

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL  
COMITE ACADEMICO DEL POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL



INFORME DEL CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL  
PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2013

Director:

Dr. Gustavo A. Benítez P.

Coordinador:

Dr. José M. Pastana





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL  
COMITÉ ACADEMICO DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL



**INFORME DEL CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL PERIODO ENERO-  
DICIEMBRE 2013**

**Director:**

**Dr. Gustavo A. Benítez P.**

**Coordinador:**

**Dr. José M. Pestana**





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL  
COMITÉ ACADÉMICO DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL



**INFORME DEL CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL PERIODO ENERO-  
DICIEMBRE 2013**

**Director:**

**Dr. Gustavo A. Benítez P.**

**Coordinador:**

**Dr. José M. Pestana**





---

“Siempre existen más tareas productivas para mañana que tiempo disponible para hacerlas, y siempre hay más posibilidades, que personas capaces de aprovecharlas »

**PETER F. DRUCKER.**





## Índice

<b>Agradecimientos</b> .....	4
Comité Académico.....	5
Cátedras A, B, C, D.....	6 - 9
<b>Informe 2013</b> .....	10
<b>A) Seminarios</b> .....	11 - 23
<b>B) Cronograma de Seminarios y Fechas de exámenes año 2013</b> .....	24 - 26
<b>C) Pasantías Opcionales (3er Año)</b> .....	27 - 28
<b>D) Trabajo Especial de Grado aprobados por el Comité Académico y enviados a Adjunto Docente (T.E.G.)</b> .....	29 - 30
<b>E) Perfil del Asesor Académico</b> .....	31 - 33
<b>F) Referencias Bibliográficas</b> .....	34
<b>G) Anexos</b> .....	35





## Agradecimientos

Al Jefe del Departamento Nelson Medero.

A todo el equipo del Comité Postgrado de Cirugía General Académico que en forma escalonada, hicieron lo imposible para el cambio de rumbo en la excelencia académica.

Al Representante Estudiantil, Sergio Melean Catedra “C” de Cirugía III, por su tiempo presencial y posición académica.

A Nelson Ramírez por el envío y encuadernación de material.

A Francis Morales, por su incuestionable ayuda a nivel del postgrado, con toda pasión.

A Carolina Dilena por su constancia de siempre.

Y al apoyo incondicional de Nelson Mederos, Héctor Cantele y Javier Cebrián.

Por la colaboración de Kimberly Valero Enero-Junio y Kamila Blanco de Junio-Diciembre.

**Al Despedirme les reitero mi sentimiento de estima  
y consideración personal.**

**Mil Gracias.**

**Dr. Gustavo Benítez.**

**Director del Curso de Postgrado  
De Cirugía General**





**Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Medicina  
Hospital Universitario de Caracas  
Comité Académico del Postgrado de Cirugía General**

**Dr. Nelson Mederos  
Jefe del Departamento  
Curso de Postgrado de Cirugía General**

**Dr. Gustavo Benítez  
Director  
Curso de Postgrado de Cirugía General**

**Dr. José Pestana  
Coordinador Curso de Postgrado  
Cirugía General**

**Dr. Alexis Sánchez  
Coordinador Adjunto  
Cirugía General**

**Dr. Javier Cebrián  
Representante Cátedra de Servicio  
Cirugía "A"**

**Dr. Miguel Vasallo  
Representante Cátedra de Servicio  
Cirugía "B"**

**Dr. Elias Nakhel  
Representante Cátedra de Servicio  
Cirugía "C"**

**Dr. Héctor Cantele  
Jefe de la Cátedra de Servicio  
Cirugía "D"**

**Dr. Sergio Melean  
Representante Estudiantil**



**Hospital Universitario de Caracas**  
**Curso de Postgrado de Cirugía General**

**Docentes Activos**

**Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “A”**

**Servicio de Cirugía I**

**Dr. Emigdio Balda**

Prof. Titular/Decano

**Dr. Javier Cebrián (Jefe)**

Prof. Agregado

**Dr. Arturo Soto**

Prof. Asistente

**Dr. Ziad Makarem**

Prof. Asistente

**Dr. Pablo Castillo**

Instructor por Concurso

**Dr. Ramón Ziegler**

Instructor por Concurso

**Dr. Miguel A. Maita**

Instructor por Concurso





## **Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “B”**

### **Servicio de Cirugía II**

**Dr. Miguel Vassallo**

Prof. Agregado

**Dr. Hermogenes Malave (Jefe)**

Prof. Asistente

**Dr. José L. Leyba**

Prof. Asistente

**Dr. Francisco Obregón**

Instructor por Concurso

**Dra. María Aponte**

Instructor por Concurso

**Dra. Naydell García**

Instructor por Concurso

**Dr. Carlos Bravo**

Asistencial

**Dr. Pedro Monsalve**

Asistencial

**Dr. Gabriel Escalona**

Asistencial



## **Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “C”**

### **Servicio de Cirugía III**

**Dr. Gustavo Benítez (Jefe)**

Prof. Asociado

**Dr. Alexis Sánchez**

Prof. Asociado

**Dr. Ramón Saade**

Prof. Agregado

**Dra. Renata Sánchez**

Prof. Agregado

**Dr. Elias Nakhal**

Prof. Asistente

**Dra. Omaira Rodríguez**

Prof. Asistente

**Dr. Humberto Chacón**

Instructor por Concurso

**Dra. Joanne Salas**

Instructora por Concurso

**Dr. José Mejías**

Asistencial

**Dra. Liumariel Vegas**

Asistencial

**Dr. Paul Millan**

Asistencial

**Dr. Antonio Paris**

Prof. Titular

Asesor





---

**Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica “D”**

**Servicio de Cirugía IV**

**Dr. Hector Cantele (Jefe)**

Prof. Titular

**Dr. Franklin García**

Prof. Asistente

**Dr. José M. Pestana**

Prof. Asistente

**Dr. José Gutiérrez**

Instructor por Concurso

**Dr. Vittorio D’Andrea**

Asistencial

**Dra. María Conchita Díaz**

Asistencial

**Dra. Yaicira Millán**

Asistencial

**Dr. José Manuel Ramírez**

Asistencial

**Dr. Hector Argibay**

Asistencial

**Dr. Jorge Franco**

Asistencial



---

## **INFORME 2013**





## A. SEMINARIOS DEL CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL





## A. Seminarios del Curso de Postgrado de Cirugía General

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
PRIMER CUATRIMESTRE AÑO 2013  
PRIMER AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
16/01/13	CI	1	Historia de la Cirugía en Venezuela	Dr. Roberto González	Dr. Miguel Maita
23/01/13	CII	2	Cuidados en el Pre y Postoperatorio	Dr. Gabriel Orozco	Dra. Naydelith García
30/01/13	CIII	3	La Coagulación. Trastornos hemorrágicos en Cirugía	Dr. Rubén Perez	Dra. Joanne Salas
06/02/13	CIV	4	Fisiología y Fisiopatología de la Cicatrización	Dra. María Carrión	
13/02/13	CI	5	Cuidado de las heridas y sus complicaciones	Dra. Yuliana Pascual	Dr. Ramón Ziegler
20/02/13	CII	6	Suturas. Tipos y su aplicación. Uso de las máquinas de Autosutura	Dr. Gabriel Perri Dr. Juan Corzo	Dr. Francisco Obregón
06/03/13	CIII	7	El medio interno, Respuestas al trauma quirúrgico. Recursos terapéuticos. Desbalance Hidroeléctrico y Acido Base.	Dr. Danny Saturno	Dr. Humberto Chacón
13/03/13	CIV	8	Punción Venosa Central, Punción Torácico, Abdominal y del Douglas, Traqueotomía.	Dra. Adriana Lara	Dr. José Pestana
20/03/13	CI	9	Nutrición parenteral y Enteral total en Cirugía	Dra. Andrea Uncein	Dr. Pablo Castillo
03/04/13	CIII	10	Cirugía Basada en Evidencias.	Dr. Eduardo Salas	Dr. Elías Nakhal
10/04/13	CIV	11	Ostomias, Tipos y Cuidados.	Dra. Patricia Echenique	Dr. Frankiln Gutierrez
17/04/13	CI	12	A Determinar		
24/04/13	CII	13	A Determinar	Dra. Claudia Caraballo	Dr. Hermogenes Malavé





**HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
PRIMER CUATRIMESTRE AÑO 2013  
SEGUNDO AÑO**

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
23/01/13	CIV	1	Metodología de la Investigación	Dra. Yelitza Jiménez	Dra. Arlene Mendez
30/01/13	CI	2	Principios Oncológicos. Marcadores Tumorales	Dr. Franco Ippoliti	Dr. Arturo Soto
06/02/13	CII	3	Patología Benigna de Tiroides. Manejo Médico Quirúrgico.	Dr. Rafael Flores	Dr. Miguel Vassallo
13/02/13	CIII	4	Patología Maligna de Tiroides. Manejo Médico Quirúrgico.	Dra. Vanessa Zavaleta	Dra. Renata Sánchez
20/02/13	CIV	5	Lesiones Laterocervicales. Conducta.	Dr. Nicolas Bello	Dr. Franklin García
27/02/13	CI	6	Cirugía de Urgencia del Cuello.	Dr. Francisco Ferri	Dr. Javier Cebrián
06/03/13	CII	7	Afecciones de las Glándulas Salivales.	Dr. Rafael Flores	Dr. Soteldo
13/03/13	CIII	8	Cirugía de las Paratiroides.	Dr. Leonardo Russo	Dr. Ramón Saade
20/03/13	CIV	9	Manejo de Lesiones Mamarias no Palpables.	Dra. Yelitza Jimenez	Dr. Gutierrez
03/04/13	CI	10	Patología Maligna de las Mamas.	Dr. Luis Hernandez	Dr. Miguel Maita
10/04/13	CII	11	Manejo de Cáncer Avanzado de la Mama.	Dr. Rafael Flores	Dra. Aponte
17/04/13	CIII	12	A Determinar	Dra. Vanessa Zavaleta	Dr. Gustavo Benítez



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
PRIMER CUATRIMESTRE AÑO 2013  
TERCER AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
16/01/13	CI	1	Abordaje Quirúrgico del Tórax.	Dr. José Abad	Dr. Javier Cebrián
23/01/13	CII	2	Hernias Diafragmáticas.	Dra. Iniara Rodriguez	Dr. José Leyba
30/01/13	CIII	3	Hernia Hiatal. Hernia Parahiatal. ERGE.	Dra. Milena Uzcategui	Dra. Omaira Rodriguez
06/02/13	CI	4	Trastornos Motores del Esófago.		
13/02/13	CII	5	Lesiones Esofágicas Traumáticas. Manejo Actual de la Esofagitis cáustica.	Dr. Alessandri Espinoza	Dr. Miguel Vassallo
20/02/13	CIII	6	Tumores de Esófago.	Dr. Sergio Melean	Dr. Alexis Sanchez
27/02/13	CI	7	Principios de Cirugía Robótica	Dra. Johana Palacios	Dr. Arturo Soto
06/03/13	CII	8	Cirugía de las Glándulas Suprarrenales.	Dra. Iniara Rodriguez	
13/03/13	CIII	9	Cirugía del Páncreas Endocrino.	Dra. Milena Uzcategui	Dr. Gustavo Benítez
20/03/13	CI	10	A determinar	Dra. Johana Palacios Dr. José Abad	Dr. Pablo Castillo
03/04/13	CII	11	A Determinar	Dr. Alessandri Espinoza	



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
SEGUNDO CUATRIMESTRE AÑO 2013  
PRIMER AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
15/05/13	CI	1	La Infección en la Cirugía, Conceptos fundamentales de asepsia, antisepsia y esterilización.	Dres. Carlos Morante y Maximiliano Guerra	Dr. Arturo Soto
22/05/13	CII	2	Función respiratoria. SDRA, Soporte Ventilatorio.		
29/05/13	CIII	3	Shock en Cirugía.	Dr. Esteban Padrón	Dra. Omaira Rodríguez
05/06/13	CIV	4	Reanimación Cardiopulmonar y Falla Circulatoria.	Dra. Patricia Echenique	Dr. Portillo
12/06/13	CI	5	Atención al Politraumatizado.	Dra. Andrea Uncein	Dr. Ramón Ziegler
19/06/13	CII	6	El Cirujano y la Endoscopia.		
26/06/13	CIII	7	Manejo del paciente diabético descompensado. Pie diabético	Dr. Rubén Pérez	Dr. Gustavo Benítez
03/07/13	CIV	8	Falla Multiorganica	Dra. Elaine Bastardo	Dra. Maria Conchita
10/07/13	CI	9	Torre e Instrumental de Laparoscopia. Cuidado y Manejo.	Dr. Roberto González	Dr. Miguel Maita
17/07/13	CII	10	Fundamentos Físicos de Instrumentos de Corte y Coagulación.		





HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
SEGUNDO CUATRIMESTRE AÑO 2013  
SEGUNDO AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
15/05/13	CIII	1	Examen Ginecológico Integral.	Dra. Vanessa Zavaleta	Dr. Elías Nakhal
22/05/13	CIV	2	Manejo de Citología Cervical Alterada.	Dr. Nicolás Bello	Dra. Fany Toro
29/05/13	CI	3	Abordaje de Sangrado Genital.	Dr. Luis Hernández	Dr. Ziad Makarem
05/06/13	CII	4	Manejo Quirúrgico del Paciente con Sida.		
12/06/13	CIII	5	Tumores de Vulva y Vagina.	Dr. Leonardo Russo	Dra. Renata Sánchez
19/06/13	CIV	6	Prolapso Genital. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.	Dr. Nicolás Bello	Dr. Franco
26/06/13	CI	7	Cáncer de Cuello Uterino.	Dres. Franco Ippoliti y Francisco Ferri	Dr. Javier Cebrián
03/07/13	CII	8	Cáncer del Cuerpo Uterino.		
10/07/13	CIII	9	Manejo de Lesiones Benignas del Ovario.	Dra. Vanessa Zavaleta	Dr. Ramón Saade
17/07/13	CIV	10	Manejo de Lesiones Malignas del Ovario.	Dra. Yelitza Jiménez	Dr. Franklin García



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
SEGUNDO CUATRIMESTRE AÑO 2013  
TERCER AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
15/05/13	CI	1	Abordaje Médico Quirúrgico de la Enfermedad Úlcero Péptica.	Dr. José Abad	Dr. Ramón Ziegler
22/05/13	CII	2	Hemorragia Digestiva Superior.		
29/05/13	CIII	3	Cáncer Gástrico.	Dr. Sergio Melean	Dr. Gustavo Benítez
05/06/13	CI	4	Afecciones Quirúrgicas en el Intestino Delgado.	Dra. Johanna Palacios	Dr. Arturo Soto
12/06/13	CII	5	Cirugía Bariátrica.		
19/06/13	CIII	6	Cirugía Metabólica.	Dra. Milena Uzcategui	Dr. Alexis Sánchez
26/06/13	CI	7	Esplenopatias Quirúrgicas.	Dra. Johanna Palacios	Dr. Pablo Castillo
03/07/13	CII	8	Manejo de los Abscesos Intrabdominales.		
10/07/13	CIII	9	Traumatismos Vasculares Periféricos. Anticoagulación.	Dr. Sergio Melean	Dr. Humberto Chacón
17/07/13	CI	10	Aspectos Medico-Legales del Ejercicio de la Cirugía	Dr. José Abad	Dr. Javier Cebrián



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
TERCER CUATRIMESTRE AÑO 2013  
PRIMER AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
25/09/13	CIII	1	Hernias Inguinales y Crurales. Complicaciones.	Dr. Rubén Pérez	Dr. Gustavo Benítez
02/10/13	CIV	2	Hernias Umbilicales, Epigástricas y otras. Complicaciones.	Dra. Carrión	Dr. Ramirez
09/10/13	CI	3	Eventración y Evisceración.	Dr. Roberto González	Dr. Miguel Maita
16/10/13	CII	4	Patología Varicosa de los M.I. Sus Complicaciones.		
23/10/13	CIII	5	Patologías Benignas de la Mama. Anatomía Quirúrgica de la Mama y de la Axila.	Dr. Esteban Padrón	Dra. Joanne Salas
30/10/13	CIV	6	Patologías Benignas Ano- Rectales.	Dra. Echenique	Dra. Guillen
06/11/13	CI	7	Abdomen Agudo.	Dra. Andrea Uncein	Dr. Ramón Ziegler
13/11/13	CII	8	Lesiones Benignas y Malignas de la Piel. Tratamiento Quirúrgico.		
20/11/13	CIII	9	Afecciones del Aparato Urogenital Masculino. Varicocele, Hidrocele, Fimosis.	Dr. Eduardo Salas	Dr. Ramón Saade
27/11/13	CIV	10	Obstrucción Intestinal.		José Gutierrez
04/12/13	CI	11	Amputaciones Menores y Mayores	Dr. Morante/ Dr. Guerra	Dr. Pablo Castillo



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
TERCER CUATRIMESTRE AÑO 2013  
SEGUNDO AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
25/09/13	CI	1	Absceso Hepático. Manejo Médico Quirúrgico.	Dr. Luis Hernández	Dr. Arturo Soto
02/10/13	CII	2	Patología Benigna de Vesícula y Vías Biliares. Manejo Médico Quirúrgico.		
09/10/13	CIII	3	Cáncer de la Vesícula y de las Vías Biliares.	Dr. Leonardo Russo	Dra. Renata Sánchez
16/10/13	CIV	4	Accidentes de las Vías Biliares. Soluciones.	Dra. Yelitza Jimenez	Dra. María Conchita Díaz
23/10/13	CI	5	Pancreatitis. Complicaciones.	Dr. Francisco Ferri	Dr. Javier Cebrián
30/10/13	CII	6	Traumatismo Duodeno Pancreático.		
06/11/13	CIII	7	Cáncer del Confluente Bilio Pancreático.	Dra. Vanessa Zavaleta	Dr. Alexis Sánchez
13/11/13	CIV	8	Heridas del Hígado. Hepatectomías Segmentarias.	Dr. Nicolas Bello	Dr. José Ramirez
20/11/13	CI	9	Síndrome de Hipertensión Portal. Manejo Médico Quirúrgico.	Dr. Franco Ippoliti	Dr. Miguel Maita
27/11/13	CII	10	Principios Generales de Trasplante de Órganos: Hígado, Riñón, Pulmón.		





HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
COORDINACIÓN DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL  
TERCER CUATRIMESTRE AÑO 2013  
TERCER AÑO

FECHA	SERV	TEMA	TITULO	EXPOSITOR	COORDINADOR
25/09/13	CII	1	Hemorragia Digestiva Inferior.		
02/10/13	CIII	2	Enfermedad Diverticular del Colon. Otras Afecciones Benignas	Dra. Milena Uzcategui	Dr. Elías Nakhal
09/10/13	CI	3	Rectocolitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn	Dr. José Abad	Dr. Arturo Soto
16/10/13	CII	4	Heridas y Traumatismos del Colon.		
23/10/13	CIII	5	Cáncer del Colon	Dr. Sergio Melean	Dra. Omaira Rodríguez
30/10/13	CI	6	Cáncer del Ano. Tratamiento Médico Quirúrgico.	Dra. Johana Palacios	Dr. Javier Cebrián
06/11/13	CII	7	Lesiones Traumáticas Ano-Rectales.		
13/11/13	CIII	8	Cirugía del Prolapso Rectal y de la Incontinencia Anal.	Dra. Milena Uzcategui	Dr. Alexis Sanchez



### **Primer Año - Primer Periodo**

1. Historia de la Cirugía en Venezuela.
2. Cuidados en el Pre y Post-operatorio.
3. La Coagulación. Trastornos Hemorrágicos en la Cirugía. Uso de la Sangre y sus Derivados.
4. Fisiología y Fisiopatología de la Cicatrización.
5. El Cuidado de las Heridas y sus Complicaciones.
6. Suturas: Tipos y su aplicación. Uso de las Maquinas de Autosuturas.
7. El Medio Interno. Respuestas al Trauma Quirúrgico. Recursos Terapéuticos. Desbalance Hidroelectrolítico y Acido Base.
8. Punción venosa Central, Punción Toraxica, Abdominal y del Douglas, Traqueotomía.
9. Nutrición Parenteral y Enteral Total en Cirugía.
10. Ostomias, Tipos y Cuidados.
11. Cirugía Basada en Evidencias.

### **Primer Año - Segundo Periodo**

1. La Infección en Cirugía. Conceptos fundamentales de Asepsia, Antisepsia y Esterilización.
2. Función Respiratoria. SDRA, Soporte Ventilatorio.
3. Shock en Cirugía.
4. Reanimación Cardiopulmonar y Falla Circulatoria.
5. Atención al Politraumatizado.
6. El Cirujano y la Endoscopia.
7. Manejo de Paciente Diabético Descompensado. Pie Diabético.
8. Falla Multiorganica.
9. Torre e Instrumental Laparoscop. Cuidado y Manejo.
10. Fundamentos Físicos de Instrumentos de Corte y Coagulación (abierto y laparo)

### **Primer Año - Tercer Periodo**

1. Hernias Inguinales y Crurales. Complicaciones.
2. Hernias Umbilicales, Epigástricas y otras. Complicaciones.
3. Evisceración y Evisceración.
4. Patología Varicosa de los M.I. Sus Complicaciones.
5. Patologías Benignas de la Mama. Anatomía Quirúrgica de la Mama y de la Axila.
6. Patologías Benignas Ano-Rectales.
7. Abdomen Agudo.



8. Lesiones Benignas y Malignas de la Piel. Tratamiento Quirúrgico.
9. Afecciones del Aparato Urogenital Masculino. Varicocele, Hidrocele, Fimosis.
10. Obstrucción Intestinal.
11. Amputaciones Menores y Mayores.

### **Segundo Año- Cuarto Periodo**

1. Metodología de la Investigación.
2. Principios Oncológicos. Marcadores Tumorales.
3. Patología Benigna de Tiroides. Manejo Médico Quirúrgico.
4. Patología Maligna de Tiroides. Manejo Médico Quirúrgico.
5. Lesiones Laterocervicales. Conducta.
6. Cirugía de Urgencia del Cuello.
7. Afecciones de las Glándulas Salivales.
8. Cirugía de las Paratiroides.
9. Manejo de Lesiones Mamarias no Palpables.
10. Patología Maligna de las Mamas.
11. Manejo de Cáncer Avanzado de la Mama.

### **Segundo Año - Quinto Periodo**

1. Examen Ginecológico Integral.
2. Manejo de Citología Cervical Alterada.
3. Abordaje de Sangrado Genital.
4. Manejo Quirúrgico del Paciente con Sida.
5. Tumores de Vulva y Vagina.
6. Prolapso Genital. Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.
7. Cáncer de Cuello Uterino.
8. Cáncer del Cuerpo Uterino.
9. Afecciones Quirúrgicas del Ovario.

### **Segundo Año - Sexto Periodo**

1. Absceso Hepático. Manejo Médico Quirúrgico.
2. Patología Benigna de Vesícula y Vías Biliares. Manejo Médico Quirúrgico.
3. Cáncer de la Vesícula y de las Vías Biliares.
4. Accidentes de las Vías Biliares. Soluciones.
5. Pancreatitis. Complicaciones.
6. Traumatismo Duodeno Pancreático.
7. Cáncer del Confluente Bilio Pancreático.





8. Heridas del Hígado. Hepatectomias Segmentarias.
9. Síndrome de Hipertensión Portal. Manejo Médico Quirúrgico.
10. Principios Generales de Trasplante de Órganos: Hígado, Riñón, Pulmón.

### **Tercer Año - Séptimo Periodo**

1. Abordaje Quirúrgico del Tórax.
2. Hernias Diafragmáticas.
3. Hernia Hiatal. Hernia Parahiatal. ERGE.
4. Trastorno Motores del Esófago.
5. Lesiones Esofágicas Traumáticas. Manejo Actual de la Esofagitis Caustica.
6. Tumores de Esófago.
7. Principios de Cirugía Robótica.
8. Cirugía de las Glándulas Suprarrenales.
9. Cirugía del Páncreas Endocrino.

### **Tercer Año - Octavo Periodo**

1. Abordaje Médico Quirúrgico de la Enfermedad Ulcero Péptica.
2. Hemorragia Digestiva Superior.
3. Cáncer Gástrico.
4. Afecciones Quirúrgicas en el Intestino Delgado.
5. Cirugía Bariátrica.
6. Cirugía Metabólica.
7. Esplenopatias Quirúrgicas.
8. Manejo de los Abscesos Intrabdominales.
9. Traumatismos Vasculares Periféricos. Anticoagulación.

### **Tercer Año - Noveno Periodo**

1. Hemorragia Digestiva Inferior.
2. Enfermedad Diverticular del Colon. Otras Afecciones Benignas.
3. Rectocolitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn.
4. Heridas y Traumatismos del Colon.
5. Cáncer del Colon.
6. Cáncer del Ano. Tratamiento Médico Quirúrgico.
7. Lesiones Traumáticas Ano-Rectales.
8. Cirugía del Prolapso Rectal y de la Incontinencia Anal.





## B. CRONOGRAMA DE SEMINARIOS Y FECHA DE EXAMENES DEL AÑO 2013





## B. Cronograma de Seminarios y Fecha de Exámenes del Año 2013.

Inicio de Seminarios 1er Cuatrimestre	Culminación de Seminarios 1er Cuatrimestre	Exámen 1er Cuatrimestre
23/01/2013	24/05/2013	08/05/2013
Inicio de Seminarios 2do Cuatrimestre	Culminación de Seminarios 2do Cuatrimestre	Exámen 2do Cuatrimestre
15/05/2013	17/07/2013	31/07/2013
Inicio de Seminarios 3er Cuatrimestre	Culminación de Seminarios 3er Cuatrimestre	Exámen 3er Cuatrimestre
25/09/2013	20/11/2013	27/11/2013
<b>PRESENTACIÓN DEL TRABAJO ESPECIAL DE GRADO ENERO 2014.</b>		

- ✚ Reuniones de Morbimortalidad en el auditorium “Andrés Gerardi” (35)
- ✚ Reuniones Interhospitalarias (No hubo)
- ✚ Reuniones de Anatomía Patológica (33)
- ✚ Curso de Antibióticos (23-01-2013 al 12-06-2013)
- ✚ Curso de Bioética Relación Médico Paciente (27-02-2013 al 29-03-2013)
- ✚ Reuniones Ordinarias de Comité Académico (19)
- ✚ Total de Residentes (23)
- ✚ Comunicaciones Enviadas a la Comisión de Estudios para Graduados: (22)
- ✚ Comunicaciones Recibidas de la Comisión de Estudios para Graduados: (15)



✚ Comunicaciones Internas Recibidas: **(36)**



✚ Circulares: **(75)**

✚ Comunicaciones Enviadas a Adjunto Docente: **(28)**

✚ Comunicaciones Recibidas del Adjunto Docente: **(3)**

✚ Residentes que se Trasladaron a otros Hospitales:

- Juan Corzo CII (Hospital Militar)
- Esteban Padrón CIII( Hospital Domingo Luciani)
- Paul Harb CIV (Hospital Perez Carreño)

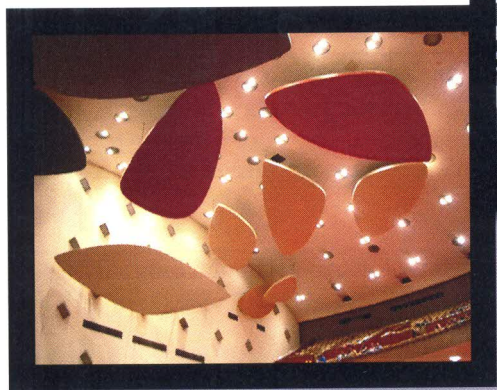
✚ Residentes que Renunciaron al Curso de Postgrado de Cirugía General:

- Danny Saturno CIII (motivos personales)
- Pacual Yuliana CI (motivos personales)
- Adriana Lara CIV (no envió carta de renuncia)
- Perez Areli CIV (no envió carta de renuncia)





## C. PASANTÍAS OPCIONALES





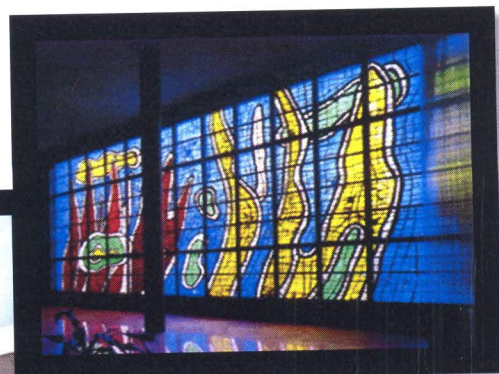


## C. Pasantías Opcionales – Nivel 3er año (Nacional e Internacional):

Dra. UZCATEGUI MILENA  01-09-2013 al 30- 09-2013	Servicio de Cirugía General. Florida Hospital Celebration Health. Florida-EEUU.	Entregó Informe de Pasantía
Dra. PALACIOS JOHANA  01-10-2013 al 31- 09-2013	Servicio de Patología Mamaria. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas- Venezuela.  <b>Se le Informo de manera Verbal y por Escrito.</b>	No Entrego Informe de Pasantía
Dr. ESPINOZA ALESSANDRI  04-11-2013 al 03- 12-2013	Servicio de Cirugía Vías Digestivas. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas- Venezuela.  <b>Se le Informo de manera Verbal y por Escrito.</b>	No Entrego Informe de Pasantía
Dr. ABAD JOSE  01-09-2013 al 30- 09-2013	Servicio de Cabeza y Cuello. Instituto Oncológico Luis Razetti. Caracas-Venezuela.  <b>Se le Informo de manera Verbal y por Escrito.</b>	No Entrego Informe de Pasantía
Dr. SERGIO MELEAN  01-10-13 al 31- 10-2013	Unidad de Coloproctología del Hospital de Sao Carlos. Fortaleza- Brasil.	Entregó Informe de Pasantía
Dra. RODRIGUEZ INIARA  01-06-13 al 30- 06-2013	<b>Información No enviada por el Servicio</b>  <b>Se le Informo de manera Verbal y por Escrito.</b>	No Entrego Informe de Pasantía



## D. TRABAJO ESPECIAL DE GRADO



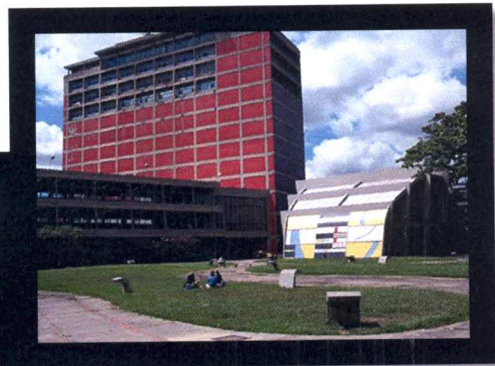


**D. Trabajo Especial de Grado (T.E.G.) aprobados por el Comité Académico del Curso de Postgrado de Cirugía General Enviados al Adjunto Docente:**

Dres. RIVAS JOHANA y TEXEIRA EDUARD MANUEL  01/11/2013 CIV	“Efectos del Bypass Gástrico y del Cruce Duodenal Corto sobre las Complicaciones Microvasculares en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2”
---	---



## E. PERFIL DEL ASESOR ACADÉMICO







## **E. Perfil del Asesor Académico**

1. Ser miembro del personal docente y de investigación de la U C V, o por lo menos poseer experiencia comprobada tanto en actividades de investigación como en docencia de postgrado con nivel igual o superior a la asignatura tratada. (Tengan T.E.G.)
2. Dedicación al menos medio tiempo de contratación.
3. Gozar de sólida reputación moral, ética y académica.
4. Haber realizado Curso de Tutoría dictado por la U.C.V.

## **Función del Asesor Académico**

- Velar por el cumplimiento de las obligaciones asignadas
- Fomentar y coordinar la instrumentación de políticas académicas en cuanto al mejoramiento de la función del sujeto.
- Apoyar al residente en su adaptación al sistema de aprendizaje
- Detectar las dificultades académicas y asistenciales que presente el estudiante y ofrecer ayuda oportuna y adecuada para superarlo.
- Debe orientar en cuanto a planificación y formación de las actividades académicas.
- Proporcionar estrategias de aprendizaje y herramientas de estudio eficiente y adecuado.
- Facilitar información objetiva y completa acerca de reglamentos, normas, procedimientos administrativos, servicios y recursos.



- Llevar un registro sistemático y validado con la firma del cursante y el profesor asesor.
- Notificar a través de un informe mensual a la jefatura de la cátedra-servicio sobre el desenvolvimiento del residente y esta a su vez mantener informado mediante los mecanismos regulares, al comité académico con copia al residente evaluado.
- Promover profesionales comprometidos con la sociedad y fiel apego al código de deontología médica y actitud ética en su formación.
- Preparar al cursante de postgrado para el análisis, comprensión, interpretación y evaluación de la información científica actual con el fin primordial de aportar nuevos conocimientos.
- La evolución final acerca del desenvolvimiento del cursante de Postgrado será decidida en Reunión del Servicio, y esta debe ser pasada al Comité Académico del Curso de Postgrado de Cirugía General.  
**(Establecer periodicidad o condición de la tutoría).**



## F. Referencias Bibliográficas

1. Informe del Curso de Postgrado de Cirugía General. 2011-2012.
2. **Benítez Gustavo y Cebrián Javier.** 2011. Curso de Postgrado de Cirugía General. ISBN: If25220116104154.
3. Universidad Central de Venezuela. Consejo Universitario. Reglamento de Estudios de Postgrado de la. **Resolución N° 305.** Abril 2011.
4. Perfil del Asesor Académico 2012.



## G. Anexos

1. Casos de Morbimortalidad presentados.
2. Trabajo Especial de Grado.
3. Informes de Pasantías Opcionales realizadas por los Residentes del 3er año.
4. Modelo Genérico de Consentimiento informado.
5. Correos electrónicos de docentes y residentes.





---

# 1. CASOS DE MORBITALIDAD PRESENTADOS.



**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**  
**26/06/13**

**Enfermedad actual:** Paciente femenino de 22 años de edad en su 10mo día de PO de Colectomía laparoscópica por cólico vesicular persistente, quien IEA a las 48h cuando presente tinte icterio en piel y mucosas asociado a coluria y acolia. Al 7mo día de PO se asocia dolor abdominal de moderada intensidad en epigastrio e HD irradiado a región interescapular, concomitante náuseas y vómitos #5v/24h de contenido bilioso por lo que acude y decide su ingreso

**Antecedentes personales:** mencionados en Enfermedad actual.

**Examen Físico *signos vitales*** FC: 89 lpm FR: 20rpm PA: 125/78mmHg\_EsCsGs, afebril, eupneico, deshidratada, tinte icterico en piel y mucosas. ORL: mucosa oral seca CP: Tórax simétrico, normoexpansible, RsRsPsAsHs s/a, RsCsRsRs s/s Abdomen: globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e HD, RsHsPs disminuidos s/megalias ni signos de irritación peritoneal. Genitales femeninos: normoconfigurados, TR: esfínter tónico ampolla rectal vacía sin lesiones palpables

**Laboratorios**

Gb: 22,1	Prot T: 9,5	LDH: 220
Neu: 95,6%	Albumina: 6,1	NA: 133
HB: 13,2	Bil T: 13,53	K: 3,7
Heto: 39,4	Bil D: 9,24	Cl: 96
PLT: 245, mil	Bil I: 4,3	Ca:
Glicemia: 118	AST: 94	Lipasa: 482
Urea: 18	ALT: 254	PTT: 35,9 (dif: 5,9)
Creatinina: 0,69	FA: 299	PT: 13,6 (INR: 1,14)

Eco abdominal: HIGADO: aumentado de tamaño 16,6cm, bordes y contornos regulares VB: intrahepáticas no dilatadas; Coledoco 14mm. PANCREAS: cabeza normal, ecopatron homogéneo. cola no evaluable. Conclusión: 1. Coledoco dilatado. 2. Hepatomegalia. 3. Cuerpo y cola de páncreas no evaluable. 4. Vesícula ausente por antecedente de dilatación de asas delgadas con marcada interposición neumática, y escasos niveles hidroaéreos.

TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, evidenciándose líquido perihepático escaso. Hígado 21.6cm Vía biliar intra y extrahepática dilatada. Coledoco 2,5cm Vesícula ausente por antecedente con clips quirúrgicos visibles en lecho vesicular. Páncreas de tamaño normal. Bazo 12cm

Se realizan dos CPRE con intentos fallidos de canular la vía biliar principal. Se evidencia pancreatografía normal. Se realiza esfínterotomía. No se evidencia salida de bilis durante los procedimientos.

Colangio Resonancia: Hígado aumentado de tamaño. Líquido perihepático y periesplénico escaso. Dilatación de vía biliar intra y extra hepática. Sin vacíos de señal que sugieran imágenes litiasicas. No se evidencia paso de bilis a duodeno.

