



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZETTI"
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA
CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL: LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA,
SUS INICIOS EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA (U.C.V.)
COLECISTECTOMÍA POR VIDEO-LAPAROSCÓPIA,
EN EL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

DR. GUSTAVO BENÍTEZ PÉREZ
DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL
DR. ANTONIO PARIS PANTALONE
DR. ARTURO SOTO ARVELAEZ

Caracas, Octubre 2023



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZETTI."
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
CURSO DE POSTGRADO DE CIRUGIA GENERAL**



**DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL: LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA,
SUS INICIOS EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
(U.C.V.) COLECISTECTOMÍA POR VIDEO - LAPAROSCOPIA.
En el POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL.**

**DR. GUSTAVO Benítez PÉREZ (*)
DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL (**)
DR. ANTONIO PARIS PANTALONE (***)
DR. ARTURO SOTO ARVELAIZ (****)**

Dr. Gustavo Benítez P: Prof. Titular MSc en Cirugía General Jefe del Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina Hospital Universitario de Caracas. MSc en Gerencia Empresarial Faces UCV. Doctor en Gerencia. PhD. ORCID 0000-0003-16892237.

*Profesor Titular. Jefe del Departamento de Cirugía - Cátedra "C"

**Profesor Titular. Jubilado- Cátedra "B" (JUBILADO)

*** Profesor Titular. Jubilado Ex-Rector - Cátedra "C" (JUBILADO)

****Profesor Asistente Cátedra "A" (JUBILADO)

Caracas, Octubre 2023

Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina

Los chaguaramos. ciudad universitaria de caracas Hospital Universitario de Caracas, Piso 7 (Terrazas)

Cod. Postal 1041

Telf.(058212) Directo 6626305/6067920/6067886/6067257

Email: comiteacademico2016@gmail.com



ÍNDICE.-

Dr. Pablo Briceño Pimentel: la Cirugía Laparoscópica, Sus inicios en la Universidad Central de Venezuela (U.C.V.).

Colecistectomía por Video - Laparoscopía. En el Postgrado de Cirugía General.

1. Resumen.....	I
2. Palabras Claves.....	I
3. Summary.....	II
4. Key Words.....	II
▪ Introducción.....	1
▪ Proceso de Evolutivo de Laparoscopia Práctica	3
▪ Del Impulso Tomado por la Laparoscopia en el Hospital Universitario de Caracas Cátedra “B” Servicio II Se Llegaron a las Siguietes Conclusiones: 1984-1990. Dr. Pablo Briceño P	12
▪ En 1988 avanzamos a otros tipos de procedimientos quirúrgicos : Trabajos Libres /Videos... ..	14
▪ Se Inicia la era Universitaria de la Laparoscopia y su Soporte Histórico del Postgrado de Cirugía General y luego las otras Especialidades	16
▪ Curso – Taller “COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA”	18
▪ Aspectos Históricos... ..	21
▪ Breve Historia de la Colecistectomía Laparoscopica... ..	25
COLECISTECTOMÍA ASISTIDA	
▪ Introducción.....	26
▪ Equipo Operatorio	27
▪ Referencia Bibliográfica.....	42
▪ Anexos I: Cartas Históricas para el Nivel Formativo de la Cirugía Laparoscopica Universitaria.	
▪ Anexos II: Desarrollos de Actividades Académicos–Asistenciales.	
▪ Anexos III: Diplomas.	

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Pablo Briceño Pimentel, Dr., Antonio Paris P, Dr. Arturo Soto A, intuitue persona y a la gran pasión quirúrgica, que todavía persiste en estos héroes con perseverancia histórica, quirúrgica e Institucional.

A todo mi equipo de emprendedores que hicieron posible la búsqueda documental y diseño gráfico, a Yosmar Villareal, con todo mi afecto, en la mensajería a Nelson Ramírez. A Ines Belen y Ana Esther, que realizaron las pinturas que luego se digitalizaron y las fotos tomadas por los Residentes de la Cátedra “A” Servicio de Cirugía I, Dr. Mauricio Rosillo, Dra. Yenire Mata, Dra. Elsa Herrera, Dra. Abigail Gómez, Dr. Carlos Fernández, Dr. Moisés Chumpitaz, Dr. Fabio Jiménez

GUSTAVO A, Benítez P.

