



JUNTA DIRECTIVA 2012-2014

Presidente

Dr. Jesús Velázquez G

Vicepresidente

Dr. Leopoldo Moreno B.

Secretario General

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Finanzas

Dr. Rafael Badell M.

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Wilmar Briceño

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Organización

Dr. Carlos Hartmann O.

COMITÉ DE PUBLICACIÓN Y REDACCIÓN

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Nelson Téllez

Colaboradores

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

Editorial	VI
-----------------	----

ESTUDIOS PROSPECTIVOS

Colecistectomía laparoscópica por un solo puerto. Modelo ex vivo de entrenamiento

Emelissa Sosa, Omaira Rodríguez, José Rosciano, Oriana Salamo, Luis Medina,

Valentina Baez, Alexis Sánchez	1
--------------------------------------	---

Experiencia con el método laparoendoscópico rendez-vous para manejo en un solo tiempo de litiasis vesicular y coledocolitiasis

Pedro Fuenmayor-Rojas	6
-----------------------------	---

La hipotermia como factor predictivo de morbilidad en pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego

Bernardette Guadalupe Gil Masroua, Merys Lourdes Rojas Vargas, Roger Escalona	14
---	----

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Colecistostomía. Una técnica quirúrgica con indicación actual en pacientes de alto riesgo

Jorgen A. Marcano, Joel F. Pantoja G., Roger Escalona A.	27
---	----

ARTÍCULO DE OPINIÓN

La certificación y recertificación médica en Venezuela

Elio T. Álvarez	32
-----------------------	----

HISTORIA DE LA CIRUGÍA

Dr. Ricardo Baquero González. Un apóstol de la Medicina

Leopoldo Moreno Brandt	35
------------------------------	----

Semblanza del doctor Francisco Romero Ferrero

Antonio Sánchez.....	46
----------------------	----

LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA

Próximos eventos	13
------------------------	----

Noticias Breves	48
-----------------------	----



JOURNAL OF THE VENEZUELAN SOCIETY OF SURGERY

VOLUME 66 - N° 1 - 2013

Editorial	VI
PROSPECTIVE STUDIES	
Laparoendoscopic single site surgery (LESS) cholecystectomy. Ex vivo training model Emelissa Sosa, Omaira Rodríguez, José Rosciano, Oriana Salamo, Luis Medina, Valentina Baez, Alexis Sánchez	1
Experience with laparoendoscopic rendez-vous approach in a single time management of vesicular lithiasis and choledocholithiasis Pedro Fuenmayor-Rojas	6
Hypothermia as a predictor of morbidity and mortality in patients with penetrating trauma by firearm Bernardette Guadalupe Gil Masroua, Merys Lourdes Rojas Vargas, Roger Escalona	14
SURGICAL TECHNIQUE	
Cholecystostomy. A surgical technique with current indication in high-risk patients Jorgen A. Marcano, Joel F. Pantoja G., Roger Escalona A.	27
OPINION ARTICLE	
Medical certification and recertification in Venezuela Elio T. Álvarez	32
HISTORY OF SURGERY	
Dr. Ricardo Baquero González. An apostle of Medicine Leopoldo Moreno Brandt	35
Biographical sketch of Dr. Francisco Romero Ferrero Antonio Sánchez	46
LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA INFORMA	
Coming Events	13
Brief News	48

BOARD OF DIRECTORS 2012 - 2014

Presidente

Dr. Jesús Velázquez G.

Vicepresidente

Dr. Leopoldo Moreno B.

Secretario General

Dr. Jesús Tatá A.

Secretario de Finanzas

Dr. Rafael Badell M.

Secretario de Doctrina y Relaciones con los Miembros

Dr. Wilmar Briceño

Secretario de Hospitales y de Posgrado

Dr. Mario Arcia Salazar

Secretario de Organización

Dr. Carlos Hartmann O.

EDITORIAL STAFF

Editor

Dr. José Félix Vivas

Coordinación

Dr. Nelson Téllez

Colaboradores

Dra. María Doti

Dr. Alexis Sánchez Ismayel

Dr. Luis Enrique Cerquone R.

Dr. José Carmona

Dr. Yonde Kaffruni

Address: Urbanización Los Dos Caminos, Edf. Centro Parque Boyacá Torre Centro, piso 17, Oficina 173,
Avenida Sucre, Caracas 1070 • Venezuela 80895. • Telephones: 286.81.06 Fax: 286.84.59 •
Website: www.sociedadvenezolanadecirugia.org • E-mail: sv_cirugia@cantv.net.

Diagramación y Montaje:

Clara M. Escobar • Venezuela • Telefono: (0426) 510.6795

**March
2013**

JUNTA DIRECTIVA DE LOS CAPÍTULO 2012-2014

1. CAPÍTULO ANZOÁTEGUI

Presidente: Dr. Luis Mejías
Secretario: Dr. José Francisco Gómez
Secretario de Finanzas: Dr. Alberto Arcia
1er Vocal: Dr. Freddy Pereira
Delegado al C.N.: Dr. Carmelo Romero

2. CAPÍTULO ARAGUA

Presidente: Dr. Robnald Rodríguez Rodríguez
Secretario: Dr. Robnald Rodríguez Sánchez
Tesorero: Dr. Uber Vera Díaz
1er. Vocal: Dr. Freddy Mantilla
2do. Vocal: Dr. Pedro Ortiz
Delegado al C.N.: Dra. Rita Gaitán

3. CAPÍTULO APURE

Presidente: Dr. Oscar Barrios
Secretaria: Dra. Sheyla Montoya
Secretario de Finanzas: Dr. Gonzalo Olivares
1er. Vocal: Dr. Henry Liscano
2do. Vocal: Dr. Pedro Belisario
Delegado al C.N.: Dr. Rafael Muñoz

4. CAPÍTULO BARINAS

Presidente: Dr. Eleazar Ferrer Beberaggy
Secretario: Dr. José León Tapia González
Secretario de Finanzas: Dr. Humberto Pérez
Vocal: Dr. Álvaro Ordaz
Delegado al C.N.: Dr. Gustavo Pérez Barrios

5. CAPÍTULO BOLÍVAR

Presidente: Dr. Julián Martínez
Secretario: Dr. Santiago Piñate
Secretario de Finanzas: Dr. Jorge Rabat
1er. Vocal: Dra. Nayid Dun
2do. Vocal: Dr. David Herrera
Delegado al C.N.: Dr. Rodrigo Araya Villar

6. CAPÍTULO CARABOBO

Presidente: Dr. Rafael Romero
Secretario: Dr. Enrique Castillo Carmona
Secretario de Finanzas: Dr. Mario Navarro Protzel
1er. Vocal: Dr. Pedro Roberto Valera
2do. Vocal: Dr. Marcos Guerra Cogorno
Delegado al C.N.: Dr. Mario Navarro P.

7. CAPÍTULO FALCÓN

Presidente: Dr. Iskander Marín
Secretario: Dr. Edgard Hidalgo
Secretario de Finanzas: Dr. Saúl Pirela
1er. Vocal: Dra. Sonia Caballero
2do. Vocal: Dra. Anniani Acosta
Delegado al C.N.: Dr. Antonio Reyes Atacho

8. CAPÍTULO GUÁRICO

Presidente: Dr. Yonde Kafruni
Secretario: Dr. Eduardo Elcok
Secretario de Finanzas: Dr. Agustín Contreras
1er. Vocal: Dr. José Cedeño
2do. Vocal: Dra. Belkis Romero
Delegado al D.N.: Dr. Rachid Iskandar

9. CAPÍTULO LARA

Presidente: Dr. José Di Sarli
Secretario: Dr. Carlos Caballero
Secretaria de Finanzas: Dra. Zoraida Porras
1er. Vocal: Dr. Lino Hurtado
Delegado al C.N.: Dr. Gustavo Quintero

10. CAPÍTULO MÉRIDA

Presidente: Dr. César Labastida
Secretaria: Dra. Mónica García
1er. Vocal: Dr. Diego Febres
Delegado al C.N.: Dr. Hans Concho

11. CAPÍTULO MONAGAS

Presidente: Dra. Elia Guevara
Secretario: Dr. José Lanz
Secretario de Finanzas: Dr. Félix González
1er. Vocal: Dr. José Arocha
2do. Vocal: Dra. Marisol Battikha
Delegado al C.N.: Dra. Carmen Irene Alves G.

12. CAPÍTULO NUEVA ESPARTA

Presidente: Dra. Zuly Nessi
Secretaria: Dra. Ana Ochoa
Secretario de Finanzas: Dra. Jenny Boadas
1er. Vocal: Dra. Graciela Rivas
Delegado al C.N.: Dr. Carlos Sanint

13. CAPÍTULO SUCRE

Presidente: Dr. Jesús Meaño
Secretario: Dr. Gilberto Armada
Vocal: Dra. Laura Ventimiglia
Delegado del C.N.: Dr. Gustavo Rodríguez Vivenes

14. CAPÍTULO TÁCHIRA

Presidente: Dra. Lina Lorena Durán
Secretario: Dr. José de Jesús Patiño Márquez
Secretario de Finanzas: Dr. Luis Suárez
1er. Vocal: Dr. Luis Álvaro Padilla
Delegado del C.N.: Dr. Jesús Contreras

15. CAPÍTULO YARACUY

Presidente: Dr. Julio Córtez
Secretario: Dr. Gerardo Estrada
Delegado al C.N.: Dr. Manuel Navarro

16. CAPÍTULO ZULIA

Presidente: Dr. Atilio Araujo
Secretario: Dr. Adel Al Awad
Secretario de Finanzas: Dr. Guillermo Borjas
1er. Vocal: Dra. Hiliana Rincón
2do. Vocal: Dra. Luis Ramírez
Delegados al C.N.: Dr. Alfonso Socorro Morales
Dr. Leonardo Bustamante
Dr. Wilfredo Salazar

SECCIONES DE ESPECIALIDAD / 2012-2014

1. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Director: Dr. Jorge Siverio
Secretario: Dr. Tomás Alberti
Vocal: Dra. Lorena Mujica

2. CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

Director: Dr. Juan Carlos Díaz O.
Secretario: Dr. Carlos Sardiñas
Vocal: Dr. Luis Mejías

3. CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Directora: Dr. Jesús Vásquez
Secretaria: Dra. Rebeca Medina de López
Vocal: Dr. Federico Tortolero

4. CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Director: Dr. Freddy Pereira
Secretario: Dr. Carlos Caballero
Vocal: Dr. Rafael Párraga

5. CIRUGÍA PLÁSTICA

Director: Dr. Alberto Pérez Morell
Secretario: Dra. Ana Hollebecq
Vocal: Dr. Edgard Martínez

6. CIRUGÍA DEL TRAUMA

Director: Dr. Aquiles Reyes Mejías
Secretario: Dr. Iskander Marín
Vocal: Dr. Pablo Ottolino

7. CIRUGÍA BARIÁTRICA

Director: Dr. Francisco Obregón
Secretario: Dr. Vittorio D' Andrea
Vocal: Dr. José Carmona

8. COMITÉ HISTORIA DE LA MEDICINA

Coordinador: Dr. Roger Escalona
Secretario: Dr. Leopoldo Moreno B.
Vocal: Dr. José Félix Vivas

9. COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinador: Dr. Javier Cebrián
Secretario: Dr. Leonardo Bustamante
Vocal: Dr. Luis Blanco

10. COMITÉ DE ONCOLOGÍA

Coordinador: Dr. Rubén Hernández
Secretario: Dr. Felipe Díaz
Vocal: Dr. Carlos Gadea Sánchez

11. COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Coordinador: Dr. Rommel Mota
Secretario: Dr. Antonio Pausin
Vocal: Dr. Nayska Torres

12. COMITÉ DE PARED ABDOMINAL

Coordinador: Dr. Andrés Hanssen
Secretario: Dr. Bolívar Isea
Vocal: Dr. Miguel Maita

13. COMITÉ DE FLEBOLOGÍA Y LINFOLOGÍA

Coordinador: Dr. Yonde Kafruni
Secretario: Dr. Gustavo Liccioni
Vocal: Dr. Hugo Navas

14. COMITÉ DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

Coordinador: Dr. Alexis Sánchez I.
Secretario: Dr. José G. Mejías
Vocal: Dr. Adel Al Awad

15. COMITÉ DE PISO PÉLVICO

Coordinadora: Dra. Dhelma Pellín
Secretario: Dr. Sergio Martínez
Vocal: Dr. Pablo Emilio Sánchez

16. COMITÉ DE PIE DIABÉTICO

Coordinador: Dr. Jaime Aguilar

17. COMISIÓN DE PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN

Coordinador: Dr. Jesús Tatá A.
Secretario: Dr. José Félix Vivas
Vocal: Dr. Luis E. Cerquone R.

18. COMISIÓN DE ÉTICA

Coordinador: Dr. Wilmar Briceño R.
Secretario: Dr. Elio T. Álvarez G.
Vocales: Dr. Juan José Taguaruco
Dr. Oswaldo Guerra

19. COMISIÓN CIENTÍFICA

Coordinador: Dr. Carlos Hartmann O.
Vocal: Dr. Jaime Díaz Bolaños

MIEMBROS EMÉRITOS

Dr. Oscar Rodríguez Grimán
Dr. Alberto Benishimol
Dr. Erick Eichelbaum
Dr. José Ángel Puchi
Dr. Otto Rodríguez Armas
Dr. Carlos Ruiz Díez
Dr. Antonio Ortega
Dr. Antonio Guzmán
Dr. Ramón Enrique Albornoz
Dr. Efraim Sequera
Dr. Carlos Riveras
Dr. José Antonio López Parra
Dr. Celestino Zamora
Dr. Marcos Piñango
Dr. Santiago Mujica

DELEGADOS AL C.N. POR LA SEDE

Dr. Pablo Ottolino L.
Dr. Álvaro Henriquez Dao
Dr. Roger Escalona
Dr. Raimundo Kafruni
Dr. José Félix Vivas
Dr. Ricardo Escalante
Dr. Luis Vivas
Dr. Javier Cebrián
Dr. Mauro Carretta
Dra. Arlene Méndez
Dr. Rodolfo Pérez Jiménez
Dr. Álvaro Montilla
Dr. Shellyn Díaz
Dr. Marco Sorgi
Dr. Luis Alfaro

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. Carlos A. Hernández H.
Dr. José T. Rojas Contreras
Dr. Luis Delfín Ponce Ducharme
Dr. Francisco Aguilera García
Dr. José Antonio Gubaira Bahjos
Dr. Dario Montiel Villasmil
Dr. Ismael Salas Marciano
Dr. José David Díaz
Dr. Adolfo Koelzow Jiménez
Dr. Jesús González Romero
Dr. Humberto Rivera Orozco
Dr. Miguel Zerpa Zafrañé
Dr. Francisco Romero Ferrero
Dr. Pablo Briceño Pimentel
Dr. Antonio Andrade Manzanero
Dra. Luisa Teresa Silva
Dr. Miguel Saade
Dr. Rubén Jaén
Dr. Antonio Clemente
Dr. Robinson Gómez
Dr. Rafael Alejos
Dr. Alonso León Rocha
Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Dr. Fernando Rodríguez Montalvo
Dr. Julián Viso Rodríguez
Dr. Francisco Arcia Romero
Dr. Ladimiro Espinoza
Dr. Eucario Méndez Contreras
Dr. José Alberto Padrón Amaré
Dr. Jesús García Colina
Dr. César Blanco Rengel
Dr. Guillermo Colmenares Arreaza
Dr. Pedro Sanabria González
Dr. Jaime Díaz Bolaños
Dr. Jesús Mendoza Romero
Dr. Aarón Toledano

MIEMBROS HONORARIOS (cont)

Dr. Albino Rincón
Dr. Joel Gómez Magglio
Dr. Freddy Arabia
Dr. Oswaldo Guerra Sagarzasu
Dr. Jesús Romero Guarecuco
Dr. Elio T. Álvarez
Dr. Oscar Colina Cedeño
Dr. Ángel Mata Estaba
Dr. Jorge Zito-Aché
Dr. Nassim Tatá Saldivia
Dr. Rodolfo Soto Sánchez
Dr. Mario Molero.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES. REGLAS GENERALES

La REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA es el órgano de difusión científico oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Publica artículos originales que han sido presentados en congresos y jornadas de la Sociedad o aquéllos que son directamente remitidos por el autor a través de una solicitud escrita dirigida a la Comisión de Publicaciones y Redacción. Para su aprobación el manuscrito es revisado y corregido por los integrantes del Comité de Publicaciones y Redacción y pasado al director de la REVISTA con las observaciones pertinentes a que hubiera lugar para su edición o devuelto al presentante o solicitante para su corrección. Una vez aprobado, el autor es notificado.

Los artículos deben ofrecer una contribución significativa en el campo de la cirugía general o de las especialidades derivadas de ella. Pueden ser sobre un tema inédito o método propio, casuísticas de una unidad, servicio, departamento o institución, Cirugía Clínica, Cirugía Experimental, Trabajo Especial de Investigación (TEI) y ciencias asociadas como: la educación quirúrgica y los aspectos socioeconómicos del cuidado quirúrgico, temas de revisión y artículos de opinión. Asimismo, se aceptan informes de casos clínico-quirúrgicos con un máximo de tres autores, debiendo estar soportados por los estudios complementarios que demuestran la naturaleza quirúrgica infrecuente o el interés para el conocimiento de la especialidad. Los reportes basados en hallazgos histopatológicos aislados sin contribución quirúrgica relevante para su solución no son candidatos para ser publicados.

La REVISTA tiene circulación nacional y se está implementando su circulación internacional. Ha sido estudiada para servir como medio de la difusión rápida de nuevas e importantes informaciones sobre la ciencia y el arte de la cirugía.

Las aseveraciones hechas en los artículos, son responsabilidad de los autores. El idioma primario de publicación será el castellano; sin embargo, artículos escritos en francés, alemán, inglés, italiano y ruso, serán considerados. En vista de que el Comité Editorial está intentando difundir la REVISTA a nivel internacional, se requiere que los manuscritos incluyan el título en inglés, así como el resumen.

Los artículos son aceptados para su publicación con el entendimiento de que su contenido esencial no ha sido ni será sometido para otra publicación. A continuación se detallan las instrucciones a los autores para que los artículos se ajusten a las

normas internacionales existentes.

Una vez publicado el artículo se convierte en propiedad de la Sociedad Venezolana de Cirugía. Deben enviarse 3 copias del artículo y 3 originales de cada ilustración o figura y 1 diskette 3 1/2 y la carta compromiso, a la siguiente dirección: Comisión de Publicaciones. Revista Venezolana de Cirugía. Sociedad Venezolana de Cirugía, urbanización Los Dos Caminos, Edif. Centro Parque Boyacá, Torre Centro, piso 17, oficina 173, avenida Sucre, Caracas 1070, Venezuela. Fax: 286.84.59.

ORGANIZACIÓN DEL MANUSCRITO

Los manuscritos, incluyendo las referencias, deberán ser tipados en una sola cara de hoja de 28 por 21,5 cm a doble espacio y con márgenes de por lo menos 2,5 cm. Las páginas serán numeradas en forma consecutiva. Deberá estar organizado en la forma como se indica a continuación:

TÍTULO. La primera página deberá contener el título del artículo, conciso pero informativo del tema tratado. Primer nombre, inicial del segundo nombre, primer apellido y en caso de que el autor quiera publicar su segundo apellido, éste deberá estar unido por un guión al primero. En esta primera página deberá aparecer el cargo o posición hospitalaria de todos los autores, grados académicos si se trata de profesores universitarios, nombre del servicio o departamento y la institución a los que se debe atribuir el trabajo. A continuación indicar la afiliación con la Sociedad Venezolana de Cirugía, así como la ciudad y el país donde el trabajo fue realizado.

Debe aparecer el nombre completo y la dirección del correo del autor adonde se enviarán las separatas en caso de ser solicitadas. Al pie de esta primera página deberán aparecer las notas de agradecimiento o de soporte financiero si los hubiere.

RESUMEN. En español e inglés. Deberá presentarse en una página separada ubicada inmediatamente después de la página del título. No deberá exceder de 250 palabras, ni tener abreviaturas. El resumen estará estructurado para lograr uniformidad y una mejor expresión condensada del contenido; debe tener los siguientes subtítulos: Objetivo (s), Método, Ambiente, Resultados, Conclusión. Al final de la página deberán listarse entre 3 y 6 palabras clave para ser usadas al indexar el artículo.

TEXTO. El texto generalmente deberá estar organizado en: una sección introductoria sin titulares que establezca los antecedentes y el propósito del reporte y enseguida titular las siguientes secciones así: "Materiales y Métodos" o "Pacientes y Métodos" si se trata de humanos, "Resultados" y "Discusión". No hay sección para conclusiones. Las palabras o frases que el autor desee enfatizar deben ir subrayadas.

El estilo debe ser consistente con las normas de la Real Academia de la Lengua Española y/o con Council of Biology Editors Style Manual (4a Edic, 1978). Esta última puede ser obtenida en *The American Institute of Biological Sciences*, 140 Wilson Blvd., Arlington, Virginia 22209. EE.UU.

Abreviaturas, nombres de fármacos, números, deberán ser estándar y las unidades deberán aparecer como lo hacen en *Style Manual for Biological Journals* (Third Edition, Washington, D.C. American Institute of Biological Sciences, 1972). También puede consultarse *Uniforms Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals* preparado por el International Steering Committee de editores médicos, publicados en las siguientes revistas: *Ann Intern Med* 1997; 126:36-47. *Rev Venez Cir* 2000; 53: 204-221.

La primera vez que una abreviatura no muy común aparezca en el texto, deberá estar precedida del nombre completo al cual representa. Los nombres genéricos para drogas y químicos deberán ser usados siempre. El nombre comercial no puede ser utilizado. Los dígitos deberán ser expresados como (números) excepto cuando estén después de punto. Las unidades de medidas serán expresadas en el sistema métrico decimal y serán abreviadas cuando acompañen números.

REFERENCIAS. Las referencias deberán ser tipeadas a doble espacio, listadas y numeradas en el orden en el cual aparecen en el texto. Una vez hecha la referencia, las subsecuentes citas de la misma conservarán el número original. Todas las referencias deberán citarse en el texto o en las tablas. Datos no publicados y comunicaciones personales no son referencias aceptables, pero sí aquellas publicaciones que se encuentran en prensa. La referencia de los artículos de revista deberán conformarse al estilo usado en el *Index Medicus* y deben incluir: 1) Autores. 2) Título. 3) Nombre abreviado de la revista. 4) Año. 5) Número del volumen. 6) Número de la primera y última página, en ese orden. Ejemplo: Plaza J, Toledano A, Martín A, Grateron H. Complicaciones post-operatorias. *Rev Venez Cir* 2000; 31:81-88.

Las referencias para libros deben incluir: 1) Autores. 2) Título(s) de capítulo(s). 3) Edición. 4) Título del libro. 5) Ciudad donde fue publicado. 6) Editor. 7) Año. 8) Páginas específicas. Ejemplo: Jones M C. *Gastrointestinal Surgery*. 2a edición. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer, Verlag, 1976. p.253-272.

Otras referencias, como memorias y artículos de congresos, publicaciones en general, trabajos en prensa, material electrónico pueden ser revisadas en la *Rev Venez Cir* 2000;53;204-221.

TABLAS. Cada tabla estará tipeada a doble espacio en página aparte de 21,5 por 28 cm, numerada consecutivamente con números arábigos y contener la leyenda en la parte superior. Todas las tablas deberán estar citadas en el texto.

LEYENDAS DE LAS FIGURAS. Deberán ser tipeadas a doble espacio en una página separada y numerada en forma consecutiva con números arábigos que se correspondan con las mismas.

ILUSTRACIONES. Las ilustraciones deberán estar realizadas, diseñadas y fotografiadas profesionalmente y enviadas en triplicado en colores o en blanco y negro en impresiones de excelente calidad. El arte original o los negativos no deben ser enviados. Los símbolos, letras y números deberán ser de un tamaño suficiente para ser fácilmente reconocibles cuando la figura sea reducida a tamaño de publicación. Cada figura deberá tener una etiqueta pegada en la parte posterior indicando el número, el nombre de los autores y una flecha que indique la orientación de la misma. Las fotografías de pacientes en las cuales los sujetos puedan ser identificados deberán estar acompañadas de un permiso escrito para ser publicadas.

PERMISOS. Materiales tomados de otras publicaciones deberán estar acompañados de un permiso escrito tanto del autor como del editor, dándoles de ese modo el visto bueno a la REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGÍA para su reproducción.

SISTEMA OPERATIVO. Los manuscritos serán examinados por el Comité Editorial y los autores serán notificados de la aceptación tan pronto como sean revisados.

SEPARATAS. Las separatas deben ser encargadas por los autores en el momento en que reciban la notificación de que el artículo fue aceptado. La lista de precios estará disponible en la Secretaría de la REVISTA.

EDITORIAL

El premio “Dr. Alberto Ferrer Fernández” fue creado por decisión del Consejo Nacional (CN) de la Sociedad Venezolana de Cirugía (SVC) en el año 2002 con la doble finalidad de reconocer la trayectoria profesional y ciudadana de un cirujano destacado en el área docente y de estimular y difundir los trabajos especiales de grado (TEG) de mayor trascendencia realizados por los residentes de postgrado de Cirugía General en Venezuela.

En su constante aspiración de superación nuestra Sociedad Venezolana de Cirugía realizó importantes modificaciones en las bases del concurso, y es así que a partir del CN efectuado en la sede el día 10 de julio de 2010, se le otorgó una sesión especial durante los congresos organizados por la SVC, con rango internacional, ampliando la invitación a participar tanto a los postgrados universitarios como a las residencias asistenciales programadas. El o los autores del TEG merecedor de la distinción de acuerdo al veredicto de un Jurado muy calificado, integrado por miembros de la SVC con rango y trayectoria docente, tendrán derecho a la inscripción en el próximo Congreso de la Federación Latino

Americana de Cirugía (FELAC) y los boletos de avión a la sede del citado congreso.

Sirva la oportunidad para ratificar la invitación a los directores, coordinadores y residentes de postgrado de Cirugía General a participar con la postulación de los TEG que consideren de excelencia de acuerdo al reglamento que pueden encontrar en nuestra página web.

Los esperamos en nuestro XXXII Congreso Nacional y VI Internacional, del 12 al 14 de Marzo 2014 en Valencia, donde nuevamente se va a escoger el mejor TEG merecedor del premio “Dr. Alberto Ferrer”

Mario Arcia Salazar

Secretario de Postgrados y Hospitales de la SVC.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR UN SOLO PUERTO. MODELO *EX VIVO* DE ENTRENAMIENTO

EMELISSA SOSA (1)
 OMAIRA RODRÍGUEZ (2)
 JOSÉ ROSCIANO (3)
 ORIANA SALAMO (3)
 LUIS MEDINA (3)
 VALENTINA BAEZ (3)
 ALEXIS SÁNCHEZ (4)

LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE SURGERY (LESS) CHOLECYSTECTOMY. *EX VIVO* TRAINING MODEL

RESUMEN

Objetivo: Describir un modelo *ex vivo* de entrenamiento para colecistectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión (LESS).

Método: Se utilizó el complejo hepatobiliar *ex vivo* del *Sus scrofa domesticus*, los cuales fueron colocados en cajas negras convencionales, se tomó en cuenta si el modelo era capaz de permitir las prácticas de cada uno de los pasos del procedimiento. Se determinó el impacto de la práctica en la superación de dificultades al evaluar el desempeño de dos cirujanos en cinco sesiones consecutivas, teniendo como parámetro el tiempo empleado en completar la tarea.

Resultados: En el modelo descrito es posible reproducir cada uno de los pasos de la colecistectomía laparoscópica a través de una sola incisión, permitió a los residentes la práctica y superación de dificultades propias de la técnica, lo cual se hizo evidente con la disminución del tiempo empleado.

Conclusión: El modelo propuesto permite el entrenamiento del equipo quirúrgico en colecistectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión.

Palabras clave

Modelo *ex vivo*, entrenamiento, colecistectomía, LESS.

ASBTRACT

Objective: To describe an *ex vivo* model for training LESS cholecystectomy.

Method: The hepatobiliary complex of *Sus scrofa domesticus* placed in conventional "black boxes" was used. The capability of the model to allow practice of each step of the procedure was evaluated. We determined the impact of the practice in overcoming technical difficulties assessing the performance of two surgeons in five consecutive sessions, the time required to complete de task was evaluated.

Results: It is possible to perform each step of LESS cholecystectomy in the proposed training model. It allows post-graduate residents practice and overcoming related difficulties.

Conclusion: The proposed training model allows the practice of LESS cholecystectomy.

Key words

Ex vivo model, training, cholecystectomy, LESS

- 1 Cirujano General. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.
- 2 Profesor Asistente. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. SVC.
- 3 Médico-Cirujano. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.
- 4 Profesor Asociado. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas. Magister Scientiarum. SVC. SAGES.

Desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica, esta se ha instaurado como el procedimiento de elección para el tratamiento de la patología vesicular, por los ya conocidos beneficios en comparación a la cirugía convencional⁽¹⁾.

Como una innovación continua de cirugías menos invasivas, ha habido una tendencia a reducir al mínimo el número de incisiones y puertos necesarios. De este modo surge el concepto de cirugía a través de una sola incisión, donde la idea fundamental es que todos los puertos de trabajos entren a la cavidad abdominal por la misma incisión. Muchos nombres se han centrado en el tipo de siglas que han utilizado, en lugar de una descripción de la técnica de acceso y los métodos de exposición. Sin embargo, en julio del 2008 en Cleveland, Ohio, un consenso multidisciplinario de cirujanos laparoscopistas determinó que el término LESS (Laparoendoscopic Single Site Surgery) era científicamente aceptado y adecuado⁽²⁻⁵⁾.

Dentro de las limitaciones de la cirugía por única incisión encontramos: la ausencia de triangulación, concepto básico de la cirugía laparoscópica, a su vez, la falta de esta disposición en términos prácticos conlleva a la colisión de las pinzas entre sí y con la óptica, pudiendo ocasionar esto movimientos indeseados de los instrumentos o del campo visual que pudieran ocasionar daño a los tejidos.⁽⁶⁾

Del mismo modo que al inicio de la cirugía laparoscópica, la aparición de estos nuevos procedimientos y técnicas en cirugía mínimamente invasiva requieren de mayores habilidades por parte del cirujano, lo cual ha promovido el desarrollo de modelos para el entrenamiento y desarrollo de destrezas, que permitan posteriormente ser aplicadas en seres humanos con bajos índices de morbilidad inherentes a la técnica y el procedimiento.

El entrenamiento de la cirugía moderna debe comenzar en modelos inanimados, pasando por el uso de modelos animales o cadáveres humanos, previo a la participación en cirugías. Este entrenamiento en modelos o simuladores ofrece la oportunidad de enseñar y practicar habilidades laparoscópicas en ambientes seguros, donde el cirujano se permite aprender de sus propios errores sin poner en peligro el bienestar del paciente. Diversos estudios han demostrado que luego de la práctica en modelos inertes y el dominio de algunos pasos *ex vivo*, el cirujano tiene un mejor desempeño en el quirófano, es un proceso de aprendizaje que se conoce como transferencia de entrenamiento, disminuyendo de esta manera los fracasos y las complicaciones de la cirugía, a la vez que se avanza en la curva de aprendizaje^(7,8).