Recibe tratamiento médico durante seis días de hospitalización, cuando presenta Fc: 120x' Fr. 28x' PA: 110/84mmHg RsCsGs a MsCsGs, febril, taquipneica, hidratada, tinte icterico acentuado en piel y mucosas. CP RsRsPsAsHs s/a taquipneica; RsCsRsRs s/s. Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando deprimible doloroso a la palpación profunda difuso con signos francos de irritación peritoneal. RsHs disminuidos. resto DLN







**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**  
**26/06/13**

Gb: 39,2	Prot T: 4,4	LDH: 142	pH: 7,28
Neu: 88,6%	Albumina: 1,7	NA: 130	pCO2: 36
HB: 10	Bil T: 16,3	K: 3,7	pO2: 78
Hcto: 29,4	Bil D: 11,24	Cl: 96	HCO3: 14
PLT: 245.mil	Bil L: 5,3	GGT: 30	EB: -2,3
Glicemia: 145	AST: 15	Amilasa: 28	SatO2: 95%
Urea: 26	ALT: 15	PCR: 20,8	
Creatinina: 0,34	FA: 63		

Se lleva a mesa operatoria realizándose Laparotomía biliar, cuyos hallazgos fueron 1. 3000cc de bilio peritoneo. 2. Adherencias severas subhepáticas con epiplón mayor y cólon transverso 3. fuga de muñon conducto cístico, con implantación baja en vía biliar principal por donde se evidencia salida activa de bilis y 20cc de secreción purulenta más abundante barro biliar 4. Vía biliar dilatada de 2cm aprox. 5. Cálculo impactado de colédoco distal 6. Abundante barro biliar en via biliar principal 7. Edema peripancreatico

Discusión: **COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA**

- **Goddard, M; Zuramay, C; Calzadilla, I y col. Prevalencia de complicaciones biliares en colecistecomias realizadas en el hospital Perez Carreño durante el period 2006-2009.** Rev Soc Ven Gastroenterologia. Vol 64, No. 2, Abril 2010.
- **Pinkas, H; Brady, P. Biliary leaks after laparoscopic cholecystectomy: time tu stent or time to drain.** Hepatobiliary Pancreat Dis Int, Vol 7, No 6 • December 15, 2008 • [www.hbpdint.com](http://www.hbpdint.com).
- **Agabiti, N; Stafoggia, M; Davoli, M. Thirty day complications after laparoscopic or open cholecystectomy: a population-based cohort study in Italy.**
- **A Elhamel, S Nagmuish, S Elfaidi and H Ben Dalal, Handling of biliary complications following laparoscopic cholecystectomy in the setting of Tripoli Central Hospital.** The Surgical Endoscopy Unit, Department of Surgery, Central Hospital, Alfateh Medical School, Tripoli, Libya. Volume 4, Number 3 105-110
- **Mubashir H. Khan, MD, Thomas J. Howard, MD, and col. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center.** Volume 65, No. 2 : 2007 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
- **Janak N. Shah, MD. Endoscopic treatment of bile leaks: current standards and recent innovations.** Volume 65, No. 7 : 2007 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY
- **Sumeet K. Tewani, MD,\* ,1 Brian G. Turner, MD.** Location of bile leak predicts the success of ERCP performed for postoperative bile leaks. Volume 77, No. 4 : 2013 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY.



**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**  
**26/06/13**

**CONCLUSIÓN:** Existe mayor incidencia y prevalencia de coleditiasis en el sexo femenino. El grupo etario mas afectado es de 30-50 años. La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro, eficaz y con corta estancia hospitalaria postoperatoria. Las Fugas de conducto Cístico aparecen después de colecistectomía sin importar la patología vesicular. CPRE con esfinterotomía endoscópica y colocación de stent con el método diagnostico y terapéutico de elección. Técnica asociadas intraoperatorias, como la instilación de pegamento de fibrina y relajación farmacológica del esfínter de Oddi, pueden potencialmente ser usados para el manejo de la incidencia y el tratamiento de las fugas del conducto cístico.

*Dra. Johanna Palacios Ball*  
*Residente de tercer año de Cirugía 1*  
*C.I: 17.977.729 MPPS: 76284*





**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**  
**13/03/13**

**Enfermedad actual:** Paciente masculino de 54 años quien ingresa a la emergencia del HUC el día 27 de agosto de 2012 por presentar desde hace 2 meses dolor abdominal difuso de moderada intensidad asociado a cambios en el hábito evacuatorio caracterizado por alternancia del patrón evacuatorio normal con períodos de estreñimiento. 48 horas previo a su ingreso presenta aumento en la intensidad del dolor a predominio de epigastrio que no mejora con AINES, asociado a ausencia de evacuaciones y distensión abdominal, motivo por el que acude a este centro.

**Antecedentes personales:** no contributorios al caso.

**Examen Físico Signos Vitales:** FC: 90lpm; FR: 18rpm; TA: 117/78mmHg.

EsCsGs, afebril, eupneico, deshidratado. ORL: mucosa oral seca. CP: Tórax simétrico, normoexpansible, RsRsPsAsHs s/a, RsCsRsRs s/s Abdomen: distendido, blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda difuso, RsHsPs disminuidos s/megalias ni signos de irritación peritoneal. Genitales masculinos: normoconfigurados, TR: esfínter tónico ampolla rectal vacía sin lesiones palpables.

**Laboratorios**

Gb: 5,9	Glicemia: 83	Prot T: 7,2
Neu: 60,6	Urea: 15	Albumina: 3,1
HB: 9,8	Creatinina: 0,6	Bil T: 1,2
Hcto: 30,5	NA: 137	AST: 13
VCM: 75,6	K: 4,5	ALT: 16
HCM: 24,4	Cl: 103	PT: 11,4 (INR: 1,14)
CHC: 32,2	LDH: 328	PTT: 35,9 (dif: 39)
PLT: 176	FA: 42	PCR: 0,1

Rx de abdomen: dilatación de asas delgadas con marcada interposición neumica, y escasos niveles hidroaereos.  
 EDS y EDI normales.

Recibe tratamiento medico durante cuatro días cuando presenta Fc: 98x' Fr. 16x' PA: 110/84mmHg; Refiere evacuación escasa de características normales posterior a colocación de enema evacuatorio y canaliza flatos. Al examen físico: Abdomen distendido, blando, deprimible doloroso a la palpación profunda difusa a predominio de epigastrio, sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza TAC de abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso, evidenciándose marcada dilatación de asas delgadas, con engrosamiento de la pared de un asa que impresiona formar un plastrón.

Se lleva a mesa operatoria realizándose Laparotomía exploradora, cuyos hallazgos fueron:  
 1. Múltiples adherencias firmes entre asas delgadas que conforman un ovillo de asas.  
 2. Dilatación de asas delgadas proximal al área de adherencias 3. Engrosamiento y retracción del meso. 4. Cuerpo extraño en asa delgada.

**BIOPSIA DEFINITIVA:** tumor carcinoide



REUNION DE MORBIMORTALIDAD  
13/03/13

Discusión: **OBSTRUCCIÓN INTestinal POR TUMOR CARCINOIDE DE ASAS DELGADAS**

- *Stephanie L. Lee, MD, PhD; Varsha Vimalananda, MD . Carcinoid tumor and bowel Obstruction. Endocrine Today, November 2010*
- *Marzocca G - Intestinal occlusion by ileal carcinoid Ann Ital Chir - 01-NOV-2008; 79(6): 457-61*
- *Hamid, S; Andrabi, Y; Esmaeeli, S. Small bowel obstruction by terminal ileum carcinoid tumor: a case report. Medical Journal of Islamic Republic of Iran, Vol. 25, No. 3, Nov 2011, pp165-169*
- *Han SL . Surgically treated primary malignant tumor of small bowel: a clinical analysis -World J Gastroenterol - 28-MAR-2010; 16(12): 1527-32 (MEDLINE®)*
- *Singla, A; Kilgore, T; Kuwajima, V. Small bowel obstruction caused by carcinoid tumor and incidental capsule retention. Gastroenterology rsearch 2010;3(6):272-275*
- *Shebani, K; Souba, W; Finkelsen, D. Prognosis and survival in patients with gastrointestinal tract carcinoid tumors. Annals of surgery*
- *Turan M Small bowel tumors in emergency surgery - Ulus Travma Acil Cerrahi Derg - 01-JUL 2010; 16(4): 327-33*

**CONCLUSIÓN:** Los tumores carcinoides son tumores raros del tracto gastrointestinal, sin embargo, son los tumores mas frecuentes del intestino delgado. Tiene una presentación clínica inespecífica, excepto cuando se presentan como síndrome carcinoide. La eficacia de los métodos diagnosticos sigue evolucionando, ya que hasta la actualidad no hay estudio de elección que sea específico para e diagnostico de tumores carcinoides de asa delgada. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, mejorando la supervivencia con cirugía radicales R0. El tiempo del diagnostico y el tipo de intervención quirúrgica determinara el pronostico.

*Dra. Johanna Palacios Ball  
Residente de tercer año de Cirugía 1  
C.I: 17.977.729 MPPS: 76284*





REUNION DE MORBIMORTALIDAD  
20/11/13

**Enfermedad actual:** Paciente masculino de 27 años de edad con antecedente de laparotomía exploradora por traumatismo abdominal cerrado en Abril 2012 (lesión hepática grado IV, cirugía control de daños), quien inicia enfermedad actual el 21 de Octubre de 2013 cuando presenta sangrado a través de orificio de descarga en pared abdominal a nivel de flanco derecho en cantidades no precisadas, que se autolimita a las 48 horas. El 8/11/13 presenta nuevamente salida de contenido hemático a través de dicho orificio en abundantes cantidades por lo que el 10/11 acude a centro foráneo presentando palidez cutáneo-mucosa acentuada, mareos y debilidad generalizada, se le realiza laboratorio que reporta, Hb 5,3gr/dl por lo que el día 11/11 es referido a la emergencia de este centro siendo evaluado por nuestro servicio.

**Antecedentes personales:** - LE en 2008 por TAP x PPAF

- Cura operatoria de eventración abdominal 2010
- LE por TxAC el 25/04/12, Hallazgos: Hemoperitoneo 1000cc, Sd. adherencial, Lesión hepática grado IV, hemo neumotorax derecho (Cx control de daños).
- RE LE 27/4/13 se evidencia persistencia del sangrado hepático (control de daños).
- RE LE 29/04/13 se completa 3era fase de control de daños

**Examen Físico (11/11/13) ingreso a la Emergencia**

FC: 138 lpm FR: 25rpm PA: 98/78mmHg MsCsGs, afebril, taquipneico, deshidratado, palidez cutáneo mucosa acentuada. Llenado capilar mayor de 3 seg ORL: mucosa oral seca CP: Tórax simétrico, normoexpansible, RsRsPsAsHs s/a, RsCsRsRs s/s Abdomen: globoso, asimétrico a expensas de aumento de volumen en HD y FD en relación con cicatriz hipertrófica (Chevron) que se exagera con, valsalva. Se evidencia cicatriz supra, para e infraumbilical eutrofica. Orificio fistuloso de 1cm de diámetro en FD con LAA con salida de contenido hemático oscuro fétido espontáneo. Abdomen blando, deprimible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin signos de irritación peritoneal, RsHsPs Genitales masculinos: normoconfigurados, TR: esfínter tónico ampolla rectal vacía sin lesiones palpables Neurologico: consciente, orientado en T,E y P

**Estudios de ingreso:** Eco abdominal (9/11/13): dilatación de arteria hepática derecha. TAC de abdomen y pelvis (febrero 2013): Lesión subfrenica derecha redondeada bien circunscrita, de contornos bien definidos, heterogéneo de contenido hídrico en su interior: Probable Hematoma organizado en segmento antero superior derecho hepático.

Durante la primera hora de ingreso el paciente presenta sangrado rojo rutilante abundante de aproximadamente 1 litro a través de orificio fistuloso en flanco derecho. Inestabilidad hemodinámica Fc: 143x` Fr: 28x` PA: 78/62mm Hg. Neurológico: consciente, somnoliento.

Se inicia reanimación hídrica y con hemoderivados múltiples. Se realiza ANGIOTAC con reconstrucción arterial evidenciándose: HIGADO: aumentado de tamaño 16,6cm, bordes y contornos regulares. Dilatación aneurismática de arteria hepática derecha. VB: intrahepáticas no dilatadas; Coledoco 14mm. PANCREAS: cabeza normal, ecopatrón homogéneo. cola no evaluable. Conclusión: 1. Pseudoaneurisma de A. hepática





**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**  
**20/11/13**

derecha. 2. Colédoco dilatado. 3. Hepatomegalia. 4. Hematoma abscedado con focos de necrosis que abarca el 80% del lóbulo hepático derecho. 5. Cuerpo y cola de páncreas no evaluable. 5. Vesícula ausente por antecedente

Gb: 10,2
Neu: 86
HB: 4,5
Hcto: 15,4
PLT: 239, mil
Glicemia: 118
Urea: 83
Creatinina: 0,69

Se realiza arteriografía y embolización de forma selectiva previo al cuello de la dilatación aneurismática, con Gelfoam, Coils de diferentes diámetros y Onyx, lográndose oclusión del 80% de cuello con disminución importante del inflow.

Se estabiliza hemodinámicamente al paciente con múltiples transfusiones con hemoderivados y es llevado a mesa operatoria realizándose Laparotomía exploradora cuyos hallazgos fueron: Eventración en flanco derecho, reductible e incohercible. 1500cc de secreción hematopurulenta con abundantes coágulos y necrosis en lóbulo hepático derecho. Múltiples adherencias laxas y firmes entre hígado y asas delgadas, colon transversal y estómago. Se realiza ligadura de arteria en hilio hepático. Lavado y drenaje del absceso hepático. Packing hepático. No se logra realizar arteriografía intraoperatoria por dificultades técnicas.

Se realiza AngioTAC control postoperatoria evidenciado ligadura selectiva de Arteria hepática derecha.

**Discusión: MORBI MORTALIDAD DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO**

- Smith, J; Caldwell, E and col. **Abdominal trauma: a disease in evolution.** Department of trauma. ANZ. J Surg 2005; 75: 790-794
- Lin, H; Lee, K and col. **Management of motorcycle accidente related blunt hepatic injury - a diferente strategy.** American Journal of emergency medicine 2010, 28, 177-182.
- Diercks, D; Menhorota, A; and col. **Clinical policy: critical issues in the evaluation of adult patients presenting to the emergency department with acute blunt abdominal trauma.** Ann Emerg Med. 2011; 57: 387-404.
- Wang, Y; Fu, C; and col. **Role of arterial embolization on blunt hepatic trauma patients with type I contrast extravasation.** Ann Emerg Med (2011) 57, 1147-1151
- Maes, J; Snoeck, A and col. **Post traumatic hepatic artery pseudo aneurysm and portal shunt.** JBR.BTR, 2010, 93: 189-192



República Bolivariana de Venezuela  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía 1



REUNION DE MORBIMORTALIDAD  
20/11/13

**CONCLUSIÓN:** El traumatismo abdominal cerrado es la primera causa de muerte en los países industrializados, siendo de ellos el accidente vehicular y en moto el primer lugar. Los órganos intraabdominales macizos como el Hígado, Bazo y riñones son los principalmente lesionados en traumatismo abdominal cerrado. En pacientes inestables el Eco FAST debe ser el método inicial de diagnóstico, para identificar si es necesario hacer laparotomía. El Eco FAST no puede ser considerado el único método de evaluación en trauma abdominal cerrado. La TAC de evaluación inicial de trauma abdominal cerrado puede ser realizada sin contraste oral, incluso si se sospecha de lesión de víscera hueca. En pacientes con trauma abdominal aislado es seguro egresarlo si la TAC con contraste IV es negativa para lesión, con o sin contraste oral. Todas las lesiones vasculares del trauma hepático pueden ser manejadas de manera inicial con embolización selectiva, posterior reanimación hídrica y hemática y realización de laparotomía si es requerida.

*Dra. Johanna Palacios Ball*  
*Residente de tercer año de Cirugía 1*  
*C.I: 17.977.729 MPPS: 76284*



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.  
FACULTAD DE MEDICINA.  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.



# **RESUMEN DE REUNION DE MORBIMORTALIDAD 2013**

**AUTOR:**

**Espinoza, Alessandri.  
Residente de 3er año  
Servicio de Cirugía II**

**Caracas, Noviembre de 2013**



**Tema:** Apendicitis Aguda y embarazo

**Tutor:** Dr. José Luis Leyba

**Fecha:** Febrero 2013

**Resumen del caso**

Nombre: D. C.

Edad: 18 años

Historia: 01001582

C.I: 22649628

Natural: Estado Miranda

Procedencia: Estado Miranda

Motivo de consulta: Dolor abdominal

Enfermedad actual:

Se trata de paciente femenina de 18 años; IIG IP; FUR: incierta con embarazo 30 semanas + 5 días por ecosonograma de segundo trimestre; quien refiere inicio de enfermedad actual 12 horas previo a ingreso cuando presenta dolor en epigastrio de moderada intensidad, que posteriormente se hace difuso, y se exagera concomitante náuseas y vómitos en Nº 5; motivo por el cual es valorada por Servicio de Obstetricia, quien evidencia dinámica uterina, y dilatación cervical completa por lo que se decide su ingreso.

Antecedentes Personales:

- Niega HTA, DM, Asma bronquial, niega Alergia. Niega Quirúrgicos

Antecedentes Familiares:

-Madre viva: APS -Padre vivo: APS

Antecedentes Gineco-Obstetricos:

-Menarquía 12 años. Ciclos 28/3, eumenorreicos. PRS: 15 años. NPS: 3. IIG IP

-Uso Anticonceptivos Orales: Minigynon x 3 meses. DIU: Niega. Infecciones de transmisión sexual: Niega

Antecedente de embarazo anterior con preeclampsia, no precisa tipo

Hábitos PsicoBiológicos: -Niega Hábito Tabáquico. Niega consumo de OH o drogas ilícitas



### Examen Funcional:

-Evacuatorio: refiere constipación, desde hace 2 meses, y refiere última evacuación el día previo a ingreso.

-Miccional: 5 veces al día, sin alteraciones

Examen Físico (ingreso de obstetricia): Frecuencia Cardíaca: 110x Frecuencia respiratoria: 20x  
Tensión Arterial: 107/72 mmHg. Temperatura 37°C. Regulares Condiciones Generales, hemodinamicamente estable, afebril, hidratada. Cuello: sin alteraciones. Cardiopulmonar: estable. Abdomen: gestante. Altura Uterina: 25 cm. Dinámica Uterina: 3 contracciones en 10 minutos que duran 40 segundos cada una. Movimientos Fetales presentes. Frecuencia Cardíaca Fetal 120x. Estática fetal: feto único longitudinal cefálico dorso derecho. Puño Percusión Renal Negativa. Tacto rectal: esfínter NormoTérmico, NormoTónico, paredes lisas, con ampolla rectal vacía. Genitales externos: aspecto y configuración normal. Espéculo: Diferido. Tacto: vagina NormoTérmica/NormoTónica. Cuello uterino: borrado 100%, dilatado 10 cm. Membranas Oculares Integras. Cefálico, 3er plano.

