima necesitó para curarse o la que estuvo impedida de dedicarse a sus ocupaciones habituales, siempre que su vida hubiere sido puesta en inminente peligro, salvo que se trate de un hecho para el cual está señalada una pena mayor.

" ARTICULO 314 "

El que agrediere la persona de otro, excepto en los casos de riña o pelea entre los dos, ya embistiéndose con arma o arrojándole cualquier otro objeto capaz de causar lesión, será castigado con un año de prisión correccional.

" ARTICULO 316 "

Cuando en la riña tumultaria definida en los artícu-

los 301 y 302 resultaren lesiones y no constare quienes las hubieren causado se impondrá la pena correspondiente a las lesiones causadas desminuida en una tercera parte a los que aparezcan haber ejercido cualquier violencia en la persona ofendida.

La misma pena sufrirán en el caso del inciso 2 del artículo 302 cuando constare quien o quienes causaron las lesiones o ejercieron violencia en la persona del ofendido.

" ARTICULO 317"

El que inutilizare a otro con su consentimiento incurrirán en la pena de dos años de prisión correccional. Si lo hubiere hecho mediante precio, la pena sera de tres años de prisión correccional.

Si el reo de este delito fuere padre, madre o conyugue hermano o cuñado del mutilado, la pena será de quin-

ce meses de prisión correccional.

CUADROS ESTADISTICOS, MATERIAL Y METODOS EMPLEADOS (5)

Para la elaboración de los cuadros estadísticos se utilizó como material de investigación y de valor inapreciable, los archivos del Departamento Médico Forense del Organismo Judicial con sede en el Hospital General de Guatemala. El método empleado para la elaboración de los cuadros anteriores consistió en reunir e investigar todos los casos de heridas producidas por arma punzo-cortante durante cinco años y luego clasificarlos.

Se tomaron casos provenientes de autopsias médico legales y de informes médico legales de lesionados no fallecidos. La clasificación se llevó a cabo de acuerdo a los siguientes datos: Edad, sexo, mortal o no, región afectada, herida penetrante o no, otras lesiones concomitantes.

La clasificación por edad se hizo por decenios y la clasificación por regiones se hizo de acuerdo a las siguientes regiones: cabeza, cuello, tórax, toraco-abdominal, abdomen, miembros superiores y miembros inferiores.

Los años clasificados fueron 1962 - 1963 - 1964- 1965 y 1966.

Finalmente se hizo el cómputo de las heridas obtenidas por año y en el total de los 5 años investigados, así como los porcentajes correspondientes a todos los datos encontrados.

Cuadro Estadistico, que contiene casos con el diagnóstico específico de "heridas por arma punzo-cortante" obtenidos de 37 informes medico legales y 24 autopsias medico legales de los archivos del departamento Médico Forense del Organismo Judicial con sede en el Hospital General de Guatemala. Correspondientes al año de 1962

Se encontró un total de 61 casos en el año de 1962

SEXO	No. de casos	%
MASCULINO	53	86.88
FEMENINO	8	13.22
HERIDAS PENETRANTES	45	73.77
HERIDAS NO PENETRANTES	16	26.33
HERIDAS MORTALES	24	39.38
HERIDAS NO MORTALES	37	60.65
UNA SOLA HERIDA PUNZO-CORTANTE	33	54.55
HERIDA PUNZO-CORTANTE ACOMPAÑADA DE OTRAS LESIONES	28	45.25

REGIONES DONDE SE LOCALIZARON LAS HERIDAS

CABEZA	0	0
CUELLO	4	6.55
TORAX	26	42.65
TORACO-ABDOMINAL	7	11.47
ABDOMEN	15	24.50
MIEMBROS SUPERIORES	5	8.19
MIEMBROS INFERIORES	4	6.55

EDAD

1-10	0	0
11-20	7	11.40
21-30	28	45.90
31-40	17	27.86
41-50	5	8.19
51-60	4	6.55
61-70	0	0
71-80	0	0

Cuadro Estadístico, que contiene casos con el diagnóstico específico de "Heridas por arma punzo-cortante" obtenidos de 40 informes Médico-legales y 22 autopsias Médico Legales de los archivos del departamento Médico Forense del Organismo Judicial con sede en el Hospital General de Guatemala, correspondientes al año de 1963.