**DESGRANANDO TUS DULCES OJOS
QUE TRASIEGAN LOS ALTOS MARES,
PROFANANDO TUS MANOS LUMINICAS
QUE ME HACIAN CAMINAR
POR LOS BREÑALES IRACUNDOS
DE MIS SUEÑOS,
ASI MARCHE LEJANO,
AL AZUL DE TODOS LOS TIEMPOS
AL AZUL MAJESTUOSO DE TU SONRISA.**

GUSTAVO BENITEZ
1.992

GUARDAME

Guárdame
en uno de esos sueños tuyos
donde no seas héroe
ni el primero.

Guárdame
en uno de esos sueños tuyos
donde sin poder
y pensativo andes.

Guárdame
en uno de esos trazos tuyos
donde pintes
la palabra hermano.

TRAZOS LIMBICOS
Luis Lira Ochoa 2023
Ediciones Ko'eyú
Editorial Arte

Pensamiento

Al final del camino la pasión, las verdades conclusas e inconclusas, y a la salida del túnel.... la luz quirúrgica.

Gustavo A, Benítez P.

Resumen:

La Cirugía Laparoscópica* ** ** se inicia con el Dr. Pablo Briceño Pimentel, Profesor Asociado, en la Cátedra de Clínica Terapéutica Quirúrgica “B” Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas. (En 1984, realiza su año sabático en la Cátedra Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas), ya en esa época mostraba gran interés en la cirugía ginecológica y en el diagnóstico de las diferentes patológicas pelvianas donde comprobó que así como el cirujano general domina la topografía del abdomen y la pelvis, no pasaba lo mismo con algunos métodos diagnósticos, la ayuda para el ginecólogo, como lo es la laparoscopia.

A mediados de 1985, Dr. Pablo Briceño P, realizó un curso con el Dr. Raimundo Llanio, en la Habana, en la escuela de la laparoscopia Cubana donde realizó un trabajo teórico como praxístico, en el desarrollo del devenir de la laparoscopia.

En enero de 1986, se creó la unidad de laparoscopia simplificada, en la Cátedra “B” servicio de Cirugía II, con el apoyo del Dr. José Antonio Morreo Bustamante, jefe para ese entonces y luego con el Dr. Alberto Ferrer presentándoles ambos todo su apoyo institucional.

El actual y creciente interés en nuestro país, como la experiencia vivida hasta la fecha en el Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas, ha estimulado a realizar el presente trabajo dedicado al tema y de esta forma poder contribuir a difundir la técnica entre los cirujanos generales.

“Se estaban sentando las bases científicas y académicas de un positivismo lógico, para el gran salto de la próxima década, que vendrá a hacer la Cirugía Laparoscópica, que resonaría en todos, los ámbitos quirúrgicos nacionales e internacionales. El primer paso sería la colecistectomía por video laparoscópica y luego la apendicetomía, hasta llegar a los otros órganos y a laparoscopia avanzada”.

Palabras Claves: Cirugía Laparoscópica, Colecistectomía Laparoscópica, Dr. Pablo Briceño Pimentel, Cátedra “B” Cirugía II, Hospital Universitario de Caracas, Dr. Antonio Paris, Dr. Gustavo Benítez P.

Summary:

Laparoscopic Surgery* ** ** begins with Dr. Pablo Briceño Pimentel, Associate Professor, in the Chair of Surgical Therapeutic Clinic “B” Surgery Service II of the University Hospital of Caracas. (In 1984, he completed his sabbatical year at the Gynecology Service Chair of the University Hospital of Caracas), already at that time he showed great interest in gynecological surgery and in the diagnosis of different pelvic pathologies where he verified that just as the general surgeon masters the topography of the abdomen and pelvis, the same did not happen with some diagnostic methods, the help for the gynecologist, such as laparoscopy.

In mid-1985, Dr. Pablo Briceño P, took a course with Dr. Raimundo Llanio, in Havana, at the Cuban laparoscopy school where he carried out theoretical and practical work, in the development of the future of laparoscopy.

In January 1986, the simplified laparoscopy unit was created, in Chair “B” Surgery II service, with the support of Dr. José Antonio Morreo Bustamante, head at that time and later with Dr. Alberto Ferrer presenting both of them everything. their institutional support.

The current and growing interest in our country, such as the experience lived to date in the Surgery Service II of the University Hospital of Caracas, has stimulated us to carry out this work dedicated to the subject and in this way to be able to contribute to disseminating the technique among general surgeons.