Trabajo y Parto: Se realiza Ruptura de las membranas artificial. Se evidencia Líquido amniótico claro, sin grumos. Se realiza Episiotomía oblicua derecha. El Período de alumbramiento fue A los 2 minutos. Expulsión espontánea. Cantidad estimada de sangre pérdida fue de 300 cc. En el Examen de los anexos se evidencia Placenta incompleta (Faltaban 2 cotiledones), motivo por el cual se realiza Revisión Uterina Bajo Anestesia sin complicaciones.

Evolución: Paciente evoluciona de manera tórpida, en el puerperio inmediato presenta distensión y dolor abdominal difuso tipo cólico, concomitante náuseas y dos episodios eméticos, refiere escasa expulsión de flatos y ausencia de evacuaciones, motivo por el cual se interconsulta a Servicio de Cirugía.

Examen Físico: Frecuencia Cardíaca: 124x Frecuencia Respiratoria: 26x Tensión Arterial: 110/70 mmHg  
Temperatura 37°C. Regulares Condiciones Generales, hemodinamicamente estable, afebril, deshidratada. Cuello: móvil, simétrico, sin adenopatías palpables, tiroides no visible ni palpable. CardioPulmonar: Tórax simétrico, normoexpansible, Ruidos Respiratorios Presentes en Ambos Campos Pulmonares sin agregados Ruidos Cardíacos Rítmicos sin soplos. Mamas simétricas, pequeñas, turgentes. Complejo Areola Pezón: indemne, sin nódulos. Abdomen: distendido, Ruidos Hidroaéreos disminuidos, blando, deprimible, doloroso difuso a predominio de epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. Genitales externos: aspecto y configuración normal. Espéculo: Diferido. Tacto: vagina NormoTérmica/NormoTónica. Cuello centro posterior permeable en todo su trayecto, loquios hemáticos escasos no fétidos. Tacto rectal: esfínter anal NormoTérmico/NormoTónico, paredes rectales indemnes, heces escasas en ampolla. Extremidades: Eutróficas sin edema. Neurológico: Consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.

- Exámenes paraclínicos:

-Laboratorio: Leucocitos: 7.700 mm<sup>3</sup> con Neutrófilos en 92,2%; Hemoglobina: 11 gr/dl

-Gasometría arterial: Acidosis metabólica compensada

-Examen de orina: sin alteraciones

-Radiografía de tórax: sin alteraciones

-Radiografía de abdomen: se evidencia niveles hidroaéreos

-Ecosonograma transvaginal: Escasa cantidad de líquido en fondo de saco. Útero subinvolucionado (de características puerperales)

- Conducta:

Se coloca Sonda Nasogástrica, evidenciando 1300 cc de líquido intestinal alto; y 2 horas posterior 700 cc de líquido intestinal alto. Se coloca sonda de Foley y Catéter Vía Central 7fr para manejo de líquidos administrados y eliminados. Se compensa paciente, y en vista de no presentar mejoría se lleva a mesa operatoria. Se realiza Laparoscopia diagnóstica cuyo hallazgo fue distensión de asas delgadas y Peritonitis purulenta de 4 cuadrantes (2000 cc de líquido purulento aproximadamente) y por dificultades técnicas se decide convertir procedimiento a Laparotomía Exploradora evidenciando Apéndice perforada en el 1/3 distal, realizándose Apéndicectomía abierta+ Lavado y Drenaje de cavidad abdominal.

- Evolución:

Paciente evoluciona de forma lenta e insatisfactoria, en el 6to día de postoperatorio, persiste taquicárdica y taquipneica, pero afebril, hidratada y tolerando vía oral. Al examen físico, fc: 112x fr: 28x. CardioPulmonar: tórax simétrico, hipoexpansible. Ruidos Respiratorios Presentes en Ambos Hemitórax, abolidos en 1/3 inferior bilateral. Abdomen: Ruidos Hidroaéreos presentes. Blando, deprimible, doloroso en sitio quirúrgico sin signos de irritación peritoneal. Cura: escaso gasto seroso no fétido en 1/3 inferior de sitio quirúrgico. Tacto vagina NormoTérmica/NormoTónica. Cuello posterior blando largo permeable a 1 dedo no doloroso a la movilización ni al tacto bimanual. Loquios serosos no fétidos.

Exámenes paraclínicos:

-Laboratorio: Leucocitos: 17.100/ mm<sup>3</sup> a predominio de neutrófilos con 84,1%. Hemoglobina: 9,7 g/dl. Plaquetas: 458.000/ mm<sup>3</sup>. Proteínas Totales 5,30 g/dL con Albúmina en 2,20 g/dL

-Gasometría arterial: Alcalosis metabólica descompensada

-Radiografía de tórax: Derrame pleural bilateral

-TAC Tórax- Abdomen- Pelvis: Derrame pleural bilateral, con consolidación probablemente pasiva del espacio aéreo posterior bibasal. Moderada cantidad de líquido libre en abdomen, con predominio en las correderas parietocólicas. Moderado líquido libre en pelvis, de baja densidad

- Conducta

Modificar Antibioticoterapia. Suplementar dieta vía oral. Fisioterapia respiratoria.



**Evolución:** A las 48 horas Paciente presenta mejoría clínica, siendo egresada posterior a cumplir 10 días con antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro y mejorar condiciones nutricionales.

**Conclusiones:**

- La apendicitis aguda es la complicación quirúrgica no obstétrica más frecuente durante el embarazo. Presenta dificultades diagnósticas, que ocasionan retardo en el tratamiento, lo que trae como consecuencia que se produzca su gangrena o perforación, aumentando la morbilidad materna y fetal. Los síntomas clásicos como el dolor abdominal, náuseas, vómitos y fiebre, suelen confundirse con manifestaciones propias del embarazo; así como los cambios de posición del apéndice por el crecimiento uterino puede retardar el diagnóstico oportuno. Adicionalmente, la apendicitis se puede presentar como un íleo, sin signos de irritación peritoneal ni leucocitosis, lo que retrasa aún más el diagnóstico.
- La apendicitis aguda Se puede manifestar en cualquier trimestre del embarazo, pero es más usual en el primero y sobre todo en el segundo. La infección progresa más rápido en los últimos dos trimestres ya que la movilización del apéndice fuera de la pelvis favorece su extensión.
- En la apendicitis aguda en el embarazo, el parto pretérmino y la mortalidad fetal son complicaciones importantes que se incrementan sustancialmente a mayor edad gestacional y si el apéndice se encuentra perforado.
- La colección intraabdominal es una complicación importante en pacientes post-operados de apendicitis con peritonitis purulenta; la cual hay que saber diagnosticar y manejar para decidir conducta médica o quirúrgica. En pacientes estables sin repercusión abdominal, con desnutrición proteico-calórica y líquido libre abdominal (contaminado) sin un área de colección bien delimitada, se puede emplear un manejo conservador, mejorando el estado nutricional del paciente y la cobertura antibiótica.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "B"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía II



---

**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**

**MIERCOLES 24 DE ABRIL DE 2013**

Paciente GL femenino de 64 años de edad natural de Perú, procedente de la localidad, quien refiere inicio de enfermedad actual 5 días previo a su ingreso por dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio tipo cólico, de moderada a fuerte intensidad, que atenua parcialmente con el empleo de antiespasmódicos, asociado a náuseas y vómitos de contenido alimentario, niega coluria, hipocolia, fiebre, sin otros concomitantes por lo que acude.

Antecedentes personales: refiere HTA, resto no contributorios.

Antecedentes familiares no contributorios.

Exámen físico al ingreso: Paciente estables condiciones generales, abdomen ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible dolor en hipocondrio derecho, signo Murphy positivo, no masas ni visceromegalias, resto sin alteraciones

Se realizan paraclínicos donde se evidencia Leucocitosis a predominio de segmentados, perfil hepatobiliar alterado a expensas de elevación GGT (172). Se realiza eco abdominal que reporta Colecistitis aguda, litiasis vesicular, no dilatación de vías biliares. Se decide su ingreso y se plantean los siguientes diagnósticos: 1.- Colecistitis aguda con sospecha leve coledocolitiasis. Se planifica turno quirúrgico de emergencia para realizar Colectomía laparoscópica + Colangiografía intraoperatoria. Paciente permanece solicitada para turno quirúrgico por 5 días, sin lograr ser llevada a mesa operatoria y se solicita Resonancia magnética con efecto colangiográfico, donde se evidencia: Litiasis vesicular





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "B"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía II



múltiple discreto aumento de la configuración del colédoco, 1cm aproximadamente, no hay evidencia de litiasis, lesión ocupante de espacio en cola de páncreas 2,8cm, de alta intensidad, bordes bien definidos, resto sin alteraciones.

Paciente en estables condiciones generales se realiza Antígeno Carcinoembrionario = 0,82ng/ml, Alfafetoproteína = 15,6 ng/ml. Y TC abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso donde se evidencia lesión 4x5cm de diámetro en cola de páncreas hipodensa uniforme. Se planifica para realizar: Páncreatectomía distal + colecistectomía laparoscópica, la cual se lleva a cabo sin complicaciones. Paciente presenta evolución tórpida y al 4to día se evidencia salida líquido pancreático por dren y en estudio tomográfico se evidencia colección por lo que se decide realizar Drenaje percutáneo guiado por Tomografía, iniciar Nutrición parenteral total, antibioticoterapia y dieta absoluta, con evolución satisfactoria y egreso.

Conclusiones: se discute durante la presentación del caso los criterios de riesgo para coledocolitiasis en un paciente con litiasis vesicular y el plan de trabajo a seguir de acuerdo al riesgo, en relación al caso clínico, riesgo bajo. Posteriormente se discute el manejo de las colecciones intraabdominales y las fístulas pancreáticas, en nuestro caso fistula grado B de acuerdo al Grupo de estudio Internacional de la fistula pancreática (ISGPF), donde el drenaje percutáneo y el manejo conservador son opciones adecuadas y aceptadas en actualidad.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "B"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía II



**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**

**MIERCOLES 03 DE JULIO DE 2013**

Paciente VF femenino de 49 años de edad quien refiere sobrepeso desde la infancia con aumento progresivo a pesar de múltiples regímenes dietéticos por lo que acude a este centro.

Antecedentes personales refiere HTA, Hipotiroidismo, Hipercolesterolemia en tratamiento regular. Antecedentes familiares no contributorios. Examen físico paciente Peso: 125 Kg, Talla: 1,63m, IMC: 47Kg/m<sup>2</sup>, resto sin alteraciones

Se plantean los diagnósticos: 1.- Obesidad Grado III, 2.- HTA 3.- Hipotiroidismo. Se solicitan estudios paraclínicos convencionales del paciente bariátrico y se planifica para realizar Bypass gástrico en "Y" de Roux Laparoscópico, durante el procedimiento al confeccionar el pouch gástrico no se evidencia inicialmente en paso de la bugía calibradora, posterior a varios intentos se evidencia la salida de la misma a través de la línea de grapado, doblada sobre sí misma, se decide realizar resección del pouch y confeccionar una anastomosis esófago-yeyunal con circular cortante 25mm + gastrostomía en el remanente gástrico.

Paciente en postoperatorio inmediato presenta evolución tórpida y se realiza prueba con azul de metileno la cual resulta positiva, por lo que se decide llevar nuevamente a mesa operatoria con los diagnósticos: 1.- PO inmediato esofago-yeyuno anastomosis + gastrostomía remanente complicado con fuga de la anastomosis. Se realiza laparoscopia diagnóstica donde se evidencia deshiciencia línea cara posterior y medial de esofago-yeyuno anastomosis, se realiza cierre primario y colocación de dos drenajes activo (Blake) + reconfección de gastrostomía en remanente gástrico, paciente presenta evolución satisfactoria inicialmente, el 15° día postoperatorio se realiza Serie Digestiva Superior, donde se evidencia fuga contraste hidrosoluble en anastomosis esofago-yeyunal por lo que

se realiza Endoscopia Digestiva Superior, donde reportan dos drenajes confluentes en la luz de la anastomosis y se coloca Sten Metálico Autoexpansible parcialmente cubierto de 10cm, paciente presenta evolución satisfactoria y egreso.

Conclusiones: Se discute en la presentación del caso clínico el uso de sondas calibradoras para realizar gastro-entero anastomosis en Bypass gástrico en "Y" de Roux laparoscópico, donde el personal que realice tal procedimiento debe ser entrenado previamente. Además, la resección del pouch gástrico + esofago-yeyuno anastomosis se encuentra descrito en publicaciones de casos, donde puede se puede emplear posterior a falla de material de engrapado quirúrgico, fuga o deshicencia de la línea de sutura, como ocurrió en el caso descrito anteriormente. Adicionalmente, en la actualidad existen múltiples publicaciones de casos donde se realiza un manejo endoscópico de las fistulas esofago-cutáneas o gastro-cutáneas en pacientes bariátricos, con empleo de diferentes técnicas entre ellas la colocación de Prótesis autoexpansibles que permiten el cierre del defecto y posterior retiro de la misma.





UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "B"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía II



**REUNION DE MORBIMORTALIDAD**

**MIÉRCOLES 02 DE OCTUBRE DE 2013**

Paciente MD femenina de 52 años de edad, quien es conocida por nuestro servicio en condición post Bypass gástrico, de una sola anastomosis laparoscópico (septiembre/2011), cuyo IMC preoperatorio 76,7Kg/m<sup>2</sup>, con pérdida de 69% exceso de peso en 1 año, quien refiere dolor en epigastrio urente y sensación de reflujo persistente a pesar de tratamiento médico con Esomeprazol, Domperidona y Sucralfato por lo que acude y posterior a evaluación se decide su ingreso.

Antecedentes personales: Refiere colecistectomía abierta hace 25 años, demás no contributorios.

Antecedentes familiares: no contributorios

Examen funcional: Peso preoperatorio: 181,6 Kg. IMC: 76,6 Kg/m<sup>2</sup> Peso ideal: 56.9kg.

Exceso de peso: 129.7

Examen físico al momento del ingreso: Peso: 92Kg. IMC: 38,8Kg/m<sup>2</sup> Pérdida de peso: 89,6Kg (69%). Resto sin alteraciones

Se realiza Serie Digestiva Superior, la cual se concluye sin alteraciones. Endoscopia Digestiva Superior la cual reporta remanente gástrico con mucosa eritematosa y erosiones aisladas, abundante reflujo biliar, resto sin alteraciones.

Se decide realizar Cirugía de Revisión + Conversión BGUA a Bypass gástrico en "Y" de Roux Laparoscópico, la cual se lleva a cabo sin complicaciones, con evolución satisfactoria de la paciente.

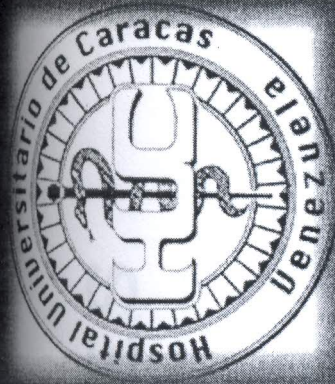


UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica "B"  
Hospital Universitario de Caracas  
Servicio de Cirugía II



Conclusiones: El Bypass gástrico de una sola anastomosis es un procedimiento con el cual el paciente obeso mórbido puede disminuir el exceso de peso, mejorar las morbilidades del paciente con resultados equivalentes al Bypass gástrico en "Y" de Roux, acompañado de disminución del tiempo quirúrgico; sin embargo, no es un procedimiento libre de complicaciones, entre ellas se encuentra el reflujo biliar, úlceras de neoboca, malnutrición, entre otras, siendo la primera de estas la complicación de nuestra paciente, se puede tratar mediante la conversión a Bypass gástrico en "Y" de Roux.





# MORBIMORTALIDAD

JULIO 2013

Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D"  
Servicio de Cirugía IV  
Hospital Universitario de Caracas  
Residente: Yelitza Jimenez Dib  
Coordinador: Dr. José Manuel Pestana

ENCUENTRO: 20



# DATOS PERSONALES

- Nombre Completo: D.J.C.L
- Edad: 42 años
- Lugar de nacimiento: Amazonas
- Procedencia: Amazonas. Puerto Ayacucho
- Cédula: 10.606.451      HC: 993996



# ENFERMEDAD ACTUAL

Masculino de 42 años de edad,

**noviembre de 2011**

presenta dolor abdominal tipo cólico, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a región infraescapular y hombro derecho concomitante vómitos de contenido alimentario posteriormente con características biliares

Litiasis vesicular

**julio de 2012** presenta dolor abdominal de iguales características con exacerbación de la clínica...



## ...ENFERMEDAD ACTUAL

alimentos grasos, vómitos de número incontables, pérdida de peso cuantificada en 31 kg en 3 meses con enfermedad, y se asocia al cuadro clínico ictericia, coluria y acolia

Síndrome icterico-obstructivo: litiasis biliar, quienes durante su hospitalización (25/09/12-18/12/12) realizan:



# ECOSONOGRAMA ABDOMINAL

25/09/12

- Conclusiones:
- Obstrucción biliar baja:
- Vesícula distendida
- Dilatación de vía biliar intrahepática
- Dilatación del colédoco: 17mm
- Litiasis Vesicular.



Distrito Capital, Ciudad de Caracas, Hospital Universitario de Caracas,  
Decanato de la Facultad de Medicina,  
Postgrado de Cirugía General,  
Cirugía IV

Responsables: Residente Yeliza Jiménez

Adjunto: Dr. Vittorio D'Andrea

### **INVITACIÓN:**

**ES DE NUESTRO AGRADO INVITARLES A LA REUNIÓN  
DE MORBIMORTALIDAD A CARGO DEL SERVICIO DE CIRUGIA IV,  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS**

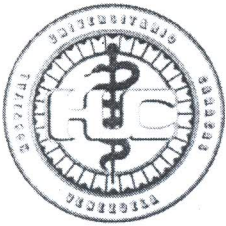
**PUNTOS A TRATAR:  
DISCUSIÓN DE CASO CLINICO: ANEXO  
COMPLICACIONES P/O EN CIRUGÍA BARIATRICA**

Fecha 10 de abril de 2013, Hora 7:15 am

Lugar: "Auditorium Andrés Gerardi" Decanato de  
Facultad de Medicina, UCV.