Se encontró un total de 62 casos en el año de 1963

SEXO

MASCULINO	56	91.93
FEMENINO	6	8.07
HERIDAS PENETRANTES	49	79.03
HERIDAS NO PENETRANTES	13	20.97
HERIDAS MORTALES	22	35.48
HERIDAS NO MORTALES	40	64.52
UNA SOLA HERIDA PUNZO CORTANTE	34	54.83
HERIDA PUNZO CORTANTE ACOMPAÑADA DE OTRAS LESIONES	28	41.17

REGIONES DONDE SE LOCALIZARON LAS HERIDAS

CABEZA	0	0
CUELLO	6	8.97
TORAX	34	50.74
TORACO ABDOMINAL	11	14.92
ABDOMEN	9	13.43
MIEMBROS SUPERIORES	4	5.97
MIEMBROS INFERIORES	3	4.47

EDAD

1-10	0	0
11-20	8	12.90
21-30	34	54.83
31-40	13	20.97
41-50	3	4.83
51-60	2	3.22
61-70	1	1.61
71-80	1	1.61

Cuadro Estadístico, que contiene casos con el diagnóstico específico de "Heridas por arma punzo-cortante" obtenidos de 65 informes médico legales y 20 autopsias médico legales de los archivos del Departamento Médico Forense del Organismo Judicial con sede en el Hospital General de Guatemala, correspondientes al año de 1964

Se encontró un total de 85 casos en el año de 1964

SEXO

MASCULINO	75	88.23
FEMENINO	10	11.77
HERIDAS PENETRANTES	75	88.23
HERIDAS NO PENETRANTES	10	11.77
HERIDAS MORTALES	20	23.53
HERIDAS NO MORTALES	65	76.47
UNA SOLA HERIDA PUNZO-CORTANTE	54	63.52
HERIDA PUNZO-CORTANTE ACOMPAÑADA DE OTRAS LESIONES	31	36.48

REGIONES DONDE SE LOCALIZARON LAS HERIDAS

CABEZA	0	0
CUELLO	7	7.14
TORAX	54	56.13
TORACO ABDOMINAL	9	9.18
ABDOMEN	14	14.28
MIEMBROS SUPERIORES	10	10.20
MIEMBROS INFERIORES	4	4.08

EDAD

1-10	0	0
11-20	9	10.58
21-30	49	57.64
31-40	14	16.47
41-50	8	9.41
51-60	3	3.52
61-70	2	2.35
71-80	0	0

Cuadro Estadístico, que contiene casos con el diagnóstico específico de "Heridas por arma punzo-cortante" obtenidos de 50 informes medico legales y 11 autopsias médico legales de los archivos del Departamento Médico Forense del Organismo Judicial con sede en el Hospital General de Guatemala, correspondientes al año de 1965.

Se encontró un total de 61 casos en el año de 1965

SEXO	No. de Casos	%
MASCULINO	57	93.45
FEMENINO	4	6.55
HERIDAS PENETRANTES	41	67.22
HERIDAS NO PENETRANTES	20	32.78
HERIDAS MORTALES	11	18.03
HERIDAS NO MORTALES	51	81.97
UNA SOLA HERIDA PUNZO-CORTANTE	41	67.22
HERIDA PUNZO-CORTANTE ACOMPAÑADA DE OTRAS LESIONES	20	32.78;

REGIONES DONDE SE LOCALIZARON LAS HERIDAS

CABEZA	1	1.53
CUELLO	3	4.44
TORAX	40	61.50
TORACO ABDOMINAL	4	6.15
ABDOMEN	12	18.46
MIEMBROS SUPERIORES	4	6.15
MIEMBROS INFERIORES	1	1.53

EDAD

1-10	0	0
11-20	6	9.83
21-30	37	60.65
31-40	9	14.65
41-50	5	8.19
51-60	2	3.27
61-70	2	3.27
71-80	0	0

Cuadro Estadístico que contiene casos con el diagnóstico específico de "Heridas por arma punzo-cortante" obtenidos de 54 informes médico legales y 18 autopsias médico legales de los archivos del Departamento Médico Forense del Organismo Judicial con sede en el Hospital General de Guatemala, correspondiendo al año de 1966.