El objetivo del presente trabajo fue estudiar y evaluar la factibilidad de un modelo *ex vivo* para el entrenamiento de la colecistectomía laparoscópica a través de una sola incisión.

MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo basado en el análisis de un modelo de entrenamiento *ex vivo* para la técnica

de la colecistectomía laparoscópica con abordaje por una sola incisión. La muestra estuvo constituida por dos residentes del Servicio de Cirugía III con similares características en cirugía laparoscópica, sin experiencia en cirugías a través de único puerto.

Descripción del modelo

Se trabajó sobre el complejo hepatobiliar *ex vivo* del cerdo (*Sus scrofa domesticus*) (Figura Nº 1) el cual es considerado por la mayoría de los instructores desde hace mucho tiempo el modelo animal más grande y económico, cuya anatomía es similar a la del ser humano,^(5,6) los mismos se obtuvieron del Instituto de Cirugía Experimental de la Universidad Central de Venezuela, con pesos que variaron entre tres mil quinientos y cuatro mil gramos, los cuales una vez extraídos del animal muerto pasaron entonces a cámaras de refrigeración con temperaturas entre cero y menos cinco grados centígrados, para así trasladarlos posteriormente al laboratorio experimental del Servicio de Cirugía III donde se descongelaron para ser colocados en las cajas negras habituales de prácticas laparoscópicas programadas.

El instrumental laparoscópico para la práctica incluyó el dispositivo SILS®, hecho de un polímero elástico, en forma de reloj de arena, que puede ser desplegado a través de una incisión de dos centímetros, el mismo contiene cuatro aberturas: una para la insuflación del neumoperitoneo y otras tres aberturas las cuales pueden acomodar trócares de cinco o doce milímetros de ancho. Fueron necesarios instrumentos laparoscópicos especiales, como son las pinzas roticuladas de la casa comercial Autosuture® (de prehensión y disección), es decir que su punta pueda girar de 0° a 80°, para imitar la triangulación que se realiza en cirugía laparoscópica convencional, necesaria para llevar a cabo las tareas

designadas, así como óptica endoscópica de 30 grados, clipadora con sus clips correspondientes y tijera recta laparoscópica.

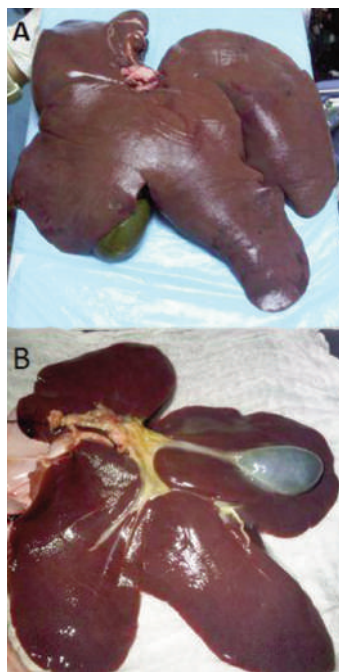


Figura Nº 1
Complejo
hepatobiliar *ex vivo*
del cerdo (*Sus*
***scrofa domesticus*).**
A: Vista superior.
B: Vista inferior

Descripción de la técnica

Una vez el modelo dentro de la caja negra en posición anatómica, se coloca el dispositivo SILS®, posteriormente se introduce la óptica y las pinzas, estas últimas se cruzan en el interior de la caja, con la mano derecha se toma la vesícula cercana al bacinete con la tracción adecuada para exponer el triángulo de Calot, la disección se realiza con la mano izquierda. (Figura N° 2).

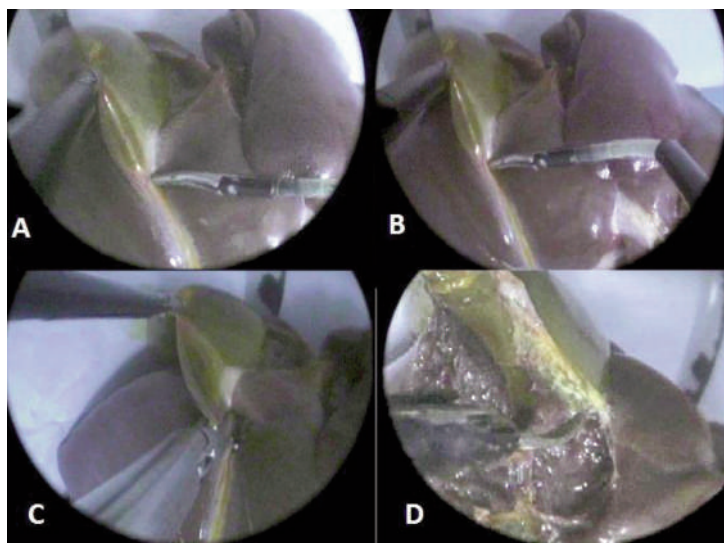


Figura N° 2: Colecistectomía laparoscópica en modelo un ex vivo por un solo puerto. A y B: Tracción de la vesícula y disección del conducto cístico. C: Colocación de clips en el conducto cístico. D: Colecistectomía con tijera laparoscópica convencional.

Una vez identificada las estructuras, con el disector se procede a individualizar el conducto cístico, posteriormente se realiza la colocación de los clips de la misma manera como se realiza en la cirugía in vivo. Luego de la colocación de los clips se procede a la sección del conducto con tijera recta laparoscópica convencional. Del mismo modo, se disea la arteria cística y se procede a su manejo con clips y posterior sección con tijera recta. Posterior a esto se da inicio a la colecistectomía retrógrada, en la cual con el grasper se realiza la tracción más cercana al bacinete y se utiliza la tijera para separar la vesícula del lecho hepático, en la cirugía in vivo. Este paso se realiza con instrumentos de hemostasia tipo bisturí armonico de 5 mm o electrocauterio. Una vez evaluado el lecho, se procede a la extracción de la pieza conjuntamente con la óptica y el dispositivo SILS®.

Se determinó el impacto de la práctica en la superación de dificultades de la técnica al evaluar el desempeño de los dos cirujanos en cinco sesiones consecutivas, las cuales fueron grabadas en DVD con fines académicos y posteriormente evaluadas y comparadas, teniendo como parámetro el tiempo empleado en completar la tarea.

Análisis estadístico

Por tratarse de un contraste no basado en un conjunto de

datos no sistematizados en parámetros estadísticos, se consideró la prueba chi-cuadrado como prueba de significación para el contraste del tiempo de la primera práctica, considerada como “pivote” o principal. Se consideró un valor significativo de contraste si $p < 0,05$. Los datos fueron analizados con JMP-SAS 10.

RESULTADOS

El modelo permitió reproducir los pasos de la cirugía con gran similitud ya que se trabajó en tejidos ex vivos. El tiempo al inicio del estudio durante las dos primeras prácticas fue de 24 y 22 minutos para el cirujano 1 y de 42 y 26 minutos para el cirujano 2. (Figura N° 3)

En la prueba se consideró tomar como “valor referencia” el obtenido en la primera práctica; en el caso del cirujano 1, el valor puntual de 24 minutos fue estadísticamente significativo solo para el tiempo obtenido en la 3era, 4ta y 5ta práctica ($p\text{-global}=0,042$); en el caso del cirujano 2, tomando como referencia los 42 minutos obtenidos de la primera práctica, todos los contrastes fueron significativos ($p\text{-global}=0,000$).

Las dos primeras prácticas sirvieron para familiarizarse con el modelo, los instrumentos, la técnica y evaluar las limitaciones, en cuanto a las prácticas 3, 4 y 5 se ve una clara similitud en los tiempos requeridos para llevar a cabo la tarea completa habiendo superado las limitaciones y haciéndolo de forma más automática.

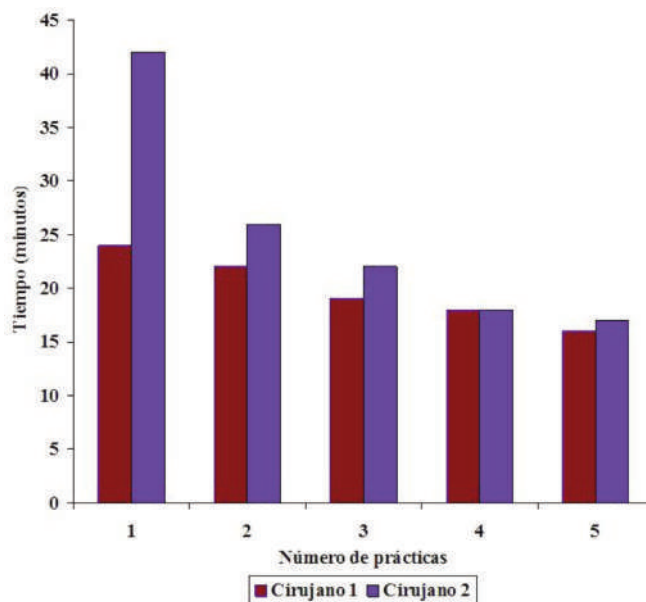


Figura N° 3. Comparación del tiempo de realización del procedimiento según número de práctica y cirujano. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas 2012.

Se observó una notable disminución del tiempo requerido para llevar a cabo la tarea completa durante el desarrollo de las sesiones de entrenamiento, con tiempos para la práctica final de 16 y 17 minutos para el cirujano 1 y 2 respectivamente.

DISCUSIÓN

La cirugía laparoscópica a través de una sola incisión (LESS) es actualmente un área de crecimiento activo, los investigadores buscan formas de minimizar la invasividad de los procedimientos quirúrgicos constantemente. La colecistectomía laparoscópica por única incisión fue descrita por primera vez en 1997 por Navarra *et al*⁽⁷⁾. Actualmente este tipo de abordaje se utiliza para procedimientos como apendicectomías, colecistectomías, banda gástrica, nefrectomías, colectomías y otros procedimientos avanzados⁽⁸⁾.

El uso de simulación con modelos inanimados permite a los cirujanos evaluar las dificultades técnicas asociadas con este tipo de abordaje, realizar la tarea de construcción de la cirugía de acuerdo con las maniobras operativas clínicamente relevantes, y diseñar cuidadosamente los ejercicios que promuevan la adquisición en las habilidades necesarias después de la práctica repetitiva. En el contexto de los resultados clínicos las curvas de aprendizaje son mejor entendidas al disminuir la morbilidad de los pacientes, los costos de hospitalización y la rápida incorporación a las actividades cotidianas⁽⁹⁾.

Según Badman Bashankaev *et al*, en su revisión sobre modelos de entrenamiento para facilitar la educación quirúrgica, el modelo de entrenamiento óptimo debería usar un enfoque por etapas y una combinación de varios métodos de entrenamiento que incluyan: habilidades básicas (manejo de instrumentos, la profundidad en dos dimensiones, desarrollo de percepción, sutura) que se desarrollen en realidad virtual y cajas negras con materiales sintéticos; habilidades avanzadas donde se realicen los pasos claves de procedimientos complejos, y la manipulación de tejidos. Estos deben ser evaluados en cajas negras con tejidos *ex vivos* y/u órganos de cadáveres⁽¹⁰⁾. Las directrices de la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica también sugieren que para la evaluación preclínica de las innovaciones, la simulación se debe realizar en órganos de animales vivos o en órganos bloques (tejidos *ex vivos*) con similitud a los órganos humanos.⁽¹¹⁾

En nuestro servicio se han descrito modelos inanimados para ser utilizados en el entrenamiento de procedimientos especiales, como exploración laparoscópica de la vía biliar y apendicectomía laparoscópica convencional, validándose estos como una herramienta útil en el entrenamiento y evaluación de los residentes en formación^(12,13), y más recientemente Pedrón *et al* reportan que el uso de estos modelos ha demostrado generar habilidades y destrezas, disminuyendo la curva de aprendizaje, siendo esto fundamental para un óptimo resultado quirúrgico.⁽¹⁴⁾

Los modelos *ex vivos* combinan algunas de las ventajas de los modelos animales y los inanimados, ya que se asemejan a la realidad en cuanto al tratamiento de los tejidos por dar una sensación de háptica más realista, similar anatomía al humano, y ser de fácil disponibilidad y bajo costo, por lo que un gran número de experimentos pueden llevarse a cabo con pocos obstáculos logísticos^(5, 6, 15). Se han descrito diversos de estos modelos, como la tráquea de pollo para la exploración laparoscópica de vía biliar⁽¹⁶⁾, hígado porcino para las hepatectomías, modelos gástricos para procedimientos endourológicos, entre otros⁽¹⁷⁾. Los modelos porcinos ofrecen la ventaja adicional de ser fiables y anatómicamente similares al humano. Diversos estudios han demostrado que posterior a un entrenamiento con prácticas en modelos inertes y el manejo de algunos pasos *ex vivo*, el cirujano logra un mejor desempeño en quirófano, debido a que las habilidades adquiridas durante el entrenamiento son transferibles a la práctica clínica^(16, 18, 19).

Y es así, como un enfoque más sistemático del entrenamiento, es lo que puede permitir que los procedimientos laparoscópicos avanzados, como la colecistectomía mediante un solo puerto, se introduzcan de manera factible y segura en la práctica clínica.

Actualmente no existen en la literatura trabajos similares donde se evalúe un modelo *ex vivo* para la colecistectomía laparoscópica a través de una sola incisión. Se ha descrito este tipo de modelo para otros procedimientos pero en laparoscopia convencional, por lo tanto resulta difícil establecer comparaciones con nuestro estudio; sin embargo, es evidente que el modelo *ex vivo* permitió reproducir todos los pasos para completar la tarea.

Cuando se comparan individualmente cada uno de los sujetos, se puede notar como existe una clara tendencia a medida que se desarrollan las prácticas, de familiarización con el modelo, el manejo y uso de los instrumentos especiales, así como con la técnica, que se tradujo en una ejecución más rápida de la tarea, de donde se infiere de manera subjetiva que el modelo además permitió a los cirujanos adquirir habilidades en cirugía LESS, lo cual se vio reflejado *in vivo* en salas operatorias donde posteriormente realizaron cirugías con este abordaje.

Las características, tales como, fácil disponibilidad, menos costos, y una plataforma realista practicada en nuestros laboratorios hacen de este modelo una configuración experimental actual de formación.

En conclusión podemos decir que el modelo de entrenamiento propuesto permitió reproducir todos los pasos de la colecistectomía laparoscópica a través de una sola incisión, por tal motivo se puede decir que es un método reproducible de bajo costo y fácil disponibilidad para la enseñanza y adquisición de habilidades en cirugía LESS, lo que lo hace una herramienta útil en el entrenamiento y evaluación del cirujano en formación.

REFERENCIAS

1. Reynolds W. The first laparoscopy cholecystectomy. *JSLS* 2001; 5: 89-94.
2. Antoniou S, Pointner R, Granderath F. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *Surg Endosc* 2011; (25)2: 367-377.
3. Vidal O, Valentini M, Ginesta C, et al. Apendicectomía laparoscópica con una sola incisión umbilical (SILS): experiencia en una unidad de cirugía de urgencias. *Emergencias* 2010; 22: 361-364.
4. Merchant A, Cook M, White B, Davis S, Sweeney J, Lin E. Transumbilical Gelpport access technique for performing single incision laparoscopic surgery (SILS). *J Gastrointest Surg* 2008; 13:159-162.
5. Strickland A, Fairhurst K, Lauder C, Hewett P, Maddern G. Development of an ex vivo simulated training model for laparoscopic liver resection. *Surg Endosc* 2010 [Epub ahead of print].
6. Current Problems in Surgery: Surgical skills training and simulation. *Curr Probl Surg* 2009; 46(4): 271-370.
7. Islam A, Castellvi A, Tesfay S, Castellvi A D, Wright A, Scott D. Early surgeon impressions and technical difficulty associated with laparoscopic single-site surgery: a Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons learning center study. *Surg Endosc* 2011; 25:2597-2603.
8. Ahmed K, Wnag T, Patel V, Nagpal K, Clark J, Ali M, et al. The role of single-incision laparoscopic surgery in abdominal and pelvic surgery: a systematic review. *Surg Endosc* 2011; (25) 2:378-396.
9. Islam A, Castellvi A, Tesfay S, Castellvi A D, Wright A, Scott D. Early surgeon impressions and technical difficulty associated with laparoscopic single-site surgery: a Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons learning center study. *Surg Endosc* 2011; 25: 2597-2603.
10. Bashankaev B, Baido S, Wexner S. Review of available methods of simulation training to facilitate surgical education. *Surg Endosc* 2011; 25: 28-35.
11. Bhattacharjee H, Buess G, Becerra F, Storz P, Sharma M, Susanu S, et al. A novel single-port technique for transanal rectosigmoid resection and colorectal anastomosis on an ex vivo experimental model. *Surg Endosc* 2011; 25:1844-1857.
12. Otaño N, Sánchez A, Rodríguez O, Sánchez R, Benítez G. Exploración laparoscópica de la vía biliar: validación de un modelo de entrenamiento. *JSLS* 2012; 20(5):123-127.
13. Rodríguez O, Sanchez A, Bellorin O, Paredes J, Sanchez R. Modelo de entrenamiento para la apendicectomía laparoscópica. *Rev Venez Cir* 2009; 62(1):34-39.
14. Rodríguez O, Pedrón C, Sánchez A, Pena R, Rosciano J. Apendicectomía laparoscópica mediante abordaje por una sola incisión. Modelo de entrenamiento para la adquisición de habilidades. *Rev Venez Cir* 2012; 65(1):1-5.
15. Keyser E, Derossis M, Antoniuk M, Sigman H, Fried M. A simplified simulator for the training and evaluation of laparoscopic skills. *SurgEndosc* 2000; 14:149-153.
16. Hyltander A, Liljegren E, Rhodin O, Lonroth H. The transfer of basic skills learned in a laparoscopic simulator to the operating room. *Surg Endosc* 2002; 16(9): 1324-1328.
17. Martinek J, Suchanek F, Stefanova M, Rotnagloba B, Zavada F, Strsova A, et al. Training on a ex vivo animal model improves endoscopic skills: a randomized, single-blind study. *Gastrointes Endosc* 2011; 74(2): 367-373.
18. Figert P, Park A, Witzke D, Schwartz R. Transfer of training in acquiring laparoscopic skills. *J Am Coll Surg* 2001; 193(5): 533-537.
19. Scott DJ, Bergen PC, Rege RV, Laycock R, Tesfay ST, et al. Laparoscopic training on bench models: better and more cost effective than operating room experience? *J Am Coll Surg* 2000; 191(3): 272-283.

EXPERIENCIA CON EL MÉTODO LAPAROENDOSCÓPICO RENDEZ-VOUS PARA MANEJO EN UN SOLO TIEMPO DE LITIASIS VESICULAR Y COLEDOCOLITIASIS

PEDRO FUENMAYOR-ROJAS (1)

RESUMEN

Se describe la primera experiencia con la utilización del método laparoendoscópico rendez-vous en el manejo de pacientes con litiasis vesicular y alta sospecha de coledocolitiasis en el servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas. **Método:** Se aplicó el método rendez-vous a 8 pacientes que ingresaron con los diagnósticos de litiasis vesicular y alta sospecha de coledocolitiasis de forma electiva. **Resultados:** Se realizó la colangiografía intraoperatoria en 7 de 8 pacientes, se confirmó la presencia de coledocolitiasis en cuatro pacientes (57%) y se logró la extracción exitosa de cálculos de la vía biliar en 3 (75%) a través de colangiografía retrógrada endoscópica selectiva sobre guía biliar previamente colocada por el cirujano vía transcística. No se reportaron casos de pancreatitis post procedimiento ni casos de litiasis residual en 3 meses de seguimiento. La media de estadía hospitalaria fue de 9,75 días (2 – 25 días) y de estadía postoperatoria 2,87 días (1 – 7 días). **Conclusión:** El método rendez-vous se presenta como alternativa terapéutica mínimamente invasiva segura y exitosa para el manejo de pacientes con alta sospecha de coledocolitiasis y litiasis vesicular, trayendo como beneficios la resolución en un tiempo anestésico de ambas patologías, la disminución de las complicaciones de la CPRE y una estancia hospitalaria corta.

Palabras clave

Rendez-vous, coledocolitiasis, exploración de vías biliares, litiasis vesicular, colangiografía retrógrada endoscópica.

EXPERIENCE WITH LAPAROENDOSCOPIC RENDEZ-VOUS APPROACH IN A SINGLE TIME MANAGEMENT OF VESICULAR LITHIASIS AND CHOLEDOCHOLITHIASIS

ABSTRACT

We describe the first experience using laparoendoscopic “rendez-vous” approach in the management of patients diagnosed with simultaneous cholecystolithiasis and choledocholithiasis at General Surgery Department of “Hospital Universitario de Caracas”. **Method:** Eight patients diagnosed with simultaneous cholecystolithiasis and choledocholithiasis underwent elective laparoendoscopic “rendez-vous” approach. **Results:** Intraoperative cholangiography confirmed choledocholithiasis in four patients (57%), lithiasis were successfully extracted on three of them (75%) using intraoperative endoscopic retrograde cholangiography after transcystic insertion of a guide wire to reach Vater’s papilla. No post endoscopic retrograde cholangiography pancreatitis or residual common ductal stones were reported after a 3 months follow. Mean hospital stay was 9.75 days (2-25 days), and mean post operative stay was 2.87 days (1-7 days). **Conclusion:** Rendez-vous approach is a minimal invasive, safe and effective choice available to the management of patients diagnosed with simultaneous cholecystolithiasis and choledocholithiasis, which is performed in a single anesthesia, needs a short hospital stay and lowers ERC complications.

Key words

Rendez-vous, choledocholithiasis, biliary duct exploration, cholecystolithiasis, endoscopic retrograde cholangiography.

1 Hospital Universitario de Caracas. Departamento de Cirugía. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “A”

La coledocolitiasis coexistente con litiasis vesicular ha planteado el desafío de ubicar el tiempo adecuado para su resolución, la cual puede ser pre, intra o postoperatoria. Muchos investigadores alrededor del mundo se han planteado la meta de lograr la solución de ambas patologías con el menor costo, mayor tasa de éxito y menor número de complicaciones posibles. Para ello se han planteado muchas técnicas tanto endoscópicas como laparoscópicas. El manejo más frecuente de la litiasis vesicular con coledocolitiasis en el Hospital Universitario de Caracas es la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) pre-operatoria seguida de colecistectomía laparoscópica (CL) en turno quirúrgico electivo 24 a 72 horas después. En muchos casos se posterga la realización de la CL por razones institucionales a semanas o meses posterior a la realización de la CPRE. Otra de las opciones de tratamiento aplicadas en nuestro centro es la exploración laparoscópica de vías biliares (ELVB) con coledocoscopia. La gran limitante para la aplicación de rutina de esta técnica es la carencia de suficientes especialistas entrenados para la aplicación de la misma y la disponibilidad del coledocoscopia en los diferentes servicios quirúrgicos. Volviendo a la CPRE, se debe subrayar que de 35 a 50% de los pacientes con alta sospecha de coledocolitiasis a los que se les practica CPRE, ésta resulta negativa para coledocolitiasis. Más aún, la CPRE a pesar de ser un método efectivo para el diagnóstico y tratamiento de la coledocolitiasis, tiene asociado una morbilidad de 3 a 5% de los casos según las distintas series. Bajo estas premisas, se justifica la aplicación de un procedimiento diagnóstico y terapéutico que tenga como factores conceptuales principales evitar el riesgo del daño iatrogénico causado por la CPRE con esfinterotomía y que ambos procedimientos, endoscópico (CPRE) y laparoscópico (CL) sean realizados de manera más sencilla y en un solo tiempo anestésico. Llenando estos requisitos se nos presenta el método laparoendoscópico rendez-vous, el cual evita los tres elementos de riesgo de la CPRE, a saber, la inyección retrógrada de medio de contraste, la inserción retrógrada de la guía a través de la papila, y la manipulación prolongada de la misma^(1, 2).

Son muy pocas las instituciones públicas venezolanas que cuentan con especialistas entrenados en exploración laparoscópica de vías biliares y los costosos equipos de última tecnología necesarios para la realización de la misma. Sin embargo, existen numerosos centros públicos que cuentan con servicios de Gastroenterología y Cirugía General, donde se realicen CPRE y colecistectomía laparoscópicas, por lo que el método rendez-vous se nos presenta como una alternativa útil a ser aplicada como resolución mínimamente invasiva y en un solo tiempo de la coledocolitiasis coexistente con litiasis vesicular en nuestro país, especialmente en instituciones públicas. En este trabajo utilizamos el método laparoendoscópico tipo rendez-vous, o colangiografía endoscópica por acceso endoscópico controlado a la vía biliar sobre una guía hidrofílica colocada vía transcística

durante la colecistectomía laparoscópica y describimos los resultados obtenidos con su utilización en términos de éxito terapéutico, aparición de complicaciones y estadía hospitalaria.

MÉTODO

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, descriptivo. La población estuvo representada por todos aquellos pacientes mayores de 18 años que ingresaron de emergencia al Hospital Universitario de Caracas con los diagnósticos de litiasis vesicular y alta sospecha de coledocolitiasis. El muestreo fue de tipo intencional, no probabilístico, de manera que la muestra estuvo conformada por ocho pacientes con los diagnósticos de litiasis vesicular y alta sospecha de coledocolitiasis que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Ver tablas 1 y 2.

Tabla 1. Criterios de inclusión

1.	Pacientes de cualquier género
2.	Pacientes mayores de 18 años
3.	Pacientes ASA I-III
4.	Diagnóstico de litiasis vesicular por ultrasonido abdominal.
5.	Diagnóstico de alta sospecha de coledocolitiasis dado por los siguientes criterios:
	· Ictericia y/o colangitis presente
	· Evidencia por ultrasonido abdominal de coledocolitiasis o dilatación de la vía biliar principal > 7mm
	· Alteración de pruebas hepáticas: bilirrubina total > 2mg/dl, fosfatasa alcalina > 150UI/l

Tabla 2. Criterios de exclusión

1.	Pacientes ASA IV.
2.	CPRE con esfinterotomía previa.
3.	Cirugía abdominal alta previa.
4.	Embarazo al momento del ingreso.
5.	Pancreatitis diagnosticada al momento del ingreso: amilasa > 200UI/L
6.	Evidencia o sospecha de patología neoplásica del confluente biliopancreático o vías biliares.

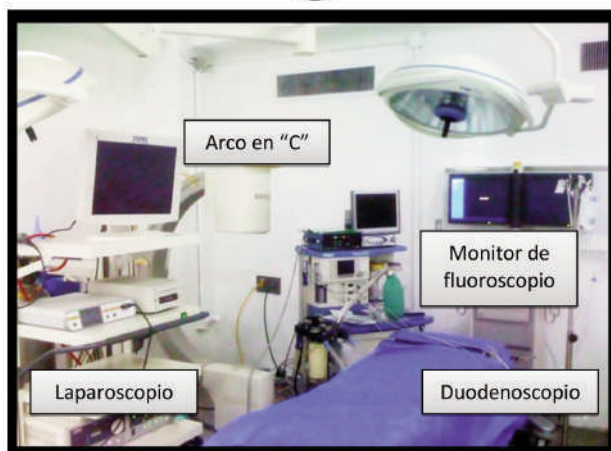
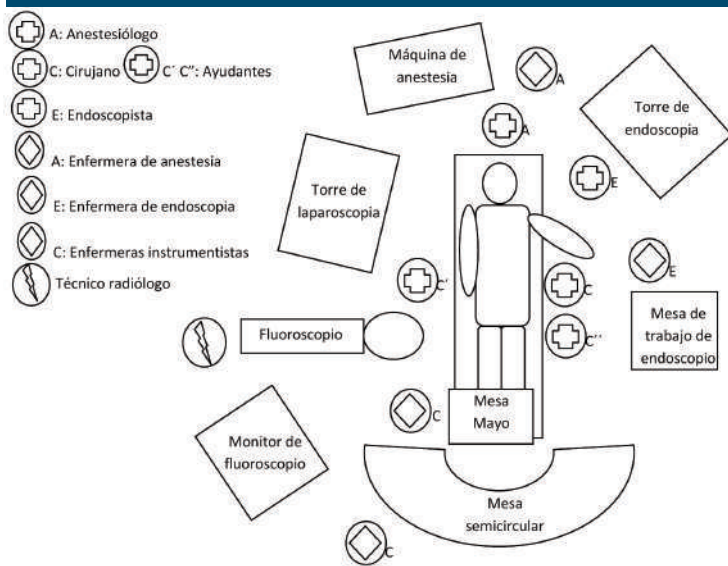
Descripción de la técnica

El equipo médico multidisciplinario estuvo conformado por el equipo quirúrgico (cirujano, dos ayudantes, enfermera instrumentista y circulante), equipo de anestesiología (anestesiólogo y enfermera circulante), equipo endoscopista (endoscopista y enfermera circulante) y un técnico radiólogo. La disposición de los equipos e instrumental dentro del quirófano se guió por el diagrama expuesto en la figura 1.

Pasos del método rendez-vous

Primer tiempo laparoscópico: colangiografía intraoperatoria.

Se realizó un primer tiempo laparoscópico bajo anestesia general inhalatoria, previas medidas de asepsia, antisepsia y colocación de campos estériles, introduciendo por técnica abierta de

Figura 1. Disposición del equipo multidisciplinario en quirófano

Hasson portal umbilical de 10 mm, insuflación de neumoperitoneo a 12 mm Hg, introducción de una óptica de 10 mm de 0° y bajo visión directa laparoscópica se introducen un portal de 12 mm epigástrico y dos portales de 5 mm en línea medio claviclar derecha y línea axilar anterior derecha bajo el reborde costal. Se procede a la identificación y disección del triángulo de Calot, ligadura proximal con un clip LT400 del conducto cístico, disección y ligadura de la arteria cística con tres clips LT300 y sección. Cisticotomía distal. Se introduce en línea medioclavicular y bajo el reborde costal un catéter venoso periférico de 14 gauges, se retira el introductor metálico y se introduce la punta del catéter de 5 Fr a la cavidad abdominal a través del mismo. Inserción transcística lo más profunda posible de catéter urológico o vertebral 5 Fr hacia la vía biliar y colocación de un clip LT400 a medio cerrar para su inmovilización. Se instilan 20 cc de solución NaCl 0,9% estéril a través del catéter y se evalúa el reflujo de la misma a través del cístico, en caso tal se ajusta un poco más el clip del cístico distal con

una clipadora Ethicon® Endosurgery de 10 mm sin cerrarlo totalmente y se repite la instilación de 20 cc de solución NaCl 0,9% estéril. Se asegura una buena relación del esfínter de Oddi con la administración en ese momento de 20 mg de bromuro de hioscina endovenosa. Se realiza la colangiografía transcística con la instilación de contraste hidrosoluble bajo visión directa con fluoroscopia. Se consideraron satisfactorias aquellas colangiografías en la cuales se dibujaron los conductos hepáticos derecho e izquierdo, se visualizó el colédoco en toda su extensión y se evidenció el paso del contraste hacia el duodeno. Si se confirmaba la presencia de coledocolitiasis se continuó el procedimiento como se describe en los pasos siguientes; en caso de no evidenciar coledocolitiasis se completó la colecistectomía laparoscópica retrógrada y se dio por terminado el procedimiento. En las figuras 2 y 3, podemos visualizar la colocación del catéter transcístico y posterior colangiografía intraoperatoria. Realizado el diagnóstico de coledocolitiasis se procedió a la introducción de una guía hidrofílica de 0.035" a través del catéter urológico y se comprobaba su paso a duodeno por fluoroscopia tal y como se visualiza en la figura 4. Se retira el catéter urológico a través de la pared abdominal.