5/4/13  



Hospital Universitario de Caracas  
Cátedra de Clínica Quirúrgica y Terapéutica D  
Servicio de Cirugía IV



Caracas 22 de marzo de 2013

Atención:

Coordinación de Post-grado de Cirugía General  
Jefatura de Servicio de Cirugía IV

Sírvase la presente para exponer a continuación el caso clínico a cargo del servicio de cirugía IV correspondiente a la reunión de morbi-mortalidad 03 de abril de 2013:

Se trata de paciente masculino de 34 años de edad, quien en febrero de 2012 consulta a facultativo por peso de 137Kg (IMC: 43Kg/m<sup>2</sup>) sin co-mórbidos asociados, con antecedente de colocación de 2 balones gástrico (2007-2011), el cual se encontraba al momento de la consulta, retirándose 1 mes previo a la intervención quirúrgica: Cirugía bariátrica; e inicia plan nutricional con pérdida de 8kg (%PEP: 12%); es llevado a mesa operatoria de centro clínico privado de Puerto Ordaz el 16 de mayo de 2012, donde se realiza gastrectomía vertical laparoscópica por puerto único umbilical; durante la intervención ocurre falla de engrapado quirúrgico, que requirió de colocación de puertos adicionales para realizar rafia y control hemostático de bordes sangrantes, dejándose dren tutoriando línea de engrapado. En el P/O evoluciona favorablemente, y egresa de centro asistencial a las 48 horas con dieta de líquidos claros. A las 24 horas del egreso médico (19/05/2012) presenta dolor intenso en hombro izquierdo, taquicardia, sudoración profusa, con gasto a través del dren de 25cc serohemático claro. En control de paraclínicos sin alteraciones. Se realiza prueba de azul de metileno (negativo). Por no mejoría de cuadro clínico a pesar de tratamiento médico sintomático, el grupo médico tratante decide llevar a mesa operatoria se realiza laparoscopia exploradora donde los hallazgos fueron:

- 100cc de líquido cetrino
- Síndrome adherencial inflamatorio severo
- 300cc de colección hemática clara
- Salida espontánea de azul de metileno en la porción proximal de gastrectomía vertical

Realizan rafia primaria de línea de engrapado con Ethibond 2-0, lavan exhaustivamente la cavidad abdominal y dejan drenaje (Blake 22Fr) en ambos espacios subfrénicos, colocación de sonda nasointestinal (Dobb-Hoff)

Evoluciona tórpidamente y desde el 21/05/2012 presenta taquicardia, taquipnea, y gasto a través de drenaje cuantificado en 282cc, de aspecto blanquecino mucoso, el cual fue incrementándose paulatinamente en días sucesivos, con gasto máximo reportado en 582cc/24h. Se inicia NPT, y antibióticos de amplio espectro. Mejora clínicamente a partir del 27/05/12, y disminuye el gasto a 75cc/24horas; sin embargo en horas de la noche presenta fiebre cuantificada en 39°C precedida de escalofríos; que mejora con la administración de antipiréticos. Es referido a Centro clínico privado de Caracas el 31/05/2012, y al examen físico, paciente lucé en malas condiciones generales FC 140lpm; FR 46rpm; paraclínicos: laboratorio: leucocitosis, radiografía de abdomen de pie: neumoperitoneo e imágenes de colección en ambos espacios subfrénicos, por lo que se decide intervenir al paciente, por abordaje laparoscópico donde los hallazgos fueron:

- 2100cc de líquido purulento en espacio subfrénico izquierdo
- Síndrome adherencial severo

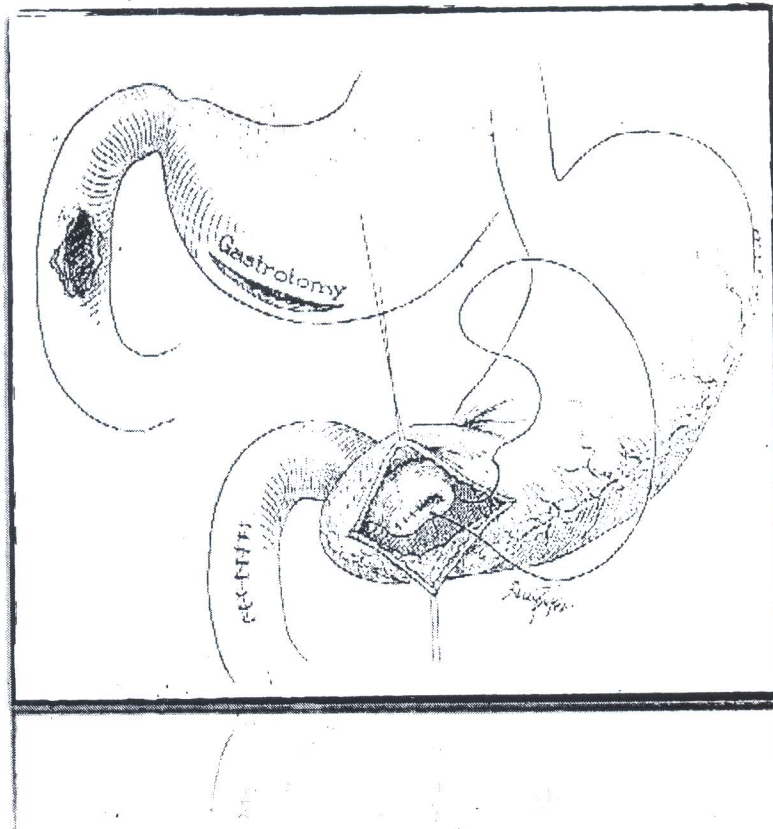
Se realiza lavado exhaustivo de cavidad abdominal, adherenciólisis, y simultáneamente EDS cuyo hallazgos endoscópicos fueron 500cc de líquido purulento endoluminal más dehiscencia de línea de engrapado de 6cm, se dejan 2 drenes supramesocólico (Blake 24Fr) a nivel de la dehiscencia de la línea de sutura, más dren inframesocólico hacia corredera parietocólica izquierda y espacio rectovesical. Sin embargo y pese a tratamiento médico, paciente persiste febril, con descarga a través de los drenes promedio de 500cc-700cc de líquido mucopurulento; es referido al HUC.

Yelitza Jiménez Dib  
Residente de 2 año de Cirugía General  
Vittorio D'Andrea  
Adjunto de Servicio de CIV

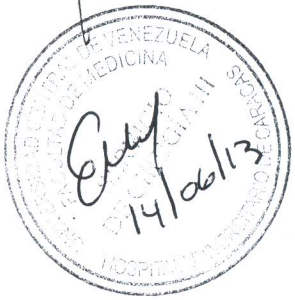
C/C Servicios Cirugía General: Cátedras de Clínicas Quirúrgicas y Terapéuticas; y Comisión de Post-grado UCV

Nota - 20 pts





Dra. Andrea Uzceniv A.  
MÉDICO CIRUJANO  
M.P.P.S. 81833 CMB 6529



# Reunión de morbimortalidad

19 de Junio de 2013  
Residente: Yelitza Jiménez  
Adjunto: Dr. José Gutiérrez  
Lugar: Auleta Andrés Gerardi

C/C Servicios Cirugía General : Cátedras de Clínicas Quirúrgicas y Terapéuticas: y  
Comisión de Post-grado UCV

# Reunión de morbimortalidad

19 de Junio de 2013

Residente: Yelitza Jiménez

Adjunto: Dr. José Gutiérrez

Lugar: Auleta Andrés Gerardi

C/C Servicios Cirugía General : Cátedras de Clínicas Quirúrgicas y  
Terapéuticas; y Comisión de Post-grado UCV

## Atención:

Coordinación de Post-grado de Cirugía General

Jefatura de Servicio de Cirugía IV

Sírvase la presente para exponer a continuación el caso clínico a cargo del servicio de cirugía IV correspondiente a la reunión de morbi-mortalidad que será llevada a cabo el próximo 19 de Junio de 2013

Paciente masculino de 31 años de edad, quien ingresa al hospital universitario de Caracas, el 14 de julio de 2012, posterior a traumatismo abdominal penetrante por proyectil percutido por arma de fuego de 1 hora de evolución. Al examen físico, paciente en regulares condiciones generales, FC 100 lpm, FR 24 rpm TA 100/60mmHg SaO<sub>2</sub> 95% piel morena, palidez cutáneo-mucosa moderada, en hombro izquierdo se evidencia orificio de entrada a nivel de la articulación gleno-humeral sin orificio de salida; en tórax: Rs.CsRs normofonéticos sin soplo, RsRsPs sin agregados, en abdomen se evidencia orificio entrada en región lumbar derecha (paravertebral a la altura de L-2) con proyectil abotonado 2cm por debajo de reborde costal derecho con línea medio clavicular, RsHsAs presentes, plano, a la palpación blando, doloroso, con signos de irritación peritoneal. Resto sin alteraciones. Es llevado a mesa operatoria donde los hallazgos fueron: 500cc de hemoperitoneo, lesión grado III de colon transversal ( 1/3 medio), y lesión grado II de duodeno ( 2° porción)

**Nota: discusión basada en lesiones duodenales, manejo y opciones terapéuticas**

Reunión de  
morbimortalidad

Nota: ZO







---

## 2. TRABAJO ESPECIAL DE GRADO.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

FACULTAD DE MEDICINA.

COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

**EFFECTOS DEL BYPASS GÁSTRICO Y DEL CRUCE DUODENAL CORTO SOBRE  
LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Cirugía  
General.

Johana Carolina Rivas Jaimés.

Eduard Manuel Teixeira de Freitas.

Tutor: José Enrique Gutiérrez Sendrea.

Caracas, octubre del 2013.





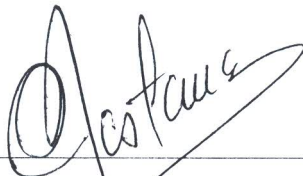
Dr. José Enrique Gutiérrez.

Tutor del Trabajo Especial de Grado



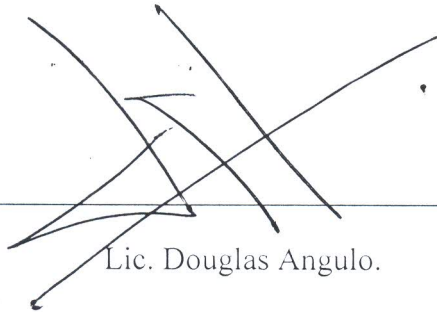
Dr. Gustavo Benitez.

Director del curso de post grado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas.



Dr. José Pestana.

Coordinador académico del curso de post grado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas.



Lic. Douglas Angulo.

Asesor estadístico y metodológico.

## RESUMEN

### EFFECTOS DEL BYPASS GÁSTRICO Y DEL CRUCE DUODENAL CORTO SOBRE LAS COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

**Johana Carolina Rivas Jaimes**, C.I. 16299541. Sexo: Femenino. Email: [joharivas@gmail.com](mailto:joharivas@gmail.com). Telf: 0414-3145057. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Cirugía General.

**Eduard Manuel Teixeira**, C.I. 17.483.719. Sexo: Masculino. Email: [eduardscor@hotmail.com](mailto:eduardscor@hotmail.com). Telf: 0414-3668614. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Curso de Especialización en Cirugía General.

Tutor: **José Enrique Gutiérrez Sendrea**, C.I. Sexo: Masculino. E-mail: [joseenriquegs@hotmail.com](mailto:joseenriquegs@hotmail.com). Telf: 0416-6090427. Dirección: Hospital Universitario de Caracas. Especialista en Cirugía General.

## RESUMEN

Objetivo: evaluar los efectos del bypass gástrico (BGRY) y del cruce duodenal corto (SDC) sobre las complicaciones microvasculares en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2). Método: se incluyeron 25 pacientes: a 10 se les realizó BPGY y a 10 SDC, los 5 restantes constituyen el grupo control: se realizaron estudios: microalbuminuria en orina de 24 horas, electromiografía, eco doppler carotídeo y fondo de ojo pre operatorio y al año del post operatorio. Resultados: el índice de masa corporal (IMC) disminuyó en el BPGY un  $17,7\text{kg/m}^2$ ; en el SDC  $15,3\text{kg/m}^2$ ; y en el grupo control  $3,4\text{kg/m}^2$ . La microalbuminuria disminuyó  $1,7\text{mg}/24$  horas en el BPGY;  $8,9\text{mg}/24$  horas en el SDC y en el grupo control incrementó un  $1,2\text{mg}/24$  horas; estadísticamente no significativo. En cuanto a la electromiografía, eco doppler carotídeo y fondo de ojo no se evidenciaron cambios entre el pre y post operatorio estadísticamente significativos. Conclusiones: el BPGY y el SDC son efectivos para la pérdida de peso, y aunque no se evidenció una regresión ni un cambio estadísticamente significativo con los parámetros evaluados si se ve una pequeña disminución o falta de progresión de los mismos, resultado que podría estar relacionado con la pequeña muestra y un tiempo de seguimiento posiblemente corto.

PALABRAS CLAVES: Bypass gástrico, Switch duodenal corto, diabetes tipo 2, cambios microvasculares.

## ABSTRACT

### EFFECT OF GASTRIC BYPASS AND SHORT DUODENAL SWITCH IN THE MICROVASCULAR COMPLICATIONS OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Objective: To evaluate the effects of gastric bypass (GB) and short duodenal switch (SDS) over the microvascular complications in patients with type 2 diabetes (DM-2). Methods: it included 25 patients: at 10 of them we performed GB, 10 SDS and 5 were the control group: we did the following studies: 24 hours microalbuminuria, electromyography, carotid doppler ultrasound and fundoscopy in the pre operatorio and 1 year after the surgery. Results: the body mass index (BMI) diminished in the GB  $17.7\text{kg/m}^2$ , in the SDS  $15.3\text{kg/m}^2$  and in the control group  $3.4\text{kg/m}^2$ . The microalbuminuria diminished  $1.7\text{mg}/24\text{h}$  in the GB,  $8.9\text{mg}/24\text{h}$  in the SDS and increased  $1.2\text{mg}/24\text{h}$  in the control group: which was no statistically representative. In the electromyography, carotid doppler ultrasound and the fundoscopy the changes pre and





### 3. INFORMES DE PASANTÍAS OPCIONALES REALIZADAS POR LOS RESIDENTES DEL 3ER AÑO.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

CÁTEDRA DE TERAPEUTICA Y CLÍNICA QUIRÚRGICA C

SERVICIO DE CIRUGIA III

**INFORME DE PASANTÍA:**

**FLORIDA HOSPITAL**

**CELEBRATION HEALTH**

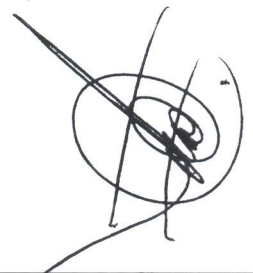
**Dr. Eduardo Parra-Dávila, MD, FACS, FASCRS**

Director de cirugía colorectal y de mínima invasión

Director de hernia y reconstrucción de pared abdominal

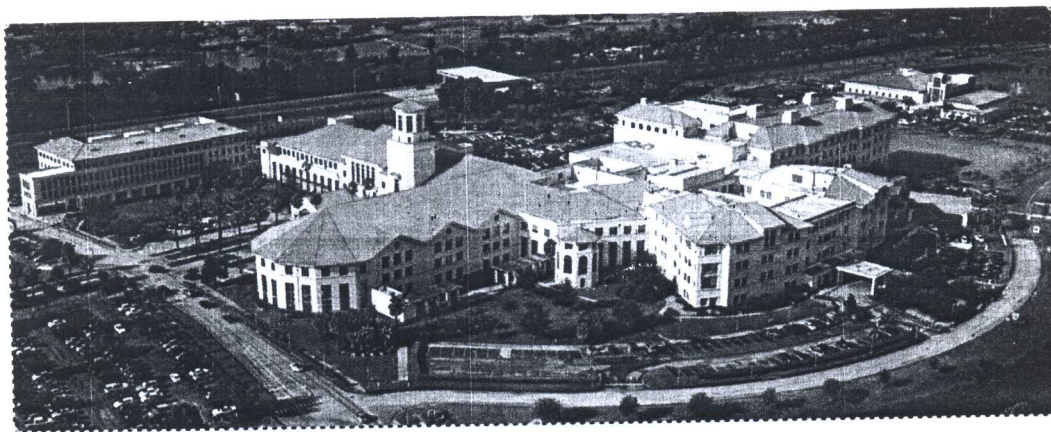
Caracas, octubre de 2013

Milena Uzcategui Navarro





*Florida hospital* es un grupo financiero privado el cual a través de sus redes de salud, ofrece éste servicio con los mas altos estándares de calidad a la población del estado de Florida de los Estados Unidos de América. En la ciudad de Orlando, en la comunidad de Celebration una de las urbanizaciones mas importantes por su atractivo turístico, se encuentra *celebration health* (figura 1), un complejo hospitalario con tecnología de punta que cuenta con varios servicios además del *Nicholson center*, un centro de convenciones y entrenamiento para cirugía de mínima invasión en el que se incluyen 10 sistemas Da Vinci® en un laboratorio para simulación y entrenamiento en cerdos.