Se encontró un total de 72 casos en el año de 1966

SEXO	No. de casos	%
MASCULINO	53	73.61
FEMENINO	19	26.39
HERIDAS PENETRANTES	53	23.61
HRIDAS NO PENETRANTES	19	26.39
HERIDAS MORTALES	18	25.00
HERIDAS NO MORTALES	54	75.00
UNA SOLA HERIDA PUNZO-CORTANTE	36	50.00
HERIDA PUNZO-CORTANTE ACOMPAÑADA DE OTRAS LESIONES.	36	50.00

REGIONES DONDE SE LOCALIZARON LAS HERIDAS

CRANEO	1	1.25
CUELLO	7	1.25
TORAX	45	56.25
TORACO ABDOMINAL	5	6.25
ABDOMEN	11	1.37
MIEMBROS SUPERIORES	8	10.00
MIEMBROS INFERIORES	3	3.75

EDAD

1-10	0	0
11-20	8	11.09
21-30	39	54.16
31-40	10	13.88
41-50	7	9.72
51-60	4	5.55
61-70	3	4.16
71-80	1	1.38

Cuadro estadístico que expone el total de casos encontrados en los 5 años de investigación y los casos totales según sus características.

Total de casos encontrados en 5 años: 341 correspondientes a 246 informes médico-legales y 95 autopsias médico-legales (5)

SEXO		
MASCULINO	294	86.21
FEMENINO	47	13.79
HERIDAS PENETRANTES	263	77.13
HERIDAS NO PENETRANTES	78	22.87
HERIDAS MORTALES	94	27.85
HERIDAS NO MORTALES	247	72.15
UNA SOLA HERIDA PUNZO-CORTANTE	198	58.06
HERIDA PUNZO-CORTANTE ACOMPAÑADA DE OTRAS LESIONES	143	41.94

REGIONES DONDE SE LOCALIZARON LAS HERIDAS

CABEZA	2	0.53
CUELLO	21	5.66
TORAX	199	53.63
TORACO ABDOMINAL	36	9.70
ABDOMEN	61	16.44
MIEMBROS SUPERIORES	31	8.35
MIEMBROS INFERIORES	15	4.04

E D A D

1-10	0	0
11-20	38	11.14
21-30	187	54.86
31-40	63	18.47
41-50	28	8.21
51-60	15	4.39
61-70	8	2.34
71-80	2	0.58

RESULTADOS: CONSIDERACIONES QUE NACEN DEL ESTUDIO DE LOS CUADROS ANTERIORES.

1. La incidencia de heridas por arma punzo-cortante es alta como se deriva del estudio de los 5 años especificados en los cuadros y los cuales dan un total de 341 casos.

2. La incidencia por sexos es mayor en el sexo masculino con un total de 294 casos correspondiente al 86.21% y en el sexo femenino se encontró un total de 47 casos correspondiente al 13.79 %.

Esto se debe posiblemente a que el hombre en nuestro medio tiene mas facilidad de usar las armas punzo-cortantes en riñas; además tiene más actividades fuera del hogar, lo que lo pone frente a múltiples situaciones peligrosas (asaltos, agresiones en canticas etc.) aumentando así enormemente sus posibilidades de sufrir heridas, cosa que sucede en menor escala en la mujer generalmente

más inclinada en nuestro medio a las labores hogareñas.

