

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE LAS LESIONES POR ARMA DE FUEGO  
O ARMA BLANCA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "ANTONIO MARÍA PINEDA",**

María Calderón, Coz Marife Chan Kwai Tei, Marianny Domínguez,  
Karen García, Gabriel Gómez, Lynn Morales y Damelis Daza.

Departamento de Medicina Preventiva y Social, Decanato de Ciencias de la Salud, Unidad  
de Investigación en Salud Pública. UCLA. Barquisimeto. E mail: djgarcia26@yahoo.com

**RESUMEN**

El presente estudio tiene como objetivo determinar las características clínico-epidemiológicas de las lesiones por armas de fuego o blanca en el Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda", Barquisimeto estado Lara. El estudio de tipo descriptivo, transversal. La población constituida por 269 pacientes lesionados que ingresaron al servicio de Emergencia del Hospital en el periodo Septiembre – Octubre 2012. Los datos se recolectaron en una ficha estructurada en III partes. Se encontró un mayor porcentaje de lesionados en el sexo masculino (94.1%), en el grupo de edad de 20 y 35 años (60,2%), en los obreros (53,2%) y en el estrato IV (69,1%). El domingo tuvo mayor porcentaje de lesionados (23.4%), el momento del día con mayor ocurrencia fue la noche (44.6%). El 97.4% de los lesionados ocurrió en el estado Lara de los cuales 64.5% fueron en el municipio Iribarren; siendo la parroquia Juan de Villegas la de mayor porcentajes de lesionados (25.4%). El lugar de ocurrencia más común fue la calle (72.9%), por otra parte; el robo (48.7%) fue el principal motivo de agresión, predominó el uso de arma de fuego (85.5%) en su mayoría cortas (60.9%), las lesiones fueron complicadas en 83.6% de los casos, comprometiendo el sistema vasculonervioso con 73.8%, en cuanto al grado de contaminación 39.4% fueron contaminadas y limpias contaminadas, la región anatómica más afectada correspondió a múltiples regiones del cuerpo (20.4%). Esta investigación aportará datos para la elaboración de protocolos para la atención inmediata del paciente lesionado por arma de fuego o arma blanca.

**Palabras Clave:** violencia, lesiones, arma, prevención.

**CLINICAL – EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FIREARM OR KNIFE  
INJURIES IN THE CENTRAL UNIVERSITY HOSPITAL "ANTONIO MARÍA PINEDA".**

**ABSTRACT**

The present study aims to determine the clinical and epidemiological characteristics of gunshot injuries or stab entering the University Central Hospital "Antonio Maria Pineda", Barquisimeto, Lara state. A study was conducted descriptive, transversal. The population consisted of 269 injured patients admitted to the emergency room of Hospital in the period September-October 2012. The data were collected in a structured form in parts III, among the findings, we found a higher percentage of injuries among males (94.1%) in the age group of 20 and 35 years (60.2%), in workers workers (53.2%) and in IV (69.1%). Sunday was the day with the highest number of injuries (23.4%), the time of day with the highest occurrence was the night (44.6%). The 97.4% occurred in Lara state of which 64.5% were in the municipality Iribarren, being the Juan de Villegas parish which has the highest percentage of injuries (25.4%). The most common place of occurrence was in the street (72.9%) , moreover, theft (48.7%) was the main reason for aggression, predominantly used a firearm (85.5%) mostly short (60.9%) injuries were complicated in 83.6% of cases, compromising the neurovascular system with 73.8% in the degree of contamination was demonstrated 39.4% of contaminated and clean-contaminated, the most affected anatomical region corresponded to multiple body regions (20.4%). This research provides data for the development of protocols for the immediate care of the injured patient gunshot or stabl.