Tiempo endoscópico: rendezvous, encuentro con la guía hidrofílica, papilotomía endoscópica, colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) y extracción de cálculos biliares.

En este tiempo el endoscopista se encarga de lazar la guía hidrofílica en duodeno con asa de polipectomía y extraerla por el canal del endoscopio para posteriormente montar el papilotomo sobre la guía y realizar una papilotomía endoscópica. Se procedió a la extracción con un catéter de Fogarty y cesta de Dormia de los cálculos biliares por fluoroscopia. En las figuras 5, 6 y 7 visualizamos este tiempo.

Segundo tiempo laparoscópico: se completa la colecistectomía.

En este tiempo se extrae la guía hidrofílica por la pared abdominal, se colocan dos clips LT400 sobre conducto cístico distal y se completa la cisticotomía. Se completa la colecistectomía laparoscópica por técnica habitual dejando según el criterio del cirujano un drenaje activo tipo Blake de 18Fr subhepático hacia lecho vesicular, concluyendo el procedimiento.

RESULTADOS

Este estudio estuvo conformado por ocho pacientes, tres del sexo femenino y cinco del sexo masculino, con edad promedio de 49 años (18 - 71 años) que acudieron de emergencia al Hospital Universitario de Caracas y fueron ingresados por los servicios de Cirugía I y Gastroenterología con los diagnósticos de

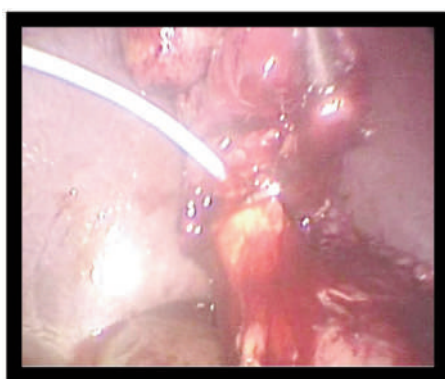


Figura 2. Colocación de catéter vertebral de 5 Fr transcístico hasta vía biliar

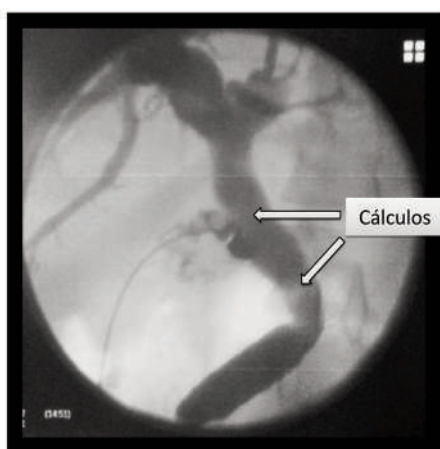


Figura 3. Colangiografía intraoperatoria y confirmación de coledocolitiasis.

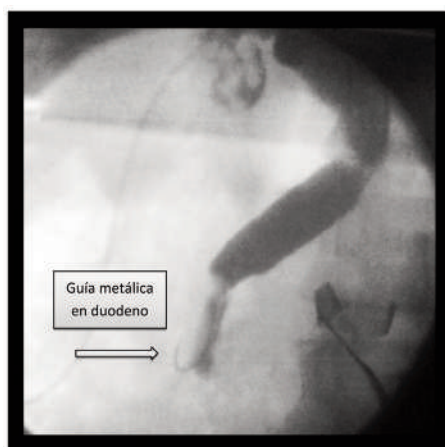


Figura 4. Colocación de guía metálica transcística hasta duodeno por fluoroscopia

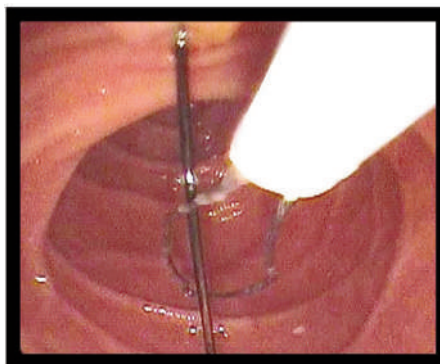


Figura 5. Rendez-vous en duodeno de la guía metálica con el duodenoscopio.

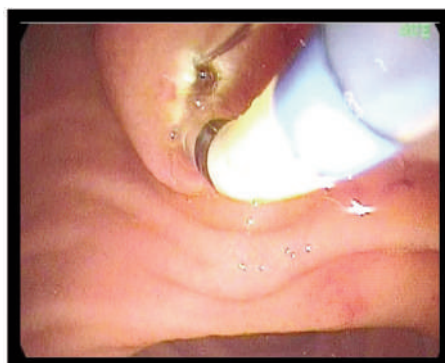


Figura 6. Canulación selectiva de la vía biliar sobre la guía metálica y esfinterotomía endoscópica

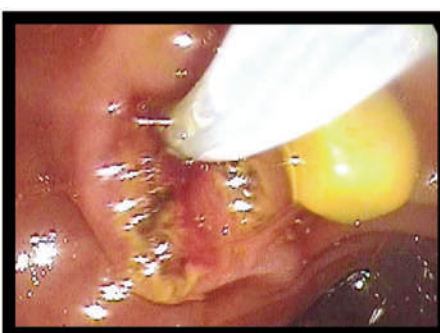


Figura 7. Extracción endoscópica de cálculos biliares con cesta de Dormia.

litiasis vesicular y alta sospecha de coledocolitiasis, entre marzo y octubre del año 2011. Las características de los pacientes al momento del ingreso se resumen en la tabla 3. El diagnóstico de litiasis vesicular se realizó por ultrasonido abdominal en todos los casos. Para el diagnóstico de alta sospecha de coledocolitiasis se tomaron como criterios los resumidos en la tabla 4. En siete de

los ocho pacientes se realizó una colangiografía intraoperatoria como paso inicial, confirmando el diagnóstico de coledocolitiasis en cuatro de ellos (57%); en la paciente restante se encontró un síndrome de Mirizzi tipo III (Csendes) donde la fístula colecisto-coledociana y un síndrome adherencial severo del ligamento hepatoduodenal producto de una colecistitis crónica impidió realizar el procedimiento por abordaje laparoscópico por lo que se convirtió el procedimiento a laparotomía biliar, colecistectomía parcial y extracción de cálculo único enclavado en bacinete. En los tres pacientes cuya CIO resultó negativa se realizó colecistectomía laparoscópica sin complicaciones postoperatorias ni ictericia recurrente en tres meses de seguimiento. En los cuatro pacientes cuya CIO resultó positiva, se procedió a realizar la canulación selectiva de la vía biliar principal y colocación de guía hidrofílica guiada por fluoroscopia hasta el duodeno, en todos los casos de forma exitosa. En todos los casos se logró la extracción exitosa de cálculos de la vía biliar, tres (75%) por vía endoscópica y uno (25%) por laparotomía biliar, en vista de que los cálculos de esta paciente tenían un diámetro de 18 a 20 mm y no fue posible su extracción a través de la papila. La tasa de conversión a laparotomía biliar fue de 25%, por tratarse de 2 conversiones en una serie de 8 casos. En la tabla No 5 se resumen los hallazgos y resultados postoperatorios. El tiempo de estadía hospitalaria promedio para nuestros pacientes fue de 9,75 días (2 - 25 días), y

el promedio de estadía postoperatoria promedio fue de 2,87 días (1 - 7 días). No evidenciamos hiperamilasemia a las 48 horas en ninguno de los pacientes estudiados, con lo que se descartó pancreatitis post colangiografía endoscópica. Se realizó una laparoscopia diagnóstica al 4º día postoperatorio en uno de los pacientes por presentar colección subhepática, la cual se resolvió de for-

Tabla 3. Características de los pacientes al momento del ingreso

	Hombres	Mujeres	Promedio
SEXO	5	3	-
EDAD	55,2	41	49,88
IMC (Kg/m2) promedio	22,59	25,48	24,52
Ictericia %	100%	100%	100%
BT (mg/dl) promedio	7,12	4,89	6,37
BD (mg/dl) promedio	4,35	3,1	3,88
ALP (UI/l) promedio	227,5	565,34	354,13
AMILASA (UI/l) promedio	61,4	51,6	57,75
Ø VBP (mm) promedio	10,26	11,56	10,75
CV-VBP-USAb %	60%	33%	62,50%
Ø VBP (mm) x' (diámetro promedio de vía biliar principal)			
CV-VBP-USAb % (cálculo visible en vía biliar principal por ultrasonido abdominal)			

Tabla 4. Criterios diagnósticos de alta sospecha de coledocolitiasis.

• Ictericia y/o colangitis presente
• Evidencia por ultrasonido abdominal de coledocolitiasis o dilatación de la vía biliar principal > 7mm
• Alteración de pruebas hepáticas: bilirrubina total > 2 mg/dl, fosfatasa alcalina > 150 UI/l

Tabla 5. Hallazgos operatorios
HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CIO +	03-May	01-Mar	4
CaVBP	3	1	4
ExCVBP x CER	3	1	4
RV	3	1	4

CIO + (colangiografía intraoperatoria positivas para coledocolitiasis)

CaVBP (canulación selectiva de la vía biliar principal efectiva)

ExCVBP x CER (extracción de cálculos de vía biliar principal por colangiografía endoscópica)

RV (procedimientos completados por método rendez-vous laparoendoscópico)

Tabla No 6. Días de hospitalización total y de egreso postoperatorio por paciente según procedimiento realizado y diagnóstico final.

PACIENTE	DIAS HOSP. TOTAL	DIAS EGRESO PO	PROCEDIMIENTO REALIZADO	DIAGNOSTICO FINAL
1	7	5	RV	LV+ CDL
2	6	1	CIO + COLELAP	LV
3	14	2	RV	LV+ CDL
4	2	2	CIO + COLELAP	LV
5	4	2	RV	LV+ CDL
6	18	2	RV	LV+ CDL
7	25	7	LAPAROTOMIA BILIAR: COLECISTECTOMIA PARCIAL + CIO	LV + MIRIZZI TIPO III
8	2	2	COLECISTECTOMIA ABIERTA + EXPLORACION VBP + KEHR	LV+ CDL

CIO: Colangiografía intraoperatoria LV: Litiasis Vesicular CDL: Coledocolitiasis VBP: Vía biliar principal RV (Procedimientos completados por método rendezvous laparoendoscópico).

ma satisfactoria con lavado de cavidad y drenaje y contó como el único caso de reintervención y complicación postoperatoria en la serie. No hubo casos de mortalidad. En la tabla No 6 se visualizan los días de hospitalización contrastados con los procedimientos realizados en cada paciente y el diagnóstico final.

DISCUSIÓN

En este trabajo describimos los resultados obtenidos luego de la aplicación del método rendez-vous para la resolución en un solo tiempo de pacientes con diagnóstico de litiasis vesicular y alta sospecha de coledocolitiasis. El tratamiento secuencial (CPRE con CL) o en un solo tiempo (rendez-vous, ELVB y exploración robótica de las vías biliares) pueden ser aplicadas de forma segura para el manejo de estos pacientes, siendo las únicas limitantes para la elección entre uno u otro método la experiencia del equipo tratante y la disponibilidad de recursos. El tratamiento en un solo tiempo permite evitar una segunda anestesia y tomar decisiones terapéuticas basadas en la colangiografía intraoperatoria⁽³⁾.

Una opción de tratamiento en un solo tiempo mínimamente invasiva es la ELVB por abordaje transcístico, la cual se ve limitada por el diámetro del conducto cístico y el de las litiasis a ser removidas. En la serie reportada por Rodríguez⁽⁴⁾, el abordaje transcístico fue efectivo en 44,5% de los casos, siendo su mayor limitante la presencia de múltiples cálculos a nivel del colédoco o cálculos impactados. El segundo abordaje es la ELVB a través de coledocotomía con cierre primario o colocación de tubo en T de Kehr de la vía biliar principal. A pesar de que múltiples estudios lo han comparado con la CPRE^(4,5,6,7,8,9) es una técnica con cierto grado de dificultad, limitada sólo a expertos en el área y que además tiene el riesgo de derrame de bilis postoperatoria y estenosis tardía de la vía biliar. La tercera opción descrita es la esfinterotomía endoscópica intraoperatoria, la cual es difícil técnicamente por la posición supina del paciente y puede aumentar el riesgo de complicaciones en vista de la difícil canulación de la vía biliar y la inyección retrógrada de contraste hacia el conducto pancreático⁽¹⁰⁾. Con el método rendez-vous la canulación de la papila

utilizando una guía nos permite evitar estas complicaciones, inclusive con el paciente en la posición supina. Un estudio comparativo no-aleatorio reportó mayor facilidad de la técnica utilizando el rendez-vous, y una reducción significativa de la pancreatitis posterior a la CRE comparada con el tratamiento secuencial en dos pasos CPRE + CL⁽¹¹⁾. En los estudios aleatorios, los resultados son controversiales. Para Rabago y col⁽¹²⁾ la tasa de éxito terapéutico en la extracción de cálculos de la vía biliar entre el rendez-vous y el tratamiento secuencial no reporta diferencia significativa, mientras que Morino y col⁽¹³⁾ favorecen al método rendez-vous (80% vs 95,6%; $p = 0,06$). La incidencia de pancreatitis post CPRE fue mayor en el grupo de tratamiento secuencial en dos pasos (12,7% vs 1,7%; $p = 0,03$) en la revisión de Rabago, mientras que para Morino no existió dicha diferencia. Otro estudio aleatorio muestra una disminución significativa en la pancreatitis post CPRE en un grupo seleccionado de pacientes con factores de riesgo relacionados con pancreatitis post CPRE⁽¹⁴⁾.

En nuestra experiencia, obtuvimos la canulación selectiva de la vía biliar en todos los casos donde la CIO confirmó la presencia de coledocolitiasis, lo que facilitó ampliamente el procedimiento endoscópico por la presencia de la guía a través de la papila en la segunda porción del duodeno independientemente de que el paciente se encontrara en posición supina o decúbito lateral izquierdo, asociándose una disminución significativa del tiempo. Se obtuvo un 75% de éxito en la extracción de cálculos de la vía biliar con el método rendez-vous, encontrando como causa del 25% de fracaso a la presencia de cálculos biliares de 18 mm en una de nuestras pacientes. No se registraron episodios de pancreatitis post CPRE ni de otras complicaciones asociadas al procedimiento endoscópico en esta muestra. La estadía hospitalaria pre y postoperatoria de nuestros pacientes fue reducida, con excepción de casos puntuales donde elementos de tipo institucional y completamente aislados al procedimiento en sí mismo limitaron la realización de la cirugía de forma oportuna. En la serie de Borzellino⁽³⁾ la media de la estadía postoperatoria estuvo entre 5,5 y 8,6 días, mientras que en la revisión de La Grecca⁽¹⁵⁾ se reportó una media de hospitalización de 3,9 días (1-51 días). En nuestra muestra el tiempo de estadía hospitalaria promedio fue de 9,75 días (2-25 días), y el promedio de estadía postoperatoria promedio fue de 2,87 días (1-7 días), este último representativamente menor que lo reportado por Borzellino⁽³⁾.

Las desventajas reportadas por los autores del método rendez-vous, y que confirmamos en nuestra experiencia, están relacionadas a la dificultad logística y de organización de una cirugía donde deben estar presentes simultáneamente un cirujano y un endoscopista. Por otro lado, confirmamos las observaciones de Basso⁽¹⁶⁾, Morino⁽¹⁴⁾ y Meyer⁽¹⁷⁾ relacionadas con la insuflación de aire por la duodenoscopia, lo cual dificulta el segundo tiempo laparoscópico en gran medida. En tal sentido para contrarrestar esta distensión de asas, Morino y col sugieren usar un clamp intestinal laparoscópico y aplicarlo a la primera asa yeyunal, mientras

que otros autores^(12,17/8) simplemente sugieren minimizar la insuflación y prolongar la aspiración antes de extraer el endoscopio.

Tomando como referencia el diagrama para manejo de los pacientes con sospecha de coledocolitiasis de Sánchez y col⁽⁷⁾, proponemos que aquellos pacientes con alta sospecha de coledocolitiasis sean sujetos a ser sometidos al método rendez-vous antes de ir a CPRE preoperatoria. En los casos de CIO positiva por baja sospecha de coledocolitiasis en la que Sánchez propone la ELVB, se puede incluir el método rendez-vous como opción terapéutica adicional, dejando la decisión de elegir entre uno u otro al criterio del cirujano tratante basado en la disponibilidad de recursos, el entrenamiento y experiencia en el manejo mínimamente invasivo de las vías biliares. En la figura 8 y 9 resumimos los algoritmos de manejo de estos pacientes.

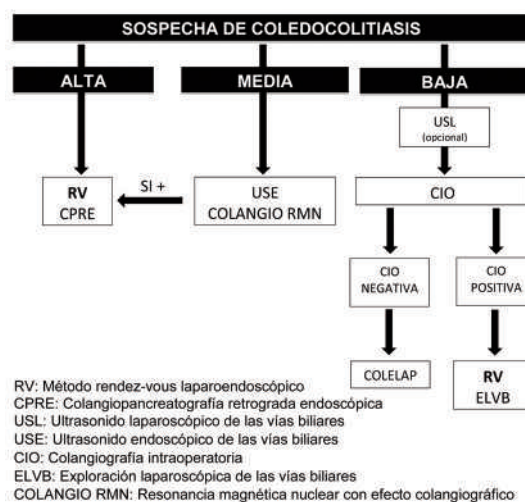


Figura 8. Algoritmo del manejo del paciente con sospecha de coledocolitiasis. Modificado de Sánchez y col.⁽⁷⁾

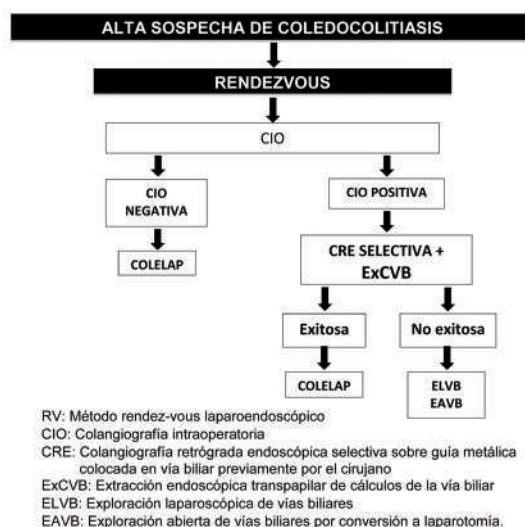


Figura 9. Algoritmo del manejo del paciente con alta sospecha de coledocolitiasis y litiasis vesicular coexistente.

REFERENCIAS

- 1.- Palma G, Angrisani L, Lorenzo M, Di Matteo E, Catanzano C, Persico G, et al. Laparoscopic cholecystectomy (LC), intraoperative endoscopic sphincterotomy (ES), and common bile duct stones (CBDs) extraction for management of patients with cholecystocholedocholithiasis. *Surg Endosc* 1996; 10:649-652.
- 2.- Moroni J, Haurie JP, Juddhak I, Fuster S. Single-stage laparoscopic and endoscopic treatment for choledocholithiasis: a novel approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 1999; 9:69-74.
- 3.- Borzellino G, Rodella L, Saladino E, Catalano F, Politi L, Minicozzi A, et al. Treatment for retrieved common bile duct stones during laparoscopic cholecystectomy: the rendez-vous technique. *Arch Surg* 2010; 145:1145-1149.
- 4.- Sánchez A, Benítez G, Rodríguez O, Pujadas Z, Valero R, La Forgia G, et al. Exploración laparoscópica de la vía biliar. *Rev Venez Cir* 2005; 58(2):68-77.
- 5.- Sánchez A. Coledoscopia en la exploración laparoscópica de la vía biliar para resolución de coledocolitiasis. *Rev Venez Cir* 2007; 60(4): 177-182.
- 6.- Sánchez A, Rodríguez O, Sánchez R. Colangiografía intraoperatoria selectiva y manejo laparoscópico en un sólo tiempo de la coledocolitiasis. *Rev Venez Cir* 2008; 61(4): 155-161.
- 7.- Hong D, Xin Y, Chen D. Comparison of laparoscopic cholecystectomy combined with intraoperative endoscopic sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile duct for cholecystocholedocholithiasis. *Surg Endosc* 2006; 20:424-427.
- 8.- Wei Q, Wang J, Li L, Li J. Management of choledocholithiasis: comparison between laparoscopic common bile duct exploration and intraoperative endoscopic sphincterotomy. *World J Gastroenterol* 2003; 9:2856-2858.
- 9.- Berthou J, Dron B, Charbonneau P, Moussalier K, Pellissier L. Evaluation of laparoscopic treatment of common bile duct stones in a prospective series of 505 patients: indications and results. *Surg Endosc* 2007; 21:1970-1974.
- 10.- Masci E, Mariani A, Curioni S, Testoni PA. Risk factors for pancreatitis following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: a meta-analysis. *Endoscopy* 2003; 35:830-834.
- 11.- La Greca G, Barbagallo F, Di Blasi M, Di Stefano M, Castello G, Gagliardo S, et al. Rendez-vous technique versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography to treat bile duct stones reduces endoscopic time and pancreatic damage. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2007; 17:167-171.
- 12.- Rabago LR, Vicente C, Soler F, Delgado M, Moral I, Guerra I, et al. Two-stage treatment with preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) compared with single-stage treatment with intraoperative ERCP for patients with symptomatic cholelithiasis with possible choledocholithiasis. *Endoscopy* 2006; 38:779-786.
- 13.- Morino M, Baracchi F, Miglietta C, Furlan N, Ragona R, Garbarini A. Preoperative endoscopic sphincterotomy versus laparoendoscopic rendez-vous in patients with gallbladder and bile duct stones. *Ann Surg* 2006; 244(6):889-896.
- 14.- Lella F, Bagnolo F, Rebuffat C, Scalambra M, Bonassi U, Colombo E. Use of the laparoscopic-endoscopic approach, the so-called "rendez-vous" technique, in cholecystocholedocholithiasis: a valid method in cases with patient-related risk factors for post-ERCP pancreatitis. *Surg Endosc* 2006; 20(3):419-423.
- 15.- La Greca G, Barbagallo F, Soa M, Latteri S, Russello D. Simultaneous laparoendoscopic rendez-vous for the treatment of cholecystocholedocholithiasis. *Surg Endosc* 2010; 24:769-780.
- 16.- Basso N, Pizzuto G, Surgo D, Materia A, Silecchia G, Fantini A, et al. Laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic sphincterotomy in the treatment of cholecysto-choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc* 1999; 50:532-535.
- 17.- Meyer C, Le JV, Rohr S, Duclos B, Duclos B, Reimund JM, et al. Management of common bile duct stones in a single operation combining laparoscopic cholecystectomy and peroperative endoscopic sphincterotomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2002; 9:196-200.

PRÓXIMOS EVENTOS

**XXXII Congreso Venezolano de Cirugía. VI Internacional**

12 – 15 de marzo de 2014
World Trade Center de Valencia

XXVI Congreso Argentino y Latinoamericano de Residentes de Cirugía General

10 y 11 de abril de 2014
Auditorio OSDE, Mendoza, Argentina

XI Congreso ALACE

Panamá 2014
13 – 17 de mayo 2014
Sheraton Panamá Hotel & Convention Center. Panamá

**XI Jornadas de Oncología
“Dr. Wilfredo Perfetti Cavalieri”**

Instituto Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño
13 y 14 de junio de 2014
Hotel Playaroa, Boca de Aroa. Estado Falcón

XVI Congreso Venezolano de Oncología

7 – 10 de octubre de 2014
Hotel Eurobuilding & Suites. Caracas

**LXXXV Congreso Argentino de Cirugía
“Complicaciones de la Cirugía”**

3 – 6 de noviembre de 2014
Buenos Aires Sheraton Hotel
& Convention Center. Argentina

**XXX Congreso Nacional de Cirugía
Asociación Española de Cirujanos**

10 – 13 de noviembre de 2014
Hotel Meliá Castilla. Madrid, España

LXV Congreso Uruguayo de Cirugía

1 – 4 de diciembre de 2014
Conrad Punta del Este Resort & Casino
Maldonado, Uruguay

LA HIPOTERMIA COMO FACTOR PREDICTIVO DE MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO

BERNARDETTE GUADALUPE GIL MASROUA (1)
MERYS LOURDES ROJAS VARGAS (2)
ROGER ESCALONA (3)

HYPOTHERMIA AS A PREDICTOR OF MORBIDITY AND MORTALITY IN PATIENTS WITH PENETRATING TRAUMA BY FIREARM

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la hipotermia y la evolución clínica de los pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego admitidos de enero a octubre del 2010 en el servicio de emergencia en el (HGO) "José Gregorio Hernández" de Los Magallanes de Catia, Caracas-Venezuela. **Método:** Estudio prospectivo, descriptivo y comparativo con una población de 109 casos y una muestra de 65 pacientes, que relaciona las variables como edad, sexo, tiempo de evolución, número y localización de los orificios, comorbilidades, uso de drogas ilícitas, hábito tabáquico, alcohol, drenaje torácico, órganos lesionados, uso de transfusiones, complicaciones, re-intervenciones y días de hospitalización con la hipotermia, para determinarla como factor predictivo de morbilidad y mortalidad. **Resultados:** Todas las variables estudiadas intervienen como factores asociados a la hipotermia en el pronóstico de morbilidad y mortalidad, a excepción del uso del drenaje torácico. **Conclusiones:** Se demostró que la hipotermia en el área de emergencia es un factor predictivo de morbilidad y mortalidad para los pacientes que ingresaron al con traumatismo penetrante por arma de fuego y se sugiere que se tome como parte del protocolo para evaluar el pronóstico de estos pacientes.

Palabras clave

Hipotermia - grados de hipotermia - PATI - morbilidad y mortalidad - factor pronóstico.

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between hypothermia in penetrating trauma by gunshot and the clinical outcome of patients admitted from January to October 2010 in emergency room of the Hospital General del Oeste "José Gregorio Hernández" Los Magallanes de Catia, Caracas-Venezuela. **Method:** A prospective, descriptive and comparative study with a population of 109 patients and a sample of 65 patients, who we are going to relate multiple variables such as age, gender, evolution time, number and location of the holes, comorbidities, illicit drug use, smoking, alcohol, chest drainage, damage organs, use of transfusions, complications, re-interventions and hospital days with hypothermia and degrees of it to determine it as a predictor of morbidity and mortality. **Results:** All variables related with hypothermia and their degrees except the needed for chest drainage are involves like predictors of morbidity and mortality. **Conclusions:** We demonstrated the hypothermia in the emergency room is a predictor of morbidity and mortality for patients admitted in emergency area with penetrating trauma by gunshot. We suggest take this information to make a protocol for measuring prognosis of this type of patients in our hospital.

Key words

Hypothermia - degrees of hypothermia - PATI - morbidity and mortality - predictor factor.

-
- 1 Cirujano General egresada del postgrado de Cirugía General del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.
 - 2 Cirujano General egresada del postgrado de Cirugía General del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández".
 - 3 Cirujano General, jefe del Departamento de Cirugía y Director del postgrado de Cirugía General. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Profesor Agregado de la Escuela "Dr. Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela. Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía
-

El trauma severo es una causa común de hipotermia, la que se ha establecido en 36°C o menor. Esta condición provoca la disminución de la perfusión de los tejidos y una inadecuada oxigenación tisular, condicionando, de esta manera, la presencia del shock. Los factores de riesgo para esta condición incluyen: la exposición ambiental, la intoxicación por alcohol, las quemaduras, las lesiones neurológicas, el shock y la anestesia general. También ha sido asociada a factores que incrementan la morbilidad, como las coagulopatías, la vasoconstricción periférica, al mayor consumo de oxígeno con excesiva producción de ácido láctico, con la inestabilidad hemodinámica y cardíaca, arritmias e infecciones, así como a la disminución del flujo pulsátil y la hipotensión, todo lo cual lleva a un síndrome de disfunción multiorgánica, con aumento de la mortalidad.

La temperatura ideal del cuerpo es de 37°C ó $98,6^{\circ}\text{F}$, tanto interna como periférica. La caída de sólo 1°C puede desencadenar fenómenos deletéreos en la fisiología. En casos de hipotermia intraoperatoria, menor de 35°C , el riesgo de infecciones del sitio operatorio (ISO), luego de una laparotomía por un traumatismo, aumenta al doble, según un trabajo publicado en *Annals of Surgery*, en la que los autores hallaron que por cada grado por debajo de 35°C , el riesgo ISO aumentaba un 221%⁽¹⁾. Finalmente, la hipotermia, puede llevar a la muerte.

Diversos autores han evidenciado la tendencia de las víctimas del trauma a presentar disminución de la temperatura corporal, y han demostrado su correlación con el índice de la severidad del Trauma (ISS), con el volumen de fluidos intravenosos infundidos y con la mortalidad.⁽²⁻⁴⁾

Algunos factores de riesgo para que se dé la situación de hipotermia en estos casos, son la intoxicación alcohólica, la enfermedad psiquiátrica, la colisión con vehículos, las caídas, la exposición prolongada en el campo, el trauma cráneo-encefálico, la malnutrición, los trastornos endocrinos, el shock, las comorbilidades y la administración de líquidos intravenosos fríos. Todas las lesiones por trauma están asociadas a hipotermia y, por supuesto, con un peor resultado final, siendo ésta más común y más severa en pacientes con lesiones graves, por lo cual es difícil determinar si el aumento de la mortalidad se debe atribuir a ella o a las lesiones asociadas⁽⁵⁾. En un estudio prospectivo observacional del 2003, el 14% presentó hipotermia al ingresar al departamento de emergencia, 61% en algún momento del acto quirúrgico, y 36% al final de la operación⁽³⁾, por lo que se podría decir que cualquier traumatizado con una temperatura menor de 32°C está en grave riesgo de muerte.

Los efectos adversos de la hipotermia en el paciente traumatizado incluyen los trastornos de la coagulación, el deterioro de la respuesta inmune, los trastornos cardíacos y de la cicatrización, la acidosis metabólica, los trastornos respiratorios, la vasoconstricción periférica, las alteraciones de la farmacocinética de las drogas y el aumento del

consumo de oxígeno, los que han sido asociados con un aumento de la morbilidad y mortalidad en los casos de trauma.

La hipotermia al ingreso al hospital es un predictor independiente de mortalidad en el trauma, lo que quiere decir que no es solo un marcador de gravedad, sino que es un factor que, individualmente, se debe intentar prevenir o corregir activamente^(2,4,6), constituyéndose en la premisa que da peso a este problema.

Por lo anteriormente expuesto y la ausencia de información local, se plantea el siguiente problema: ¿es la hipotermia un factor predictivo positivo para la morbilidad y mortalidad en pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego?