3. La incidencia de heridas por arma punzo-cortante penetrantes fue mayor en relación con las heridas no penetrantes, dando un total de 263 casos de heridas penetrantes correspondientes al 77.13% y 78 casos de heridas no penetrantes correspondientes al 22.87%. Las incidencias mayores de las heridas penetrantes se deben posiblemente al hecho de que cuando un agresor ha tomado la determinación de agredir a una persona lo hace con la intención de causar la mayor cantidad de daño posible y se tiene la idea generalizada popularmente verídica de que las lesiones de las cavidades son más peligrosas por lo que dichos individuos tratan de alcanzar las cavidades anatómicas, hieren con la intención de alcanzar el corazón o los pulmones.

4. La incidencia de heridas no mortales fue mayor que la de las heridas mortales dando un total de 247 heridas no mortales correspondiente al 72.15% y un total de 94 casos de heridas mortales correspondiente al 27.85%. Esto último se debe a que casi todas estas heridas tienen atención médica pronta por lo aparatoso de la herida y el acto en que se cometió (riña) llevándose los lesionados a los Centros Hospitalarios.

5. La incidencia de heridas por arma punzo-cortante asociadas a otras lesiones fue menor que en las que se encontró una sola herida punzo-cortante. El número de casos de una sola herida punzo-cortante fue de 198 correspondiente a 58.06%. El número de casos de heridas punzo-cortantes asociados a otras lesiones fue de 143 correspondiente al 41.94%. Esto se debe a que

el agresor una vez efectuada la primera herida hace que el ofendido tome una actitud puramente defensiva o de impotencia lo que hace que el agresor recapacite de su acto o se de por satisfecho con el daño ocasionado.

En los casos de heridas punzo-cortantes asociadas a otras lesiones, pueden ser estas últimas producidas en el inicio de una riña a puñetazos que finalmente termina con la producción de una herida por arma punzo-cortante y por último vemos los casos de saña, que como se colige entran en estas heridas asociadas a otras lesiones.

6. Las regiones afectadas en su orden de mayor o menor incidencia fueron las siguientes:

a) Región torácica con un total de 199 heridas correspondientes al 53.33%, esto es debido a que la región car-

díaca es la que siempre un agresor tiene en mente al hacer una lesión con arma punzo-cortante. Además es una región que queda a la altura del miembro superior del agresor especialmente cuando se hace la ex - 'tensión del mismo para inferir una herida.

b) Región abdominal: Con un total de 61 heridas correspondientes al 16.44%. Esta incidencia es la que sigue a la región torácica y es por la relativa facilidad y comodidad con que se puede efectuar una herida en dicha región, especialmente por estar a una altura de fácil alcance de la extremidad superior, así como su rápida penetrabilidad por no existir tejido óseo en la pared anterior.

c) Región Toraco-Abdominal: Con un total de 36 heridas correspondientes al 9.70%. Esta región tiene una incidencia menor que las dos anteriores debido a que en estas heridas el agresor tiene la intención de alcanzar

la región torácica y por razones de movilidad del ofendido termina alcanzando las cavidades torácica y abdominal el ofensor.

d) Miembros superiores con un total de 31 heridas correspondientes al 8.35%, dichas heridas tienen menor incidencia que las anteriores ya que el ofendido las recibe cuando ha tenido oportunidad de cierta defensa, extendiendo los miembros superiores o poniendo el antebrazo en acción defensiva frente al arma del agresor.

e) Región del cuello: Con un total de 21 casos correspondientes al 5.66%, se observa en esta región una incidencia menor que en las anteriores, posiblemente por tener poca superficie corporal y por la altura está menos al alcance del agresor.

f) Miembros inferiores, con un total de 15 heridas correspondientes al 4.04%. Esta región tiene baja incidencia, debido a que los miembros inferiores no se consideran

partes vitales por parte del agresor y no juegan ningún papel defensivo de tipo instintivo.

g) Cráneo: Esta región tiene la incidencia más baja de todas las regiones con un total de dos heridas correspondientes al 0.53%. Esto es posiblemente debido a que se considera que la región craneana presenta una difícil penetrabilidad por las paredes óseas que tiene y por lo tanto un agresor no tratará de alcanzar dicha región. Además hay una altura mayor en relación con los miembros superiores del agresor.