**Key words:** violence, injury, weapon, prevention,

Recibido: 08/05/2014. Aprobado: 29/09/2014

## Introducción

La violencia, a pesar de no constituir una enfermedad en el sentido tradicional de su comprensión, donde el elemento etiológico-biológico desempeña como regla un papel fundamental; en sentido social, constituye un problema de salud y un importante factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en el nivel social, psicológico y biológico. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), divide la violencia en tres categorías generales según las características de los que cometen el acto de violencia: la violencia autoinflingida (comportamiento suicida y autolesiones), la violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco), la violencia colectiva (social, política y económica). <sup>(2)</sup>

En otro orden de ideas, se tiene que para la mejor comprensión de la violencia y para poder hacer comparaciones de los registros de casos y muertes violentas entre los diferentes países se sigue la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) considerándose como violencia a los eventos que aparecen bajo la categoría general de causa externa de morbilidad y mortalidad (V01-Y98) y de acuerdo a ésta, incluye a todos los accidentes de transporte (V01-V99), otras causas externas de traumatismos accidentales (W99-X59), lesiones autoinflingidas intencionalmente o suicidios; eventos de intención no determinada (Y10-Y34), lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra (Y35-Y36) (X6-X84) y agresiones u homicidios (X85-Y09). <sup>(2)</sup>

A pesar que esta clasificación es poco rigurosa, porque comprende en su interior una amplitud excesiva de eventos y procesos, permite una clasificación más precisa y al mismo tiempo comprensiva sobre todo cuando se trata de datos de morbilidad y ha permitido realizar un análisis desde el punto de vista epidemiológico sobre la situación de la violencia en diferentes países, pudiéndose determinar la tendencia y la magnitud del fenómeno. Sobre todos aquellos eventos que aparecen bajo la categoría de lesiones y/o agresiones sufridas por arma de fuego y arma blanca, dado que en la actualidad las muertes y lesiones ocurrida con la utilización de estos instrumentos se suceden con mayor frecuencia, ocupando un lugar preponderante entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad.

Es importante acotar que las lesiones han sido conceptualizadas por diferentes autores definiéndolas

como el resultado de una violencia que ejercida sobre un individuo, que va a condicionar un daño a la vida, al cuerpo o la salud <sup>(3)</sup>. Estas lesiones pueden ser producidas por diferentes objetos entre ellos las armas de fuego y armas blancas. Desde el punto de vista médico-quirúrgico, las lesiones por arma de fuego son heridas contusas con solución de continuidad. En estas lesiones, se pueden distinguir tres componentes, orificio de entrada, trayectoria y orificio de salida. Asimismo, las lesiones pueden ser producidas por arma blanca el cual son instrumentos lesivos manejados manualmente que atacan la superficie corporal con una superficie roma, un filo, una punta o ambos a la vez. <sup>(4)</sup> Por otra parte las lesiones por arma de fuego y arma blanca han sido clasificadas por diversos autores como Altemeier que las categoriza según su grado de limpieza y contaminación. <sup>(5)</sup>

En otro orden de idea, los estudios han revelado en el ámbito mundial durante el 2010 que 42% de los homicidios fueron cometidos con armas de fuego. En América, esta cifra fue del 74%, mientras que en Europa de 21%. En el Salvador diariamente un promedio de 12 personas son víctimas de hechos delictivos realizadas con armas de fuego. Del mismo modo, se ha demostrado que en países como Jamaica, Santa Lucía y en muchas otras islas del Caribe aumentan los crímenes con armas de fuego y otras formas de violencia, implicando a jóvenes desertores escolares o con bajo nivel de educación. <sup>(6)</sup>

A su vez las arma blanca, constituyen detrás de las armas de fuego, los instrumentos más utilizados para cometer hechos delictivos, así lo demuestran los datos reportados por el Observatorio de la Violencia del Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad en Honduras durante el 2011, evidenciando que 10,5% de las lesiones son producidas por arma blanca mientras que 89 % ocurren por arma de fuego. <sup>(7)</sup> Asimismo, en México, en la quinta encuesta sobre seguridad nacional en el 2007, reporta 33% de heridos por arma blanca contra 65% por armas de fuego. <sup>(8)</sup> Sin embargo en Cuba, se obtuvo 69 % de lesiones por arma blanca contra 10 % por arma de fuego. Se observa que existe una elevada prevalencia en el uso de arma de fuego como instrumento para hechos delictivos. <sup>(9)</sup>