El objetivo de este estudio fue el de caracterizar la hipotermia y la evolución clínica de los pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego admitidos de enero a octubre del 2010 en el servicio de emergencia en el (HGO) "José Gregorio Hernández", estableciendo los datos demográficos de los casos, y registrando la temperatura rectal, al ingreso, relacionándola con el tiempo de evolución del trauma, el número y la localización de los orificios, la necesidad de drenaje torácico, la utilización de cristaloides, coloides y hemoderivados. También se comparan aquellos casos con comorbilidades, tabaquismo, consumo de alcohol y el uso de drogas ilícitas con la temperatura rectal obtenida al ingreso. A esto se sumó la relación de la hipotermia con el número de intervenciones y re-intervenidos, los órganos lesionados, el grado de lesión según el PATI, las complicaciones postoperatorias y el tiempo de estadía hospitalaria posterior a la intervención de emergencia,

MÉTODO

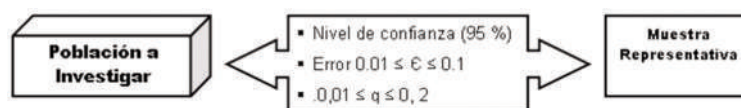
Se trata de un estudio prospectivo y descriptivo. La población se constituyó con todos los pacientes que consultaron a la emergencia del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" presentando traumatismo penetrante por arma de fuego, en el tiempo comprendido entre enero y octubre del 2010, con un tamaño de 109 pacientes.

La muestra se compuso con todos aquellos mayores de 18 años, que consultaron a la emergencia presentando traumatismo penetrante por arma de fuego desde enero a octubre del 2010 en el HGO, calculándose mediante el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión, conformándose con 65 casos.

Cálculo de la muestra representativa

Para ello, de los 109 pacientes que ingresaron con traumatismo penetrante por arma de fuego en el lugar y tiempo establecidos, se empleó un estadígrafo, que determinó el tamaño a partir de la población. Esto se puede graficar de la siguiente forma:

Para lo que se utilizó la siguiente fórmula:



$$n_0 = \left(\frac{z}{e} \right)^2 * p * q$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Donde: **n₀**: cantidad teórica de elementos de la muestra, **n**: cantidad real de elementos de la muestra a partir de la población asumida, **N**: número total de

elementos que conforman la población, **z**: valor estandarizado en función del grado de confiabilidad de la muestra calculada, **e**: error asumido en el cálculo, **q**: probabilidad de la población que no presenta las características, **p**: Probabilidad de la población que presenta las características. Cálculo (n₀): 138.30 y cálculo del tamaño de la muestra real (n): 61.

Según este procedimiento, de un total de 109 pacientes que constituyeron la población, y considerando un 95 % el nivel de confianza, asumiendo que el error de cálculo (**e**) sea de un 5 % (0,05) y tomando en cuenta que el 10% de la muestra seleccionada no reunía las características de la población (q= 0,1), se determinó que la muestra representativa de dicha población podría ser de 61 pacientes, por lo que el número usado en el estudio, de 65 pacientes, fue estadísticamente representativa.

Criterios de inclusión

- Mayores de 18 años.
- Que consultaron a la emergencia de nuestro centro presentando traumatismo penetrante por arma de fuego.
- Que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Menores de 18 años.
- Que consultaron la emergencia de nuestro centro por cualquier otra causa.
- Aquellos que ingresaron al área de emergencia sin signos vitales.
- Casos con traumatismo craneoencefálico severo.
- Embarazadas.

Se registraron las variables tales como: edad, sexo, número de orificios producidos por el arma de fuego, localización de dichos orificios, órganos lesionados, días de hospitalización, complicaciones, tiempo aproximado desde el trauma hasta la llegada al área de emergencia, co-morbilidades, necesidad de intervención quirúrgica, re-intervenciones, colocación de drenaje torácico, uso de cristaloides, colides y transfusiones; hábito tabáquico, alcohol y el uso de drogas ilícitas. Se compararon y analizaron todos los datos con la variable hipotermia y se anotaron los resultados y el análisis de los mismos.

Tratamiento estadístico

Se utilizó un estadígrafo para el cálculo de una muestra representativa. Para el análisis de las variables se realizó por distribución de frecuencias, en escala cualitativa mediante frecuencias relativas como porcentajes y por escala cuantitativa mediante tendencias centrales como promedio aritmético, mediana y modo. Se utilizarán también medidas de dispersión como desviación estándar con curva de Gauss. También se utilizó para el análisis datos de

asociación mediante coeficiente de correlación y/o coeficiente de regresión. Como instrumento se usará el Software Excel.

RESULTADOS

De un total de 109 pacientes que consultaron al servicio de emergencia del HGO por presentar traumatismo penetrante por arma de fuego en el período de tiempo comprendido entre enero y octubre del 2010, 44 pacientes llegaron sin signos vitales, lo que equivale a un 40% de la población, versus 65 pacientes que arribaron vivos a la sala de emergencias, lo que equivalen a un 60% de la población, constituyéndose la muestra con éstos últimos; todos ellos cumpliendo los criterios de inclusión.

La edad más frecuente se encontró entre los 21 y los 25 años, con una frecuencia de 24 pacientes y un porcentaje de 36,7%, con una media de 23,5 años de edad y con una desviación estándar de 5,7. (Gráfico 1 y 2).

El sexo masculino tuvo una frecuencia de 64 casos, lo que equivale al 99,08% versus el sexo femenino con una frecuencia que equivale al 0,92% de la muestra (Gráfico 1).

51 pacientes (78%) presentaron hipotermia, la cual considerada como leve en 20 pacientes, representando un 39,2%; moderada en 23, representando un 45,1%, y severa en 8, representando un 15,7% (Gráfico 3).

El 46,2% - 30 casos - llegaron en menos de 30 minutos desde el momento del evento (Gráfico 4).

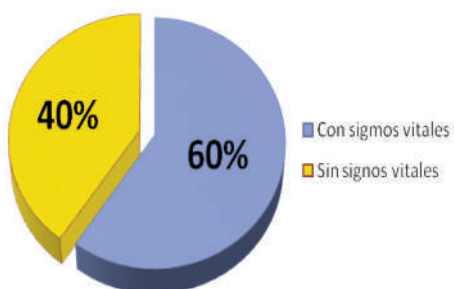
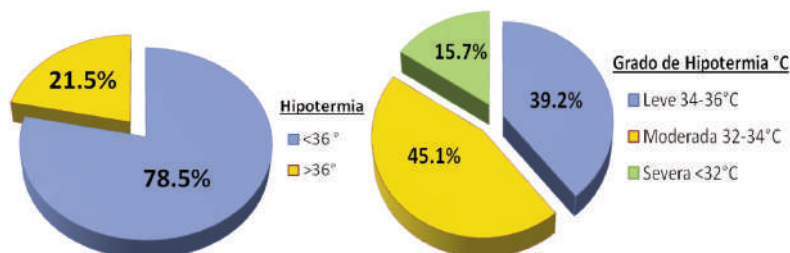
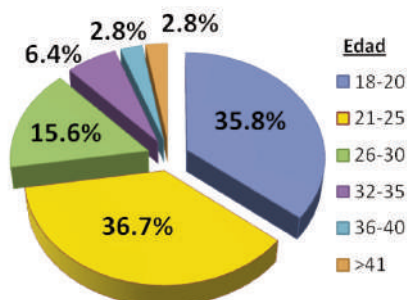
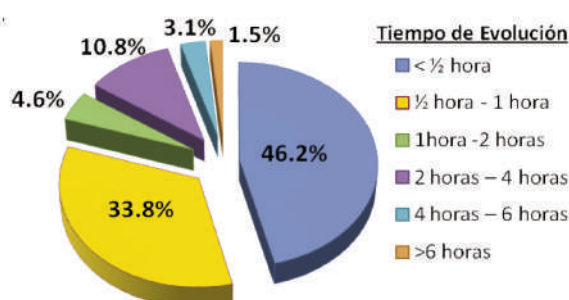
El número de orificios presentados por cada paciente se clasificó en intervalos, su localización y frecuencia fueron de 1 a 3 orificios por paciente, siendo 51 casos que equivalen al 78,5%. La localización de los orificios tuvo la siguiente distribución y frecuencia: la región máxilo-facial y el cuello presentaron una frecuencia de 4 orificios, representado por un 2,9%; la tóraco-abdominal tuvo una frecuencia de 8 orificios, representado por un 5,7%; el tórax y la región glútea presentaron una frecuencia de 14 orificios, un 10% cada uno; la región lumbar tuvo una frecuencia de 15 orificios, representado por un 10,7%. La localización más frecuente fueron las extremidades y el abdomen, teniendo los miembros superiores una frecuencia de 22 representado por un 15,7%, los miembros inferiores una frecuencia de 25 representado con un 17,9% y abdomen 34 representado con un 24,3% (Gráfico 5).

La localización de los orificios por cuadrantes, se distribuyó de la siguiente manera: región paraumbilical: 1 orificio, representado con un 2,9%; hipogastrio: 2 orificios representado con un 5,9%; hipocondrios: 5 orificios representado con un 14,7%; epigastrio: 6 orificios representado con un 17,6%. La localización de orificios a nivel abdominal con mayor frecuencia fueron ambos flancos y fosas ilíacas con 10 orificios, representados con un 29,4%, cada uno (Gráfico 6).

Ocho paciente, de 65, presentaron comorbilidades, que equivale a un 12,3%, y 57 (87,7%) no las tuvieron. Ellas fueron:

GRÁFICOS**MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO: HIPOTERMIA EN EL ÁREA DE EMERGENCIA COMO FACTOR PREDICTIVO**

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

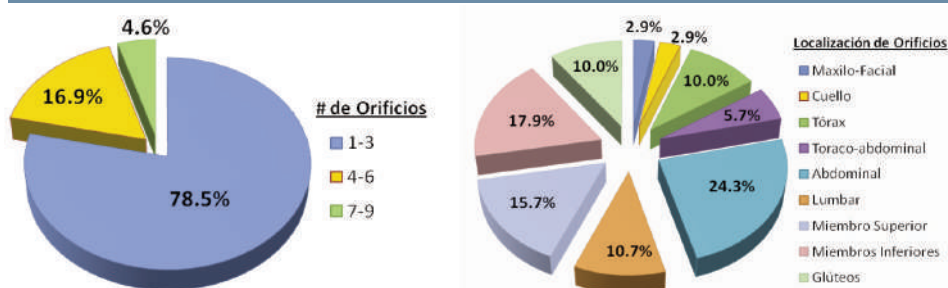
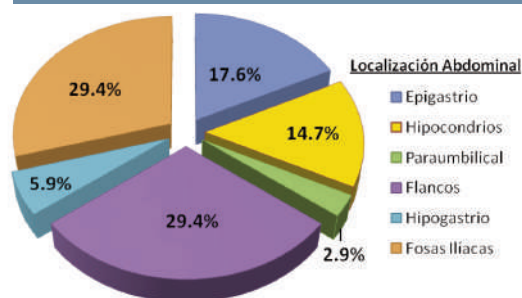
GRÁFICO 1 Distribución de la población por edad, sexo y mortalidad**GRÁFICO 3** Distribución de la Temperatura en °C y su clasificación.**GRÁFICO 2** Distribución de la muestra por grupos etarios**GRÁFICO 4** Distribución según el tiempo de evolución del trauma

asma 4 (50%) pacientes HIV, hipertensión maligna, púrpura trombocitopénica idiopática y retardo mental en 1 (12,5%) caso cada uno (Gráfico 7).

Se estudiaron los hábitos psicobiológicos, como el uso de drogas ilícitas, tabaco y alcohol, obteniéndose que 34 pacientes refirieran consumo de drogas ilícitas, lo que equivalía un 52,3% de la muestra. 45 pacientes (69,2%) referían hábito tabáquico y 25 pacientes, que representan el 38,5% de la muestra llegaron en estado de embriaguez al área de emergencia del centro de salud. (Gráfico 8).

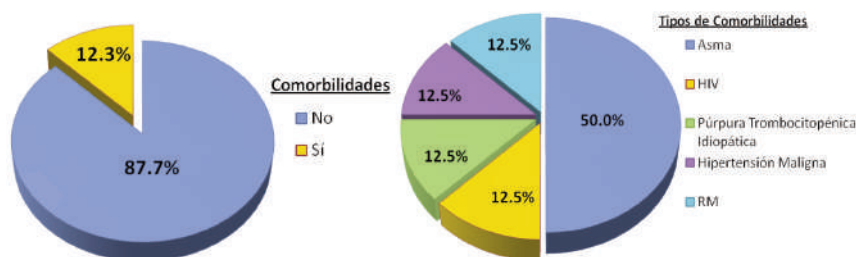
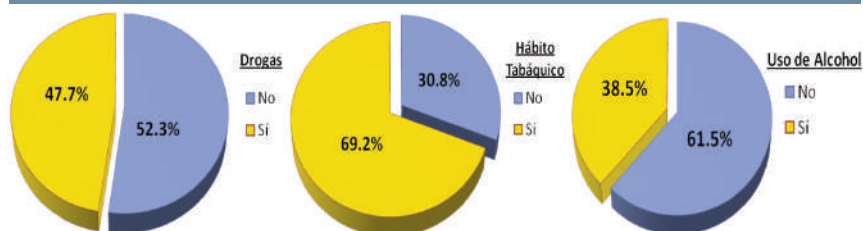
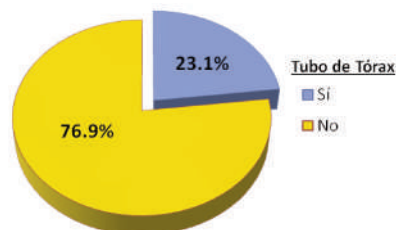
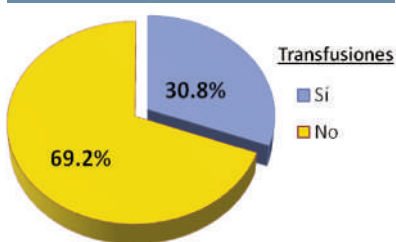
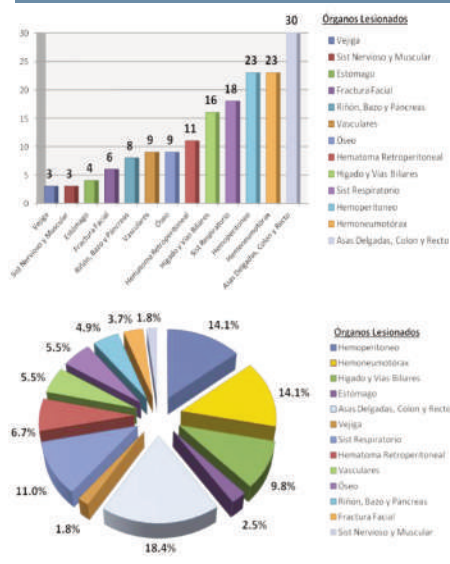
La necesidad de la colocación de un drenaje torácico se observó en 15 pacientes, que representan el 23% versus 50 pacientes (77%) que no ameritó el uso del drenaje de tórax (Gráfico 9).

La frecuencia de los órganos lesionados y los hallazgos intraoperatorios fueron: lesiones intestinales (asas delgadas, colon y recto) en 30 pacientes (18,4%); hemoperitoneo y hemo neumotórax en 23 (14,1%) cada uno; lesión del sistema respiratorio en 18 casos que representan el 11%; lesión de hígado y vías biliares en 16 pacientes (9,8%); presentaron hematoma retroperi-

GRÁFICO 5 Distribución según el número de orificios y su localización**GRÁFICO 6** Distribución de los Orificios en las áreas del Abdomen

GRÁFICOS**MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO ...cont**

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

GRÁFICO 7 Comorbilidades y sus tipos.**GRÁFICO 8 Hábitos psicobiológicos: Consumo de drogas ilícitas, hábito tabáquico y alcohol.****GRÁFICO 9 Drenaje torácico****GRÁFICO 11 Distribución de las transfusiones****GRÁFICO 10 Distribución de los órganos lesionados**

toneal 11 lo que representó el 6,7%; 9 pacientes presentaron lesiones óseas y vasculares (5,5%) cada uno; 8 presentaron lesión en el bazo, riñones y páncreas (4,9%); 6 pacientes (3,9%) presentaron fractura facial; 4 (2,5%) lesiones de estómago y 3 (1,8%) lesiones vesicales y lesiones del sistema nervioso cada uno (Gráfico 10).

Fue requerida la transfusión de hemoderivados en 20

pacientes, los cuales equivalen a un 31% de la muestra (Gráfico 11).

En cuanto a las complicaciones, las presentaron 15 pacientes, que equivalen a un 23%. Hernia interna, proyectil intra-articular en cadera derecha, derrame pleural y lesión de recto extraperitoneal en 1 paciente, representando un 6,7% cada uno; colección intraabdominal y obstrucción intestinal parcial en 2 pacientes, representado por un 13,3%. Las complicaciones que presentaron mayor frecuencia fueron relacionadas con la anastomosis vascular y los fallecidos, representados por 3 (20%) pacientes y 4 (26,7%) pacientes respectivamente (Gráfico 12).

Fueron reintervenidos 10 pacientes (15%): colección intraabdominal, amputaciones y colostomía por lesión de recto extraperitoneal 1 (10%) paciente cada uno. Las complicaciones más frecuentes fueron la obstrucción intestinal y las vasculares, representados por 2 (20%) de pacientes y 5 (50%) de pacientes respectivamente (Gráfico 13).

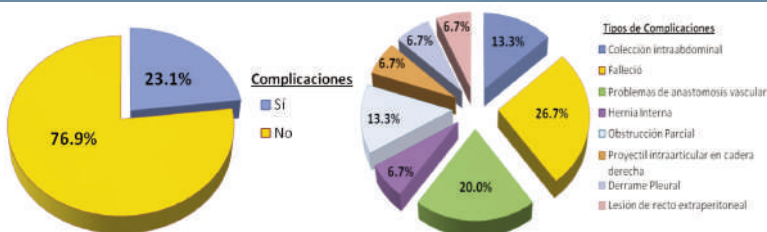
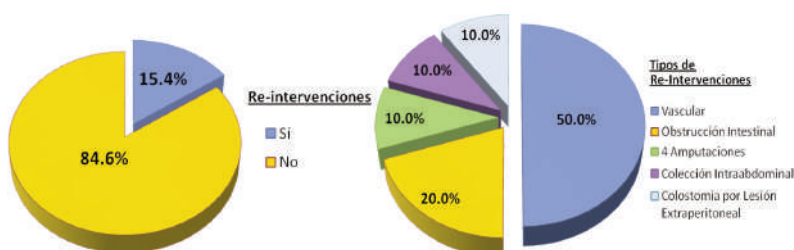
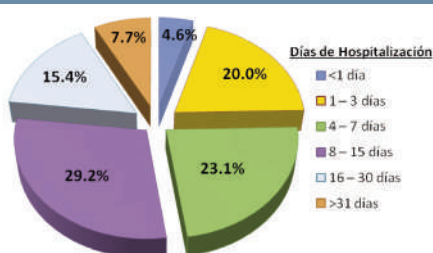
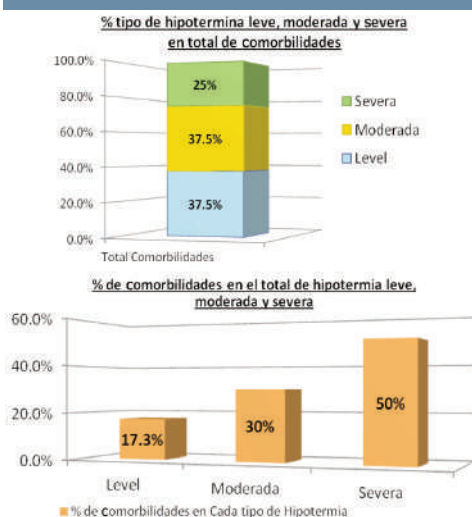
Los días de hospitalización se clasificaron por rangos, teniendo la menor frecuencia en los pacientes que permanecieron hospitalizados por menos de 1 día y por más de 31 días representados por 3 pacientes (4,6%) y 5 pacientes (7,8%) respectivamente. Los intervalos de 16 a 30 días tuvieron una frecuencia de 10 pacientes (15,3%), 1 a 3 días 13 pacientes (20%) y 4 a 7 días con 15 pacientes (23,1%). La mayor frecuencia la presentaron los pacientes hospitalizados en el intervalo de 8 a 15 días con una frecuencia de 19 pacientes representado por un 29,2% (Gráfico 14).

DISCUSIÓN

Desde 1981 se ha venido estudiando la hipotermia en pacientes severamente lesionados⁽⁴⁾, encontrándose una relación inversa entre el ISS y la temperatura central (timpánica), es decir, a mayor ISS, mayor número y severidad de las lesiones, lo que condiciona mayor sangrado, y se requerirán mayores volúmenes de líquidos intravenosos, por lo cual, aumenta la mortalidad⁽⁴⁾.

GRÁFICOS**MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO ...cont**

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

GRÁFICO 12 Distribución de las complicaciones y sus tipos.**GRÁFICO 13 Distribución de las re-intervenciones y sus tipos.****GRÁFICO 14 Días de hospitalización****GRÁFICO 15 Porcentajes, frecuencias y media de las comorbilidades y sus tipos con la hipotermia y sus grados.**

Luna y col, en 1987, definieron que las causas de la hipotermia se debían, tanto a problemas en la temoregulación y en la disminución de la producción de calor, como a las lesiones "per se"; estos aspectos se relacionaban estrechamente con otras condiciones, tales como las edades extremas de la vida, la anestesia general y neuroaxial, las condiciones médicas como la diabetes y la falla cardíaca, la drogadicción, el uso de antidepresivos y alcohol, la administración de fluidos intravenosos fríos, a las transfusiones y las quemaduras⁽⁵⁾. Ese mismo año, Jurcovich demostró que los pacientes traumatizados quienes registraron una temperatura menor a 34°C, presentaron una tasa de mortalidad del 40%, mientras que quienes tuvieron temperaturas menores a 33°C, 69%, y menor de 32°C, el 100%⁽⁶⁾. Para 1996, encontró que la normotermia reducía la tasa de ISO, y que la disminución de 1,9°C en la temperatura corporal, aumentaba la incidencia de esa complicación y por tanto, del tiempo de la hospitalización⁽⁷⁾, mientras que Schmeid detectó que la

caída de 1,6°C aumentaba la pérdida de sangre y las transfusiones de sangre alogénica, con los riesgos que ello conlleva⁽⁸⁾.

Ya en 1997, otros autores hallaron diferencias en la evolución de pacientes, en distintas situaciones a las que se asociaba a hipotermia⁽⁹⁻¹¹⁾, en este sentido, Helm, en el 2004, encontraron que casi todos los pacientes por trauma tenían hipotermia, riesgo que se incrementaba en mayores de 65 años⁽¹²⁾.

Sin embargo, en 2006, Arthurs llegó a la conclusión que la hipotermia era un factor independiente que no influye en el desarrollo y evolución, ni en la morbi-mortalidad⁽¹³⁾. No así, en el Consenso Nacional de Trauma en Estados Unidos del 2009 llegó a aceptar que si habían diferencias estadísticamente significativas en pacientes con hipotermia comparados con aquellos que no la presentaban, y que los primeros presentaron déficit básicos, un alto puntaje en el ISS, y mayor tiempo de estadía hospitalaria⁽¹⁴⁾. A todas luces se puede percibir que la evidencia apunta hacia la hipotermia como factor a tomar en cuenta como predictor en trauma.

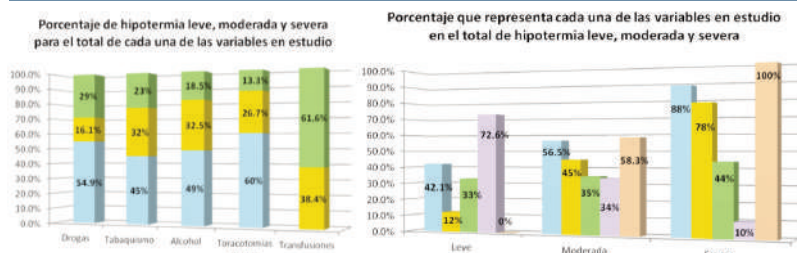
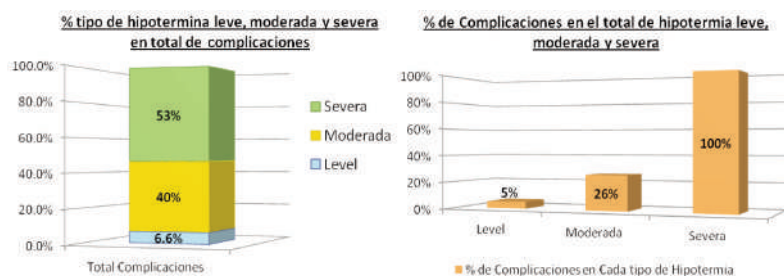
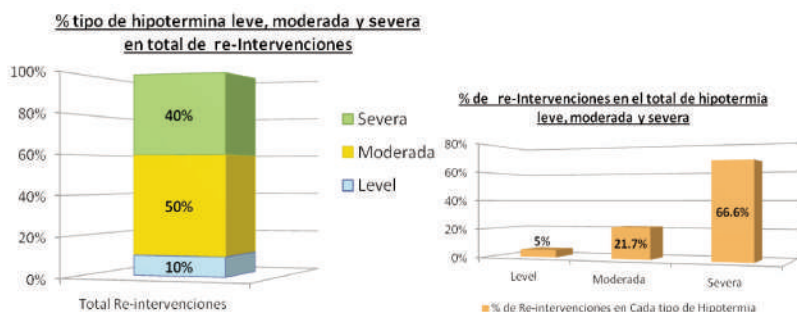
En Venezuela, Rojas en 1993, Quintero en 2005, y Cala en 2009, estudiaron diversos factores que incidiesen en la morbilidad y la mortalidad, pero no a la hipotermia como índice pronóstico⁽¹⁵⁻¹⁷⁾, lo que convertiría esta investigación en el primero en el país que trata este tema.

La hipotermia en el paciente politraumatizado se ha asociado con un incremento de la morbilidad, dada la menor perfusión de los tejidos con el aumento de la vasoconstricción periférica, a lo que se suma la inadecuada oxigenación por mayor consumo, la aparición de alteraciones en la coagulación, así como al aumento de ISO y el shock, lo que lleva a un síndrome de disfunción multiorgánica y al aumento de la mortalidad⁽¹⁸⁻²⁶⁾.

La víctima de trauma puede sufrir diferentes grados de lesiones por frío, que van desde las leves en los dedos, las orejas y la nariz, por el congelamiento de las capas superficiales de la piel; estas lesiones son, generalmente reversibles, y

GRÁFICOS

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAUMATISMO PENETRANTE POR ARMA DE FUEGO ...cont**GRÁFICO 16** Porcentajes, las frecuencias y media del consumo de drogas, tabaco y alcohol; el uso de drenaje torácico y el uso de hemoderivados con la hipotermia y sus grados.**GRÁFICO 17** Porcentajes, frecuencias y las complicaciones y sus tipos con la hipotermia y sus grados.**GRÁFICO 18** Porcentajes, frecuencias y media de la variable re-intervención y sus tipos con la hipotermia y sus grados.**CUADRO 1** Distribución de edad y el tiempo de evolución del trauma, con la hipotermia y sus grados.

Hipotermia	Edad X	Tiempo de lesión hasta centro salud X
Leve	25	½ hora - 1 hora
Moderada	21	1 hora - 2 horas
Severa	24	2 horas - 4 horas

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

CUADRO 2 Número y la localización de los orificios y los órganos lesionados con la hipotermia y sus grados.

Hipotermia	Número de orificios X y %	Localización de orificios X y %	Localización de orificios en abdomen X y %	Órganos lesionados
Leve	1 (36,8%)	Tórax (26%)	Flancos (80%)	19,1% Hemoperitoneo seguido de 12,7% hematoma retroperitoneal
Moderada	2 (30%)	Abdomen -56%	Epigastrio (44%)	17,4% Hemoperitoneo seguido de 12,6% hígado
Severa	3 (33,6%)	Miembros inferiores (72%)	Fosa ilíaca (67%)	20,6% lesiones vasculares seguido de 10,3% Hemoperitoneo, hígado, colon y duodeno

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

responde exponiéndolas al aire caliente o colocando la parte afectada sobre otra superficie caliente del cuerpo.

El congelamiento profundo, que implica la formación de cristales de hielo dentro de la piel, puede destruir el tejido. Estos cristales forman un gradiente osmótico que conlleva a la desviación de líquido hacia el intersticio, provocando la deshidratación celular; también aumenta la permeabilidad por pérdida de la integridad vascular.

Los lechos vasculares de los tejidos congelados se obstruyen por trombos y agregados celulares interrumpiendo la circulación de la sangre. La lesión endotelial se propaga por todo el árbol microvascular, provocando edema intersticial y extravasación de glóbulos rojos produciéndose activación y degranulación plaquetaria con liberación de sustancias vasoactivas, como histamina, serotonina y bradiquina, entre otras. Esta combinación de fenómenos incrementa la hipoxia tisular y la muerte celular.

Normalmente, el calor se distribuye irregularmente, logrando, a través de la vasoconstricción, un gradiente de temperatura entre 2 y 4 °C desde el centro a la periferia, por lo que, en condiciones normales, la temperatura interna no se ve afectada por las temperaturas más bajas en las áreas periféricas.

Su efecto en los tejidos traumatizados está modulado por diferentes variables, como el tiempo entre la lesión y la hipotermia y la etiología ésta última - ya sea espontánea o inducida - la presencia de lesiones asociadas, el grado de hipotermia y su duración.

A nivel celular, la disminución del adenosín trifosfato (ATP) por el trauma juega el mayor papel en la fisiopatología de la hipotermia espontánea. La producción de calor en el

CUADRO 3 Porcentajes, frecuencias y media de la variable PATI con la hipotermia y sus grados.

Hipotermia	X PATI	Valor más repetido	Valor más alto
Leve	13,2	12	35
Moderada	22,8	32	38
Severa	28,2	45	55

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

CUADRO 4 Relación de los porcentajes, frecuencias y media de los días de hospitalización con la hipotermia y sus grados.

Hipotermia	Días de hospitalización X y %
Leve	45 % de 4-7 días, seguido de un 30% 8-15 días
Moderada	56,5% de 8-15 días, seguido de 21,7% de 16-30 días
Severa	44,4 % >31 días, seguido de 33,3% <1 día

Fuente: Departamento de Historias Médicas. HGO.

CUADRO 5 Penetrating Abdominal Trauma Index (PATI)

Órgano lesionado	Factor de riesgo	Grado de lesión
Duodeno	5	1) Pared superficial 2) <25% de pared 3) >25% de pared 4) Pared duodenal e irrigación 5) Pancreatoduodenectomía
Páncreas	5	1)Tangencial 2)Transfixiante (Wirsung intacto) 3)Desbridamiento extenso o lesión ductal distal. 4)Lesión ductal proximal 5)Pancreatoduodenectomía
Hígado	4	1)Periférica no sangrante 2)Sangrado central o desbridamiento mínimo con reparación de vena cava o desbridamiento extenso bilobar 3)Desbridamiento extenso o ligadura de la arteria hepática. 4)Lobectomía 5)Lobectomía
Colon	4	1)Lesión de serosa 2)Lesión simple de pared 3)<25% de la pared 4)>25% de la pared 5)Pared e irrigación
Grandes Vasos	4	1)<25% de la pared 2)>25% de la pared 3)Sección completa 4)Injerto o puente 5)Ligadura
Bazo	3	1)No sangrante 2)Cauterización o agente hemostático 3)Desbridamiento mínimo o sutura. 4)Resección parcial 5)Esplenectomía
Riñón	3	1)No sangrante 2)Cauterización o agente hemostático 3)Desbridamiento mínimo o sutura. 4)Resección parcial 5)Esplenectomía
Vías biliares extrahepáticas	3	1)Contusión 2)Colecistectomía 3)<25% de la pared 4)>25% de la pared 5)Reconstrucción bilio-digestiva
Intestino Delgado	2	1)Lesión simple de pared 2)Transfixiante 3)<25% de la pared ó 2-3 lesiones 4)>25% de la pared ó 4-5 lesiones 5)Pared e irrigación ó >5 lesiones.
Estómago	2	1)Lesión simple de pared 2)Transfixiante 3)Desbridamiento mínimo. 4)Resección en cuña 5)Resección >35%
Uréter	2	1)Contusión 2)Laceración 3)Desbridamiento mínimo 4)Resección segmentaria 5)Reconstrucción
Vejiga	1	1)Lesión simple de pared 2)Transfixiante 3)Desbridamiento 4)Resección en cuña 5)Reconstrucción
Lesión ósea	1	1)Periostio 2)Corteza 3)Transfixiante 4)Intraarticular 5)Pérdida ósea mayor
Pequeños Vasos	1	1)Hematoma pequeño no sangrante 2)Hematoma mayor no sangrante 3)Sutura 4)Ligadura de vasos aislados 5)Ligadura de vasos conocidos.