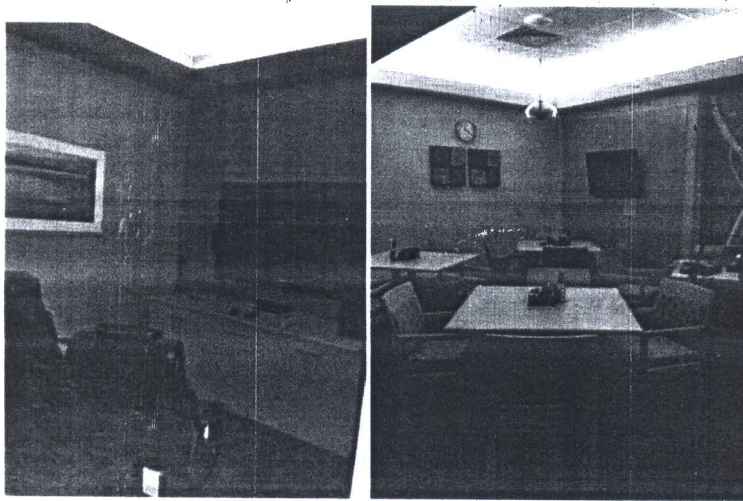


**Figuras 1:** Florida Hospital, Celebration Health y Nicholson Center

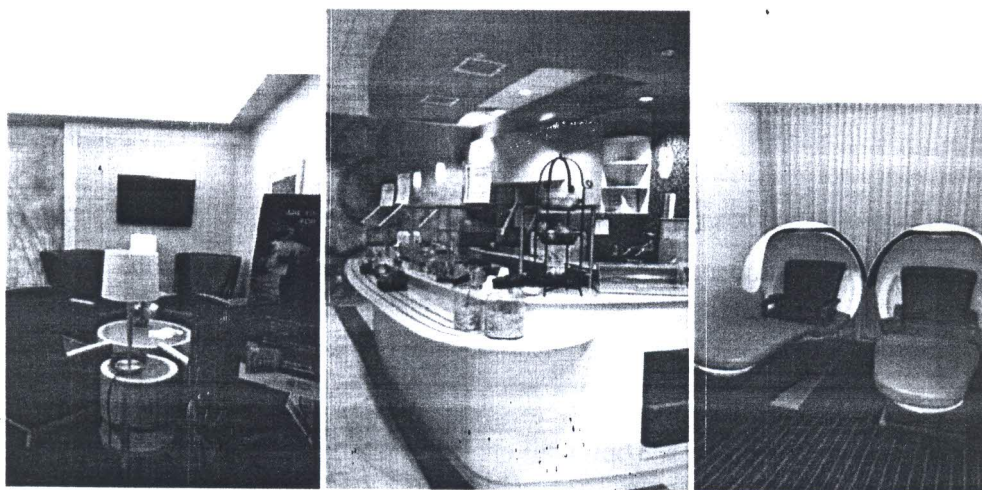


La institución cuenta con amplias y modernas áreas para hospitalización, terapia intensiva, quirófano y consulta además de espacios poco convencionales como lo es el gimnasio que incluye además de lo esencial piscina olimpica, cancha de baloncesto y un área especial para cardiópatas, bariátricos y otras patologías, convirtiendolo en el gimnasio mas importante de toda la ciudad.

El área de descanso para médicos incluía: cocina con chef, comedor, área de TV, lectura y cama de masajes (figuras 2 y 3).



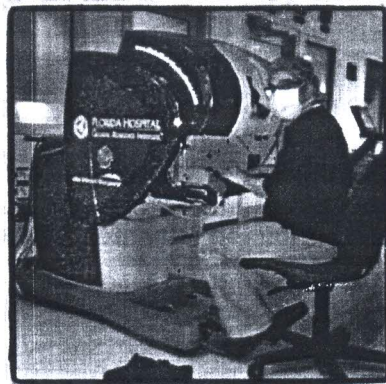
**Figuras 2:** Área de TV y comedor, Celebration Health



**Figuras 3:** Área de lectura, de masajes y cocina, Celebration Health

La pasantía se desarrollo entre los meses de julio y agosto en calidad de observador en el servicio de cirugía general principalmente con el Dr. Eduardo Parra-Dávila, sin embargo también pude observar al Dr. Keith Kim. Ambos constituyen un grupo asociado cuyas actividades quirúrgicas engloban: cirugía general, cirugía bariátrica, cirugía colorectal y reconstrucción de pared abdominal.

El Dr. Eduardo Parra-Dávila (figura 4), es un médico venezolano egresado de la universidad de los Andes, Venezuela. Realizó la residencia de cirugía general en la universidad de Miami, Jackson Memorial Hospital, luego fellowship de cirugía en mínima invasión y cirugía colorectal en el Instituto de Endocirugía de Texas en San Antonio, Texas y la Universidad de Texas, Houston. Board certifiied en cirugía general y cirugía colorectal



**Figura 4:** Dr. Eduardo Parra-Dávila

El Dr. Keith Kim, es un médico Americano de ascendencia coreana, especialista en cirugía bariátrica y metabólica. Board certifiied en cirugía general, ha realizado mas de 2500 procedimientos bariátricos y tiene en su record 1000 bypass asistido por robot, siendo el primero en introducir esta técnica en este tipo de cirugía.

El grupo opera alrededor de 7 casos diarios en plan electivo y 4 casos por emergencias los cuales salen a lo largo del día, constituyendose como el grupo de cirujanos generalés con mas intervenciones en la institucion.

Las actividades que fueron realizadas incluian rotaciones por el área de quirófano, hospitalización, consulta y guardias. Además de la actividad académica a través de cursos y conferencias. El horario de las pasantías estaba dentro del horario de los especialistas, comenzando a las 7:30 am las rondas de los pacientes hospitalizados; se evaluaban los pacientes en postoperatorio, su



evolución y respuestas a diversos tratamientos así como las interconsultas que ameritaban evaluación y observación por parte del cirujano.

Los días lunes, miércoles, jueves y viernes eran días de plan electivo, mientras que los martes eran los días de consulta.

En las actividades de quirófano se realizaban operaciones de diferente índole sin embargo la mayoría eran relacionadas a pared abdominal, colorectal y bariátrica. La técnica más aplicada es la mínima invasión, siendo común el uso del sistema *Da Vinci®* para resolución de patologías colorectales a saber, patología benigna: enfermedad diverticular y diverticulitis; patología oncológica: Ca de colon, Ca de recto. Para patologías de hiato: divertículo esofágico y reflujo. Cirugía bariátrica: bypass asistido por robot. Colectomía por un solo puerto laparoscópica asistido por robot. En laparoscopia convencional se realizan reparaciones de la pared abdominal, gastrectomía vertical y diversas patologías de emergencia.

En cirugía abierta se realizan reparaciones de grandes eventraciones y defectos en pared abdominal con separación de componentes, siendo el Dr. Parra-Dávila referencia nacional.

Los días martes eran actividades de oficina, se veían pacientes durante todo el día en la consulta postoperados y de primera vez.

En las siguientes imágenes podremos observar *defectos de la pared abdominal* de diferentes tamaños, los cuales se llevan a mesa operatoria para resolución quirúrgica

#### ACTIVIDADES ASISTENCIALES

#### TECNICA DE DOBLE MALLA. CASO 1

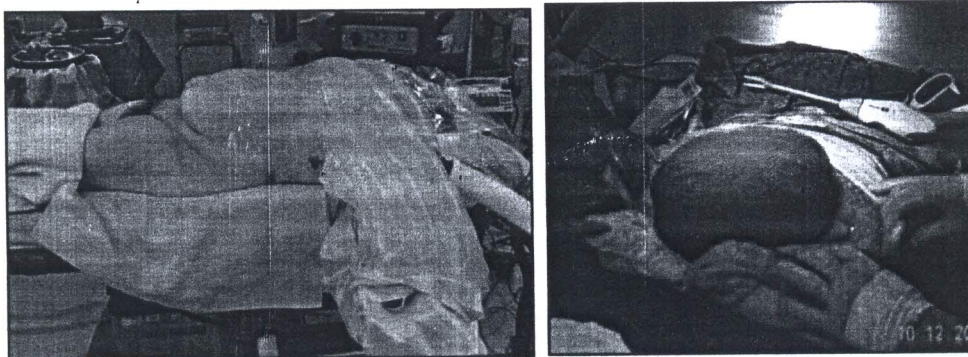


Figura 5: Paciente con defecto de pared abdominal anterior

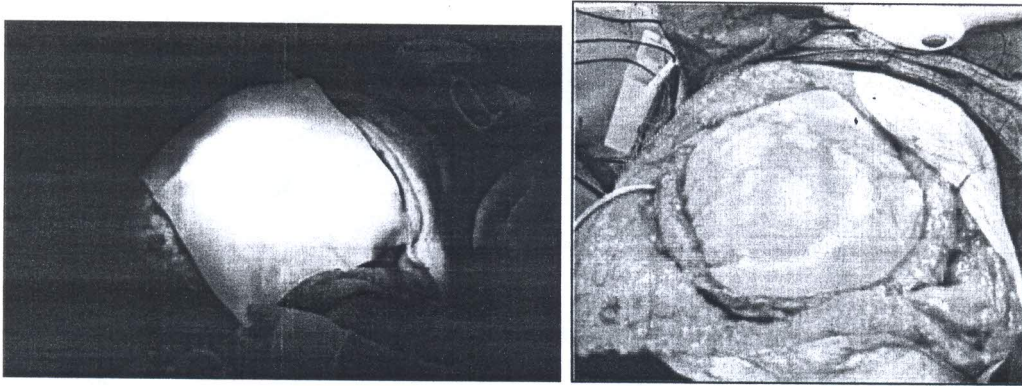


Figura 6: Colocación de la malla biológica *XCM de Synthes*

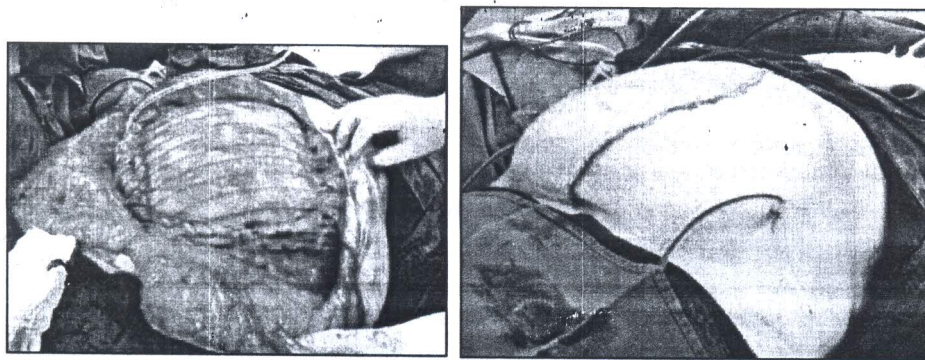


Figura 7: Colocación de segunda malla y Cierre final

TECNICA DE DOBLE MALLA. CASO 2

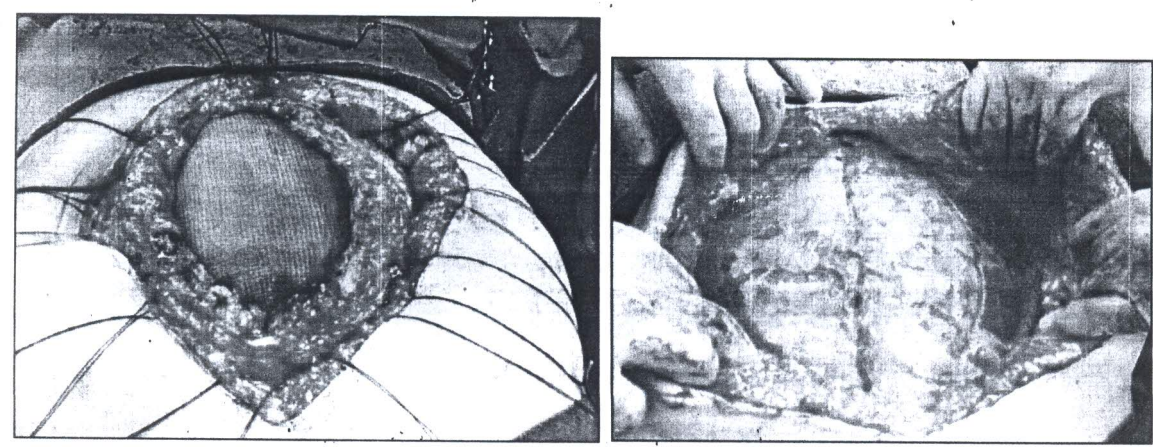


Figura 8: Colocación de doble malla en defecto de pared anterior



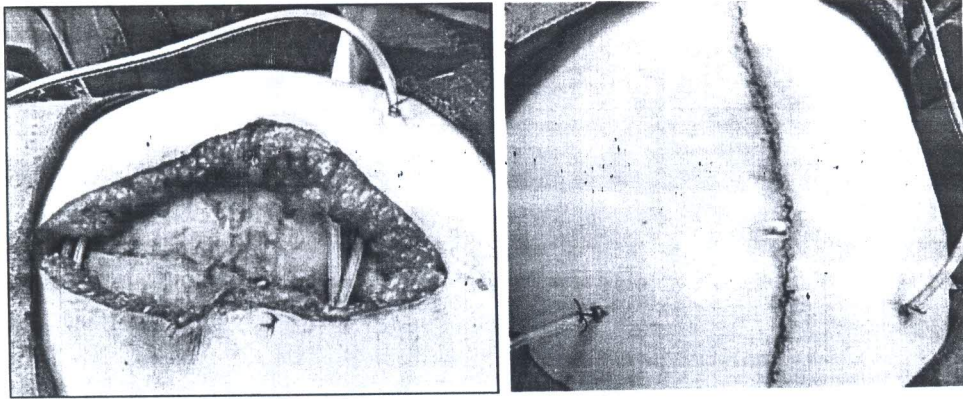


Figura 9: Colocación de drenaje y cierre de pared anterior

### CIERRE ASISTIDO DE PARED ABDOMINAL. CASO 3

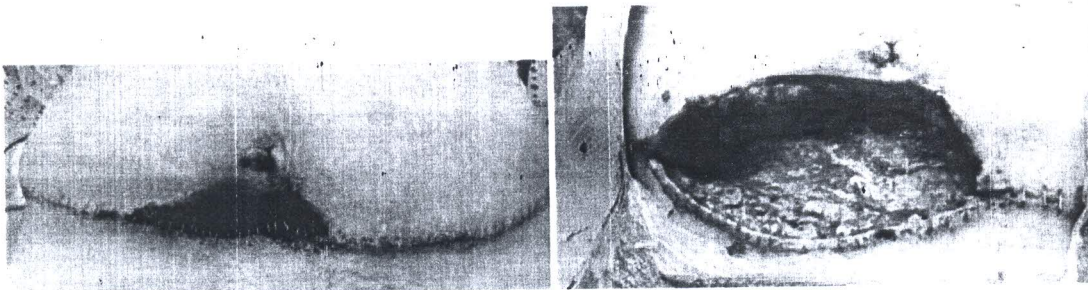


Figura 10: Área de necrosis y defecto de pared abdominal posterior a su resección

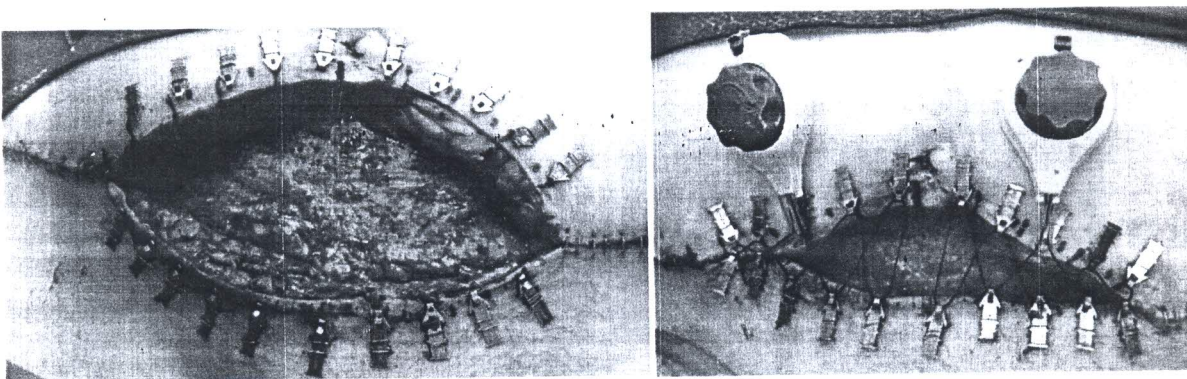
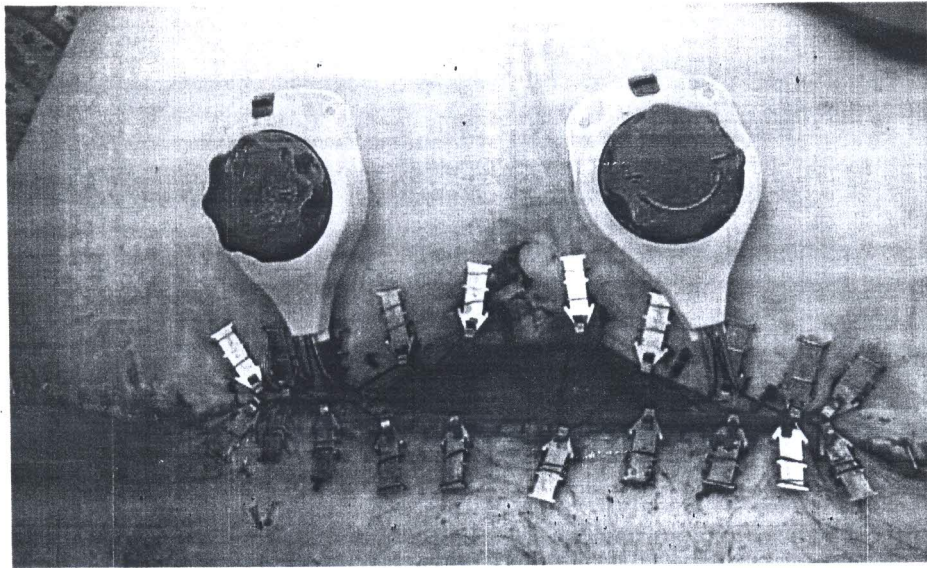


Figura 11: Colocación de dispositivo *dermaclose* para iniciar cierre de la herida

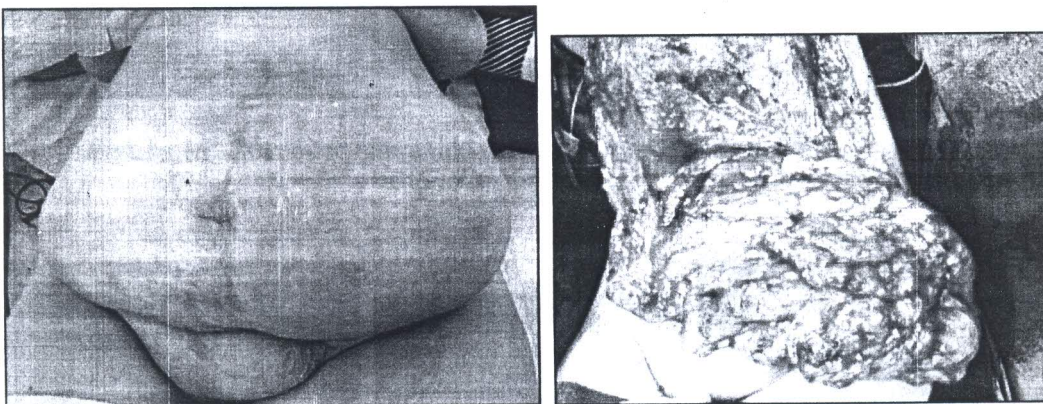




**Figura 12:** Se inicia cierre de pared de girando las ruedas del *dermoclose* para posterior manejo con cuidado avanzado de heridas

#### CIERRE DE PARED ABDOMINAL. CASO 4

En el siguiente caso se presente una técnica para el cierre de pared abdominal por el cual el Dr. Parra-Dávila es conocido mundialmente



**Figura 13:** Gran defecto de pared abdominal anterior, evidenciando contenido de  
Visceras abdominales en el saco herniario



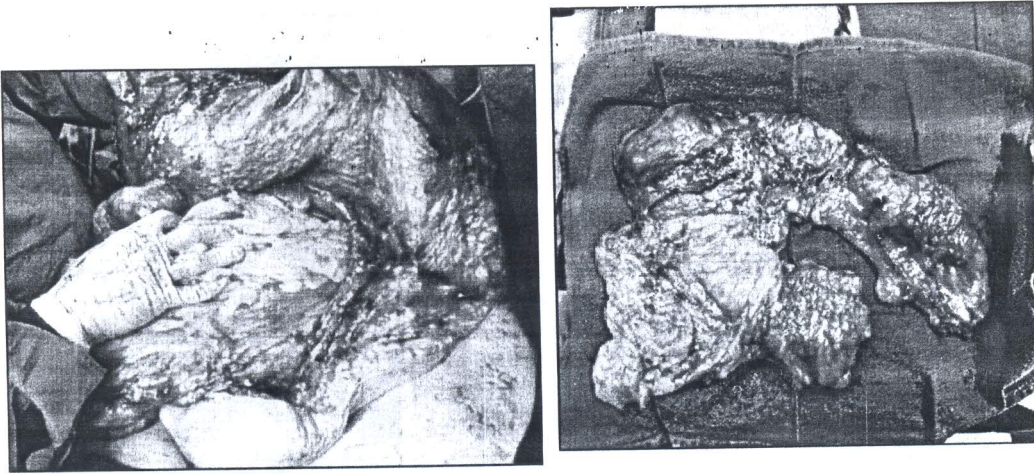


Figura 14: Se intenta reducir contenido de saco herniario y cierre sin éxito, motivo Por el cual se decide realizar colectomía total.