“The scientific and academic foundations of a logical positivism were being laid, for the great leap of the next decade, which Laparoscopic Surgery will make, which would resonate in all, national and international surgical fields. The first step would be video laparoscopic cholecystectomy and then appendectomy, until reaching the other organs and advanced laparoscopy.”

Key words: Laparoscopic Surgery, Laparoscopic Cholecystectomy, Dr. Pablo Briceño Pimentel, Chair “B” Surgery II, University Hospital of Caracas, Dr. Antonio Paris, Dr. Gustavo Benítez P.

INTRODUCCION

La Cirugía Laparoscópica * ** ** se inicia con el Dr. Pablo Briceño Pimentel, Profesor Asociado, en la Cátedra de Clínica Terapéutica Quirúrgica "B" Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas. (En 1984, realiza su año sabático en la Cátedra Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Caracas), ya en esa época mostraba gran interés en la cirugía ginecológica y en el diagnóstico de las diferentes patológicas pelvianas donde comprobó que así como el cirujano general domina la topografía del abdomen y la pelvis, no pasaba lo mismo con algunos métodos diagnósticos, la ayuda para el ginecólogo, como lo es la laparoscopia.

EL CIRUJANO PENSABA EN LA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA ANTES QUE EN LA LAPAROSCOPIA.

- 1. La endoscopia, es un método diagnóstico que siempre ha estado muy vinculado a los descubrimientos más recientes en el ámbito científico y técnico.*
- 2. Son amplias ya las posibilidades diagnósticas y terapéuticas que nos ofrece, la gran cantidad de instrumental endoscópico disponible. Dentro de todo este material endoscópico, el laparoscopio es el que está más al alcance del cirujano para su utilización.*
- 3. Contrariamente a lo que piensan algunos Endoscopistas, el cirujano por tener conocimientos y gran dominio de la anatomía topográfica del abdomen y la pelvis es el que está mejor capacitado para el diagnóstico; y terapéutica de las diferentes patologías que se pueden diagnosticar utilizando laparoscopio.*

La laparoscopia permite, en la actualidad, la visualización de todos los órganos abdominales acercándoles mediante el endoscopio al ojo del Cirujano sin que presente los riesgos de una laparotomía exploradora y de cuidados post-operatorios especiales.

* Briceño Pimentel Pablo: Laparoscopia Practica; Laparoscopia practica; ediciones Disimiled Caracas, 1991.

**Briceño Pimentel Pablo: Técnica de la Colectomía Laparoscópica curso-taller octubre de 1991 Cátedra "B" hospital universitario de Caracas.

***Briceño Pimentel Pablo: Colectomía, asistida por video-laparoscopia, trabajo presentado ante la universidad central de Venezuela para optar al ascenso de Profesor Titular en el escalafón universitario marzo 1994.

4. *Somos contrarios a la idea de algunos ginecólogos que tratan de hacer diferencia entre laparoscopia y pelviscopia; considero que con el punto de vista diagnóstico no existe tal diferencia, únicamente en la parte operatoria. Requiere el cirujano identificarse con la técnica necesaria para el manejo del material endoscópico, ya que la endoscopia operatoria es una cirugía a distancia a través de un aparato óptico.*

A mediados de 1985, Dr. Pablo Briceño P, realizó un curso con el Dr. Raimundo Llanio, en la Habana, en la escuela de la laparoscopia Cubana donde realizó un trabajo teórico como praxístico, en el desarrollo del devenir de la laparoscopia.

En enero de 1986, se creó la unidad de laparoscopia simplificada, en la Cátedra "B" servicio de Cirugía II, con el apoyo del Dr. José Antonio Morreo Bustamante, jefe para ese entonces y luego con el Dr. Alberto Ferrer presentándoles ambos todo su apoyo institucional.

El actual y creciente interés en nuestro país, como la experiencia vivida hasta la fecha en el Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas, ha estimulado a realizar el presente trabajo dedicado al tema y de esta forma poder contribuir a difundir la técnica entre los cirujanos generales.

Gracias a la continua utilización del método por las personas que dominan la técnica laparoscópica, se ha llegado a un perfeccionamiento por este estudio exploratorio en la actualidad, es posible realizar diagnóstico que aportan datos objetivos de gran valor en el conocimiento de los estados fisiológicos y patología de nuestros pacientes.

PROCESO DE EVOLUTIVO DE LAPAROSCOPIA PRACTICA^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69}

Hoy en día, en la era del diagnóstico a través de imágenes, la historia médica continua siendo un gran valor en el diagnóstico del paciente, acompañada a los ya tradicionales métodos de exploración como la inspección, palpación, percusión y auscultación.