Fuente: "Improving mortality predictions in trauma patients undergoing damage control strategies", Ordoñez et al. Ann Surg 2011 Jun 77(6): 778-782.

cuerpo proviene de la hidrólisis del ATP a adenosín difosfato (ADP). En el shock, el metabolismo anaeróbico usualmente incluye una disminución en la síntesis de ATP, llevando el cuerpo a la hipotermia por depleción de energía y disrupción de la homeostasis celular, todo lo cual lleva a mayor severidad de la lesión y más complicaciones⁽²⁷⁻³⁰⁾.

La hipotermia se clasifica en primaria y secundaria, la primera es aquella originada por la exposición a condiciones ambientales de frío extremo, y la segunda debida a enfermedad o inducida

por cambios en la termorregulación y producción de calor, como en los casos que nos ocupa. En trauma, la clasificación de hipotermia es de: 1) leve, cuyos límites oscilan entre 34-36°C, 2) moderada, de 32 a 34°C y 3) severa, menor a 32°C. En los casos no traumáticos, la clasificación se puede dividir en 1) leve de 33-36°C, 2) moderada de 28- 32°C, 3) grave de 16-27°C, 4) severa de 6-15°C y 5) ultrasevera menor a 5°C^(31, 32, 33).

Las manifestaciones clínicas en la hipotermia leve son: temblor, hiperreflexia, taquicardia, hipertensión, taquipnea, confusión,

problemas cognitivos y alcalosis respiratoria.

En la moderada incluyen problemas de la innervación simpática, bradicardia, fibrilación auricular o flutter, ECG prolongado, bradipnea, disminución de la compliance pulmonar, disartria, pérdida de conciencia y coagulopatía.

Los síntomas de la hipotermia severa son: irritabilidad ventricular, disminución de la contractilidad miocárdica, hipotensión severa, estupor, disminución o ausencia de respiraciones, hiperkalemia e inconsciencia.

Como es apreciable, la hipotermia produce un incremento en la demanda de oxígeno y en la tasa metabólica. Durante el intento de restituir la homeostasis en estas condiciones, ocurre la dilatación de los vasos periféricos y la liberación de metabolitos ácidos que pueden crear inestabilidad cardíaca por depresión miocárdica^(5, 15, 26).

A los 5 minutos de iniciado este evento, la isquemia es crítica en el cerebro, y a los 20 minutos en el corazón, dando el argumento para que el concepto de "hora dorada" que significa la hora de oro en el cuidado del paciente con trauma. Esto delimita el tiempo durante el cual, se puede proporcionar un adecuado manejo del paciente y salvarle la vida restaurando el flujo sanguíneo en este período, mejorando la isquemia y regenerando la función del ATP, lo que hace viable la función celular de los diferentes tejidos, evitando, así, que ocurran daños irreversibles. Este principio fue adoptado luego por el Colegio Americano de Cirujanos en el Advance Trauma Life Support (ATLS)^(34, 35).

La depresión miocárdica como consecuencia de la hipotermia en pacientes de trauma se evidencia por la falla de la función cardiorrespiratoria causada por el efecto inotrópico negativo en el miocardio causando depresión de la contractilidad cardíaca, isquemia miocárdica, arritmias auriculares y ventriculares, vasoconstricción periférica, disminución de perfusión de oxígeno, mayor consumo del mismo, incremento de la viscosidad de la sangre y acidosis metabólica.^(10, 11)

Otra consecuencia es el sangrado dado por la disminución de los factores de la coagulación, por el aumento de la función fibrinolítica y la reducción de la función de las plaquetas, lo cual puede evolucionar hacia la coagulación intravascular diseminada (CID). La hipotermia junto con la acidosis y la coagulopatía se han identificado como la tríada de la muerte⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Durante la hipotermia, también hay reducción en la depuración sistémica de las drogas por la reducción del flujo sanguíneo hepático y renal, y por ende, disminuye el metabolismo del citocromo P450 de las drogas, lo cual sucede aproximadamente entre el 7% al 22% por cada grado Celsius por debajo de 37°C⁽³⁹⁾.

También se ha observado el incremento del riesgo de infección por la disminución de la función y del número de las células blancas sanguíneas, de la respuesta inmune celular, de la producción de citoquinas y de la migración de los neutrófilos, así como por la vasoconstricción termorreguladora que disminuye la nutri-

ción del tejido y de la tensión de oxígeno subcutánea, con decremento de la disposición de colágeno; hay disminución de los procesos oxidativos por los neutrófilos, conllevando a la aparición de neumonía por el alto riesgo de la necesidad de la ventilación mecánica prolongada, y sepsis⁽⁴⁰⁾.

En el EKG se puede identificar taquicardia sinusal al principio de la hipotermia, que posteriormente cambiará a bradicardia. La hipotermia intraoperatoria aumenta la incidencia de eventos cardíacos como isquemia al miocardio, angina inestable y taquicardia ventricular. También hay incremento de la morbilidad cardiovascular por la vasoconstricción periférica, el incremento de los niveles de norepinefrina y la alteración de los receptores alfa-adrenérgicos⁽⁴¹⁾.

Las concentraciones de glucosa en sangre aumentan lo que puede llegar a requerir terapia con insulina para poder reducir la mortalidad⁽⁴²⁾. Todos estos eventos llevan a un incremento de la severidad en el trauma, y la muerte.

Se definió la hipotermia como la temperatura corporal rectal por debajo de los 36°C. La hipotermia leve se estableció entre 34 y 36°C, moderada entre 32 y 34°C y severa menor a 32°C. El tiempo de evolución se definió como aquel transcurrido desde el momento del trauma hasta la llegada a la emergencia del HGO.

La causa más importante de mortalidad en el grupo de edad comprendido entre los 10 y los 40 años es el trauma grave. Como causa global de muerte en todas las edades, es superado únicamente por el cáncer y la arteriosclerosis, teniendo como factores de riesgo al alcoholismo, la edad, el sexo y la actividad laboral⁽⁵⁾.

El papel que juega la hipotermia es pieza fundamental para el médico de urgencias, puesto que su presencia tiene consecuencias en la evolución del paciente, lo que complica el tratamiento y la evolución.

El 78% de los casos que acudieron a la emergencia del HGO presentaron hipotermia a su ingreso, de los cuales, el 15,7% fue clasificada como grave. Este resultado es poco más de la mitad de lo obtenido por Steinmann, que alcanzó el 30%; lo que pudiera explicarse a que en ese trabajo se incluyeron como trauma todos los casos de congelamiento por el ambiente⁽²⁾.

Se pudo observar que al tener mayor tiempo entre la producción de la lesión y la llegada al centro de salud, la hipotermia aumentó, con sus consecuencias. Aquellos que habían llegado en menos de 1 hora, presentaron hipotermia leve, los que llegaron entre 1 y 2 horas, presentaron hipotermia moderada y los que llegaron entre 2 y 4 horas presentaron hipotermia severa, lo que parece comportarse como un factor pronóstico, lo que coincide con Arthurs y Cuadrado, quienes plantean la importancia del tiempo de evolución del trauma en un hospital de combate, concluyendo que la hipotermia tiene un impacto directo en la evolución clínica⁽¹⁴⁾.

En cuanto al número de orificios producidos por el proyectil,

se aprecia que, mientras mayor fue el número de orificios, la hipotermia se encontró en un grado superior. Con 1 solo orificio se presentó hipotermia leve, con 2 orificios la hipotermia fue moderada y los que presentaron 3 orificios la presentaron severa. No se encontró literatura que comparase el número de orificios con la hipotermia en pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego.

En lo que se refiere a la localización de los orificios, se comprobó la relación existente entre la localización torácica con hipotermia leve, la localización abdominal con la moderada y la localización en miembros inferiores con la presencia de hipotermia severa, representada con 26%, 56% y 72%, respectivamente. Esta relación no se halló en los trabajos consultados.

En los pacientes que presentaron hipotermia leve, los hallazgos más frecuentes fueron el hemoperitoneo en un 19,1%, seguido del hematoma retroperitoneal en el 12,7%. La hipotermia moderada se encontró que los más frecuentes fueron: el hemoperitoneo, 17,4%, seguido del trauma hepático en 12,6%. La severa se relacionó con el trauma vascular en el 20,6%, el hemoperitoneo, trauma hepático, colónico y duodenal en el 10,3% de los casos. Tampoco se localizó literatura al respecto que permitiera establecer comparaciones.

Se relacionó el PATI con los grados de hipotermia, evidenciándose que la media del PATI en hipotermia leve fue de 13,2, con el valor más alto de 35 y el más repetido de 12, la media del PATI en hipotermia moderada fue de 22,8, con el valor más alto de 38 y el valor más repetido de 32, y la media del PATI en hipotermia severa fue de 28,2, con el valor más alto de 55 y el valor más repetido de 45. Una vez más, en la literatura consultada no se hallaron trabajos que establecieran relación alguna del PATI con la hipotermia en pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego.

Se sabe que el PATI es usado para identificar el riesgo de complicaciones post-operatorias (cuadro 5), demostrándose con estos resultados que se obtuvo un mayor número en el PATI a medida que se encontraban peores grados de hipotermia. Lo que permite sugerir que a mayor hipotermia, mayor PATI y por ende mayor riesgo de complicaciones y morbilidad para los pacientes, demostrándose que la variable PATI sí interviene en el pronóstico del paciente y por ende se comporta como un factor pronóstico para los pacientes evaluados. Helm y col en el 2004, encontraron que casi todos los pacientes por trauma tenían hipotermia, y por tanto, un mayor riesgo en la evolución de su morbilidad⁽¹³⁾.

De 65 pacientes, en cuanto a la presencia de comorbilidades se refiere, solo 8 (12,3%) las presentaron, y se relacionó con un 37,5% de hipotermia leve e hipotermia moderada respectivamente y un 25% presentaron hipotermia severa. Pero de aquellos que presentaron hipotermia leve, un 17,3% tenían comorbilidades; con hipotermia moderada, el 30% las tenían y con hipotermia severa, el 50% presentaron comorbilidades. Las más frecuentes en

pacientes con hipotermia leve fueron el asma y el retardo mental; en pacientes con hipotermia moderada se encontraban el asma y la hipertensión arterial maligna y en los pacientes con hipotermia severa se encontraban la púrpura trombocitopénica idiopática, el asma y HIV. Es importante hacer notar que, al respecto, tampoco se halló literatura.

En cuanto al consumo de drogas ilícitas, 31 (47,7%) pacientes presentaron su consumo y se apreció que un 54,9% presentaron hipotermia leve, un 16,1% la presentaron moderada y un 29% la presentaron severa. En otro sentido, del total de pacientes que presentaron hipotermia leve, un 42,1% presentaron consumo de drogas ilícitas, con hipotermia moderada el 56,5% y con hipotermia severa el 88%, evidenciándose que el porcentaje de pacientes que consumían drogas ilícitas fue mayor cuando el grado de hipotermia era superior, demostrándose que la variable de consumo de drogas ilícitas sí interviene en el pronóstico del paciente y por ende se comporta como un factor pronóstico para los pacientes evaluados.

En cuanto al consumo tabáquico 45 pacientes (69,2%) lo presentaron y se relacionó que un 45% presentaron hipotermia leve, un 32% presentaron hipotermia moderada y un 23% presentaron hipotermia severa. Al igual que la variable analizada anteriormente, la hipotermia leve se apreció en un 12% de pacientes con tabaquismo, moderada en el 45% y con hipotermia severa el 78% presentaron consumo, notándose que el porcentaje de pacientes que consumían tabaco fue mayor cuando el grado de hipotermia era peor, demostrándose que la variable de consumo de tabaco sí interviene en el pronóstico del paciente y por ende se comporta como un factor pronóstico para los pacientes evaluados.

En cuanto al consumo de alcohol, 25 pacientes (38,5%) lo presentaron y se relacionó con un 49% de hipotermia leve, un 32,5% moderada y un 18,5% severa. Igualmente, pacientes la hipotermia leve se registró en un 33%, hipotermia moderada en el 35% y la severa el 44%. El porcentaje de pacientes que consumían alcohol fue mayor cuando el grado de hipotermia era peor, demostrándose que la variable de consumo de alcohol sí interviene en el pronóstico del paciente y por ende se comporta como un factor pronóstico para los pacientes evaluados. Llama la atención que, a pesar de la alta frecuencia del consumo de drogas ilícitas y alcohol, así como el tabaquismo, no se encontraron trabajos que relacionaran a éstos con la hipotermia en pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego.

Del total de la muestra, sólo 15 pacientes (23%) presentaron toracotomías menores, hallándose que un 60% presentaron hipotermia leve, un 26,7% presentaron hipotermia moderada y un 13,3% presentaron hipotermia severa. Así mismo, se apreció la hipotermia leve un 72,6% de los que ameritaron el drenaje torácico, moderada en el 34%, y severa en el 10%. No encontrándose relación entre la hipotermia y el procedimiento de toracotomía menor en los pacientes del estudio, por lo que no se comporta

como factor pronóstico, relación que no se halla en la literatura consultada.

En cuanto a las transfusiones, sólo 20 casos (31%) las necesitaron, de los cuales, ninguno presentó hipotermia leve, 38,4% presentaron hipotermia moderada y un 61,6% presentaron hipotermia severa, mientras que, en otro sentido, un 58,3% de los que la recibieron tenían hipotermia moderada y los que registraron hipotermia severa, el 100% ameritaron transfusiones.

En otras palabras, aquellos casos que necesitaron transfusiones, el compromiso fue mayor cuando el grado de hipotermia era superior, demostrándose que la variable transfusiones si interviene en el pronóstico del paciente y por ende se comporta como un factor pronóstico para los pacientes evaluados. Fue una de las pocas variables en la cual hubo un 100% de presencia en cuanto a los pacientes que presentaban hipotermia severa. Schmeid y col detectaron que la caída de 1,6°C aumentaba la pérdida de sangre y las transfusiones de sangre alogénica, con los riesgos que ello conlleva⁽⁹⁾.

La presencia de complicaciones sólo se apreció en 15 casos (23%); 6,6% presentaron hipotermia leve, 40% hipotermia moderada y un 53,3% presentaron hipotermia severa. En otra visión, 5% que presentaron complicaciones tuvieron hipotermia leve al ingreso, moderada el 26% de los complicados y el 100% con hipotermia severa se complicaron. Fue una de las pocas variables en la cual hubo un 100% de presencia en cuanto a los pacientes que presentaban hipotermia severa.

Las complicaciones encontradas en los casos con hipotermia leve, el 100 % fueron colecciones intraabdominales; en pacientes con hipotermia moderada, 42,8 % presentaron obstrucción intestinal seguido de lesión de recto extraperitoneal con un 28,5%, y en los pacientes con hipotermia severa se presentaron fallecimientos en el 50% seguido de problemas en anastomosis vasculares en el 37,5 %. Edlar y Charles describieron un mayor número de complicaciones asociados con la presencia de hipotermia de una manera directamente proporcional⁽¹⁷⁾.

Sólo 10 pacientes (15%) fueron re-intervenidos y de los cuales un 10% presentaron hipotermia leve, 50% hipotermia moderada y un 40% presentaron hipotermia severa. A su vez, presentaron hipotermia leve un 5% de los casos re-intervenidos; moderada el 21,7% y el total de pacientes que se reintervinieron presentaron hipotermia severa en el 66,6%.

Se pudo observar que los pacientes que presentaron mayor grado de hipotermia tuvieron mayor tiempo de hospitalización; con hipotermia leve se mantuvieron hospitalizados de 4 a 7 días un 45%, seguido de 8 a 15 días un 30%. los pacientes con hipotermia moderada se mantuvieron hospitalizados de 8 a 15 días en un 56,5% seguido de 16 a 30 días en un 21,7%, y los pacientes con hipotermia severa se mantuvieron hospitalizados más de 30 días en un 44,4% seguido de menos de 1 día en un 33,3%. Se demostró que la variable del tiempo de hospitalización es

directamente proporcional en el pronóstico del paciente. Se observa que los pacientes que se colocan en los extremos de los días de hospitalización, los de menor tiempo, si se puede decir horas y los de mayor tiempo (meses), son los que presentaron el peor grado de hipotermia siendo severa en la mayoría de los casos, al igual que en los casos de Tarek y Ashley⁽⁹⁾. Steinmann y col presentaron los mismos días de hospitalización con un rango desde 14 a 16 días de hospitalización en los que presentaron <35°C, al igual que nuestro estudio⁽²⁾.

En 1997, otros autores como Frank, Cosgriff y Lenhardt R hallaron diferencias en la evolución de pacientes, en distintas situaciones a las que se asociaba a hipotermia⁽¹⁰⁻¹²⁾. Por ejemplo, Frank comenta acerca de la necesidad de mantener la normotermia perioperatoria para reducir la incidencia de eventos mórbidos cardíacos. Cosgriff habla de la tríada de la muerte por lo cual dice que para evitarla y predecir la coagulopatía en pacientes traumatizados politransfundidos y así poder encaminar de una mejor manera el tratamiento de los pacientes y Lenhardt comenta que si hay presencia de hipotermia moderada intraoperatoria la recuperación anestésica se prolonga.

Por todo lo expuesto, una vez analizados nuestros resultados, y comparados con la literatura nacional e internacional consultada, podemos concluir que el traumatismo penetrante por arma de fuego es la causa más importante de mortalidad en los jóvenes entre 21 a 25 años, siendo el sexo más frecuentemente afectado, el masculino, presentándose hipotermia moderada en el 78% de ellos; que el tiempo de evolución es directamente proporcional a la complicación y evolución clínica de estos pacientes y que a mayor número de orificios encontrados, peor es el grado de hipotermia, lo que se relaciona íntimamente con la presencia de comorbilidades, con el consumo de drogas ilícitas, tabaco y alcohol, el riesgo de ameritar transfusiones, con las reintervenciones, el tiempo de hospitalización y con el PATI y por ende, con la presencia de mayor riesgo de complicaciones y morbilidad. De esta manera se demuestra que la hipotermia es un factor pronóstico de morbi-mortalidad en los pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego.

No se halló, en la literatura nacional e internacional consultada, trabajos que relacionasen la hipotermia con otras variantes, lo que llevaría a afirmar que, con alta probabilidad, este estudio sea el primero que relaciona estos hechos.

Como corolario de este trabajo, es evidente la conducta agresiva en la resucitación de estos pacientes, para combatir la hipotermia, pues si su temperatura desciende por debajo de los 30°C el riesgo de muerte es prohibitivamente alto. Las medidas fundamentales a recomendar consisten en:

- a) Calentar todos los fluidos y productos sanguíneos que se le administren al paciente, controlar la temperatura ambiental tanto en la ambulancia como en las salas de emergencia, Realizar la revisión primaria y secundaria

rápidamente para volver a cubrirlo y minimizar la pérdida de calor. Las demás técnicas de recalentamiento dependen del tipo de hipotermia que se presente.

- b) Controlar la hemorragia y el choque reversible tan pronto como sea posible.
- c) Llevarse a cabo la cirugía de control de daños en pacientes inestables, y mantener la estabilidad de los parámetros fisiológicos cuyo manejo se debe priorizar, inicialmente, sobre el manejo de las lesiones anatómicas.
- d) Es esencial prevenir la aparición de la tríada de la muerte, causa importante de mortalidad en trauma.
- e) Se debe incluir la hipotermia como factor de morbimortalidad en pacientes con traumatismo penetrante por arma de fuego en todos los protocolos de atención al politraumatizado, y que sea difundido ampliamente, haciendo hincapié en la relación de la hipotermia - y su gradación - con las distintas variables que se pueden presentar en las víctimas del trauma penetrante por arma de fuego.

REFERENCIAS

1. Seamon MJ, Wobb J, Gaughan JP, Kulp H, Kamel I, Dempsey DT. The Effects of Intraoperative Hypothermia on Surgical Site Infection: An analysis of 524 trauma laparotomies. *Ann Surg* 2012 April; 255(4): 789- 795.
2. Steinmann S, Shackford SR, Davis JW. Implications of admission hypothermia in trauma patients. *J Trauma* 1990; 30: 200- 202.
3. Boyer DM, Smith CE, Pinchak AC, Fallon W, Sidhu T. Is hypothermia in trauma victims still ominous predictor of survival? *MetroHealth Research Exposition* 2003.
4. Little RA, Stoner HB. Body temperature after accidental injury. *Br J Surg* 1981 April; 68: 221-224.
5. Luna GK, Maier RV, Pavlin EG, Anardi D, Copass MK, Oreskovich MR. Incidence and effect of hypothermia in seriously injured patients. *J Trauma* 1987 Sep; 27 (9): 1014-1018.
6. Jurkovich GL, Greiser WB, Luterman A, Curreri PW. Hypothermia in trauma victims: an ominous predictor of survival. *J Trauma* 1987 Sep; 27 (9): 1019-1024.
7. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical- wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. *N Engl J Med* 1996; 334: 1209-1215.
8. Schmeid H, Reiter A, Kurz A, Sessler DI, Kozek S. Mild hypothermia increases blood loss and transfusion requirements during total hip arthroplasty. *The Lancet* 1996; 347: 289-292.
9. Frank SM, Fleisher LA, Breslow MJ, Higgins MS, Olson KE, Kelly S et al. Perioperative maintenance of normothermia reduces the incidence of morbid cardiac events. A randomized clinical trial. *JAMA* 1997; 277: 1127-1134.
10. Cosgriff N, Moore EE, Sauaia A, Kenny- Moynihan M, Burch JM, Galloway B. Predicting life-threatening coagulopathy in the massively transfused trauma patient: hypothermia and acidosis revisited. *J Trauma* 1997; 42 (5): 857-862.
11. Lenhardt R, Marker E, Goll V, Tschemich H, Kurz A, Sessler DI, Narzt E, Lackner F. Mild intraoperative hypothermia prolongs postanesthetic recovery. *Anaesthesiol* 1997; 87: 1318-1324.
12. Helm M, Lampl L, Hauke J, Bock KH. Accidental hypothermia in trauma patients. Is it relevant to preclinical emergency treatment? *Anaest* 1995 Feb; 44(2): 101- 107.
13. Arthurs Z, Cuadrado D, Beekley A, Grathwohl K, Perkins J, Rush R, et al. The impact of hypothermia on trauma care at the 31st combat support hospital. *Am J Surg* 2006: 191(5): 610-614.
14. Sasser S, Hunt R, Sullivent E, Wald M, Mitchko J, Jurkovich G, et al. Guidelines for Fields Triage of Injured Patients Recommendations of the National Expert Panel on Field Triage. *CDC* 2009 Jan; 58 (RR01); 1- 35.
15. Rojas MZ, Guzmán C, Sánchez J. Traumatismo abdominal penetrante. Índices pronósticos. Trabajo Especial de Investigación. 1993 feb, Caracas-Venezuela.
16. Quintero C, Vivas J, Yáñez C, Téllez N, Puerto C y Monteros J. Valoración de factores pronósticos con el índice de trauma abdominal. *Rev Venez Cir* 2005; 58 (2) 78-86.
17. Cala Eliana. Factores que inciden en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con traumatismo hepático intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Trabajo Especial de Investigación. 2009 Barquisimeto-Venezuela.
18. Ribeiro DR, Longo ART. Hipotermia como factor de riesgo para infección de sitio quirúrgico: conocimiento de los auxiliares de enfermería. *REME-Rev. Min. Enf* 2011 Jan.-Mar; 15(1): 34-41.
19. Guyton AC. Body temperature, temperature regulation, and fever. Guyton AC. WB. Saunders. Textbook of medical physiology. Philadelphia, PA; 2006. p. 849-860.
20. Jiménez JC, De la Peña J, Teherán R, Orozco A. Coagulopatía temprana en trauma: ¿llegan los pacientes coagulopáticos a la sala de cirugía? *Rev Colomb Anestesiología* 2011 Nov.-Ene; 38(4):510-525.
21. Frank SM. Pathophysiology and consequences of hypothermia. Proceedings of the 10th annual trauma anesthesia and critical care symposium and world exposition; 2009; Baltimore M.D, USA. International Trauma Anesthesia and Critical Care Society.
22. Reuler JB. Hypothermia: pathophysiology, clinical setting, and management. *Ann Intern Med*. 2009; 89:519-527.
23. Ortiz SE. Frecuencia y grado de hipotermia intraoperatoria en el servicio de anestesiología, HEODRA, período 2003- 2006. León; s.n; mar; 2006.
24. Wilson RF. Temperature-Related (nonburn) injuries. Wilson RF, Walts AJ, eds. Management of trauma: pitfall and practice. New York. USA; 2009. p. 777-786.
25. Bernard SA, Buist M. Induced hypothermia in critical care medicine: a review. *Crit Care Med* 2008; 31:2041-51.
26. Polderman KH. Application of therapeutic hypothermia in the ICU: opportunities and pitfalls of a promising treatment modality. Part 1: Indications and evidence. *Intensive Care Med* 2007; 30:556-575.
27. Polderman KH. Application of therapeutic hypothermia in the intensive care unit. Opportunities and pitfalls of a promising treatment modality-Part 2: Practical aspects and side effects. *Intensive Care Med* 2010; 30:757-769.
28. González J. Termorregulación y anestesia. *Rev Venez Anest* 2001 Dic; 6(2):69-80.
29. Sessler DI. Consequences and treatment of perioperative hypothermia. *Anesthesiol Clin North Am* 2008; 12:425-456.

30. Wong KC. Physiology and pharmacology of hypothermia. *West J Med* 2006; 138:227-32.
31. Fernández F, Del Carpio MC, Donoso H, Claros N. Hipotermia moderada transoperatoria como factor de infección de la herida quirúrgica en pacientes con cirugía abdominal en el Hospital Obrero Nº 1. *Rev Méd La Paz* 2003 Dic; 9(3):11-16.
32. Greene PS, Cameron DE, Mohlala ML, Dinatale JM, Gardner TJ. Systolic and diastolic left ventricular dysfunction due to mild hypothermia. *Circulation* 2009; 80:44-48.
33. Nicodemus HF, Chaney RD, Herold R. Hemodynamic effects of inotropes during hypothermia and rapid rewarming. *Crit Care Med* 2008; 9:325-328.
34. Grossman MD, Peitzman AB. Introduction to trauma care. The Trauma Manual. Philadelphia, PA, USA: Lippincott- Raven Publishers; 2006. p. 1-6.
35. Navio A. Hora Dorada (Golden Hour) del Shock. *Procede del III Simposio Internacional de Medicina de Emergencias*. Buenos Aires: Argentina. 2011 Mayo.
36. Oung CM, English M, Chiu RC, Hinchey EJ. Effects of hypothermia on hemodynamic responses to dopamine and dobutamine. *J Trauma* 2009; 33:671-678.
37. Soreide E, Smith CE. Hypothermia in Trauma Victims: Friend or Foe. *Indian J Crit Care Med* 2004; 8 (2): 116- 119.
38. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support Manual. 6th edition. 1997.
39. Urschel JD. Frostbite: predisposing factors and predictors of poor outcome. *J Trauma* 1990 March; 30(3): 340-342.
40. Biem J, Koehncke N, Classen D, Dosman J. Out of the cold: management of hypothermia and frostbite. *Can Med Ass Journal* 2003 February; 168: 305-311.
41. Danzl DF, Pozos RS. Accidental hypothermia. *N Engl J Med* 1994 Dec; 331; 1756-1760.
42. Gregory JS, Flancbaum L, Townsend MC, Cloutier CT, Jonasson O. Incidence and timing of hypothermia in trauma patients undergoing operations. *J Trauma* 1991; 31 (6): 795-8; discussion 798- 800.

COLECISTOSTOMÍA. UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA CON INDICACIÓN ACTUAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

JORGEN A. MARCANO (1)
JOEL F. PANTOJA G (2)
ROGER ESCALONA A (3)

CHOLECYSTOSTOMY. A SURGICAL TECHNIQUE WITH CURRENT INDICATION IN HIGH-RISK PATIENTS

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la colecistostomía es un procedimiento quirúrgico seguro y aplicable actualmente. **Método:** Descripción de dos casos con diagnóstico de colecistitis aguda y alto riesgo quirúrgico, a quienes se les realizó la colecistostomía. Una fue realizada con anestesia local en el área de la emergencia y la otra tuvo que realizarse en quirófano, en vista de fallas técnicas de las máquinas anestésicas, ambos casos tratados en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" los Magallanes de Catia. Servicio de Cirugía I. **Resultados:** Ambos pacientes eran mayores de 60 años. Entre los resultados paraclínicos destaca la leucocitosis con desviación a la izquierda. Los pacientes fueron catalogados como ASA IV y ASA III. Ambos recibieron antibióticos endovenosos desde su ingreso, sin mejoría clínica ni paraclínica. Se realizó la colecistostomía quirúrgica, logrando conseguir la estabilidad hemodinámica. Posteriormente, fueron llevados a tratamiento quirúrgico definitivo de manera electiva, lográndose una evolución satisfactoria. **Conclusión:** En pacientes de edad avanzada con comorbilidades que condicionen un alto riesgo anestésico y quirúrgico en el contexto de un cuadro de colecistitis aguda sin respuesta al tratamiento médico, la colecistostomía proporciona una excelente alternativa quirúrgica temporal, para lograr la estabilidad hemodinámica y así disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave

Colecistostomía, colecistitis aguda, alto riesgo quirúrgico

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that cholecystostomy is a safe surgical procedure and applicable today. **Method:** Description of two cases with a diagnosis of acute cholecystitis and high surgical risk, who held the cholecystostomy. One was carried out under local anaesthesia in the area of the emergency and the other had to be done at operating room, in view of technical failures of the anaesthetic equipment, study done at Hospital General del Oeste "Dr. Jose Gregorio Hernandez" Magallanes de Catia, Caracas, Surgery service I. **Results:** Both patients were over the age of 60, the paraclinical findings include leukocytosis with left shift. The patients were classified as ASA III and IV. Both received intravenous antibiotics from your income, without clinical or paraclinical improvement. He was the surgical cholecystostomy, managing to achieve hemodynamic stability. Subsequently, were taken to definitive surgical treatment of elective way, with a satisfactory evolution. **Conclusion:** In older patients with comorbidities that determine high risk surgical and anesthetic in the context of acute cholecystitis with no response to medical treatment, the cholecystostomy provides an excellent temporary surgical alternative, to achieve hemodynamic stability and thus reduce morbidity and mortality.