En Venezuela, unos de los países más violentos en América latina, los hechos delictivos con armas de fuego y armas blanca representan uno de los principales problemas para el país, en los últimos 137 meses han ocurrido 143 mil homicidios y muertes violentas, donde 136 mil personas fueron asesinadas por armas de fuego y 716 mil personas han resultado heridas por armas de fuego y armas blancas, Asimismo, ocupa la segunda

posición mundial en el número de homicidios de jóvenes, 107 mil jóvenes entre 14 y 26 años han sido asesinados en manos del hampa desbordada y 537 mil han resultado heridos por armas de fuego y armas blancas según cifras aportadas por el Ministerio del Poder Popular para Interiores y Justicia (MPPI) y el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas (CICPC).<sup>(10)</sup> Para octubre de 2012 en el estado Lara, habían ocurrido 826 homicidios que representan en promedio 91 muertes mensuales, equivalente a 3 muertes por día. Del total de homicidios ocurridos hasta ese mes, 603 fueron perpetrados en la capital del estado, Barquisimeto.<sup>(11)</sup>

Con relación al comportamiento de la morbilidad por lesiones y/o agresiones por arma blanca y de fuego, diferentes estudios epidemiológicos han demostrado que los hombres se ven implicados con mayor frecuencia en este tipo de hecho con respecto a las mujeres, todo esto debido indudablemente a su mayor exposición al riesgo. Con respecto a esto, Suarez y col, refieren que el promedio anual de muertes en los últimos cinco años por agresiones en el sexo masculino fue de 7.064 y del sexo femenino 494.<sup>(12)</sup> Asimismo, se ha reportado que el mayor número de víctimas ocurre en jóvenes menores de 18 años principalmente entre 15 y 17 años, lo cual es un hecho alarmante debido a que estos constituyen el grupo de población productiva de cada país estableciendo pérdidas totales o parciales de millones de años de trabajos con alto costo a las naciones.<sup>(13)</sup>

Todas las personas están propensas a sufrir lesiones por arma blanca o de fuego, debido a la gran tasa de inseguridad que existe actualmente y que afecta a todo el país. No obstante, existen individuos con diferentes características que lo hacen más proclives a sufrir este tipo de evento; por ejemplo la ocupación, pues existe una mayor probabilidad de ocurrencia de hechos violentos en aquellos individuos que se desempeña como taxistas, conductores de autobuses, empleados informales y los que laboran en horarios nocturnos. De igual forma cualquier persona no importa su estrato social pueden verse inmerso en este tipo de hechos, sin embargo estudios revelan que es en los estratos socioeconómicos más pobres donde se ve con mayor frecuencia este tipo de hechos que conllevan a la ocurrencia de lesiones por dichas armas.<sup>(14)</sup>

Por otra parte, se ha evidenciado que la ocurrencia del hecho acontece con mayor incidencia en el área urbana, principalmente donde existen zonas de exclusión resultantes de una mayor densidad poblacional y del desarrollo rápido y mal planificado. Asimismo, en las áreas donde la riqueza y

pobreza extrema cohabitan parecen aumentar la frecuencia de incidentes de violencia.<sup>(15)</sup> La mayoría de estos tipo de hechos se ven recrudescidos los fines de semana, principalmente en horas de la tarde y en la noche.<sup>(16)</sup>

Son varias las causas o motivos que pueden suscitar situaciones que devengan en ocasionar heridas, bien sea por arma de fuego o arma blanca. De allí que los estudio epidemiológico de la violencia, constituyan un campo de interés para numerosos investigadores por considerarse un problema de gran trascendencia, magnitud y complejidad. Además que cuantificar los hechos violentos plantea muchas dificultades, pues los sistemas de información de los países se hallan en distintas fases de desarrollo, de allí que la integridad, la calidad, la fiabilidad y la utilidad de los datos varían mucho. Todo esto cobra mayor importancia si se toma en consideración, como se menciona anteriormente, que las lesiones por arma de fuego y arma blanca producen una alta morbimortalidad constituyendo un problema de salud pública, ya que afecta principalmente a la población económicamente activa, trayendo consigo serias repercusiones en el ámbito económico y desarrollo del país. Aunado a esto no se dispone de información adecuada sobre las cifras de personas lesionadas por causa de la violencia en más de la mitad de los países del mundo.