7. La frecuencia de edad por decenios, yendo de la mayor frecuencia a la menor, fue la siguiente:

a) 21-30 años, con un total de 187 casos correspondientes al 54.86%. Esto es debido a que el individuo que se encuentra entre este decenio ha llegado a obtener el mayor vigor físico, tiene criterio propio y ocupa

gran parte de su tiempo en la calle, así como que tiene mayor tendencia y accesibilidad a visitar bares y cantinas y por ser la edad en que liba más licor.

b) 31-40 años, con un total de 63 casos correspondientes al 18.47%. Esto se debe a que los mismos factores enumerados en el decenio anterior persisten, aunque en menor intensidad debido a que esta edad del individuo muchas veces es casado y sus ratos de ocio son transcurridos durante más tiempo en el hogar.

c) 11-20 años con un total de 38 casos correspondiente al 11.14%. Se observa ya en esa edad la influencia del círculo familiar. Cuando se desenvuelve en un medio con baja calidad moral; pero la incidencia es baja debido a que sus riñas, muchas veces con hombres de su edad, son satisfechas por medio de puñetazos.

d) 41-50 años, con un total de 28 casos correspondiente al 8.21%. Como se observa en esta edad, las reacciones de tipo emotivas son más auto-controlables debido a la experiencia de los años. Por lo que el individuo recapacita, más antes de tomar una actitud de tipo agresivo que le llevaría a una riña con posibles lesiones.

e) 51-60 años, con un total de 15 casos correspondiente al 4.39%. En dicho decenio se pueden aducir las mismas razones del decenio anterior y posiblemente a que estas heridas fueron cometidas únicamente en casos con ocasión de robo o de alcoholismo.

f) 61-70 años con un total de 8 casos correspondiente al 2.34%. Se observa aquí la incidencia sumamente baja por el factor de que el individuo es menos dado a la violencia y únicamente se puede aducir la razón dada en el decenio anterior aunque con menor énfasis.

g) 71-80 años con un total de 2 casos. Correspondiente al 0.58%. En este decenio se encontró la más baja incidencia por ser el individuo más pasivo, debido a su avanzada edad.

h) 1-10 años con un total de 0 casos. Como se observa esto corresponde al 0% y es posiblemente a que un agresor debido a su mayor desarrollo físico y experiencia le es más fácil lesionar al ofendido con las manos, puñetazos, puntapies etc.- que ir en busca de una arma punzo-cortante para inferirle una herida. Además en esta edad es cuando el individuo goza de mayor protección por parte de la familia.

DISCUSION

El valor de los cuadros anteriores es valiosísimo y concreto, ya que da idea de la extrema frecuencia de heridas por armas punzo-cortantes y sus características más comunes, en nuestro medio.

El estudio de los diferentes casos, descritos en los cuadros estadísticos corresponden la mayoría, solo al departamento de Guatemala, pero a pesar que faltan los datos estadísticos del resto de la República, si nos da una idea bastante aproximada en cifras, acerca de las heridas por arma punzo-cortante en nuestro medio ya que es el Departamento más poblado y de criminalidad más elevada, donde se encuentran todos los niveles sociales y económicos siendo por lo consiguiente representativo de toda la República.

Además se trata de casos que han sido estudiados e informados desde el aspecto Médico Forense; por lo que son de mucho valor.

CONCLUSIONES

1.- Las heridas por arma punzo-cortante son muy frecuentes en nuestro medio, siendo gran número de ellas mortales.

2.- Las personas con heridas por arma punzo-cortante tiene muchas veces lesiones múltiples.

3.- Las heridas por arma punzo-cortante más frecuentes son las del tórax.

4.- Las heridas por arma punzo-cortante son más frecuentes entre los 21 y 30 años posiblemente por haber llegado el individuo a la edad de máximo vigor físico, por tener el individuo más acceso a lugares de peligro potencial como son bares y cantinas, así como por el hecho de tener más libertad de tipo familiar y criterio propio.