Key words

Cholecystostomy, acute cholecystitis, high surgical risk

- 1 Residente de 3er año del postgrado de Cirugía General, servicio de Cirugía I, Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.
- 2 Cirujano General, adjunto del servicio de Cirugía I, Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Magallanes de Catia, Caracas.
- 3 Cirujano General, jefe del Departamento de Cirugía y director del postgrado de la especialidad. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Profesor Agregado de la Escuela "Dr. Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela. Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía

La colecistitis aguda es la segunda complicación-en orden de frecuencia- de la coledolitiasis, precedida por el cólico biliar, su incidencia está íntimamente relacionada con la prevalencia de la coledolitiasis, la cual oscila entre el 10 y el 15% en pacientes adultos. Conlleva un costo estimado de 6 billones de dólares para el año 2000 en los Estados Unidos de Norte América⁽¹⁾, la prevalencia de la coledolitiasis aumenta con la edad y con la presencia de factores de riesgo como la obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 y el hiperinsulinismo⁽²⁾.

El tratamiento de elección para esta patología es la colecistectomía, sea realizada mediante un abordaje laparoscópico -actualmente llamado el abordaje convencional- o un abordaje abierto; este tratamiento proporciona una solución definitiva y logra disminuir la morbi-mortalidad al eliminar el foco infeccioso, disminuyendo considerablemente la probabilidad de la formación de litos en la vía biliar, según la teoría expuesta por Admira and Small^(3,4,5)

Sin embargo, existen condiciones que pudieran contraindicar de manera relativa o absoluta este tipo de tratamiento, por lo menos, como primera opción. Estos son los casos en los cuales las comorbilidades condicionan un alto riesgo anestésico y/o quirúrgico. Son situaciones en las cuales el cirujano general debe sopesar el riesgo-beneficio de plantear un tratamiento quirúrgico definitivo como primera opción, y apoyarse en otras especialidades para la consecución de la toma de decisiones para el manejo del paciente. En estos casos, la administración endovenosa de antibióticos, es una herramienta que ha demostrado tener excelentes resultados, pudiéndose lograr lo que comúnmente llamamos -en la jerga del cirujano- "enfriar el proceso", lo que nos permite resolver el cuadro agudo, dándonos el tiempo necesario para que disminuya el proceso inflamatorio y se consiga - de ser el caso- la estabilidad hemodinámica necesaria para su posterior resolución quirúrgica, al cabo de las 72 horas o pasadas las 6 semanas^(6,7).

Existen situaciones que ocurren- por fortuna- con menos frecuencia, y son los casos más complicados de tratar; son aquellos pacientes que por sus comorbilidades asociadas⁽⁸⁾ -puesto que, en su mayoría, son ancianos- condicionan un alto riesgo anestésico y/o quirúrgico, además de no obtenerse respuesta satisfactoria al tratamiento endovenoso con antibióticos. Son pacientes que, por la persistencia del foco infeccioso y las comorbilidades, que en su mayoría son cardio-respiratorias, presentan un rápido deterioro clínico que puede progresar a la muerte.

La colecistostomía, es una técnica quirúrgica que es desconocida por muchos y menospreciada por otros, sin saber, que éste fue el primer procedimiento quirúrgico realizado sobre la vía biliar, descrito por John S. Bobbs el 15 de julio de 1867, profesor de cirugía del Colegio Médico de Indiana⁽⁹⁾. Aquí vale la pena citar la premisa del filósofo Auguste Comte - "Una ciencia no se sabe bien si no se conoce su historia" -su ignorancia conlleva a repetir

los errores del pasado. "Es necesario evaluar las circunstancias que llevaron a aquellos personajes a traspasar límites impuestos por la tradición, la ignorancia y -por qué no- la superstición, con el único objetivo de dar al prójimo el mejor tratamiento posible para estas enfermedades"⁽¹⁰⁾.

Esta técnica quirúrgica, puede ser realizada con anestesia local, con un mínimo de daño a los tejidos, en un lapso de tiempo corto y además nos permite realizar el drenaje y extracción de los cálculos de la vesícula biliar; sirviendo así como tratamiento paliativo, permitiendo la rápida recuperación del episodio agudo y logrando minimizar la morbilidad y la mortalidad.

El objetivo del presente estudio, es describir la experiencia de dos casos de colecistitis aguda, centrándonos en describir las condiciones y situaciones que nos llevaron a realizar la colecistostomía, y analizar la evolución durante la intervención y en el postoperatorio.

CASOS CLÍNICOS

Caso Nº 1

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 61 años de edad, con antecedentes médicos de: hipertensión arterial desde hace más de 25 años, con antecedentes de 4 infartos de miocardio, portadora de una cardiopatía mixta con una fracción de eyección de 17% según Simpson; además de una fibrilación auricular y asma bronquial. Acude al área de la emergencia refiriendo el inicio de enfermedad 72 horas antes de su ingreso por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, de carácter cólico, de aparición postprandial y localizado en hipocondrio derecho, irradiado a región dorsal ipsilateral, no atenuado con antiespasmódicos. Concomitantes presentaba náuseas sin vómitos.

Al momento de la evaluación presenta TA: 170/110 mm Hg, FC: 102, FR: 18, temp: 38° C, la piel blanca sin tinte icterico, cardio-respiratorio sin alteraciones. Abdomen: globoso a expensas de páncreas adiposo, ruidos hidroaéreos presentes. A la palpación era blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con punto cístico doloroso, signo de Murphy negativo, fondo vesicular no palpable, sin organomegalias ni signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral no dolorosa. Neurológicamente vigil, consciente, orientada en tiempo, espacio, persona.

Se le realizan laboratorios al ingreso, apreciándose: leucocitosis de 15.000, con 84% de segmentados; el perfil hepatobiliopancreático dentro de los límites de la normalidad. Se realiza un ecsonograma abdominal que concluye en coledolitiasis y signos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda.

Se plantea el tratamiento quirúrgico definitivo, por lo que fue evaluada por el servicio de Medicina Interna, debido a los antecedentes médicos, quienes concluyen como ASA IV. Debido al alto riesgo, el servicio de Anestesiología, en conjunto con

Medicina Interna, sugieren la necesidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva para el manejo postoperatorio, con lo que no se contaba para este momento, por lo que se intenta realizar la referencia de la paciente a un centro que cuente con este tipo de atención, lo que fue infructuoso.

Desde su ingreso se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 gr c/12hrs; a las 24 hrs posteriores se evidencia elevación de la leucocitosis llegando a 20.000 con 94% de segmentados, fiebre cuantificada en 38,8°C, sin alteración del perfil hepático ni biliar. Se decide asociar metronidazol a dosis de 500 mg EV c/8hrs, sin evidencia de mejoría. A las 72 horas se exacerba el dolor, el fondo vesicular se hace palpable, el deterioro clínico es más evidente, comprometiendo el sistema cardiorrespiratorio, manifiesto por fibrilación auricular, que ameritaba el uso de antiarrítmicos, y derrame pleural derecho. En vista de la imposibilidad de la referencia, de la negativa del servicio de Anestesiología de someter a la paciente a un acto anestésico sin el apoyo de Terapia Intensiva, y en el rápido y progresivo deterioro clínico del paciente, se decide realizar el drenaje de la vesícula biliar.

En el área de la emergencia (Figura N°1), bajo sedación con midazolam, anestesia local, monitorización continua y el apoyo del servicio de Medicina Interna, se realiza una minilaparotomía de 2 cm, hasta el abordaje del fondo vesicular (Figura N°2), posteriormente se confecciona una jareta con sutura de crómico cero y se realiza una colecistostomía, lográndose drenar 200 ml de secreción purulenta. Se extraen 3 litros de 0,8 a 1,2cm de diámetro y se realiza lavado de la vesícula biliar con 500 ml de solución fisiológica. Posteriormente se confecciona la ostomía con sonda de Foley N° 24.

La paciente toleró el procedimiento sin ninguna alteración hemodinámica durante el trans operatorio. Evoluciona de manera satisfactoria, evidenciándose, a las 24 horas, un descenso de la cuenta blanca a

10.000 con 70% de segmentados. También se logra la estabilidad hemodinámica, y es egresada del área de hospitalización a los 18 días del postoperatorio.

En el lapso de 3 meses y completadas las evaluaciones preoperatorias pertinentes, la paciente es llevada de manera electiva al quirófano y se le realiza la colecistectomía abierta, sin ninguna complicación (Figura N° 5).

Caso N° 2

Se trata de paciente masculino de 83 años de edad, con antecedentes médicos de hipertensión arterial desde hace más de 30 años, así como una cardiopatía mixta crónica compensada. Antecedente quirúrgico de laparotomía exploradora hace 30 años por trauma abdominal por arma blanca, del cual no precisa más datos.

Refiere inicio de enfermedad actual 24 horas previas a su ingreso, cuando presenta dolor abdominal tipo cólico, de aparición postprandial, de moderada intensidad y localizado en hipocondrio derecho que se irradia a región escapular ipsilateral, no atenuado con antiespasmódicos; concomitantemente náuseas sin vómitos, motivo por el cual acude al área de emergencia en horas de la noche.

Al momento de la evaluación presenta TA: 180/94 mm Hg, FC: 98, FR: 20, temp: 37° C. Piel blanca sin tinte icterico. Sin alteraciones cardiopulmonares. Abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo, con cicatriz supra-para- infra-umbilical de 30 cm, eucrómica, eutrófica, no retráctil, sin defectos aponeuróticos; ruidos hidroaéreos presentes. El abdomen es blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con punto cólico doloroso, fondo vesicular no palpable, signo de Murphy negativo, sin organomegalias ni signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral no dolorosa. Neurológicamente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.

Se le realizan exámenes paraclínicos que arrojan una leucocitosis de 16.000 con neutrófilos en 70 %, hemoglobina: 11 gr/dl, hematocrito: 33%, plaquetas: 160.000. El perfil hepático-bilio-pancreático dentro de la normalidad. Se le realiza un ecosonograma abdominal donde se evidencia signos sugestivos de colecistitis aguda sin evidencia de cálculos. Posteriormente fue evaluado por el servicio de Medicina Interna, quienes realizan evaluación preoperatoria concluyendo el riesgo como ASA III. Se inicia terapia endovenosa con ceftriaxona 2gr BID. Por haber consultado en horas de la noche, se decide resolución quirúrgica al día siguiente. En vista de persistencia de la clínica y sin evidencia de mejoría paraclínica se decide realizar la colecis-



Figura N°1
Colecistostomía en área de emergencia

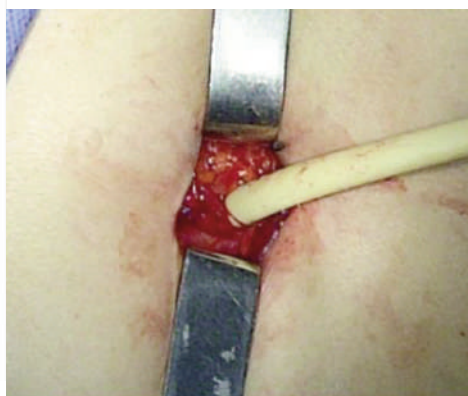


Figura N°2 Colecistostomía por minilaparotomía

tectomía abierta, por lo que, bajo anestesia general inhalatoria, se aborda la cavidad abdominal a través de una incisión subcostal derecha, con los hallazgos de un síndrome adherencial severo entre epiplón mayor, vesícula biliar y colon transverso, por lo que se inicia la disección de las estructuras. Durante el acto quirúrgico se produce una falla eléctrica en la institución con subsecuente falla de la máquina anestésica, la cual no es posible solventar y al paciente se le debe administrar oxígeno de manera manual a través de una bolsa de Ambú, lo que obliga a diferir la colecistectomía, sin embargo la disección previa permitió evidenciar el fon-

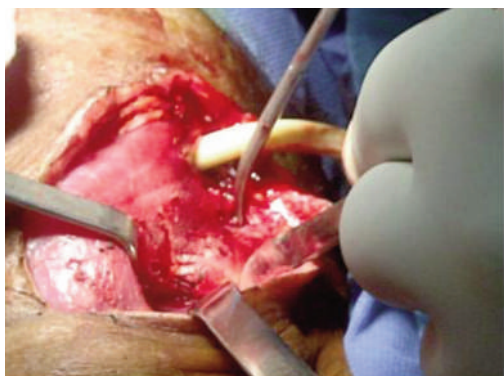


Figura N°3
Colecistostomía en área quirúrgica. Visión lateral



Figura N°4
Colecistostomía en área quirúrgica. Visión frontal

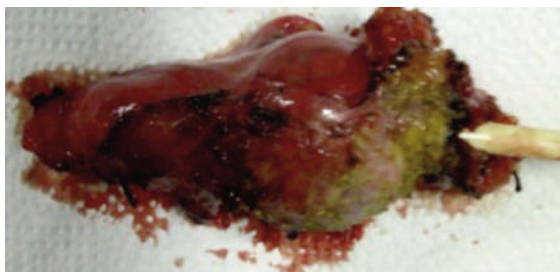


Figura N°5
Vesícula biliar con sonda post-colecistectomía

do vesicular y se realiza la colecistostomía con sonda de Foley N° 20 (Figuras N° 3 y N° 4). Posteriormente el paciente evoluciona de manera satisfactoria, con mejoría clínica y paraclínica, y es egresado a las 72 hrs, con tratamiento ambulatorio.

En el lapso de 6 semanas, fue llevado a una cirugía electiva, donde se realizó la colecistectomía abierta, sin ninguna complicación trans ni postoperatoria.

DISCUSIÓN

La colecistostomía consiste en la descompresión y drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión aguda, hidropesía vesicular o colección purulenta o en casos donde exista una obstrucción del colédoco distal con un conducto cístico permeable, pudiera evitar cuadros tan complicados como lo es la colangitis, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico⁽¹⁾.

Fueron los babilonios 2000 a.C quienes hicieron la primera descripción de la vesícula biliar, el canal cístico y el colédoco, como se deduce de un modelo de barro de un hígado de oveja de ese período que se encuentra en el Museo Británico, en Londres. Tal vez, fue Mateo Realdo Colombo en 1559 el primero en describir la presencia de cálculos y sus consecuencias en la vía biliar de San Ignacio de Loyola quien aparentemente murió de sepsis biliar por coledocolitiasis con perforación de la vena porta por uno de ellos. Sin duda alguna, el drenaje de la vía biliar fue el primer procedimiento quirúrgico descrito sobre las vías biliares, realizada el 15 de julio de 1867 por John S. Bobbs, profesor de cirugía del Colegio Médico de Indiana⁽⁹⁾.

La cirugía hepatobiliar ha evolucionado considerablemente desde aquella época. Sin embargo, el conocimiento de su historia nos permite identificar quienes enfrentaron y como se abordó una de las ramas quirúrgicas de mayor atractivo para los médicos en formación, y no solamente repetir nombres y fechas, sino evaluar las circunstancias que llevaron a aquellos personajes a traspasar límites impuestos por la tradición, la ignorancia y – por qué no – la superstición, con el único objetivo de dar al prójimo el mejor tratamiento posible para estas enfermedades⁽¹⁰⁾.

En la actualidad la patología biliar es uno de los motivos más frecuentes de consulta en emergencias a nivel mundial y su resolución a través de cirugías mínimamente invasivas ha desplazado a otros procedimientos quirúrgicos sobre la vía biliar. De hecho, en varias series o trabajos se describen una tasa de colecistectomía laparoscópicas del 95% en relación a la cirugía abierta para la resolución de las emergencias. Sin embargo, trabajos que reporten la incidencia de colecistostomías de emergencia son muy escasos o prácticamente inexistentes. Esto hace pensar, que esta alternativa quirúrgica pudiera ser desconocida para muchos de los cirujanos en formación o los recién formados.

Cada vez son más numerosos los procedimientos quirúrgicos

en pacientes ancianos. Este tipo de paciente generalmente trae consigo una serie de comorbilidades, que condicionan un mayor riesgo quirúrgico, es por esto que en este tipo de paciente se hace énfasis en las evaluaciones preoperatorias incluso en el área de emergencia antes de ser llevado al área quirúrgica. Los estudios de Vacanti et al y Marx et al demuestran una mayor mortalidad, según el estado fisiológico, con cifras para los pacientes ASA III entre el 1,8 y el 4,3%; ASA IV: 7,8 a 23,4% y en ASA V entre el 9,4 a 50,7%. Sin embargo, esta clasificación tiene cierto grado de subjetividad, ya que no recoge factores como la edad, nutrición o función de órganos específicos, factores todos importantes al momento de tomar una decisión quirúrgica^(11,12). La proporción de pacientes mayores de 60 años que se operan por colecistitis aguda va en aumento, y se acerca al 40% de las series. El reconocimiento del riesgo operatorio en el paciente mayor con enfermedad biliar benigna ha llevado al cirujano a seleccionar procedimientos poco agresivos. Siendo entre estos el drenaje paliativo de la vesicular biliar.

En nuestro caso, describimos dos casos muy puntuales y que, por la urgencia de la patología y la imperante necesidad de buscar una solución rápida y "segura". Se realizó el procedimiento quirúrgico más antiguo descrito en la literatura, sobre la vía biliar, con excelentes resultados.

La colecistostomía, es una alternativa aplicable en casos de colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo anestésico y/o quirúrgico (ASA III y IV) o en situaciones en las cuales se amerite de una técnica rápida y de relativa facilidad para drenar la vía biliar. Su empleo acarrea una eficacia y una seguridad razonable en términos de curación del episodio agudo, disminuyendo la morbimortalidad y permitiendo lograr la estabilidad hemodinámica necesaria para una evolución postoperatoria satisfactoria. Creemos que es imperante el conocimiento de esta técnica quirúrgica por parte de los cirujanos en formación y recién formados.

REFERENCIAS

- 1) Grau E, García F, Huerta B, Prado A: La colecistitis aguda tratada con colecistostomía y extracción de cálculos bajo anestesia local en el paciente anciano de alto riesgo. *Cir Esp* 2003; 73(3): 173-177.
- 2) Portincasa P, Di Ciaula A, Bonfrate L, QH Wang D. Therapy of gallstone disease: What it was, what it is, what it will be. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2012. 3(2): 7-20.
- 3) Pontiacasa P, Moschetta A, Palasciano G: Cholesterolgallstonedisease. *Lancet*. 2006; 368: 230-239
- 4) Navarro V, Zabala A et al: Metabolismo del colesterol bases actualizadas. *Cir Esp* 2009; 7: 360-384
- 5) Fuchs M, Sanyal A: Sepsis and cholestasis. *Clin Liver Dis* 2008.12: 151-172
- 6) Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009: 1-30. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/pages/guias.aspx>
- 7) Patiño J, Vergara A: Colecistitis Aguda. 3era edición. En: Guías para manejo de urgencias. tomo II. Colombia. Fernando L. 2009. p.177-181
- 8) De la Peña M, Ramírez G, Liho A: Colecistostomía laparoscópica por piocolecisto en el paciente con Child C. ¿mito o realidad?. Reporte de un caso. *Rev Mex Cir Endosc* 2010; 11:213-217.
- 9) Quintero G. Cirugía hepatobiliar: historia y perspectiva. *Rev MED* 2004; 26: 244-248.
- 10) Rodríguez-Montalvo F: Conferencia "Historia de la cirugía biliar", Congreso Internacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía, Maracaibo 2013.
- 11) Membreño A, Mejía S: Colecistostomía con sonda en colecistitis aguda: la alternativa menospreciada. *Rev Med Hondur* 1988; 5: 56-65
- 12) Rodríguez J, Roig J, Girones J, Codina A, Maroto A, Osorio M et al. Colecistostomía abierta o percutánea en pacientes de alto riesgo. Análisis de una serie de 30 pacientes. *Cir Esp* 2003; 73(6): 336-341.

LA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN MÉDICA EN VENEZUELA

ELIO T ÁLVAREZ (1)

Para cumplir con su responsabilidad profesional, el médico tiene el compromiso de actuar con honestidad, mantener la confidencialidad, tener una buena relación médico-paciente, actuar con responsabilidad profesional, realizar una justa distribución de los recursos disponibles y sobre todo, está obligado a mantener la competencia, manteniéndose actualizado en el conocimiento basado en la evidencia científica y la experiencia. Por esto se hace necesario que el médico mantenga el conocimiento y desarrolle las destrezas necesarias con los nuevos procedimientos durante todo su ejercicio profesional.

El ejercicio médico está basado en evidencias científicas y, dado el avance constante del conocimiento, así como la cada vez mayor complejidad de la tecnología, se hace necesario desde un punto de vista ético y legal, que los profesionales de la salud se mantengan permanentemente actualizados y certifiquen su competencia ante la colectividad. Para esto se requiere establecer un sistema de información que pueda ser verificado periódicamente y que evalúe en forma objetiva los conocimientos y competencias, que posea el médico basado en principios científicos y que comprenda un mínimo de requerimientos fundamentales. Una de las formas más precisas para lograr este objetivo es mediante el establecimiento de la certificación y recertificación de los profesionales. Este proceso debe ser asumido por los médicos a través de sus órganos de representación: Federación Médica Venezolana (FMV), Colegios Médicos, Red de Sociedades Científicas (RSCMV), Academia Nacional de Medicina y bajo el control y supervisión de las instituciones del Estado con competencia en la materia como el Ministerio de Salud (MPPS) y el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Es importante establecer que para exigir la recertificación de los especialistas se deberían llenar previamente ciertos requisitos:

1. La acreditación de los centros prestadores de salud tanto públicos como privados. Así como de los entes universitarios responsables de la formación de los profesionales médicos y de los diferentes especialistas.
2. Establecer un sistema de información y registro compartido de todos los médicos a nivel nacional.
3. Contar con los recursos adecuados tanto humanos como económicos para llevarla a cabo.

De tal forma que es prioritario que el Estado venezolano con sus organismos oficiales, las universidades, la RSCMV y las instituciones gremiales estén dispuestos a implementar y fomentar la educación médica continua en cada especialidad y establecer cursos de extensión cuando así se requieran. Esta formación debe ser uniforme y de fácil acceso para todos los profesionales siendo su objetivo lograr la calidad de la atención médica, que no es sino la obtención de los mayores beneficios posibles, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para proporcionar esta atención, tomando en cuenta los valores sociales imperantes.

EVOLUCIÓN EN VENEZUELA

En mayo de 1999, la RSCMV realizó un taller interinstitucional "El médico, la especialidad y su ejercicio" con la participación de representantes del MPPS, las sociedades científicas, FMV, las universidades y la Academia Nacional de Medicina. Como resultado de este taller y ante las interrogantes surgidas el Comité Ejecutivo de la RSCMV nombró una Comisión para ocuparse de resolver las mismas como fueron: a) Indefinición de los conceptos de acreditación, certificación y recertificación. b) Falta de uniformidad en los programas de postgrado en las diferentes universidades. c) Ausencia de un censo confiable de especialistas médicos y su distribución en las diferentes regiones del País. d) Necesidad de actualización de la Ley del Ejercicio de la Medicina. e) Inclusión en la Ley Orgánica de Salud de la certificación y recertificación con su reglamento respectivo. A partir de este momento la RSCMV ha mantenido una constante actividad en esta materia y en el Tercer Encuentro Científico de la misma en mayo del 2001 se realizó el taller "Propuestas para normar los procesos de certificación y recertificación" que condujo a la aprobación en julio del 2003 de la elaboración y aprobación del reglamento general para normar este proceso y que ha servido de modelo para que las diferentes sociedades científicas afiliadas elaborasen su propio reglamento ajustado a las variantes y exigencias particulares de cada especialidad y el cual ha venido siendo aplicado.

Otro paso de avance consistió en la creación, con el apoyo y colaboración del Laboratorio Pfizer, de una plataforma tecnológica en la cual cada una de las sociedades que integran la red tengan su propia página para poder gerenciar el proceso de regis-

1 Ex presidente Sociedad Venezolana de Cirugía

tro y clasificación de los profesionales especialistas, y estos a su vez tendrían su propia página individual para colocar en ella todas las actividades realizadas de manera continua.

Al presente se está en espera de la discusión y aprobación de la nueva Ley Orgánica de Salud en la Asamblea Nacional, ya que en su contenido figura como un paso de avance indudable la certificación y recertificación obligatoria de todos los profesionales de la salud; de allí que la RSCMV por la importancia de la materia y basándose en experiencias internacionales ha desarrollado toda esta actividad a fin de facilitar su aplicación.

CONCEPTOS

Certificación. Es el resultado de un acto por el cual una universidad nacional y/o una institución hospitalaria acreditada por el MPPS y la FMV, aplicando criterios pre-establecidos, luego de un proceso de evaluación, certifica que el profesional médico posee los conocimientos, habilidades y actitudes propias de una especialidad reconocida y que se encuentra apto para el ejercicio profesional. Se requiere que cada sociedad científica elabore el perfil correspondiente a su especialidad y que el postulante demuestre fehacientemente que cumple con el perfil, que se corresponde con el ser, el hacer y el saber hacer.

Recertificación. Es el proceso continuo y permanente por medio del cual se confirma periódicamente, la vigencia del nivel educativo y ético alcanzado por el profesional. La recertificación de una especialidad es el resultado de un acto por el cual la sociedad científica correspondiente, aplicando criterios pre-establecidos, asegura por medio de un proceso de evaluación que el profesional médico previamente certificado como especialista, mantiene actualizados sus conocimientos y habilidades, desarrollando sus actividades dentro del marco ético y científico adecuado con el proceso del saber y el hacer propio de la especialidad en un período determinado.

Acreditación institucional. Es un proceso de evaluación que permite certificar que una institución cumple con los requisitos básicos pre-establecidos de contar con las instalaciones, equipos, dotación de personal, adiestramiento y aspectos complementarios por lo cual se le otorga el certificado respectivo que garantiza estar apto para prestar el servicio que ofrece. Esta acreditación puede ser otorgada por una entidad científica o gubernamental.

CONACEREC (Comisión Nacional de Certificación y Recertificación). Es la proposición que hace la RSCMV para crear un organismo administrativo con autonomía relativa, que se encargaría del proceso de evaluación continua del conocimiento, destrezas y valores del médico cirujano y que estaría conformado por representantes de siete entidades: MPPS, universidades nacionales, Academia Nacional de Medicina, FMV, RSCMV, Ministerio de Educación, Ministerio de Ciencia y

Tecnología y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) como un ente asesor.

ARGUMENTOS QUE JUSTIFICAN ESTE PROCESO

- 1) Por el avance vertiginoso de la ciencia y la tecnología se hace indispensable una actualización constante de los conocimientos con el fin de estandarizar la práctica de la Medicina y de la Cirugía.
- 2) Al mejorar la competencia de los profesionales de la salud se mejora la calidad de la atención que se presta a la población y se evita el intrusismo.
- 3) Constituye un estímulo y/o un mecanismo de presión para que las instituciones docentes/asistenciales mantengan o eleven la calidad de los cursos de formación de profesionales de pre y postgrado.
- 4) Permite a estas instituciones conocer la calidad, el desempeño y destino de sus egresados, detectando así las posibles fallas del proceso educativo que pueda servir como base de reformas curriculares.
- 5) Promueve que los especialistas se mantengan en contacto con las sociedades científicas respectivas.
- 6) Facilita el mantenimiento de un registro continuo de los profesionales de la salud y de los especialistas en cada área.
- 7) Puede constituir un criterio para la selección de médicos para diferentes fines.
- 8) Para el profesional, la recertificación además de la satisfacción personal por el logro alcanzado, podría representar ventajas en su desempeño como: prima especial en el salario, puntaje en los concursos o ascensos de cargos, credencial especial en el ejercicio privado, facilitación de cursos en el exterior, entre otros.

RECERTIFICACIÓN

La intención de la recertificación es el desarrollo y actualización continua del especialista médico ya certificado, para estimular y reconocer el estudio, la investigación, la docencia y la administración de recursos, contribuyendo así al programa de la especialidad con una mejora de la práctica profesional y un compromiso de excelencia en su práctica. Esto es consecuencia de las necesidades y demandas de la salud de la población, que exige una prestación adecuada de atención, requiriéndose para ello por parte del profesional el mantenimiento de su competencia ante los cambios constantes que se producen. Con la recertificación el profesional puede demostrar que mantiene la competencia en la especialidad para resolver con éxito los problemas que se le presenten.

Propósito. Contribuir a mejorar la calidad de todos los servicios de salud a partir de una oferta de recursos humanos altamente calificada en sus concepciones éticas, científicas y técnicas que sean capaces de desempeñarse en forma eficiente y eficaz.

Objetivos. 1) Mantener la calidad de los profesionales que se desempeñan en los sistemas nacionales de salud acorde con los nuevos enfoques en este campo. 2) Fortalecer hábitos de estudio y de autoevaluación permanente entre todos los profesionales ya certificados y en ejercicio. 3) Fortalecer conocimientos, actitudes y prácticas dentro del marco ético.

Estrategias. La estrategia básica debe ser por medio de la implementación de la educación médica continua. Los objetivos fundamentales de la EMC son el mantenimiento de la competencia clínica y el perfeccionamiento clínico de la misma. Los procedimientos para lograr estos objetivos son: a) El auto aprendizaje en forma individual por medio del estudio, los contactos personales con otros colegas y las visitas a los distintos centros asistenciales y académicos. b) Una formación médica estructurada por medio de actividades diarias como las realizadas por las sociedades científicas, las universidades, los hospitales u otros organismos profesionales. Esto puede desarrollarse mediante: 1.-Realización de cursos y capacitación en servicio. 2.-Organización de jornadas, seminarios, foros, talleres y congresos. 3.-Diseño de programas de autoformación. 4.-Educación médica a distancia. 5.-Actividades desarrolladas en el exterior del país. 6.-Cualquier otra forma de capacitación que cumpla con los objetivos propuestos, tales como bibliotecas y programas de información o de entrenamiento virtual.

Para cumplir con la recertificación cada actividad médica será valorizada mediante un sistema de puntos o créditos obtenidos en función de los diferentes criterios de calificación asignados de acuerdo a su carga docente. Esto aparece normatizado en el reglamento general elaborado por la RSCMV y en el caso de la Sociedad Venezolana de Cirugía existe un reglamento que fue

realizado y aprobado durante la presidencia del Dr. Antonio Andrade y que puede ser revisado en nuestra página web.

Consideramos que la función de ente ejecutor de la recertificación le debe corresponder a las sociedades científicas, pues son las que tienen la competencia para valorar los aspectos que deben considerarse a fin de mantener un adecuado y actualizado nivel académico, en conjunto con la FMV y la supervisión respectiva del Estado con la participación del MPPS y el Ministerio de Ciencia y Tecnología, tal como está implementado en otras naciones.

La Comisión Nacional de Certificación y Recertificación (CONACEREC), será la comisionada para presentar el programa nacional con los aspectos generales y comunes de los procesos de certificación y recertificación, mediante el proceso de evaluación continua del conocimiento, de las destrezas y valores del médico especialista, acordando con cada entidad los aspectos específicos vinculados con cada especialidad, con la finalidad de perfeccionar y actualizar este proceso.

CONCLUSIÓN

La certificación en el pasado era para toda la vida, pero actualmente en muchos países de América y Europa se limita a un periodo determinado, momento en el cual el médico debe presentar el aval que ha cumplido con la recertificación, para poder seguir ejerciendo su profesión. Sin duda esto posicionará al médico especialista en un lugar destacado dentro del ámbito médico y académico.