Por otra parte, los datos que se disponen sin duda subestiman la verdadera dimensión del problema, que no permite tener un conocimiento amplio de la situación específicamente sobre las características de las lesiones por arma de fuego y arma blanca que ocurren a nivel regional, es por esto que surge la siguiente interrogante ¿Cuáles son las características clínico epidemiológicas de las lesiones por arma de fuego y arma blanca que ingresan en el Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” de Barquisimeto, municipio Iribarren, estado Lara?. Para dar respuesta a esta interrogante se decidió caracterizar las lesiones por arma de fuego y arma blanca que ingresan al Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” de Barquisimeto, municipio Iribarren, estado Lara, septiembre - octubre 2012

### **Metodología**

La presente investigación tiene un diseño, descriptivo transversal. La población estuvo constituida por 269 pacientes lesionados por arma de fuego o arma blanca que ingresaron al Hospital Central Universitario Antonio María Pineda en el periodo septiembre- octubre 2012.

Se procedió a visitar el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, todos los días de 5:00pm a 7:00pm, sábados y domingos de 7:00am a 7:00pm, para aplicar la ficha de recolección de datos en los pacientes con lesiones por arma de fuego y arma blanca, previo consentimiento informado. Se les informó el objetivo de la investigación, la importancia en el aporte de los datos y se le explicó que su identidad no sería revelada. A través de la anamnesis, la observación y la revisión de la historia clínica se procedió a la toma de datos pertinentes a las características clínico epidemiológico de las lesiones por arma de fuego o por arma blanca, para lo cual se utilizó una ficha de recolección que consta de tres secciones: **La parte I** se incluye datos de identificación del paciente, edad, sexo, ocupación, fecha y hora, día de la semana, lugar de ocurrencia del hecho (calle, casa, trabajo, restaurants, discoteca, tasca u otros), lugar de ocurrencia por parroquia del municipio Iribarren y procedencia por estado.

**La parte II** se dividió en dos partes la primera: corresponde a datos epidemiológicos relacionado con el estrato socioeconómico del paciente según Méndez Castellano<sup>(17)</sup>, el cual permitió clasificar a la población en cinco estratos de acuerdo al puntaje obtenido:

- Estrato I.- entre 4, y 6 puntos.
- Estrato II.- Entre 7 y 9 puntos.
- Estrato III. -Entre 10 y 12 puntos.
- Estrato IV.- Entre 13 y 16 puntos.
- Estrato V.- Entre 17 y 20 puntos.

Para efectos de este estudio, la variable estrato socioeconómica fue modificada, creando tres categorías para facilitar el análisis de los resultados. La primera categoría corresponde a los estratos I y II de la clasificación de Graffar considerándose como nivel socioeconómico bueno. La segunda categoría incluye el estrato III de la clasificación de Graffar y representa el nivel socioeconómico regular. Finalmente, la tercera categoría abarca los estratos IV y V de la clasificación de Graffar y fue clasificada como nivel socioeconómico malo.

La segunda parte, contenía los motivos por el cual fue agredida la víctima: robo, accidental, riñas, secuestro, defensa propia o autoinflingida.

**La parte III** se expone datos clínico en la cual se identifica el tipo de arma que causó la herida, posteriormente la clasificación de las lesiones en simples y complicadas, se tomó como lesiones simples aquellas que afectan la piel como las laceraciones y

excoriaciones y como lesiones complicadas aquellas donde había compromiso vasculonervioso, muscular, de cartílago, óseas y vísceras. Posteriormente, se categorizó las lesiones según la clasificación de Altemeier que toma como parámetros el grado de limpieza y contaminación.<sup>(5)</sup> Finalmente región anatómica que afecta según la CIE-10.<sup>(18)</sup>

Los datos se procesaron a través del paquete estadístico SPSS Versión 15 para Windows. Los resultados, se presentaron mediante cuadros, gráficos y mapas, se analizaron según el tipo de variables, para las cualitativas se emplearon valores absolutos y porcentajes.

Con respecto al comportamiento espacial se caracterizó según municipio y parroquia. Este último permitió identificar la parroquia con mayor riesgo de lesiones por arma de fuego y blanca, facilitando así la construcción del mapa de riesgo.