En 1700, la primera lámpara para exploración endoscópica se la debemos al ginecólogo **Arnaud** (1768), quien utilizó su época pequeñas linternas para la iluminación en medicina “Memoires 64 Gynecogiques”, ya en 1800, en el nacimiento de la Endoscopia Moderna nos llega de la mano de **Philipp Bozzini**, en **Frankfort** en 1806, médico Alemán fue el primero en visualizar una cavidad corporal gracias a un espejo reflector, velas y cánula uretral con lo que observó la uretra y la vejiga en un animal de experimentación.

Segalas en 1826, añadía una cánula al tubo endoscópico y sistema de espejo para reflejar la luz dentro de la cavidad. Fue **Desormeaux** (Francia) quien en 1853, desarrollo el primer citoscopio útil, **Nitze** (Estados Unidos), diseño un citoscopio lentes de aumento en (1879).

Otto (1901) en Rusia visualiza, la cavidad abdominal con un citoscopio.

En 1880 **Edison** inventa una lámpara incandescente y tres años más tardes **Newmann**, de Glagow, (Escocia), lo aplico en la endoscopia.

En el siglo XX, **G. Kelling**, de Dresde, (Alemania) 1901, cirujano, demostró por primera vez el uso de la endoscopia en la exploración de las cavidades cerrada, por medio de una aguja en la cavidad abdominal de perros vivos, infiltraba aire y seguidamente introducía el endoscopio de **Nitze**, llamo a esta la técnica “Celioscopia”. En 1901 **Otto** en Rusia visualiza la cavidad con un citoscopio.

En 1902, **H.C Jacobaeus** (Suecia), presento su técnica sobre laparoscopia y dio los resultados de 45 estudios practicados en donde reconocía a Kelling creador de la técnica.

La primera información sobre el uso de la laparoscopia EEUU, se debe a **Bernheim**, cirujano del Hospital **JHon Hopkins**, el cual en 1911 utilizó el

protoscopio y lámpara frontal a través de una pequeña incisión en la pared abdominal y observo los órganos abdominales, técnicos a que llamó “Organoscopia”

En febrero de 1913, L. **Renon** presento en la Sociedad Medicina del Hospital de Paris un trabajo sobre las laparoscopia efectuadas según la técnica de Jacobaeus.

En 1924, **B.H.Ordonoff**, de Chicago, realizo una serie de innovaciones en el cambio de la laparoscopia, aconsejo sustituir el aire por el oxígeno para efectuar el Neumoperitoneo; creo un trocar de punta piramidal destinado a introducir el laparoscopio; aconsejo utilizar trasluminacion con el fin de identificar con facilidad los vasos de la pared abdominal, denominada el procedimiento “Peritoneoscopia”.

En 1924 “**Zollikofer**” en Suiza, sustituye el oxígeno por el dióxido de carbono para producir Neumoperitoneo y señala a la laparoscopia como una técnica insustituible para estudiar las afecciones hepáticas.

Por la misma fecha el **Dr. Sleine**, de EEUU, trabaja ampliamente en esta técnica y la denomino “Abdominoscopia”.

En 1925, el Italiano **Redi** introdujo el término de Esplacnoscopia.

En 1928 **Bovie** la primera unidad de electrocoagulación.

A partir de la década de 1930, la laparoscopia ginecológica experimenta un notable progreso tanto en Europa como en Estados Unidos.

Stolze propuso sustituir la laparotomía exploradora por la laparoscopia.

En 1936 **Boesch** (Suiza) primera esterilización.

En 1937, se produce importantes innovaciones de esta técnica en ginecología. Se practicaron esterilizaciones tubaricas con energía eléctrica y se emplearon como técnica diagnóstica en el embarazo ectópico.

Anderson, de Texas, publico por primera vez 31 casos de sospecha de embarazo extrauterino que gracias a la técnica laparoscópica solo se confirmaron 13 casos. En 1938, **Janos Verres**, introdujo un nuevo tipo de aguja para realizar Neumoperitoneo. En 1940 **Meigs** público su experiencia en cuanto al uso de la laparoscopia en el diagnóstico y

seguimiento del cáncer de ovario. A principio de la década de 1940, aparece el Francés **Raoul Palmer*** en el campo de la endoscopia, este autor divulgo su experiencia de perfeccionar la técnica e introduce una serie de adelantos en la exploración del aparato genital de la mujer.