Figura 15: Se reduce contenido de saco herniario posterior a colectomía

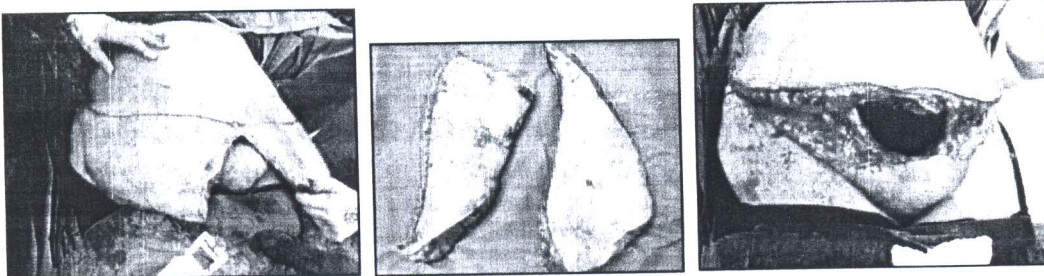
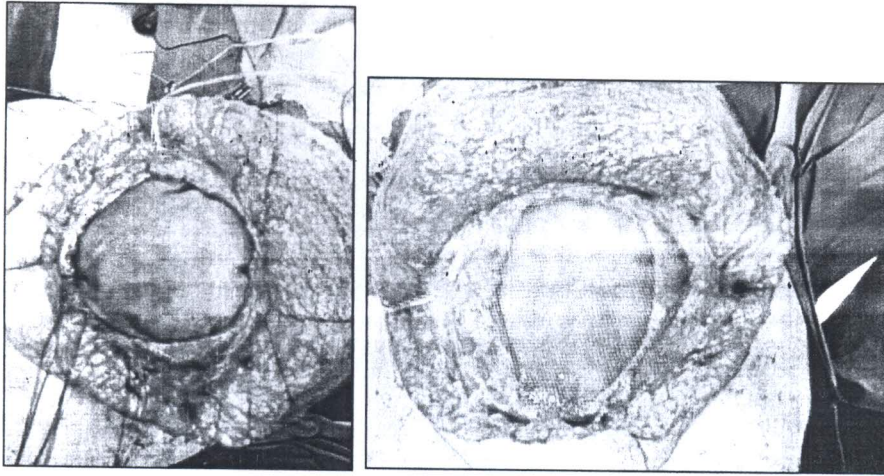
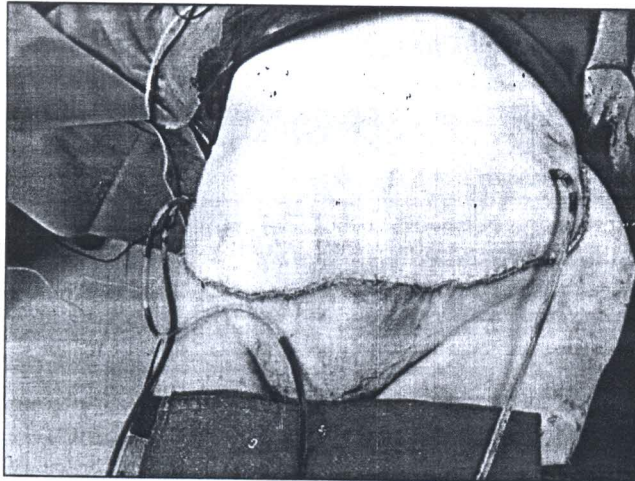


Figura 16: Dermolipectomía



**Figura 17:** Colocación de doble malla y drenajes



**Figura 17:** Cierre Final

El sistema robot *Da Vinci*® es usado de forma rutinaria en muchas patologías que tienen indicación. Ésta institución cuenta con 4 sistemas de robot: 3 de última generación (*Da Vinci Si*®) para el cuerpo de cirujanos generales, urólogos y ginecólogos capacitados en su uso



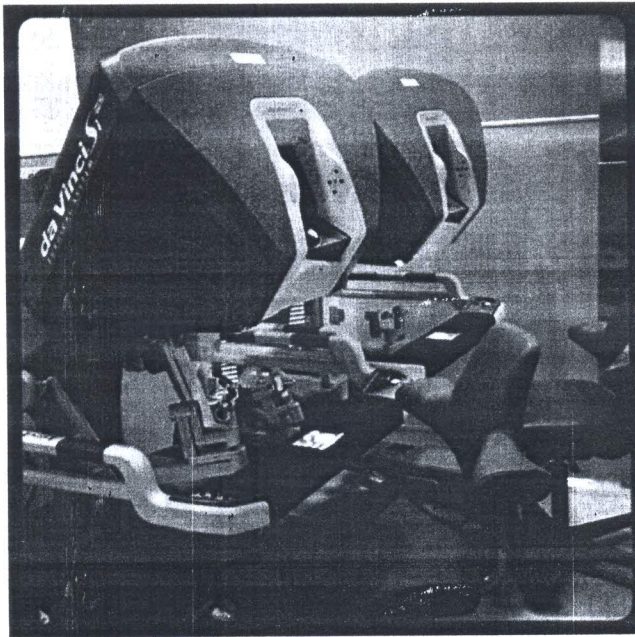


Figura 18: *Da VinciSi*®

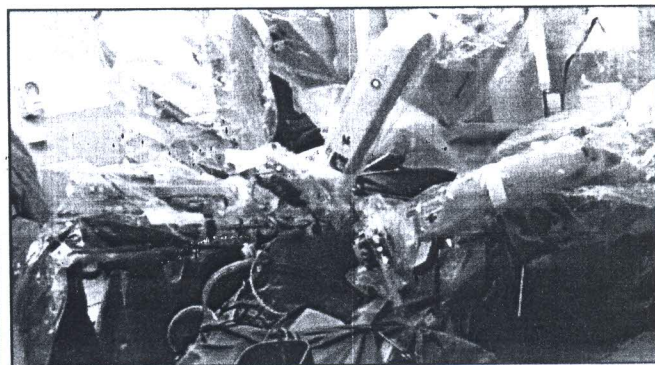
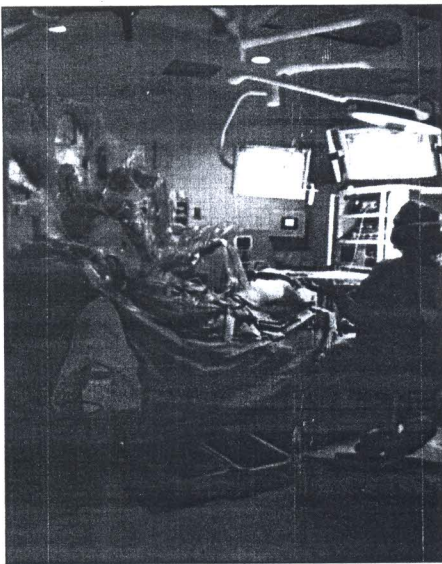


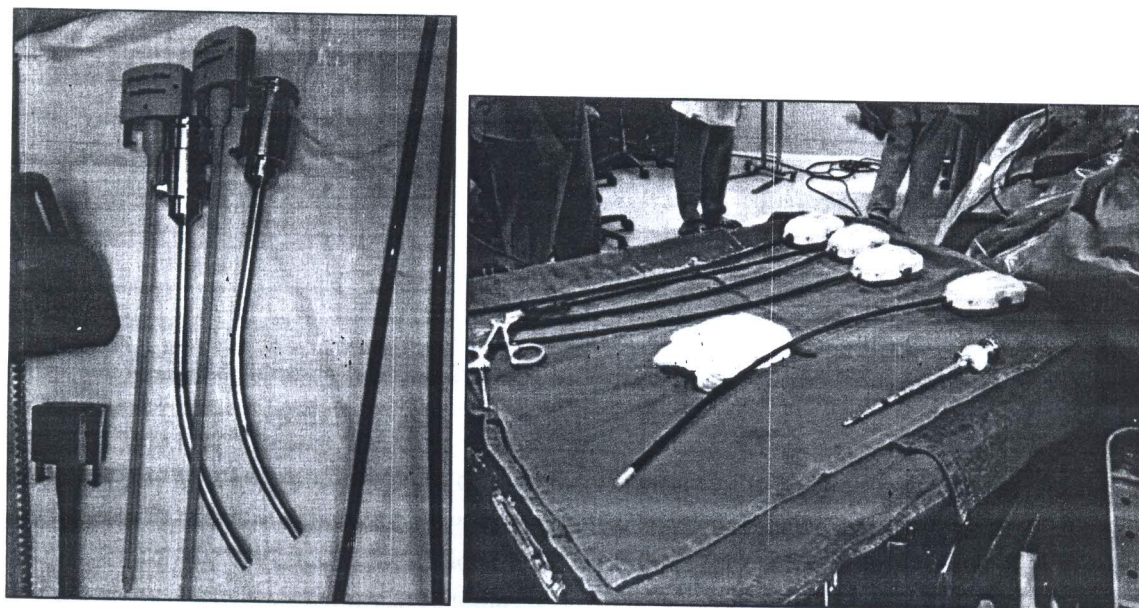
Figura 19: Acoplamiento y uso del sistema *Da VinciSi*®



**Figura 19:** Vip Pattel, cirujano urólogo.

Tiene en su record mas de 6 mil prostatectomías radicales asistidas por robot, siendo el urólogo con mas procedimientos robóticos en el mundo.

### COLECISTECTOMÍA POR UN SOLO PUERTO ASISTIDO POR ROBOT



**Figura 20:** Instrumental angulado necesario para realizar la Colecistectomia laparoscópica asistida por robot.



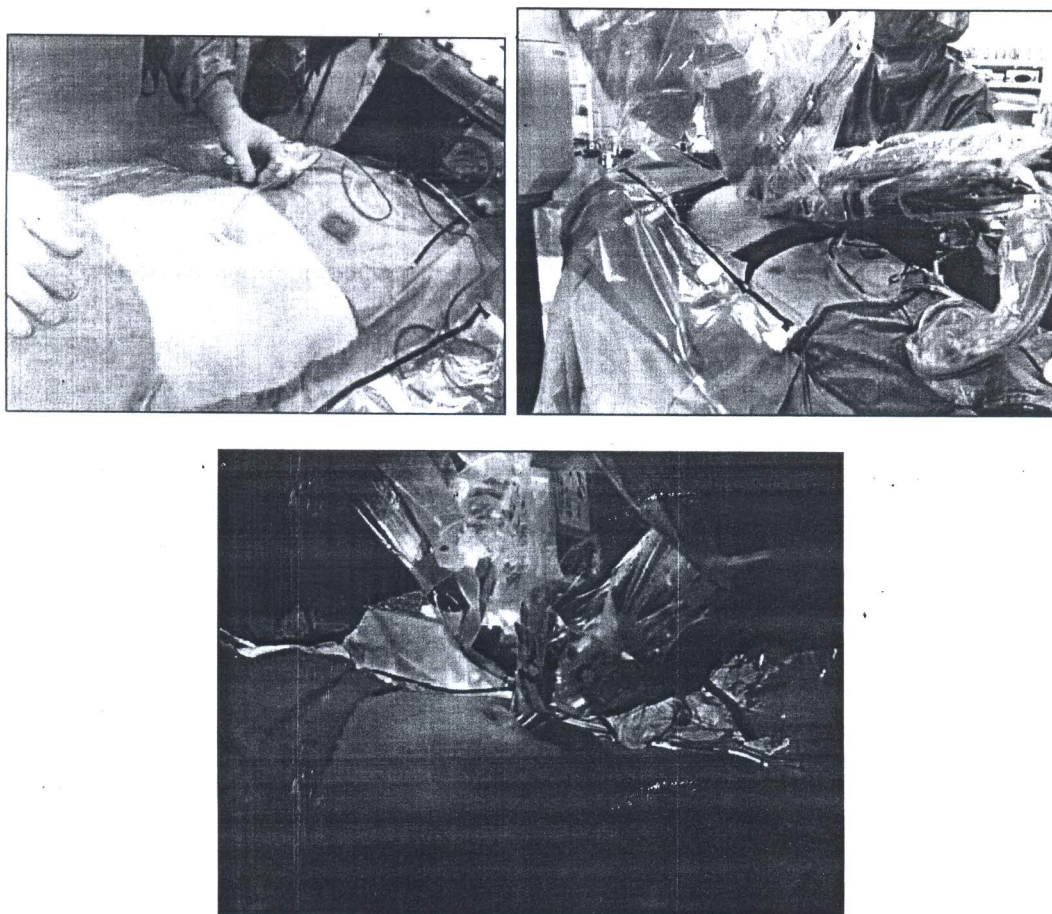


Figura 21: Acoplamiento del robot en el monopuerto

### ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Las actividades académicas se dieron en el marco de congresos y conferencias que se suscitaron en esos meses: *LAF (Latin american forum 2013)* y *Davinci® colorectal course* para residentes de cirugía colorectal.

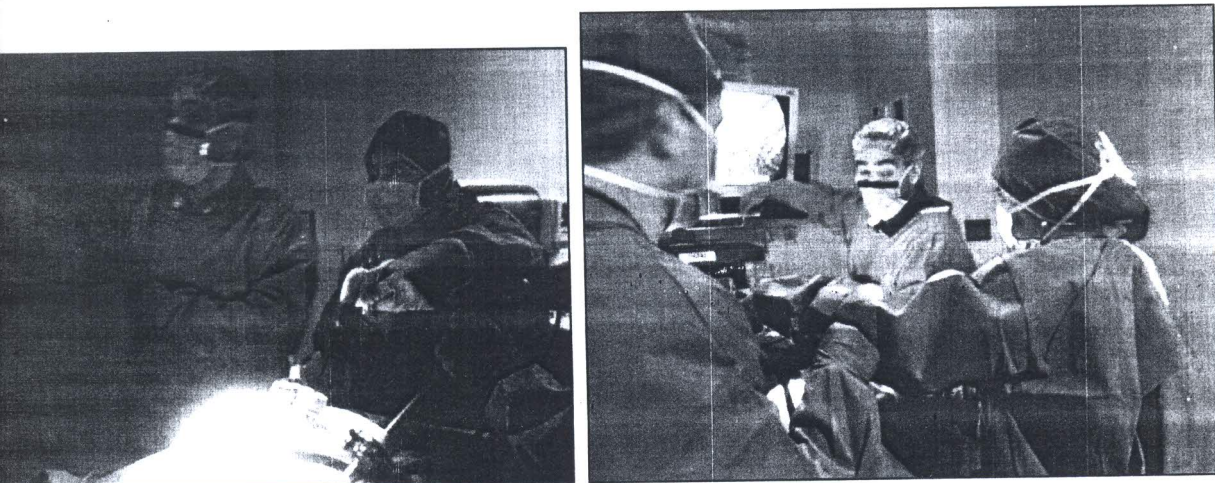
El *LAF* es un encuentro de cirujanos de toda latinoamérica que a través de conferencias y laboratorios actualiza temas diversos en cirugía general y sus subespecialidades. El *Latin american forum 2013* se realizó en la ciudad de Orlando en el *Nicholson center* y con la mas alta calidad de invitados y ponencias se actualizaron varios temas de cirugía. Las conferencias y sesiones prácticas en cadáveres y simuladores fueron dictadas y supervisadas por cirujanos latinoamericanos líderes en sus países en diversas áreas. Los cursos a los que asistí fueron los de pared abdominal y cirugía colorectal.