Para definir el área de riesgo, se utilizó un análisis por cuartiles definiéndose las parroquias como:

- Alto Riesgo: todos aquellos que estuvieran por encima del Q3
- Mediano Riesgo: las parroquias que se encuentren entre el Q3 y Q1
- Bajo Riesgo: Todas las parroquias que están por debajo de Q1

## RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos sobre la base de los datos recolectados. Al analizar los datos del cuadro 1, donde se muestran las características sociodemográfica del paciente, se evidencia predominio de lesionado en el sexo masculino (94%) con relación al femenino (5,9%). En cuanto a la variable edad, el mayor porcentaje de lesionados es para el grupo de 20 a 35 años con 59.5%, y el menor porcentaje (7%) es para los de 59 y años más. Por otra parte, se muestra que de las personas lesionadas 53.2% pertenecen a la clase obrera, seguido de amas de casa, jubilados y desempleados con 19.3%. Asimismo, los más afectados según el nivel socioeconómicos son las personas con malas condiciones representadas por 90,3%

Al analizar la variable tiempo, se pudo constatar que 23.4% de lesionados se producen los domingos, seguido de los sábados con 20.8% De la misma forma, 44.6% de las lesiones por arma de fuego y arma blanca ocurrieron en la noche, 22.7% en la tarde, 21.2% en la madrugada y por último 11.5% en la mañana. (Cuadro 2).

Por otra parte, 97,4% de los hechos ocurrieron en el estado Lara y de estos 64.5% sucedieron en el municipio Iribarren. Asimismo, 72.9% de los pacientes fueron heridos en la calle, 19.7% ocurrió en la casa, y sólo 0.7% en tascas (Cuadro 3). En el mapa 1, se puede evidenciar que las parroquias con más alto riesgo de ocurrencia son Juan de Villegas (25.4%), Catedral (16.5%) y El Cují (14.2%),

En el figura 1, se observa que el mayor porcentaje (83.6%) de los pacientes presentan lesiones complicadas y 16.4% muestran lesiones simples. Además, 93.2% de los pacientes sufrieron laceraciones y 6.8% escoriaciones. Las lesiones vasculonerviosas ocurrieron en 73.8% de los casos, seguida de las

## DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación el número total de personas que ingresaron a la emergencia del Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda” en el período Septiembre-Octubre 2012 por lesiones por arma de fuego o arma blanca fue de 269 personas. En cuanto al sexo se observó que el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino con edades comprendidas entre 20 y 35 años, esto debido a mayor exposición al riesgo en los que se ven implicados los hombres con respecto a las mujeres; hallazgos similares a los encontrados por Suarez y col.<sup>(13)</sup>

Tras evaluar los resultados en base al día de ocurrencia del hecho y momento del día, se observó que 20,8% y 23,4% corresponden a los días sábado y domingo respectivamente, siendo la noche el momento del día con mayor porcentaje de lesionados, con 44,6%. Dichos resultados guardan relación con lo expuesto por el Instituto de Investigaciones de convivencia y Seguridad Ciudadana (INSOSEC), en su reporte “La Situación de Seguridad en Venezuela”, del primer trimestre del 2010, en donde manifiestan que los hechos violentos con arma de fuego o arma blanca tienen mayor ocurrencia los fines de semana.<sup>(16)</sup>

Con respecto a la ocupación, 53,2% corresponde a obreros y los empleados informales representaron sólo 12,3%. Lo que difiere con lo expuesto por la OMS quienes reportan que existe una mayor posibilidad de hechos violentos en aquellos individuos que se desempeñan como taxistas, conductores de autobuses, los empleados informales y las jornadas de trabajo nocturnas debido a la mayor exposición a la delincuencia, haciéndolos vulnerables.<sup>(13)</sup>

Al analizar las características de los lesionados por arma de fuego y arma blanca según el estrato socioeconómico, Hernández T, refiere que todos los estratos sociales son propensos a sufrir hechos delictivos, debido a la inseguridad que existe actualmente y que afecta a todo el país, sin embargo es en los estratos socioeconómicos bajos en

lesiones musculares con 58.6% y sólo 21.3% lesión de cartílago. De la misma forma, las lesiones contaminadas y limpias contaminada, se presentaron en igual porcentaje (39.4%), seguidas por limpias con 11.2% y por último sucias con 10%. Por otra parte, el principal motivo de agresión fue el robo (48.7%) seguidas de las riñas con 27.9%; sólo 0.7% fue por secuestro. Asimismo, 85.5% de lesiones presentada por los pacientes, son originadas por armas de fuego, sólo 14.5% por armas blancas (cuadro 4). El mayor porcentaje de heridas por arma de fuego y arma blanca afectan múltiples regiones del cuerpo con 20.4%; 18.6% afecta la región torácica; 17.1% de las lesiones ocurren en cabeza y con menor porcentaje 0.7% en muñeca y mano. (Cuadro 5)

quienes se ve con mayor frecuencia hechos violentos que conllevan a la ocurrencia de lesiones por dichas armas. Tal como se encontró en este estudio, que las personas lesionadas pertenecían al Estrato IV (69.1%), es decir, pobreza relativa de acuerdo al Método Graffar, seguidos por los pertenecientes a la clase V con 21,2%.<sup>(14)</sup>