Invito a todos los cirujanos a conocer estos nuevos aspectos del ejercicio profesional para facilitar su futura recertificación, revisando el reglamento elaborado al efecto por la SVC y transmitiendo luego sus impresiones u opiniones a la Directiva de la SVC.

DR. RICARDO BAQUERO GONZÁLEZ UN APÓSTOL DE LA MEDICINA

LEOPOLDO MORENO BRANDT (1)



Retrato del Dr. Ricardo Baquero González en la Galería de Presidentes de la Sociedad Venezolana de Cirugía, cuando fue Presidente.

Ricardo Baquero González, esa extraordinaria figura de la Cirugía moderna de Venezuela nació en Caracas, en el núcleo de una virtuosa, distinguida y próspera familia el 15 de noviembre de 1911, sus padres fueron don Ricardo Baquero Villanueva y doña Consuelo González Lugo, hija del historiador don Francisco González Guinand¹.

El matrimonio Baquero González tuvo dos hijos: Ricardo y Francisco, que con el correr del tiempo ambos serían médicos, Ricardo, cirujano y Francisco, urólogo.

Caracas en esa época era una pequeña ciudad de aspecto pueblerino, llegaba hasta La Candelaria y de allí en adelante era hacienda de caña.

Sabana Grande y sus alrededores estaban habitadas por una gran cantidad de personas que provenían de las Islas Canarias, y eran los que surtían a Caracas de leche, es decir allí estaban las vaqueras donde ésta se producía.

Chacao tenía una sola calle con alguna pulperías, al igual que Los Dos Caminos y Petare, que era un pequeño pueblo en las afueras de la ciudad².

Estaba gobernada la nación por la mano férrea del dictador Juan Vicente Gómez, quien había nacido en la hacienda paterna de La Mulera, en San Antonio del Táchira, el 24 de julio de 1857,

vivió 78 años y murió el 17 de diciembre de 1935 después de haber gobernado a Venezuela durante 27 largos años, del 24-11-1908 al 17-12-1935³.

Era un hombre raro, extraño, callado, observador, poco comunicativo, lento, comedido, y poco preparado, no se casó nunca, pero dejó una importante descendencia en su vida, producto de sus amores, procreó 74 hijos en 36 diferentes mujeres⁴.

Ricardo Baquero estudió primaria en el Colegio de la Providencia y secundaria en el Colegio San Ignacio en Caracas, donde obtuvo el grado de Bachiller en Filosofía y Letras, frisaba los 18 años y corría el año de 1929¹.

En el año de 1927 cuando tenía 16 años de edad, comenzó a trabajar en la Clínica González Lugo como ayudante y empieza a sentir su vocación e inclinación a la Medicina. Esta clínica estaba muy bien equipada para su época y se realizaban intervenciones quirúrgicas en pabellón; pertenecía a su tío materno, el doctor Virgilio González Lugo, y había sido fundada en el año de 1914, funcionando de Salvador de León a Socarrás, N° 81, en Caracas⁵.

Dos años más tarde en el año de 1929 ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV) que funcionaba en lo que hoy es el Palacio de las Academias y que fue sede de la Universidad Central de Venezuela por casi 100 años⁶.

Breve historia de la Universidad Central de Venezuela

En noviembre de 1856, la universidad se independizó del seminario de Santa Rosa de Lima y se mudó al edificio donde funcionaba el convento de San Francisco. El seminario continuó hasta el 21 de septiembre de 1872 que fue clausurado y expropiado por el general Antonio Guzmán Blanco⁶.

A partir de noviembre de 1856, la universidad formó y graduó a numerosos profesionales que llenaron de orgullo a Venezuela. Entre los años de 1912 y 1922, Juan Vicente Gómez la clausuró para acabar con la oposición representada por la Asociación General de Estudiantes de Venezuela y posteriormente Marcos Pérez Jiménez y Rafael Caldera también intervinieron la UCV por poco tiempo para calmar las protestas estudiantiles de los llamados encapuchados de la UCV, (estudiantes simpatizantes de los partidos de izquierda).

La Universidad funciona actualmente en la Ciudad Universitaria de Caracas, diseñada por el arquitecto Carlos Raúl Villanueva y declarada Patrimonio Cultural de la Humanidad por la Unesco en el año 2000⁶.

Con el transcurrir del tiempo el número de estudiantes de la UCV aumentó progresivamente, y llegó un momento en que la capacidad del convento de San Francisco se vio saturado, y las

1 Vicepresidente Sociedad Venezolana de Cirugía
Individuo de Número Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina, Sillón XXXVI

facultades se fueron dispersando por toda la ciudad, sobre todo entre los años de 1930 y 1940, lo que trajo como consecuencia que el 2 de octubre de 1943 el presidente Isaías Medina Angarita decretara la construcción de otra sede universitaria, en virtud del colapso de la de San Francisco. El rector Antonio José Castillo insistió en la imperiosa necesidad de reunir todas las facultades en un solo lugar y se aceptó la idea de la ciudad universitaria en los terrenos de la hacienda Ibarra, que era una antigua propiedad de Simón Bolívar, y tardó aproximadamente 20 años en construirse en su totalidad. El 2 de marzo de 1954, el general Marcos Pérez Jiménez, inauguró la Plaza Cubierta, el Aula Magna, y la Biblioteca Central¹⁶.

¿Cómo eran los estudios de Medicina?

Los estudios de Medicina duraban 6 años, los primeros años de la carrera eran eminentemente teóricos, el doctor José Izquierdo dictaba las clases de Anatomía y la práctica se daba en los cadáveres pertenecientes a personas de bajos recursos que no tenían familiares que los reclamaran, en el Instituto Anatómico.

Recordemos que este instituto se inauguró el 25 de Junio de 1911, y se encontraba ubicado en la esquina de San Lorenzo, muy cerca del Hospital Vargas, en la parroquia de San José. Se construyó en virtud de la insistente solicitud del doctor Luis Razetti, quien era profesor de Anatomía de dicho instituto entre los años de 1915 y 1932.

Años más tarde en 1950 fue trasladado a la ciudad universitaria en un edificio moderno, y en 1959 se le designó con el nombre del profesor "Dr. José Izquierdo", mientras el edificio de San Lorenzo se utilizaba hasta el año de 1960 como aula escolar de diferentes cátedras y luego como sede de la recién escuela de medicina a la que llamaron "Escuela de San Lorenzo".

En 1961 fue demolido y se construyó el primer edificio de la Escuela de Medicina "José María Vargas" en el año de 1965⁷.

Hoy en día esa disección de los cadáveres que inició el Dr. José María Vargas en la antigua Universidad, que luego pasó a realizarse en el Instituto Anatómico de la esquina de San Lorenzo, actualmente se realiza en el Instituto Anatómico "José Izquierdo" en la Ciudad Universitaria.

Los últimos tres años de la carrera eran más prácticos porque se entraba en las clases de Clínicas Médicas y Quirúrgicas, que se impartían en el Hospital Vargas de Caracas con los médicos profesores, las enfermeras, y en compañía de estudiantes más adelantados.

El 25 de julio de 1935, Ricardo Baquero González obtuvo

su título de Doctor en Ciencias Médicas con la tesis "El tratamiento de la cervicitis crónica por la diatermo coagulación", tenía 24 años de edad y un mundo por delante⁸.

Su formación como cirujano y su trabajo docente asistencial hospitalario

La construcción del Hospital Vargas de Caracas fue decretada en 1888 por el entonces presidente Juan Pablo Rojas Paul con una construcción similar al hospital Lariboissiere de París, y el 1° de enero de 1891 durante la presidencia de Raimundo Andueza Palacios se inaugura el nuevo Hospital que comenzó a funcionar seis meses más tarde, el 5 de julio de ese mismo año^{9,10}.

Después de su graduación ingresa en el Hospital Vargas de Caracas como residente de Cirugía (1935-1936) y luego obtuvo por concurso de oposición el cargo de adjunto, comenzando su carrera docente y llegando a ser Jefe de Servicio de Cirugía

cuando apenas tenía 26 años de edad, permaneciendo en dicho cargo hasta 1956 cuando es trasladado al Hospital Universitario de Caracas, continuando su labor como profesor universitario en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica IV, en la Facultad de Medicina de la cual fue profesor titular hasta su muerte¹¹.

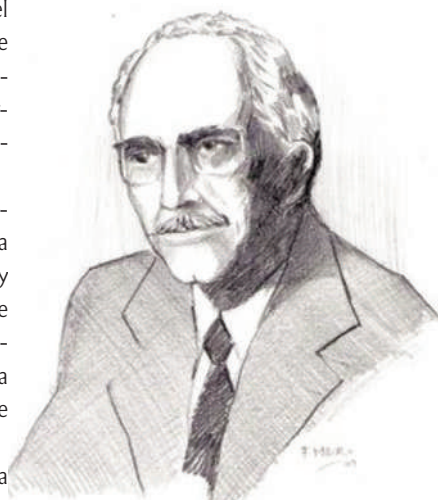
Los sucesos de España en 1936 y la influencia que tuvieron los médicos españoles en la Cirugía venezolana

A partir de julio de 1936 estalló la Guerra Civil Española que trajo como consecuencia una inmigración masiva de españoles, muchos de ellos profesionales de la Medicina que llegaron a diversos países de América incluyendo a Venezuela. Los pocos que vinieron a nuestra nación llegaron antes de la muerte del general Juan Vicente Gómez, debido a que emigraron durante ese período

violento que fue antesala a la guerra; otros llegaron después durante el mandato del general Eleazar López Contreras. La mayoría de estos médicos eran profesionales maduros, con experiencia y precedidos de fama; Entre ellos: los doctores Augusto Pi Suñer, Manuel Corachán García, Santiago Ruesca, Rosendo Carrasco Forniguera, José Sánchez Covisa, José Luis Ortega Durán, Jaime Isern Rabascall, y muchos otros que dejaron una verdadera escuela médica en el país¹².

Manuel Corachán García (Valencia, España, 1891- Barcelona, España 1942) comenzó a estudiar en la Facultad de Medicina de Barcelona (España), culminó su doctorado en Madrid en 1925, y realizó su carrera quirúrgica en Barcelona.

Estando en París como representante de España en un evento de la Sociedad Internacional de Cirugía, conoció al doctor Enrique Toledo Trujillo (médico venezolano), primer Ministro de



Dr. Ricardo Baquero González.
Ilustración realizada por
Francisco Maduro.

Fuente: <http://www.venezuelatuya.com/>

Salubridad y Agricultura y Cría del gobierno del general Gómez, y posteriormente a Rafael Ernesto López, Ministro de Educación del gobierno del general López Contreras, quien lo contrató para ejercer la medicina en Venezuela, llegando a Caracas el 22 de mayo de 1937.

Llegó al país precedido de un gran prestigio y como uno de los cirujanos más hábiles. Comenzó su actividad docente a solicitud del profesor Dr. José Izquierdo y funda el Instituto de Cirugía Experimental, ubicado en San Martín (Caracas) siendo el doctor Corachán el director, Hernán de las Casas, subdirector, y Ricardo Baquero González y Fernando Rubén Coronil, como adjuntos; allí durante las tardes, se realizaban demostraciones quirúrgicas, cirugía experimental, y tutelaje de tesis. El doctor Ricardo Baquero llegó a ser subdirector del mismo^{12,13}.

Posteriormente el Instituto de Cirugía Experimental pasó a ser parte de la Facultad de Medicina, el doctor Corachán se hizo cargo de la Cátedra de Técnica Quirúrgica en sustitución de la de Medicina Operatoria, en esta oportunidad acompañado por el doctor José de la Trinidad Rojas Contreras.

A comienzos de 1938 revalidó en Venezuela su título de Médico, y comenzó en el ejercicio de su profesión en la Clínica Luis Razetti.

Regresó a España en 1941, fundó una clínica en Barcelona que lleva su nombre. El doctor Manuel Corachán falleció el 1 de febrero de 1942, de 61 años de edad, a consecuencia del tífus exantemático¹².

El doctor Ricardo Baquero González y la Cruz Roja Venezolana

Recordemos que la Cruz Roja fue fundada por Henri Dunant, suizo, nacido en 1828, quien no era médico sino que se dedicaba a las finanzas. Dunant se hizo acreedor en el año de 1901 del primer premio Nobel de la Paz. Y en el año de 1910 murió pobre, solitario, y sin casi familia, pero habiendo dejado de herencia para la humanidad la Cruz Roja, una obra de gran trascendencia.

En Venezuela su fundación se debe a sir Vincent Kennett Barrington, nacido en 1844, en la región de Toscana en Italia, pero evidentemente hijo de padres ingleses, quien había tenido contacto desde joven con el Comité Internacional de la Cruz Roja de Ginebra, y había participado en varias guerras en Europa y Asia, en la organización de auxilio para los heridos en el campo de batalla. Recibió el título de sir en el año 1866, entregado por la reina Victoria de Inglaterra por los servicios prestados a la humanidad.

Sir Vincent Kennett Barrington, abogado, empresario, y promotor en Venezuela de la Cámara de Comercio, se trasladó a Sur América (1890), llegó primero a Brasil, luego a Argentina, y final-

mente a Venezuela, durante el gobierno del general Joaquín Crespo, y en la época de las celebraciones de la conmemoración del centenario del nacimiento del general Antonio José de Sucre, fundó la Sociedad Venezolana de la Cruz Roja, el 30 de enero de 1895; luego realizó el estatuto, los reglamentos internos y oficializó la personalidad jurídica mediante la aplicación de la Convención de Ginebra.

Fue su primer presidente, renunció en 1896 y murió en 1903 en un accidente de globo^{14,15}.

La sede actual del hospital inicia su historia en el año de 1893 siendo inaugurada por el general Joaquín Crespo, presidente de Venezuela. En sus instalaciones funcionaba el Hospital de Niños, conocido como Hospital Linares en honor a su promotor, el banquero don Juan Esteban Linares, luego pasó a ser Hospital Militar Naval.

Años más tarde en 1936 el hospital fue reinaugurado por el general Eleazar López Contreras, en virtud de una remodelación y dotación médico-quirúrgica. Es en este momento cuando maestros cirujanos como el doctor Manuel Corachán García, quien procedente de España por razones políticas estuvo en Venezuela entre los años de 1937 y 1941, realizó labores asistenciales y docentes en este centro hospitalario y otras instituciones de la capital.

En 1938 fueron donados por los hermanos Vollmer Boulton, los terrenos contiguos al instituto donde se construyó la Escuela de Enfermeras Profesionales "Francisco Antonio Rísquez", inaugurada en su nueva sede en 1949, y desde 1988 por decreto

del presidente Jaime Lusinchi, pasó a ser Colegio Universitario de Enfermería¹⁵.

En 1940 a solicitud del doctor Joel Valencia Parparcén, para ese momento secretario general de la Cruz Roja Venezolana, se propuso que los distintos departamentos del instituto se integraran bajo el nombre de Hospital "Carlos J. Bello" como un reconocimiento a tan ilustre y activo presidente de la institución, lo que fue aprobado por unanimidad.

El doctor Carlos J. Bello, era natural de Valencia (Edo Carabobo), nació el 16 de julio de 1886, y murió en Caracas el 20 de febrero de 1933. Entre 1910 y 1920 ejerció la medicina en varias ciudades de la región centro occidental de Venezuela. En 1925 ejerció en Caracas en el Hospital Vargas y fue director de Sanidad Nacional. En 1927 fue designado presidente de la Cruz Roja Venezolana, donde se dedicó a la organización de los distintos servicios médicos, quirófanos y la creación del "Cuerpo de Samaritanos de la Cruz Roja".



Hospital Vargas de Caracas.

Desde 1928 funcionó el servicio de Cirugía General de la Cruz Roja, bajo la presidencia del doctor Augusto Pinaud y el doctor Domingo Antonio Calatrava, encargado de la jefatura.

Al comienzo fueron cuatro los servicios de Cirugía y posteriormente se reorganizaron en dos. En 1939, cuando se fundó formalmente el departamento de Cirugía, con dos servicios, se encargaron del servicio de Cirugía I el doctor Ricardo Baquero González, y de Cirugía II, el doctor Fernando Rubén Coronil¹⁵.

Ingresa el doctor Baquero González en 1939 a la Cruz Roja Venezolana, cuando tenía 28 años de edad, era presidente de Venezuela el general Eleazar López Contreras, nacido en el Estado Táchira el 5 de mayo de 1883 y muerto en Caracas el 2 de enero de 1973. Comienza su período presidencial el 18 de diciembre de 1935 llenando el vacío producido por la muerte del general Juan Vicente Gómez. El 31 de diciembre, el Congreso lo nombra Presidente Constitucional para terminar el periodo inconcluso del general Gómez, hasta el 19 de abril de 1936, cuando es electo para el nuevo período constitucional hasta el 5 de mayo de 1941.

“Con calma y cordura” inició su período de gobierno, siete años le correspondían como presidente constitucional, pero prefirió reducirlo a 5 años, cosa insólita en nuestra historia, y sobre todo en la actualidad que pretende ser vitalicio, facilitando la transición de la dictadura a la democracia, sustituyéndolo el general Isaías Medina Angarita¹⁶.

La labor asistencial del doctor Baquero la realiza conjuntamente con su colega y amigo gastroenterólogo Joel Valencia Parparcén, y en esa forma además de la amistad entre ambos surge el binomio Cirugía- Gastroenterología, transformándose dicho servicio en el de mayor experiencia quirúrgica gastroenterológica.

El doctor Ricardo Baquero, después de haber realizado una fructífera labor de 20 años desde el punto de vista asistencial y docente en el servicio de Cirugía I, se retiró en 1959 dejando como Jefe de Servicio al doctor Aparicio Gómez Paoli, y éste entrega el mismo al doctor Jacobo Vásquez, ambos de grato recuerdo por sus dotes de caballeros y de excelente preparación científica y docente.

La jefatura del servicio de Cirugía II, desempeñada en su inicio por el doctor Fernando Rubén Coronil, fue luego ocupada por el doctor Eduardo Carbonell Izquierdo, y luego por el doctor José María Cartaya, también ilustres colegas que dan brillo a la historia de la Cirugía venezolana.

El Hospital “Carlos J. Bello” de la Cruz Roja Venezolana está

situado entre las esquinas de Cervecería a Paradero N° 203-3, un sitio sumamente poblado hoy en el centro de la capital¹⁵.

En 1941, Ricardo Baquero formaba parte del equipo reestructurador de la institución, redacta el reglamento, los estatutos, y funda la Sociedad Médica de dicho hospital conjuntamente con distinguidos médicos de la época.

Durante el gobierno de Isaías Medina Angarita, quien había sido elegido presidente para el período 1941-1946, en una Venezuela que tenía 3.830.771 habitantes y Caracas 269.000, el doctor Baquero conjuntamente con los integrantes de la “Junta Reestructuradora de la Cruz Roja” comienzan a realizar las gestiones para que el edificio y terreno donde funcionaba el ahora Hospital “Carlos J. Bello” le fueran donados legalmente. El Ministro de Sanidad de la época doctor Félix Lairé, por orden del presidente presenta el proyecto al Congreso Nacional y en 1946 el entonces Procurador General de la Nación Rafael Caldera hace entrega formal al doctor Valencia Parparcén de la edificación⁵.

El general Medina Angarita había asumido el poder el 5 de mayo de 1941, pero el 18 de octubre de 1945, este hombre noble y honrado fue despojado del poder por un golpe de estado forjado por un grupo de oficiales y la dirigencia del partido Acción Democrática, que rompió el hilo constitucional de la nación, a pesar de que los partidos incluyendo el Partido Comunista estaban legalizados bajo el gobierno de Medina Angarita.

El Presidente Isaías Medina Angarita había nacido en San Cristóbal (Edo Táchira) el 6 de julio de 1897. Después del golpe de estado del 18 de octubre de 1945 marchó al exilio con su familia a New York, y murió en Caracas el 15 de septiembre de 1953.⁽¹⁷⁾

Su vida sentimental

En octubre de 1940 contrajo matrimonio el doctor Ricardo Baquero con la señorita Linda Aristiguieta, natural de Ciudad Bolívar, a orillas del río Orinoco. Producto de esta unión matrimonial Baquero Aristiguieta nacieron 6 hijos: Ricardo (+), Víctor (+), Gustavo, Eduardo, Adalinda, y Federico. Mientras estaban de luna de miel en los Estados Unidos en 1941, visitó en Washington, la sede de la Cruz Roja y trajo consigo la idea y el material usado para las campañas benéficas que se organizaban allá. Al llegar a Caracas conjuntamente con el doctor Joel Valencia Parparcén y su secretaria la señora Lulú Martínez, pusieron en práctica la idea y organizaron la primera campaña de enro-



El Hospital Vargas de Caracas en la actualidad.

lamiento, con extraordinarios resultados en 1941⁵.

**Escuela de Enfermeras "Dr. Francisco Antonio Rísquez"
actualmente Colegio Universitario de Enfermeras
de la Cruz Roja Venezolana**

La Escuela de Enfermeras de la Cruz Roja se debe a la labor tesonera y permanente del doctor Francisco Rísquez (1856 - 1941)

Desde 1914 la Escuela Pública de Enfermeras las graduaba en cursos de dos años, pero en 1928 había una necesidad prioritaria de formar enfermeras y el doctor Rísquez, en su carácter de director de la Escuela Oficial y secretario de la Cruz Roja, creó cursos abreviados de 4 meses, que funcionaron hasta 1934.

El 24 de julio de 1936 el doctor Rísquez inaugura el primer curso definitivo, coincidiendo con la inauguración del hospital.

En el año de 1937, su sede está en la Cruz Roja, en un pabellón de dos pisos construido especialmente para el plantel, el curso era de dos años de duración y un total de 4 semestres.

En 1947 los estudios se habían llevado a 3 años, ese mismo año comienza a construirse una nueva sede.

El 20 de mayo de 1948, el Comité Ejecutivo de la Cruz Roja reunido en sesión le da a la Escuela de Enfermeras Profesionales de la Cruz Roja el nombre de "Francisco Antonio Rísquez".

El 11 de octubre de 1988 según Gaceta Oficial N°267281, se le da a la Escuela de Enfermeras Profesionales de la Cruz Roja el pase al rango de "Colegio Universitario de Enfermería de la Cruz Roja de Venezuela".

Cuando se retira voluntariamente de la Cruz Roja para atender sus obligaciones de profesor de Cirugía en el Hospital Universitario de Caracas, queda como cirujano honorario y cirujano de la Escuela de Enfermeras Francisco Antonio Rísquez, de la nombrada institución.

El doctor Ricardo Baquero González y el "Hospital Privado centro Médico de Caracas".

El 12 de diciembre de 1941 un grupo progresista de médicos venezolanos formado por hombres inteligentes y de avanzada entre ellos: Ricardo Baquero González, Rafael Ernesto López, Pedro Gutiérrez Alfaro, Fernando Díaz, Félix Lairret (hijo), Franz Conde Jahn, Leopoldo López, Andrés

Gutiérrez Solís, y el abogado Manuel Felipe Núñez, idearon, dieron forma y vida a un proyecto ambicioso que era un centro médico que aglutinara todas las especialidades médicas de ese momento y en el que se trabajara en una forma coordinada de equipo.

El 28 de septiembre de 1947 se hizo realidad ese sueño al lograr que el Centro Médico de Caracas abriera sus puertas al público bajo el concepto de hospital general, ubicado en San Bernardino. Su primera Junta Directiva estuvo formada por los doctores: Félix Lairret (presidente), Rafael Ernesto López (vicepresidente), Ricardo Baquero González (tesorero y secretario), Pedro Gutiérrez Alfaro y Fermín Díaz (vocales).

El Centro Médico nació como un hospital privado, integrando las especialidades de Cirugía General, Medicina, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, y funcionando en consultas externas, hospitalización y emergencias¹⁸.

El doctor Baquero González se había iniciado en el ejercicio privado de la profesión en la clínica "González Lugo" y luego en 1947, se trasladó al Hospital Privado Centro Médico de Caracas, del cual fue uno de sus fundadores y organizadores.

El Centro Médico fue inaugurado el domingo 28 de septiembre de 1947 a las 10 am. Este acto contó con la presencia del presidente de la república, Rómulo Betancourt¹⁸.

El doctor Ricardo Baquero fue vicepresidente y presidente de la Junta Directiva y de la Sociedad Médica de dicho centro.

En un viaje realizado conjuntamente con el doctor Joel Valencia Parparcén a Buenos Aires en 1948, a una reunión convocada por el doctor Carlos Bonorino (gastroenterólogo) con la idea de fundar una asociación de gastroenterólogos latinoamericanos con carácter internacional, aprovechó el doctor Baquero la oportunidad de ponerse en contacto con los doctores. Finochietto y Resano, observando al doctor Pablo Luis Mirizzi realizar la colangiografía per operatoria y al doctor Bengolea haciendo cirugía sobre el colédoco, adquirió el instrumental requerido y siendo un cirujano tan extraordinario como era, con una habilidad manual fuera de serie, trajo estos conocimientos a



La Cruz Roja de Caracas.



La Cruz Roja de Caracas o también llamado Hospital "Carlos J Bello" en la actualidad.

Venezuela y los puso en práctica, realizando la primera colangiografía operatoria en el Centro Médico de Caracas, en el mes de noviembre de 1948, procedimiento que se popularizó y se puso en práctica en los otros hospitales y clínicas de Venezuela, naciendo una cirugía en equipo. Fue pionero de la cirugía de la hipertensión portal, la colangiografía y la manometría operatoria⁵.

El binomio Valencia Parparcén – Baquero González investigó y estudió algunas enfermedades no conocida en el país como la rectocolitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn (1950).

Entre los años de 1954 y 1956 se realizó la primera investigación sobre el diagnóstico precoz en cáncer gástrico, integrando la radiología endoscópica y la citología, haciendo de este modo un equipo multidisciplinario⁵.

El doctor Ricardo Baquero González y el Hospital Universitario de Caracas

La antigua Universidad de Caracas que se encontraba ubicada en la esquina de San Francisco, hoy Palacio de las Academias, no podía albergar a los 2.380 alumnos que tenía para el año de 1944 y esto a pesar que habían muy pocas facultades, solo Medicina, Ingeniería, y Abogacía, por lo tanto era urgente la reubicación de estas cátedras y otras en un área común donde todas estuvieran presentes y se llamara Ciudad Universitaria.

El 2 de octubre de 1943, por Decreto Presidencial N° 196 del presidente de la república general Isaías Medina Angarita se creó el Instituto de la Ciudad Universitaria que hizo realidad el Hospital Universitario de Caracas, escogiendo los terrenos de la hacienda Ibarra ubicados en el este de la ciudad,

con un área de 173 hectáreas de las cuales 100 eran totalmente planas. Las edificaciones construidas en el área de la ciudad universitaria ocuparon 203,53 hectáreas, la mayoría perteneciente a la hacienda Ibarra, y otros terrenos adyacentes que también se compraron. La sola hacienda Ibarra fue avalada por un costo de 6.530.571 bolívares por el hacendado Carlos Rodríguez Landaeta y el ingeniero Carlos Augusto Machado, suma de dinero importante para esos años.

La comisión planificadora de esta obra estaba formada por Carlos Villanueva (arquitecto proyectista), Guillermo Herrera (ingeniero técnico) y Armando Vegas (ingeniero coordinador de las obras).

Frank Mc Vey (ex presidente de la Universidad de Kentucky) y Tomás R. Penton, ambos norteamericanos y expertos en construcción de hospitales asesoraron al gobierno nacional.

La proyectista del hospital fue la firma Pardo, Procter, Freeman y Meuser, a cargo del ingeniero venezolano Edgar Pardo Stolck; esta compañía fue asesorada a su vez por la Empresa Edgar Martin de Chicago, Illinois.

La construcción del hospital se comenzó en 1943 por cuenta del Instituto de la Ciudad Universitaria, siendo el primer presidente el doctor Antonio José Castillo (1897-1946).

El 16 de mayo de 1956 abrió sus puertas el Hospital Universitario de Caracas. La inauguración la hizo el Ministro de Sanidad y Asistencia Social Pedro Gutiérrez Alfaro, profesor de Clínica Obstétrica de la UCV, faltando menos de dos años para finalizar la dictadura del general Marcos Pérez Jiménez; su esposa doña Flor Chalbaud de Pérez asistió a este importante acto.

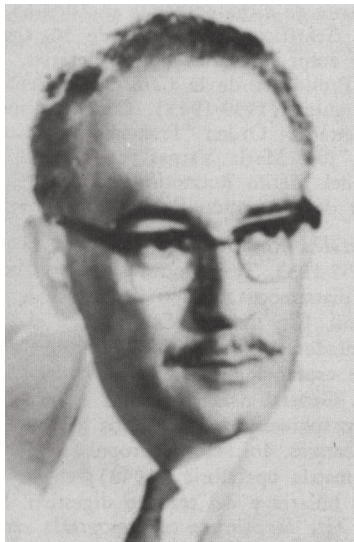
Ese mismo día la señora Mercedes de Arraiz, de 26 años de edad, natural de Río Chico Estado Miranda, ingresó al hospital y

a las 10 am tuvo un niño varón, normal, de 3 kg de peso y 50 cm de talla, a quien la madre llamó Marcos en honor al general Pérez Jiménez. El parto fue asistido por el Ministro de Sanidad y Asistencia Social, doctor Pedro Antonio Gutiérrez Alfaro, quien era además Profesor Jefe del Servicio de Obstetricia, ayudado por el doctor Miguel Yáber; los datos de la historia fueron recogidos por el director del hospital, doctor Jorge Soto Rivera, de tal manera que esta fue la historia número uno del hospital y el primer paciente¹⁹.

Los servicios de Cirugía General y sus cátedras de Clínica y Terapéutica Quirúrgica se inauguraron en el siguiente orden: servicio de Cirugía I, el 9-7-1956 bajo la dirección del doctor Miguel Pérez Carreño y fue en ese ser-

vicio donde se realizó la primera intervención quirúrgica de Cirugía General por el doctor Domingo Luciani, los ayudantes: doctores Alejandro Baroni Rivas y Augusto Díez, el anestesiólogo el doctor Mario Piña Daza y la enfermera instrumentista, la señora Mendoza. La impresión diagnóstica: vesícula excluida y la intervención: colecistectomía con coledocotomía. El nombre de la paciente: Desideria de Rangel, Cirugía N° I. 00-02-96 el 9 de julio de 1956²⁰.

El servicio de Cirugía II, inició sus actividades el 17-5-1958 bajo la dirección del doctor Jorge González Celis, fue el asiento de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B"; el servicio de Cirugía III fue inaugurado el 28-6-1958, siendo el cirujano Jefe el Dr. Hermógenes Rivero, graduado en los Estados Unidos, y el servicio de Cirugía IV, fundado el 7-8-1956 por el doctor Pedro Blanco Gásperi, sustituido poco tiempo después por el



Dr. Ricardo Baquero González, durante la época de inauguración del hospital.

doctor Ricardo Baquero González, quien se había formado con el célebre cirujano español Dr. Manuel Corachán. En virtud de las conexiones con el Jefe de Servicio de Gastroenterología, este servicio se convirtió en el abanderado de la cirugía de vías digestivas y de vías biliares, fue además el Dr. Baquero uno de los iniciadores en la exploración colangiográfica de rutina²⁰.

En 1956 el Dr. Ricardo Baquero pasó al Hospital Universitario.