5.- Las heridas por arma punzo-cortante pueden ser identificadas en la autopsia o el informe médico-

legal por tener características propias.

6.- Las heridas punzo-cortantes son más frecuentes en el sexo masculino siendo poco frecuentes en el sexo femenino.

7.- La mayoría de las heridas punzo-cortantes son penetrantes siendo las no penetrantes de menor frecuencia.

8.- La mortalidad de las heridas penetrantes producidas por arma punzo-cortante es muy elevada.

SUMARIO Y RECOMENDACIONES

1.- Las heridas por arma punzo cortante se observan con bastante frecuencia en el ejercicio de la Medicina Forense.

2.- Son muy graves, especialmente las que penetran las cavidades anatômicas y hieren órganos vitales.

3.- Todos los médicos están obligados a conocer aunque sea someramente, los caracteres de dichas heridas y los problemas médico-forense que de ellas derivan, pues en el ejercicio de la profesión de médico y cirujano general, toca a éste, en más de una oportunidad, informar a la justicia acerca de tales heridas.

4.- Un problema de suma importancia es la determinación de si se trata de un caso de suicidio u homicidio. Ya se han dado indicaciones para poder resolver este problema pero en el caso de que haya duda el médico o perito debe concretarse a afirmar

los datos comprobados ya que su opinión es la mayoría de las veces concluyente y por lo tanto debe recapacitarse sobre la enorme responsabilidad que sobre éste recae, ya que la opinión que emita puede determinar el futuro de una o varias personas.

5.- La Legislación Guatemalteca pena la portación de armas; sin embargo se debe hacer una campaña de tipo educativo para que el individuo común sepa las sanciones en que incurre al portar y utilizar un arma punzo-cortante.

6.- Las autoridades deben de poner más empeño en velar por el cumplimiento de la ley que prohibe la portación de armas punzo-cortantes para evitar en lo posible las heridas que dichas armas producen. Ya que está demostrada su alta incidencia en el medio Guatemalteco.

BIBLIOGRAFIA

1. Carrillo, Arturo. Lecciones de medicina forence y toxicología dictadas en la cátedra de Medicina Forence y Toxicología de la Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1964. pp. 4-7, 37-38, 42-43.

2. Enciclopedia Barsa. Acero inoxidable. 5a. ed., Buenos Aires, Enciclopedia Británica, Inc., 1962. p. 4 (vol. VI)

3. Ganong, William F. Review of medical physiology. 2a. ed., Los Altos, Calif., Lange Medical Publications, 1965. p. 44.

4. Gradwohl, R. B. H. et al. Legal medicine. St. Louis, C.V. Mosby, 1964. pp.237-239.

5. Guatemala. Hospital General, archivos del Depto. Médico Forence del Organismo Judicial del Hospital General; 1962-66.

6. Harkins, Henry S. et al. Surgery; principles and practice. 2d ed. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1961. pp. 7-10, 926-28, 1179.

7. Kerr, Douglas. Forensic medicine. 6th ed. London, Adams and Charles Black, 1957. pp. 90-94.

8. Lesiones corporales en Guatemala. En: Ley constitutiva del organismo Judicial, Código penal y código de procedimientos penales de la Rep. de Guatemala con sus reformas y un apéndice conteniendo leyes que se relacionan con ellos. Ed. por Carlos García Mendoza. México, Ed. B. C.A., 1948. pp. 170-72.

9. Mora, Carlos Federico. Medicina Forence. 4a ed. Guatemala, Tip. Nacional, 1966. pp. 186-87, 211-13, 271.

10. Rojas, Nerio. Medicina legal. 3a. ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1942. pp.103 - 107.

11. Simonin, C. Medicina legal. Barcelona. Ed, JIMS., 1962. pp. 84-93.

12. Taylor, S & Alfred Swaines. Principles and practice of medical jurisprudence. 11th ed. London, J. & A. Churchill, Ltd., 1956. pp. 226, 228, 249-50.

VoBo. Ruth R. de Amaya

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

Guatemala, Septiembre de 1967