Con respecto a la procedencia por estado en éste estudio se encontró que 97,4% de los pacientes procedían del estado Lara, de estos 64.5% procedían del municipio Iribarren, principalmente de la parroquia Juan de Villegas (25.4%) y la parroquia Catedral (16.5%). Hecho que concuerda con lo señalado por Briceño León en su investigación quien evidenció que la ocurrencia de este tipo de evento acontece con mayor incidencia en el área urbana, principalmente donde existen zonas de exclusión resultantes de una mayor densidad poblacional y del desarrollo rápido y mal planificado.<sup>(15)</sup>

En lo referente al lugar de ocurrencia del hecho, Who en el 2008 señaló que los espacios inseguros, como caminos y carriles oscuros, paradas de autobús y letrinas públicas aisladas contribuyen a la ocurrencia de las violaciones, los robos y los delitos violentos. Estos hechos pueden compararse con los hallazgos encontrados en el presente estudio donde se observó que 72,9% fueron heridos en la calle, seguido del 19,7% en la casa.<sup>(15)</sup> En lo concerniente al motivo por el cual las personas fueron agredidas, se encontró que 48,7% fueron víctimas de robos y 27,9% resultaron por riña, lo cual es semejante a lo expresado por Vásquez y col., en su investigación donde señala que son varias las causas o motivos que pueden suscitar situaciones que devengan en ocasionar heridas, bien sea por arma de fuego o arma blanca, entre los motivos más frecuentes se encuentran en primer lugar los robos. Otras causas frecuentes las riñas, las accidentales, los secuestro, por defensa propia, las autoinflingida entre otras.<sup>(19)</sup>

Al investigar las lesiones según el tipo de arma que la originó se halló que el mayor número estuvo representado por arma de fuego con 85,5% de las cuales las armas cortas constituyeron 60,9% y las largas 15,6%, en contraste con 14,5% de lesiones originadas por armas blancas divididas éstas en 59% y 23,1% para armas punzantes e inciso contundentes respectivamente, coincidiendo con los datos reportados por el Observatorio de la Violencia del Instituto Universitario en Democracia, Paz y Seguridad en Honduras durante el 2011, donde las armas blancas constituyen detrás de las armas de fuego, los instrumentos más utilizados para cometer hechos delictivos, con 10,5% y 89% respectivamente.<sup>(7)</sup>

En relación con la gravedad de la lesión, clasificándola como simples o complicadas, se evidenció que el mayor número fueron lesiones complicadas con 83,6%, en comparación con las lesiones simples que representaron 16,4%. A su vez dentro de las complicadas, las vasculonerviosas constituyeron 73,8% mientras que las laceraciones 93,2%, respectivamente. Asimismo, basados en la clasificación según el grado de limpieza y contaminación de la lesión, se obtuvo que tanto las lesiones limpias-contaminadas como las lesiones contaminadas representaron 39,4%.

En cuanto a la región anatómica afectada 20,4% de las lesiones ocurrieron en múltiples áreas del cuerpo, seguidas por las lesiones ubicadas en tórax con 18,6% y las ubicadas en cabeza que representaron 17,1%, difiriendo de lo expuesto por Brito F., en donde el área anatómica afectada con mayor frecuencia fueron las extremidades, mayoritariamente en los brazos, esto debido a que al ser agredidos el individuo expone estas áreas como medida de protección para aminorar el daño.<sup>(17)</sup>