Los módulos tocados en las conferencias en el área de pared abdominal incluyeron:

- Nuevas tendencias en el cierre de pared abdominal
- Hernia inguinal
- Disfunción aguda de la pared abdominal
- Hernia compleja

Las actividades prácticas incluyeron:

- Reparación de hernia inguinal en cadáveres
- Ejercicios laparoscópicos básicos en simuladores



**Figura 22:** Laboratorio: Cura operatoria de hernia inguinal laparoscópica en cadaver

Los módulos tocados en las conferencias en el área colorectal incluyeron:

- Piso pélvico: enfoque ginecológico y del coloproctólogo
- Cáncer rectal
- Inclusión del cirujano en cirugía laparoscópica



**Figura 23:** Conferencia área: cirugía colorectal



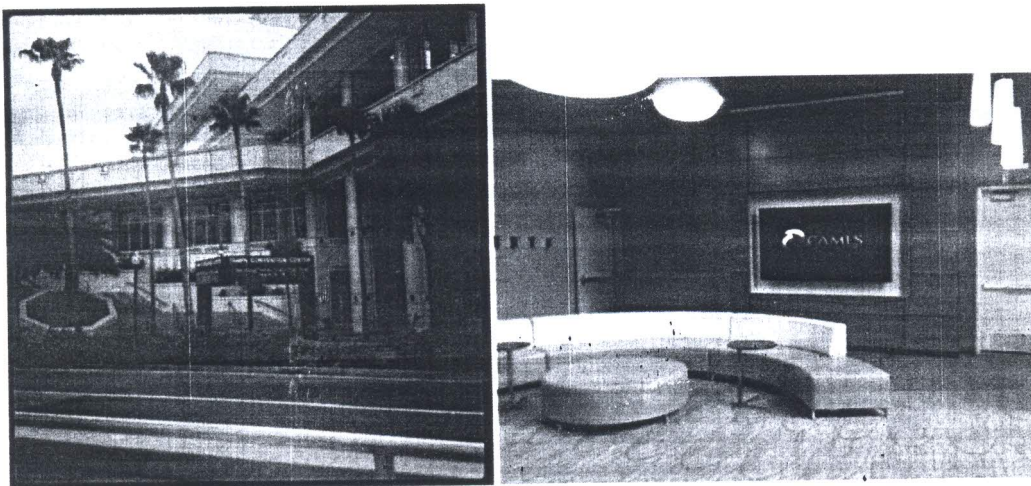
Las actividades prácticas incluyeron:

- Resección anterior baja en cadaver



**Figura 24:** Laboratorio: Explicación para la realización de resección anterior baja en el cadaver

El *Da Vinci® colorectal course* fue un curso realizado en la localidad de Tampa Bay, Florida en el *Tampa convention center* patrocinado por *Intuitive Surgical* el cual tuvo como finalidad enseñar a residentes de cirugía colorectal las habilidades básicas que debe tener el cirujano colorectal para manejar el robot. Los conferencistas fueron: El Dr. Jorge Marcet, Tampa, Fl. El Dr. Henry Lujan, Miami, Fl y el Dr. Eduardo Parra-Dávila, Orlando, Fl. Todos cirujanos colorectales certificados en el manejo del robot para éstas patologías.



**Figura 25:** Tampa convention center

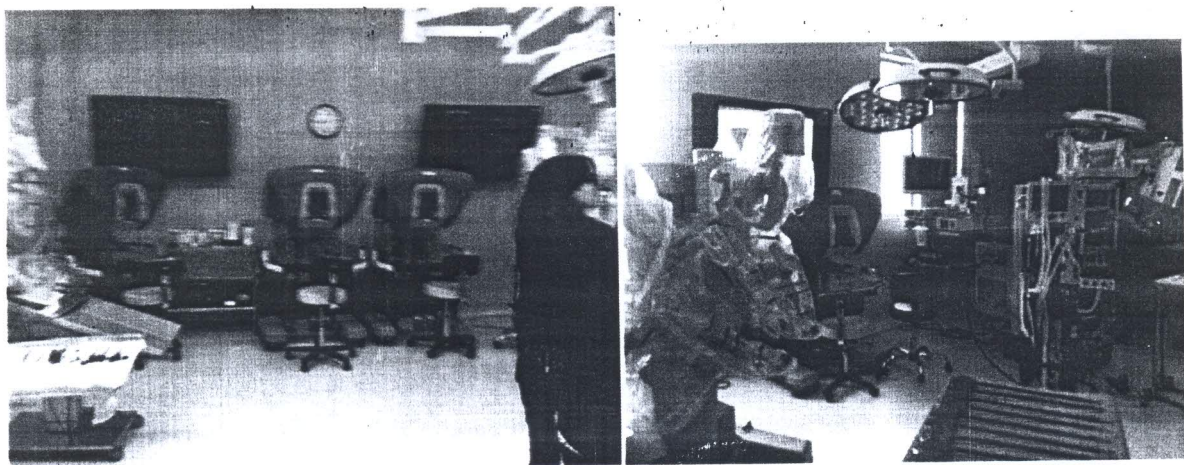
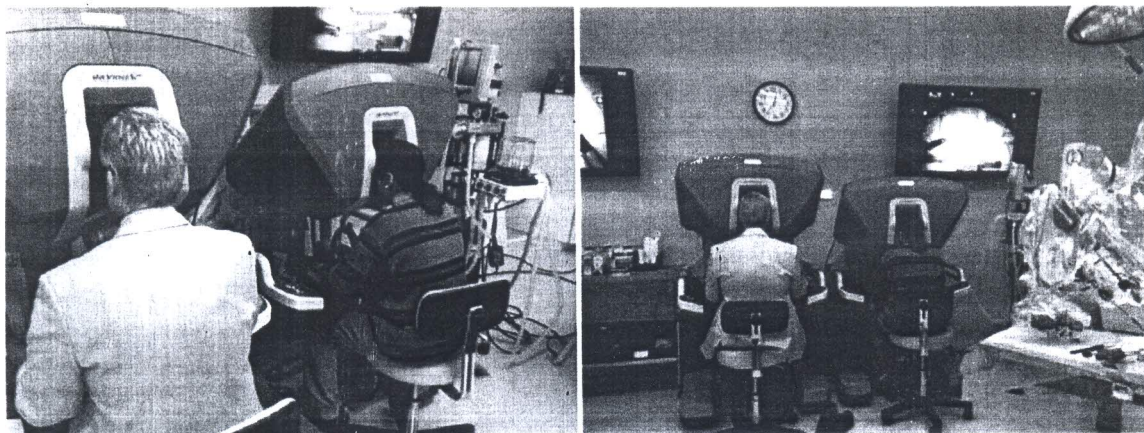


Figura 26: Área de entrenamiento, cirugía robótica



Figura 27: Área de entrenamiento, cirugía robótica, explicación de ejercicios





**Figura 28:** Ejercicios dirigidos en el simulador *Da VinciSi®*

### *CONCLUSIÓN*

La experiencia adquirida en *Celebration health* ha sido enriquecedora desde el punto de vista profesional y personal; logró brindarme una perspectiva diferente del ejercicio de la cirugía general, el uso de tecnología de punta aplicada a la salud así como los diversos avances a disposición del cirujano. Del mismo modo fue agradable reconocer el nivel que tiene la formación del residente en el Hospital Universitario de Caracas, Cátedra de Clínica Terapéutica Quirúrgica C - Servicio III en el que me he formado, ya que durante tres años ha logrado afianzar las bases para mi desarrollo futuro profesional en el área de cirugía.

El Dr. Eduardo Parra-Dávila y todo su equipo fueron excelentes instructores y guiaron todas las actividades que pude observar y realizar durante mi estadía en *Celebration*, además de permitirme involucrar al máximo en cada una de ellas para sacar el mayor beneficio posible. Agradezco así mismo a la Cátedra – Servicio de Cirugía III, la oportunidad de brindarme esta opción para realizar las pasantías que se enmarcan en el último año del programa de postgrado de Cirugía General UCV-HUC.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL



**INFORME DE PASANTÍA:  
UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA**

DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DE SÃO  
CARLOS,  
SANTA CASA DE MISERICORDIA

FORTALEZA- BRASIL  
OCTUBRE 2013



Dr. Sergio Meleán



NOVIEMBRE 2013

## INTRODUCCIÓN

Como parte del programa educativo del Postgrado de Cirugía General del Hospital Universitario de Caracas, se brinda al residente del último año, la oportunidad de realizar una pasantía con la intención de extender la formación en campo de intereses por este.

En el presente informe refleja de forma concisa y precisa las distintas actividades de la pasantía realizada en la unidad de coloproctología.

Esta pasantía se realizó durante cuatro semanas donde se extendieron los conocimientos aprendidos, se añadieron nuevos, e conjuntos con grandes experiencias.

La pasantía se realizó en dos instituciones en el Hospital São Carlos y Santa casa de Misericordia

Experiencias como están enriquecen a los residentes al ampliar los horizontes, y afincando los conocimientos aprendidos en el post grado.

## Hospital Santa Casa

La historia de este hospital se remonta en el año 1851 cuando hubo una gran epidemia de fiebre amarilla, de forma apresurada se construyó Santa Casa, aunque no estaba completamente edificado abrió sus puertas con ochenta camas de hospitalización, hasta 1861, cuando se realiza la apertura formal.

El Dr. Joaquim Antônio Ribeiro fue el primer médico designado para trabajar en la Casa de Santa el 12 de marzo de 1861. Se graduó en medicina por la Universidad de Harvard, Cambridge, Inglaterra en 1853,

Al inicio del siglo XX, la Santa Casa de Fortaleza, a pesar de las dificultades financieras, continuó dedicado a la ardua lucha, encaminada a mejorar la situación de la gente de la salud del estado de Ceará. Debido a la gran calamidad pública, que fue la sequía de 1915 a la Santa Casa fue el suministro de una gran masa de inmigrantes que sufren los males de la Gran Sequía. Diez años después de la gran sequía, la Santa Casa se estableció como un hospital de alta tecnología y pionero, con la introducción del departamento de radiología el 29 de junio 1925, siendo la primera máquina de rayos X.

En Santa Casas se apertura la primera sala de emergencias en Fortaleza en 1932,

En los años 70 la Santa Casa ha experimentado profundos cambios en su arquitectura, cuando el Arzobispo de la Diócesis decide modificar el establecimiento. En marzo de 1971 se abrió un centro de cirugía moderna, que pronto se convirtió en el centro de referencia a nivel regional. Durante la



década de los 80 se integra de un modelo de atención de salud basado en el Sistema Único de Salud por la crisis que Salud Pública que sufría Brasil, convirtiéndose en un hospital para abarcar gente con bajos recursos. La Santa Casa como hospital de caridad comenzó a sufrir todas las consecuencias de las medidas que determine el Ministerio de Salud. A finales de este siglo la Santa Casa se somete a una grave crisis que se ha perpetuado a través de los años.

### **Hospital São Carlos.**

El Hospital São Carlos ubicado en la avenida Pontes de Viera, fundada en los años 80, con la misión de promover la atención médica hospitalaria especializada con tecnología de resolución, la humanización y diferenciada, favoreciendo la actualización científica.

El hospital cuenta con diversas especialidades médico quirúrgicas, entre las quirúrgicas se cuenta con la unidad de coloproctología, siendo los integrantes de esta unidad los primeros en realizar cirugía colorectal por laparoscopia en 1991.

Adicionalmente se realizan estudios como; colonoscopia, ecografía endo anal, manometría ano rectal, ecodefecografía.

### Adjuntos de la unidad

- Dr. Sergio Pinheiro Regadas
- Dr. Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho
- Dr. Gabriel Dias Soares
- Dra. Sthela Maria Murad Regadas
- Dr. Lusmar Veras Rodrigues

Todos los adjuntos de unidad son docentes de la Universidad de Fortaleza, adscritos a la sub especialidad de coloproctología

### Actividades realizadas

Se planifico un horario para cumplir las diversas actividades, siendo este el siguiente

<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
Fisiología Ano rectal	Cirugía	Colonoscopia	Fisiología Ano rectal	Reunión Inter hospitalaria
Colonoscopia	Cirugía	Fisiología Ano rectal	Cirugía	Cirugía
		Reunión inter hospitalaria		

Durante el mes de pasantías, se dividió la pasantía en:

#### **Fisiología Ano rectal.**

A cargo de la Dra. Sthela Murad, donde se realizaron diversos procedimientos, visualizando la ecografía endo anal, eco defeco grafía, manometría ano rectal, electro estimulación. En esta unidad se dispone de equipos de alta tecnología, como ecógrafo 3-D, manometría de 9 canales.



### **Colonoscopia.**

A cargo de los doctores Phinerios, y del DrLusmar, donde ejecutaron, polipeptomias, mucosectomias, controles endoscópicos en pacientes post operados.

### **Cirugías.**

Durante la pasantía pude observar diversas cirugías, convencionales, laparoscópicas y de orificios. Se expone un cuadro con el tipo y numero de Cirugías

Hemicolectomía derecha laparoscopia por Ca	6
Hemicolectomía izquierda por laparoscopia por CA	4
Hemicolectomía izquierda por enfermedad Benigna	4
Esfinterotomía lateral externa	4
Hemorroidectomía con maquina PPH	8
Fistulectomía por Fistula peri anal	6
Prolapso mucosal Rectal	8
LIF modificado para fistula peri anal compleja	2
Restitución de tránsito intestinal	2
Sigmoidectomía por Enfermedad Diverticular complicada	1

### **Reunión inter hospitalaria.**

Participe 8 reuniones inter hospitalarias, donde se exponían casos clínicos de pacientes quirúrgicos con enfermedad colorectal oncológica o benigna. Presentando la evolución post operatoria y evolución final. Ofreciendo diferentes opciones de tratamiento tanto médicas, endoscópicas y quirúrgicas.





---

## 4. MODELO GENÉRICO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

## MODELO GENÉRICO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE LOS PACIENTES ADULTOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.

Aunque es muy difícil tener un modelo único de Consentimiento Informado se propone el siguiente modelo en el cual:

1. Se le informa al paciente sobre su enfermedad o condición de salud y el diagnóstico, las consecuencias de la misma, especialmente si no se toman las medidas adecuadas.
2. La naturaleza y el propósito del tratamiento ofrecido, así como de otras opciones terapéuticas.
3. Los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.

El médico tratante debe entregar personalmente esta hoja, explicar, responder a las preguntas del paciente y aclarar sus dudas.

4.- En un formulario separado, el paciente o su representante legal acepta o da su consentimiento para que se realice el acto terapéutico propuesto, con los posibles efectos adversos; este consentimiento será firmado en presencia de un testigo distinto del médico tratante.

5.- Preferiblemente debe haber un lapso prudencial (hora o días) entre el proceso de información y la firma del Consentimiento Informado.

Elaborado

Dr. Claudio Urosa



## INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ C.I del Paciente: \_\_\_\_\_

“Usted tiene una enfermedad (alteración condición) del (órgano o aparato enfermo).” \_\_\_\_\_

Esta enfermedad tiene como consecuencias las siguientes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si no es tratado oportunamente puede traerle los siguientes problemas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El tratamiento que consideramos para usted es el siguiente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Con este tratamiento (operación) nos proponemos (describir el resultado esperado) los  
riesgos y consecuencias negativas del tratamiento propuesto son: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el presente documento yo \_\_\_\_\_ con C.I. N° \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_, declaro que he sido informado sobre mi estado de salud por el Dr. (a) \_\_\_\_\_ y de la necesidad de practicar (procedimiento) con fines de diagnóstico o terapéutico. Se me han explicado los resultados esperados y las posibles complicaciones o efectos adversos son: \_\_\_\_\_

Si en el momento del acto médico o quirúrgico sugiera algún imprevisto el equipo médico podrá modificar el plan programado.

Se me ha explicado los cuidados, precauciones y tratamientos que necesito seguir después del (acto médico a realizar).

Igualmente entiendo que recibiré Anestesia (tipo) bajo la responsabilidad de \_\_\_\_\_ Servicio de Anestesia.

Entiendo que el material obtenido será enviado al Departamento de anatomía patológica para su estudio.

Entiendo que puedo revocar mi consentimiento para el procedimiento propuesto, en cualquier momento. Expreso que he entendido mi situación y el procedimiento a realizar.

En el presente documento doy autorización para que se me realice (practique el tratamiento mencionado).

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_ Firma del Testigo \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_





---

## 5. CORREOS ELECTRÓNICOS DE DOCENTES Y RESIDENTES.



## 5. Correos de Docentes del Postgrado de Cirugía General

Nombre y Apellido	Cirugía	Correo
<b>Dr. Gustavo Benítez</b>	CIII	gbenitezp2007@yahoo.es gbenitezp2009@gmail.com gbenitezp@cantv.net
<b>Dr. Alexis Sánchez</b>	CIII	dralexissanchez@hotmail.com
<b>Dr. Ramón Saade</b>	CIII	ramonsaade@yahoo.com
<b>Dra. Renata Sánchez</b>	CIII	rsm35@hotmail.com
<b>Dra. Omaira Rodríguez</b>	CIII	r_omaira@hotmail.com
<b>Dr. Elías Nakhhal</b>	CIII	eliasnkh@hotmail.com
<b>Dr. Humberto Chancón</b>	CIII	halconh@gmail.com
<b>Dra. Joanne Salas</b>	CIII	JJ_salas@hotmail.com
<b>Dr. José Mejías</b>	CIII	josegmejias@yahoo.com
<b>Dr. Paul Millán</b>	CIII	paulmillan@hotmail.com
<b>Dra. Luimariel Vegas</b>	CIII	liuma2000@yahoo.es
<b>Dr. Hector Cantele</b>	CIV	drhcantele@yahoo.es
<b>Dra. Arlene Mendez</b>	CIV	armenmen@gamil.com
<b>Dr. Franklin García</b>	CIV	Garcifra1@gmial.com
<b>Dr, José Pestana</b>	CIV	jmpestanda@hotmail.com
<b>Dr. Vittorio de Andrea</b>	CIV	vittoriotsndrea@gmail.com
<b>Dr. Jose Gutierrez</b>	CIV	joseenriquegs@hotmail.com
<b>Dra. Maria Diaz</b>	CIV	mariaconchita@hotmail.com
<b>Dr. Jorge Franco</b>	CIV	Jorgefranco17punk@hotmail.com
<b>Dr. Juan Ibarra</b>	CIV	jcibarramoreno@hotmail.com
<b>Dr, José Ramirez</b>	CIV	josermmram@gmail.com





## 5. Correos de Residentes del Postgrado de Cirugía General

Nombre y Apellido	Año	Correo
Johana Palacios	3er año	johanna.palacios.b@gmail.com
José Abad	3er año	jose_m_99@hotmail.com
Alessandri Espinoza	3er año	alessandrireg@hotmail.com
Iniara Rodriguez	3er año	iniara@gmail.com
Milena Uzcategui	3er año	miuzcategui@yahoo.com
Sergio Melean	3er año	sergio_mel@hotmail.com
Francisco Ferri	2do año	francoferri86@hotmail.com
Luis Hernandez	2do año	luiscesarh@gmail.com
Franco Ippoliti	2do año	franco.ippoliti@gmail.com
Rafael Flores	2do año	rafam_27@hotmail.com
Leonardo Russo	2do año	lart85@hotmail.com
Vanessa Zavaleta	2do año	vanessacaicolio@hotmail.com
Yelitza Jiménez	2do año	yeli_jd@hotmail.com
Nicolás Bello	2do año	dr_bello84@hotmail.com
Andrea Uncein	1er año	andreauncein1@hotmail.com
Roberto González	1er año	roberto_2812@hotmail.com
Carlos Morante	1er año	moranteg_carlos@gmail.com
Maximiliano Guerra	1er año	maxiguerra@hotmail.com
Gabriel Orozco	1er año	gabrielorozco@hotmail.com
Gabriel Perri	1er año	gabrielperri@gmail.com
Claudia Caraballo	1er año	claucara@yahoo.com
Eduardo Salas	1er año	edsalas87@gmail.com
Rubén Pérez	1er año	rubenperezp@hotmail.com