Servicio de Cirugía "IV" - Cátedra de Clínica y Terapéutica "D"

Personal Médico que ha trabajado en el Servicio y Cátedra de Cirugía "IV"

Miembros fundadores

Pedro Blanco Gásperi (+)
Fermín Mendoza Blanco
Ricardo Baquero González (+)
Roque Mazziota Mirabal
Martín Valdivieso (+)
Ramón Téllez Andrade
Jacobo Vásquez
Luis Barrios Díaz
Alberto París
Juan Heredia Muñoz
Jefes de Servicio y Encargados
Pedro Blanco Gásperi (+)
Luis Barrios Díaz
Ricardo Baquero González (+)
Juan Rafael López León
Roque Mazziota Mirabal (E)

Personal médico desde su fundación

Baquero González, Ricardo (+)
Blanco Gásperi, Pedro (+)
Baquero A, Gustavo
Cedeño, José
Barrios Díaz, Luis
Bermúdez, Reinaldo (+)
García Peña, Franklin
Heredia Muñoz, Juan Luis
López León, Juan Rafae
Mazziota Mirabal, Roque
Mendoza Blanco, Fermín
París, Alberto
Pinto Silva, Gustavo E
Plotnikov, Sergio

De Jesús, Ovidio
Echegaray, Francisco
Ramírez, Rafael
Rodríguez Grimán, Oscar
Rodríguez R, Federico (+)
Szauer, Jorge
Téllez Andrade, Ramón
Valdivieso, Martín (+)
Vásquez, Jacobo
Vinueza, Wilson

NOTA: El doctor Alfredo González Navas trabajó en esta cátedra hasta el año de 1967; pasó luego a desempeñar la jefatura de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B".

El Colegio de Médicos del Distrito Federal

El Colegio de Médicos del Distrito Federal se fundó el 7

de noviembre de 1941, correspondiendo el honor de ser su primer presidente al doctor Santos Aníbal Dominici, eminente médico venezolano.

El Colegio de Médicos del Distrito Federal se funda con la idea de ser un organismo de lucha gremial en pro de los derechos y deberes de los médicos, en el año de 1944 y durante la presidencia del general Isaías Medina Angarita. Igualmente en ese mismo año se instaura en nuestro país el Seguro Social Obligatorio, ambas instituciones ductoras, cada una en su género. El Seguro Social constituye un avance en materia de seguridad social de gran importancia en Venezuela²².

Actuación del doctor Ricardo Baquero en el Colegio de Médicos del Distrito Federal

En asamblea general realizada el 4 de noviembre de 1942 a las 8,30 pm, previa convocatoria por la prensa, se celebró en el Colegio de Ingenieros la Asamblea General anual para nombrar la nueva Junta Directiva del Colegio de Médicos.

El doctor Santos Aníbal Dominici (presidente 1941 .1942) abrió la sesión del día, el secretario Alberto Rivero dio lectura del acta, que se aprobó sin enmiendas y el presidente declaró abierta la elección de la nueva Junta Directiva y de las comisiones, siendo el resultado siguiente:

Presidente	Dr. José Izquierdo
Vicepresidente	Dr. A. Rivero
Secretario	Dr. José Rojas Contreras
Sub Secretario	Dr. Alfredo González Navas
Tesorero	Dr. Oscar Beaujón
Vocales	Dr. Porfirio Irazábal y Dr. Pablo Izaguirre

Para la Comisión de la Sede fueron elegidos los doctores: O. León Ponte, Ildemaro Lovera y Alberto Plaza Izquierdo; para la de Asistencia y Previsión los doctores: M. Acosta Silva, R. Zamora Pérez, y Melé Lara; para la de Relaciones Científicas y Biblioteca: Dr. M. Sánchez Carvajal, Gabriel Trompiz y Ricardo Baquero González.

Bajo la presidencia del doctor Rojas Contreras (1944-1945) y en asamblea extraordinaria del 12 de enero de 1945, entre los puntos de agenda a tratar se encontraba: emisión de bonos por valor de Bs. 500 con destino al

fondo del edificio, para la construcción del local del Colegio, de la Federación Médica y problemas relativos al Seguro, según memorándum en Secretaría, constituyéndose a solitud del doctor Báez Finol una comisión que haga un estudio de las tarifas del Seguro Social y ésta quedó formada por los doctores Alfredo Borjas, Ricardo Baquero y Pedro del Corral.

En asamblea ordinaria del 19 de octubre de 1948 reunida



**Fecha de inauguración del Hospital
Universitario de Caracas el
16 de Mayo de 1956.**



con el fin de la elección de la nueva Junta Directiva para el período 1948-1949; siendo en este momento presidente el doctor Ildemaro Lovera (1947-1948), a nombre de la Junta Directiva rinde el informe de sus gestiones en relación a la posición del Colegio ante el problema Clínica-Hospital "Santa Ana", el empeño de la directiva en hacer realidad el proyecto de construcción del edificio sede, el boletín de información del gremio médico, y las relaciones de mutuo entendimiento entre la directiva del Colegio de Médicos y los directivos del Seguro Social. Luego el Secretario de Finanzas realizó una exposición detallada sobre la futura sede del Colegio de Médicos del Distrito Federal (nombre propuesto por el doctor Perdomo Hurtado) donde informa la compra de: a) un terreno totalmente saldado y avaluado en Bs. 300.000, b) un edificio en construcción y c) un haber en caja.

Luego se dio comienzo a la postulación y elección de los nuevos miembros de la Junta Directiva del Colegio para el período 1948-1949.

El doctor Eulogio Chacón toma la palabra para proponer que en vista de la actuación del presidente saliente, considera un acto de justicia su reelección; el doctor Pablo Arraiz, no desconociendo los méritos del doctor Ildemaro Lovera propone al doctor Ricardo Baquero para presidente del Colegio de Médicos del Distrito Federal. Se somete a consideración las candidaturas en mesa, se nombra una comisión escrutadora compuesta por los doctores Eulogio Chacón y Antonio Bonadiez, quienes informan que hay 123 miembros, los cuales se repartieron de la manera siguiente: Dr. Ildemaro Lovera: 79 votos, Dr. Ricardo Baquero: 44 votos, electo presidente el Dr. Ildemaro Lovera²².

Cargos desempeñados por el Dr. Ricardo Baquero González

- Jefe de Trabajos Prácticos de Medicina operatoria en la Escuela de Ciencias Médicas de la UCV en 1937.
- Jefe de Clínica Ginecológica 1939 - 1949
- Profesor Interino de la Cátedra de Clínica Ginecológica. 1940 - 1949
- Profesor Asociado de la Cátedra de Clínica Ginecológica 1949 - 1955
- Profesor Asociado de la Cátedra de Clínica Quirúrgica IV desde 1955 hasta 1963, pasando luego a Profesor Titular en el Hospital Universitario de Caracas.
- Durante 41 años fue Profesor de la Facultad de Medicina de la UCV.
- Miembro del Consejo Supremo de la Cruz Roja Venezolana en 1941, llegando luego a ser vicepresidente de la misma en 1958.
- Presidente del Hospital Privado Centro

Médico de Caracas 1961

- Profesor Titular de Clínica Ginecológica y Clínica Quirúrgica.

Sociedades científicas a las que perteneció

- Miembro fundador y Secretario Anual de la Sociedad Venezolana de Cirugía (SVC) período 1947-1948 y 1950-1953.
- Vicepresidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía 1949-1950 y 1953-1954
- Presidente de la SVC 1954-1955
- Vicepresidente de la Sociedad de Angiología del Capítulo Venezolano de la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular y luego Presidente.
- Miembro Emérito de la Academia de Medicina del Zulia.
- Miembro Emérito del Colegio Americano de Cirujanos.
- Miembro Emérito Correspondiente Nacional de la Universidad del Zulia.
- Fellow del Colegio Americano de Cirujanos.
- Miembro Correspondiente de la Sociedad Francesa de Ginecología
- Miembro de la Sociedad Médica del Hospital Clínico Universitario.
- Miembro de la Sociedad Médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

Como investigador

La experiencia adquirida en su intensa actividad quirúrgica no la guardó para sí mismo, sino que la divulgó en numerosas publicaciones, realizó como autor y coautor, más de 200 trabajos científicos, sólo nombraremos los más importantes.

- Tratamiento de las várices de los miembros inferiores.
- Maniobra de Kocher en la cirugía biliar
- La colangiografía operatoria



Dos tomas fotográficas del Hospital Universitario de Caracas en la actualidad.



**Sala del Hospital
Universitario de Caracas
en 1956.**

Fotografía de la Inauguración del Servicio de Cirugía IV y la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D." De izquierda a derecha los doctores: Roque Mazzlota Mirabal, Fermín Mendoza Blanco, Néstor Arreaza Colizza (subdirector del HUC), Ricardo Baquero González, Pedro José Gutiérrez Alfaro (Ministro de Sanidad y Asistencia Social), Jorge Soto Rivera (director del HUC), Pedro Blanco Gásperi (Jefe de Servicio), Miguel Pérez Carreño (Jefe de Servicio I invitado), Martín Valdivieso y Luis Barrios Díaz.

Fuente: Dr. Francisco Plaza Izquierdo. Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo Aniversario (1956-1986). Tomo II. Caracas 1986. Rectorado de la UCV y Hospital Universitario de Caracas. P. 979. Imprenta Universitaria de la UCV. Impreso en Mayo de 1986.



**Centro Médico de Caracas, en San Bernardino,
en la fecha de su inauguración, 1956.**

Sentados de (I) a (D) Drs. Fermín Mendoza Blanco, Ricardo Baquero González, Pedro Blanco Gásperi, Martín Valdivieso y Alberto París Domínguez. - De pie de (I) a (D) Drs. Roque Mazzlota Mirabal, Ramón Téllez Andrade, Luis Barrios Díaz, Juan Luis Heredia Muñoz y Jacobo Vásquez. Escuela "Luis Razetti". Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D". Oleo del pintor Fantúzzi. 1957.

Fuente: Dr. Francisco Plaza Izquierdo. HC. Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo aniversario (1956 - 1986). Tomo II. Caracas - 1986. Rectorado de la UCV y Hospital Universitario de Caracas. Imprenta Universitaria de la UCV. Impreso en Mayo de 1986.



Inauguración del Departamento de Historias Médicas, el 16-5-1956. De (I) a (D) Una alta empleada del Servicio- Drs. Pedro Blanco Gásperi - Pedro Gutiérrez Alfaro (Ministro de Sanidad y Asistencia Social) - Francisco Baquero González- Jorge González Celis y Francisco Montbrum.

Fuente: Dr. Francisco Plaza Izquierdo. HC. Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo aniversario (1956 - 1986) Tomo II. Caracas - 1986. Rectorado de la UCV y Hospital Universitario de Caracas. Imprenta Universitaria de la UCV. Impreso en Mayo de 1986.





Grupo de Médicos fundadores del Centro Médico de Caracas, entre ellos el doctor Ricardo Baquero González.

Fuente: <http://www.centromedicodecaracas.com.ve/qiuenes.html>



Centro Médico de Caracas en la actualidad..

Fuente: <http://www.centromedicodecaracas.com.ve/qiuenes.html>



Reunión en el Club Paraíso donde se gestó la fundación de la SVC. De pie los Drs. J.T. Rojas Contreras, Juan Yáñez, Francisco Montbrum, Ricardo Baquero González, Juan José Gutiérrez, Leopoldo López y Fernando Rubén Coronil. Sentados: Guillermo Negrete De Windt, Manuel Méndez Gimón, Luis Ramos Sucre, Jorge González y Rafael Zamora Pérez.

- Colostomía izquierda definitiva
- Punción del saco de Douglas como método diagnóstico en la ruptura tubárica de un embarazo ectópico.
- Uso del drenaje mixto en apendicitis aguda
- Infiltración del simpático con solución de novocaína.
- Estado de la cirugía biliar venezolana
- Movilización precoz en cirugía
- Shock quirúrgico y hemorrágico
- Peritonitis difusa por absceso primitivo colibacilar de hígado abierto a cavidad abdominal.

Pero la inquietud científica y docente del doctor Baquero



Hospital: Ricardo Baquero González.

González, fue más allá y la cinematografía científica ocupó muchas horas en su labor docente: filmó y editó más de 30 películas sobre diferentes técnicas y tópicos de la cirugía²³.

En 1966 fue designado Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina para ocupar el Sillón III, ocupado con anterioridad por los doctores Elías Rodríguez (1856-1936), Antonio José Castillo (1897-1946) y Pedro Blanco Gásperi (1893-1965), pero no llegó a incorporarse¹¹.

Condecoraciones recibidas

- 1- Orden del Libertador Simón Bolívar
- 2- Orden Andrés Bello
- 3- Orden Dr. José María Vargas
- 4- Orden Dr. Augusto Pinaud
- 5- Orden Cruz Roja Venezolana

El Hospital Periférico del Oeste de la ciudad de Caracas lleva su nombre.

Actividades extramédicas

El Dr. Baquero González fuera de su ardua labor médico docente y asistencial, siempre tuvo tiempo para su esposa, sus

hijos, la buena gastronomía, el deporte, sobre todo el golf, el tenis, la buena música, y las veladas familiares, y con amigos deleitándolos interpretando hermosas melodías con el piano el cual tocaba con exquisito gusto.

Epílogo

El doctor Ricardo Baquero González después de haber llevado una vida insuperable, destacando sus virtudes como hombre ejemplar, buen hijo, esposo, y padre, médico con generosidad de alma, abnegado, que hizo de su profesión de cirujano un apostolado llevando con su sabiduría, con su amor y caridad la palabra de aliento y el tratamiento adecuado a cada uno de sus pacientes y sembrando la buena semilla en sus alumnos que diariamente lo admirábamos por sus conocimientos, por su inteligencia al lado de la cama del paciente a quien la vida le había negado la salud, por su destreza y habilidad quirúrgica en el pabellón de Cirugía y su experiencia, sentíamos el deseo de emular al insigne maestro. Fue con su ejemplo el mejor profesor.

El 4 de enero de 1979, a los 68 años de edad a consecuencia de una hepatitis C, en silencio como los grandes hombres, se marchó de este mundo al Paraíso Celestial con el Padre Eterno, y Dios nos permitió quedarnos con su recuerdo.

REFERENCIAS

- 1.- Briceño-Iragorry, L. Ricardo Baquero González (1911 - 1979). En: Drs. Briceño-Iragorry, L.; Puigbó, J.J.; López, J. E. Minibiografías de Médicos Venezolanos. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Ateproca C.A. 2003. P 274-275.
- 2.- Moreno Brandt, L. Dr. Armando Márquez Reverón. Un ejemplo a seguir. Caracas. Rev. Venezolana de Cirugía. Volumen 58-Nº2. Junio 2005. P; 87-93.
- 3.- Morón, G. Juan Vicente Gómez. En: Meneven filial de Petróleos de Venezuela S. A. Los Presidentes de Venezuela. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Talleres Lito-tipográficos de la Escuela Técnica "Don Bosco". 1981. P. 219-230.
- 4.- Alarico Gómez, C. Música y Medios. En la época de Alfredo Sadel (Aportes a la historia de la Comunicación Social). Primera Edición. Caracas, Venezuela. Editorial Actum de Venezuela. CA. 2009.
- 5.- Amundaray, G; Guerra, L; Rengifo, M. Dr. Ricardo Baquero González. Forjador de Cirujanos del siglo XX. Rev. Soc. Venez Hist Med. 2005; 54 (1 - 2). P. 97 -100.
- 6.- Universidad Central de Venezuela. De Venciclopedia <http://www.ucv.ve>
- 7.- Francisco, J; Ramos de Francisco, C. Primer Centenario del Instituto Anatómico de la UCV. Sociedad Venezolana de Historia de La Medicina. Sesión del 4-8.2011. Resumen.
- 8.- Colmenares Arreaza, G; López, J. E; Briceño- Iragorry, L. Capítulo 2. Doctores en Ciencias Médicas egresados de la Universidad Central de Venezuela desde 1785 - 2007. En: Editores: Drs. López, J. E; Briceño-Iragorry, L. Colección Razetti, volumen VI. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Editorial Ateproca. 2008. P: 87-408.
- 9.- Rodríguez Lemoine, V. Iniciativa gubernamental: Hospital Vargas de Caracas. En: La viruela en Venezuela. Epidemias y defensa durante el siglo XIX. Edición de la Academia de Ciencias Físicas, Matemáticas, y Naturales y de la Academia Nacional de Medicina, Caracas, Venezuela. Ateproca C.A. 2012. P:98-104.
- 10.- www.iconosdevenezuela.com/?p=734628. 10.2011
- 11.- Briceño- Iragorry, L. Historia de los Sillones de la Academia Nacional de Medicina. En: Editores: Puigbó J.J; Briceño- Iragorry, L. Centenario de la Academia Nacional de Medicina 1904 -2004, Primera Edición. Caracas, Venezuela. Editorial Ateproca C.A. 2004. P: 76-82.
- 12.- Grases Galofre, P. Médicos españoles emigrados a Venezuela. Situación de España y Venezuela (1933-1943) En: Editores Clemente Heimerdinger, A; Briceño- Iragorry, L. Colección Razetti, Volumen VII, Caracas, Venezuela. Editorial Ateproca C.A. 2009. P: 157-200.
- 13.- Naranjo, C. Baquero González Ricardo. En: Equipo Editor, Director Rodríguez Campos, M. Diccionario de Historia de Venezuela. Caracas, Venezuela. 1997. P: 359.
- 14.- <http://www.cruz.roja.venezolana.org/modules>. 8-10-2012.
- 15.- Manrique Lander, P; Pérez Magallanes, L; Vásquez Zepa, J; Castillo Natera, N; Álvarez Rivas, K; Zepa Díaz, P. Breve recuento histórico de la Cruz Roja Venezolana, del Hospital "Carlos J. Bello" y del Post grado de Cirugía General. En: Editores López, J.E; Briceño- Iragorry, L. Colección Razetti, Volumen VI, Caracas, Venezuela. Editorial Ateproca C.A. 2008. P: 535-564.
- 16.- Morón, G. Eleazar López Contreras. En: Meneven Filial de Petróleos de Venezuela S.A. Los Presidentes de Venezuela. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Talleres Lito-tipográficos de la Escuela Técnica "Don Bosco". 1981. P: 231-238.
- 17.- Morón, G. Isaías Medina Angarita. En: Meneven filial de Petróleos de Venezuela S.A. Los Presidentes de Venezuela. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Talleres Lito tipográficos de la Escuela Técnica "Don Bosco" 1981. P: 239-252.
- 18.- <http://www.centromedicodecaracas.com.ve/quienes.html>. 08.10.2012.
- 19.- Plaza Izquierdo, F. Capítulo I. En: Hospital Universitario de Caracas. Recuento Histórico en su trigésimo aniversario (1956-1986). Tomo I. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Imprenta Universitaria de la Universidad Central de Venezuela. 1986. P: 17-80.
- 20.- Plaza Izquierdo, F. Treinta años de Cirugía en el Hospital Universitario de Caracas. Conferencia dictada en el Auditorio del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela. 28.5.1986.
- 21.- Plaza Izquierdo, F. Capítulo V. Servicio de Cirugía IV. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D" en: Hospital Universitario de Caracas, Recuento histórico en su trigésimo aniversario. (1956-1986). Tomo II. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Imprenta Universitaria de la Universidad Central de Venezuela. 1986. P: 978-988.
- 22.- Yarena, J. Historia del Colegio de Médicos del Distrito Federal. Primera Edición. Caracas, Venezuela. Talleres de la Imprenta Nacional. 1968.
- 23.- http://www.ecured.cu/index.php/Ricardo_Baquero_Gonzalez. 8-10.2012.

SEMBLANZA DEL DOCTOR FRANCISCO ROMERO FERRERO

ANTONIO SÁNCHEZ (1)

El doctor Francisco Romero Ferrero, nació en San Cristóbal, Estado Táchira, el 31 de diciembre de 1939, hijo del Dr. Francisco Romero Lobo y doña Cecilia Ferrero Tamayo, siendo el tercero de diez hijos.

Cursó estudios en el Colegio La Salle y Liceo Simón Bolívar de San Cristóbal, donde obtuvo el Título de Bachiller en Ciencias Biológicas en 1956.

El 14 de julio de 1962 se graduó de Médico Cirujano en la Universidad de Los Andes de Mérida, Venezuela, donde además obtuvo varios diplomas de honor por calificaciones sobresalientes.

Comienza su ejercicio profesional en el Hospital Central de San Cristóbal, como médico interno y residente de Cirugía, desde 1962 hasta 1968.

Entre 1968 y 1970 reside en Estados Unidos donde realiza postgrado en Cirugía General en la Universidad de Pensilvania, Servicio de Cirugía del American Oncologic Hospital y del Departamento de Cirugía del Hahnemann Medical College and Hospital de Filadelfia.

En 1971, contrae matrimonio con la doctora Sandra Aguaida Balestrini, de cuya unión nacen dos hijos: Francisco Javier, ingeniero en Computación y Sandra Virginia, médico anatomatólogo, y tres nietos: Sandra Geraldine, David Alejandro y Karen Elisa.

Posteriormente acude a diferentes cursos de perfeccionamiento en las ciencias quirúrgicas en diferentes países del mundo, destacando su asistencia al departamento de Cirugía del Cancer Institute Hospital de Tokio en 1980 y al Methodist Hospital de Houston en 1988.

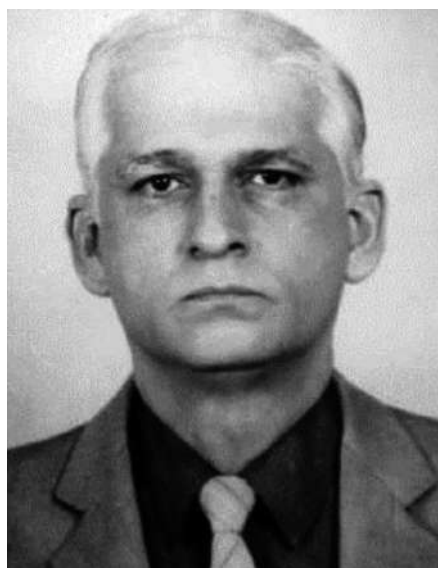
A principio de los años 90, el doctor Romero cree en la cirugía laparoscópica y en sus bondades, y asiste junto al doctor Asdrúbal Núñez al servicio de Cirugía 2 del Hospital Universitario de Caracas, donde se entrenan bajo la dirección del Dr. Pablo Briceño Pimentel.

Paralelamente, el doctor Romero asciende en su carrera asistencial en el Hospital Central de San Cristóbal desde médico adjunto hasta Jefe de Departamento de Cirugía hasta 1993, cuando pasa a ser Coordinador Jefe de Servicio de Cirugía Sistematizada del Centro Ambulatorio de Puente Real, nunca desligándose de su querido Hospital Central, donde actualmente es profesor del postgrado de Cirugía General.

También se desempeñó como docente de Clínica Quirúrgica de la Escuela de Medicina Extensión San Cristóbal de la Universidad de Los Andes, siendo además el primer coordinador docente de esta extensión.

Durante estos años ha sido cirujano en otras prestigiosas instituciones como Policlínica Táchira, Centro Clínico San Cristóbal, Hospital de la Cruz Roja Venezolana Dr. Alfredo J. González, y es el primer cirujano venezolano en intervenir un cáncer gástrico precoz diagnosticado en la Asociación Tachirense de Lucha Contra el cáncer (ATACA) y Centro de Control de Cáncer, del cual fue fundador

Ha compartido intervenciones quirúrgicas con cirujanos de fama mundial, y pertenece a diferentes sociedades científicas como la Sociedad Internacional de Cirugía, American College of Surgeons, Asociación Latinoamericana de Cirugía Endoscópica, Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Sociedad Venezolana de Oncología, y ha presidido la Academia de Medicina del Táchira, y es el último presidente tachirense de la Sociedad Venezolana de Cirugía, y miembro fundador de la Sociedad Latinoamericana de Pancreatología.



Doctor Francisco Romero Ferrero. Ex Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía 1997 - 1999

(1) MSVC, Ex Presidente del Capítulo Táchira de la SVC

Ha sido padrino de varias promociones de médicos cirujanos de la Universidad de Los Andes, además de haber publicados más de 80 trabajos científicos en revistas médicas nacionales e internacionales, y ha recibido numerosos reconocimientos y condecoraciones, en las que destaca la Condecoración Medalla de la Salud Doctor Arnoldo José Gabaldón, concedida a los médicos más destacados de Venezuela por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Desde sus inicios hasta hoy, tiene en su haber más de 12.000 cirugías realizadas y de ellas más de 1.000 son tiroidectomías, todas documentadas en su propio record quirúrgico.

El doctor Romero ha sido testigo de los diferentes cambios que ha experimentado la Cirugía General en este medio siglo, tanto en los materiales, instrumentos, nuevas técnicas y otras que quedaron en la historia por los avances terapéuticos, así como nuevas tecnologías en fuentes de energía para hemostasia, hasta llegar a la cirugía robótica y la nanotecnología.

Sé que en estos minutos se me ha escapado muchos datos que ustedes conocen y otros que omití por razones de tiempo, pero podemos estar de acuerdo quienes conocemos al doctor Romero, que su trato hacia cada uno de nosotros amable, cordial, sincero y honesto, así como el trato fino y delicado que da a los diferentes tejidos, la disección minuciosa y cuidadosa, su metódica y disciplinada técnica quirúrgica, y sus abnegados cuidados perioperatorios, hace para cada uno de nosotros un ejemplo a seguir.

Doctor Romero, muchos de los cirujanos que laboramos en el Táchira y fuera de sus fronteras estamos agradecidos de usted por sus enseñanzas, consejos oportunos, su desinteresada ayuda en difíciles momentos personales y laborales, su confianza, su sincera amistad.

Nosotros no solo de usted hemos aprendido Cirugía, sino también de sus experiencias en la vida.

Muchas gracias Maestro, que Dios lo bendiga.





NOTICIAS BREVES

La Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía cumple con el penoso deber de informar la sentida desaparición física del Dr. Pedro Morgado Nieves, hecho ocurrido en la ciudad de Caracas el sábado 2 de marzo de 2013.

El Dr. Morgado Nieves era miembro de nuestra Sociedad, miembro fundador y primer presidente de la Sociedad Venezolana de Coloproctología y past presidente de la Sociedad Mundial de Coloproctología.

Hacemos llegar a su distinguida esposa, hijos, nietos, familiares y amigos nuestras más sentidas condolencias.

Paz a sus restos y elevamos una plegaria al Divino Redentor por el descanso eterno de su alma.

La Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía, cumple con el penoso deber de informar la desaparición física el sábado 9 de marzo de 2013, en la ciudad de Caracas del Dr. Fernando Guzmán Fajardo, miembro activo de nuestra Sociedad, excelente cirujano, profesor y amigo, que dedicó su vida a la docencia principalmente dentro del Hospital Oncológico Padre Machado y la Sociedad Anticancerosa.

Hacemos llegar a su esposa, hijos, nietos, familiares y amigos nuestras palabras de hondo pesar ante tan irreparable pérdida.

Paz a sus restos y elevamos una plegaria al Padre Eterno por el descanso eterno de su alma.

Discurso de orden acto de instalación de la LXIX Jornada Nacional de Cirugía Barinas, marzo 2013

Dr. Leopoldo Moreno Brandt, Vicepresidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía

Dr. Eleazar Ferrer, Presidente del Capítulo Barinas de la SVC

Dr. Rafael Oswaldo Hernández, Epónimo de la LXIX Jornada Nacional de Cirugía

Profesor. Luis Coronado, Director del núcleo Barinas de la Ilustre Universidad Santa María

Ex Presidentes, Miembros Honorarios de la SVC

Invitados internacionales

Invitados especiales

Amigos de la Junta Directiva.

Señoras, Señores

Sean todos bienvenidos a nuestra LXIX Jornada Nacional donde se le rinde honor al Dr. Oswaldo Hernández, insigne y destacado cirujano de la región y que en esta oportunidad se realizan conjuntamente con la I Jornada del Postgrado de Cirugía del Hospital Dr. Luis Razetti de Barinas

Queremos agradecer a todos aquellos miembros de la Sociedad quienes a pesar de las dificultades por las cuales atraviesa nuestro País, a las que no somos ajenos, acudieron al llamado superando nuestras expec-

tativas con un total de 642 Inscritos y 298 trabajos en las diferentes modalidades lo que garantiza desde ya el éxito de este evento.

También agradecemos a las autoridades de la Universidad Santa María, núcleo Barinas a su director, profesor Luis Coronado, quienes nos han cedido sus instalaciones para la realización de este evento, de igual manera nuestro agradecimiento a las casas comerciales que han depositado su confianza en la Sociedad Venezolana de Cirugía y a la empresa organizadora ASevent.

Fueron muchas las dificultades que tuvimos que superar para llegar a este momento, sin embargo, a pesar de todas esas dificultades el poder de convocatoria de nuestra Sociedad es cada vez mayor, lo que nos llena de satisfacción y a la vez nos compromete a trabajar con mayor empeño a fin de continuar con nuestro compromiso de velar por el mantenimiento de un elevado nivel en la enseñanza de la cirugía, como reza en nuestro estatuto vigente.

En ese sentido, El comité científico ha preparado un excelente programa donde cirujanos de diferentes sitios del país tendrán la oportunidad de compartir sus conocimientos en relación al tema central de la Jornada, el cual es evitar complicaciones en cirugía o la mejor manera de tratarlas cuando estas se presenten; también se discutirán temas de interés nacional como la problemática de los post grado de cirugía, o si nuestros hospitales están preparados para atender una emergencia de gran magnitud como el caso de Amuay, por solo citar algunos. También contaremos con la presencia de dos connotados invitados internacionales quienes compartirán sus experiencias en temas de sumo interés a quienes agradecemos hayan atendido nuestra invitación

Así mismo y dentro del marco de este evento se impartió por primera vez en las instalaciones del Hospital Razetti y con mucho éxito el curso e-lap, un curso teórico práctico de cirugía laparoscópica diseñado para residentes y cirujanos jóvenes, dictado por expertos y que podemos decir que será el curso oficial de laparoscopia de la Sociedad Venezolana de Cirugía.

Ahora bien, el crecimiento de nuestra Sociedad nos obliga a reflexionar sobre varios aspectos y uno de ellos es decidir donde realizar nuestros eventos futuros, en esta Junta Directiva hemos trabajado por el desarrollo de las regiones, hemos fomentado y apoyado a los capítulos para que tengan personalidad jurídica y así puedan obtener recursos propios, apoyamos sus eventos y jornadas regionales, pero lamentablemente no todas las ciudades tienen la capacidad e infraestructura para la realización de un evento con más de 400 (642!!) participantes, es por ello que les pido con la mente abierta y los pies sobre la tierra pensemos sobre el futuro y tomemos decisiones.

No quisiera terminar sin antes extender mi más sincera felicitación a los 47 nuevos miembros de nuestra Sociedad que ya suman 90 desde el inicio de nuestra gestión, bienvenidos.

Colega, amigo, la Sociedad Venezolana de Cirugía y su Junta Directiva te agradecen el apoyo que le brindas asistiendo a nuestra Jornada, tu eres nuestro principal recurso y tu presencia hace grande a este evento, de nuevo bienvenidos todos y de esta manera declaro oficialmente inaugurada la LXIX Jornada Nacional de Cirugía.

Dr. Jesús Velázquez Gutiérrez

Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía

Período 2012-2014