En base a los resultados obtenidos, se demuestra la necesidad de crear e implementar medidas preventivas eficientes para la comunidad, en aras de mejorar la seguridad ciudadana y brindar información a la población en riesgo y así disminuir la morbimortalidad causada por lesiones con arma de fuego y arma blanca.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Araujo González R., y Díaz Llanes G., Un enfoque teórico-metodológico para el estudio de la violencia Revista Cubana Salud Pública. 2000; 24(2):85-90
2. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen I. Washington DC. 1995
3. Barde Diccionario Enciclopédico de Medicina. 2ª ed. Bogotá: Zamora Editores Ltda., Comarpe Internacional; 2009. Lesión Óscar Adrián Rivera-Ramírez, Anne-Marie Korinek. Antibioterapia profiláctica en cirugía. Rev. Mex Anestesiol. 2005; 28 (2): 96-108.
- 4.-Eberwine, D. Pandemia de Violencia, La salud pública puede ayudar a controlarla. OPS [en línea]. 2003 [fecha de acceso 18 de junio de 2012]; 8 (3). URL. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/Numero18\\_article1pr.htm](http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/Numero18_article1pr.htm)
5. Instituto Universitario de Democracia, Paz y Seguridad. Observatorio de la Violencia. Honduras; 2011; 22:1-16
6. Solórzano L, Sayeg C, Palmer C, Arrache M, Arroyo J, Carmona C, et al. Quinta encuesta nacional sobre la inseguridad. Instituto ciudadano de estudios sobre la seguridad a.c. México; 2007; 5:1-91
7. Ibáñez Casero Marlene, Suárez Lescay Celso. Traumas vasculares. Estadísticas de un bienio en la provincia de Santiago de Cuba. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Sep. [citado 2012 Jul. 12]; 15(9): 1-7. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192011000900004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192011000900004&lng=es).
8. Mendoza R. Venezuela es el segundo país con más homicidios de jóvenes en el mundo. Diario La Costa. 2012 Jul. 15
9. Vuanello, R. Exploración sobre el sentimiento de inseguridad en víctimas de delitos contra la propiedad. *Capítulo Criminológico*. Enero-marzo. 2003. 31(1):73-97.
10. B de Suárez C, Avilán J, Gabaldón M, Acosta M, Hamana L, Dickson S. Heridas por armas de fuego y traumas vasculares: una ventana a la violencia civil en Caracas. Gac Méd Caracas. [revista en la Internet]. 2007 Dic. [citado 2012 Jul. 12]; 115(4): 304-312. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S036747622007000400007&lng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036747622007000400007&lng=es) ; p. 697.
11. García, G. Lesiones por armas de fuego desde la perspectiva médico-criminalística. Rev Chil Cir [en línea]. 2011 [fecha de acceso 18 de

junio de 2012]; 63 (3) URL. Disponible en: [www.scielo.cl/pdf/rhcir/v63n3/art17.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rhcir/v63n3/art17.pdf)

12. Organización Mundial de la Salud. Lesiones infantiles relacionadas a la violencia en Israel, distribución dependiente de la edad. 2009; 87:325-404.

13. Hernández T. Estratificación social y delincuencia: cuarenta años de discrepancias sociológicas. RIS. 2006 [accesado el 20 jul 2012]; 64(45): 199-232. Disponible en <http://www.google.co.ve/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFMQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevintsociologia.revistas.csic.es%2Findex.php%2Frevintsociologia%2Farticle%2Fdownload%2F21%2F21&ei=4T0MUNOGGYmc9gSQn-GCg&usq=AFQjCNG2nl2gtveKU09BdPVyXgrtIVgz7g>

14. Organización Panamericana de Salud-Organización mundial de la salud. La violencia en el contexto urbano. 2012.

15. Instituto de investigaciones de convivencia y seguridad ciudadana. La situación de seguridad en Venezuela. Caracas: Sumospace; 2010.

16. Méndez Castellano, H. y Méndez, C. (1994). Sociedad y estratificación social. Método Graffar Méndez Castellano. Caracas, FUNDACREDESA. p 206

17. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Vol. 1. Washington DC. 1995

18. Vásquez, J. y Bazán, N. Características Clínicas del traumatismo torácico penetrante. Evaluación de 204 casos hospitalizados en el hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1991. (Tesis Médico Cirujano).

19. Brito F. Incidencia de Politraumatismo en Pacientes Adultos. Servicio de emergencia. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto, Venezuela. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. 2007. (Tesis Médico Cirujano).

Cuadro 1

PACIENTES LESIONADOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. BARQUISIMETO, ESTADO LARA. n=286

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	n	%
<b>SEXO</b>		
Femenino	16	5,9
Masculino	253	94,0
<b>EDAD EN AÑOS</b>		
15-19	50	18,6
20-35	160	59,5
36- 59	57	21,2
59 y mas	2	7,0
<b>OCUPACION</b>		
Profesionales y técnicos	16	5,9
Empleados sin profesión universitaria	2	0,7
Comerciantes y vendedores	33	12,3
Obreros especializados y no especializados	143	53,2
Ama de casa, jubilados y desempleados	52	19,3
Estudiantes	23	8,6
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
Buenas condiciones	6	2,2
Regulares condiciones	20	7,4
Malas condiciones	243	90,3

CUADRO Nº 2

DÍA DE LA SEMANA Y MOMENTO DEL DÍA EN QUE OCURRIÓ LA LESIÓN, BARQUISIMETO, ESTADO LARA.

DÍA DE LA SEMANA	n	%
Lunes	26	9,7
Martes	39	14,5
Miércoles	25	9,3
Jueves	20	7,4
Viernes	40	14,9
Sábado	56	20,8
<b>MOMENTO DEL DÍA</b>		
Madrugada	57	21,2
Mañana	31	11,5
Tarde	61	22,7
Noche	120	44,6
n = 269		

CUADRO Nº3

ESTADO, MUNICIPIO Y LUGAR DE OCURRENCIA DE LA AGRESIÓN. BARQUISIMETO, ESTADO LARA

Ocurrencia por Estado	n	%
Lara	262	97.4
Otros	7	2.6
Ocurrencia por Municipio		
Iribarren	169	64.5
Otros	93	35.4
Lugar de Ocurrencia		
Casa	53	19.7
Trabajo	8	3
Calle	196	72.9
Tasca	2	0.7
Otro	10	3.7

n = 269

CUADRO 4

MOTIVO POR EL CUAL FUE AGREDIDO Y TIPO DE ARMA UTILIZADA HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "ANTONIO MARIA PINEDA", BARQUISIMETO, ESTADO LARA.

MOTIVO DE LA AGRESION	N	%
Víctima de robo	131	48.7
Víctima accidental	37	13.8
Riña	75	27.9
Secuestro	2	0.7
Defensa propia	4	1.5
Autoinfligida	20	7.4
TIPO DE ARMA		
Arma de fuego	230	85.5
Arma blanca	39	14.5

n=269

CUADRO 5

LESIONES SEGÚN REGION ANATOMICA AFECTADA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO "ANTONIO MARIA PINEDA". BARQUISIMETO, ESTADO LARA.

REGION ANATOMICA QUE AFECTA LA HERIDA	N	%
Herida en cabeza (S01)	46	17.1
Herida en cuello (S11)	12	4.5
Herida en tórax (S21)	50	18.6
Herida en abdomen, región lumbosacra, columna lumbar y pelvis (S31)	45	16.7
Herida en hombro y brazo (S41)	27	10
Herida en antebrazo y codo (S51)	8	2.9
Herida en muñeca y mano (S61)	2	0.7
Herida en cadera y muslo (S71)	24	8.9
Herida en rodilla y pierna (S81)	36	13.3
Herida en tobillo y pie (S91)	12	4.5
Herida que afectan múltiples regiones del cuerpo (T01)	55	20.4

n= 269

MAPA Nº 1

PARROQUIA DE OCURRENCIA DE LA AGRESIÓN. BARQUISIMETO, ESTADO LARA.

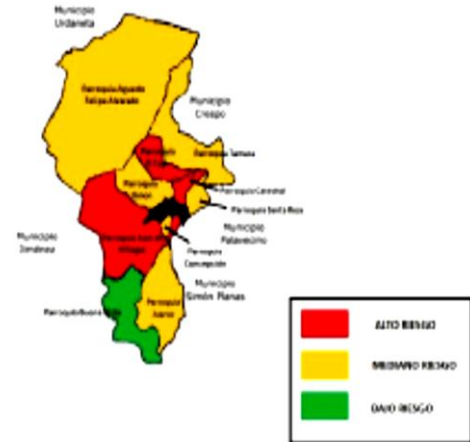


Figura1

Lesiones según clasificación, tipos y grado de contaminación