Es considerado el padre de la laparoscopia ginecológica. Impulso en forma extraordinaria la difusión de esta técnica en todo el mundo ginecológico, con lo cual logró adquirir un prestigio que indiscutiblemente le pertenece, es uno de los pioneros más grandes del siglo XX cuyas brillantes obras, dieron forma a treinta años de historia laparoscópica. De hecho, es una tarea imposible tratar de capturar todo el brillo visionario de **Raoul Palmer**, el ginecólogo Francés nacido en Suecia cuyo legado laparoscópico alcanza casi lo imposible para aquellos que lo conocieron. Otros se refieren a Raoul Palmer simplemente como “La Era Palmer”, transformo casi todo los aspectos de la laparoscopia ginecológica y se convirtió en una de las influencias más cambio profundo la posición desde el Trendelenburg, a sus métodos más precisos para controlar la presión intraabdominal, Palmer cambio la laparoscopia de una técnica realizada ocasionalmente a un medio absolutamente indispensable para tener resultados diagnósticos e invaluables.

La publicación de Palmer de 1947, dio lugar a una amplia aceptación de la laparoscopia en la medicina ginecológica que lanzo un renacimiento de descubrimiento para Europa. Para repasar estos brillantes hitos con más detalle.

En el año 1929, cuando Palmer inicia su carrera médica en 1934, fue nombrado jefe de investigación ginecológica en la Facultad Medica de Paris-Francia, en 1938, inicia su ejercicios quirúrgico en el Hospital Broca de Paris. Especializando como cirujano de fertilidad. Al principio, Palmer estaba realizando laparotomías para problemas de

*Schlogel Gilberth: Raoul Palmer et l'aventure coelio-chirurgicale de 1940 a 1995. Historie desciences medicales-tomo XXX-N2-1996

fertilidad, le molestaba que antes de la operación no conociera la Cantidad de lesiones y las ubicaciones de las adherencias esto lo llevo a idear su propio Procedimiento denominado “**coelioscopia exploratoria preoperatoria**” en 1943.

Y esto lo realizó en plena ocupación Alemana de Francia en la segunda guerra mundial (WWII). **Palmer** descubrió los beneficios de colocar a sus pacientes en la posición profunda de Trendelenburg y movilizar el útero mediante una cánula insertada en él. Esta posición proporcionaba un mayor margen de seguridad sino que también permitida una utilización mucho mayor de los órganos pélvicos, esta posición actuó medio natural de insuflación llenando la pelvis con aire.

Utilizando la combinación de estas características nuevas, **Palmer** estableció su estadificación preoperatoria optima, que finalmente condujo en la década de los 60 a la realización de procedimientos quirúrgicos que antes no se habían realizado, fue uno de los pioneros más influyentes en el área de esterilización laparoscópica, trabajo continuamente para mejorar la técnica utilizando instrumentación Monopolar al principio, antes de que los métodos bipolares se hubieran perfeccionado.

Otros procedimientos quirúrgicos realizados por Palmer de esta manera incluyen la electrocoagulación de los cuernos uterinos, el drenaje de los quistes ováricos y la lisis de las adherencias.

Palmer también se considera el primer laparoscopista en reconocer la importancia crítica de controlar la presión de la insuflación. Los aspectos fisiológicos de la presión intraabdominal, se comprendieron tan poco, que los detalles no se resolvieron hasta la década de los 60. Antes del descubrimiento de **Palmer**, muchos pacientes morían por embolia gaseosa causada por complicaciones de insuflación. **Palmer** definió con precisión las unidades máximas de presión tolerable (25mmHg), fue una mejora muy necesaria, que hizo que finalmente la laparoscopia fuera un método quirúrgico mucho más seguro y predecible. Y este nivel tiene que mantenerse monitorearse continuamente durante todo el

procedimiento, y que la velocidad de la insuflación debe limitarse a 400-500cc por minuto .y finalmente reconoció la superioridad del CO2 para la insuflación y cambio a ese medio o lugar del oxígeno atmosférico comúnmente utilizado.

Cambio el enfoque de la laparoscopia del abdomen superior al inferior con la combinación con la posición T profunda, el intestino y otras vísceras cayeron hacia la parte superior del abdomen, de esta forma el laparoscopista pudo realizar las entradas de aguja de trocar y **Janos Veress** con un mayor grado de seguridad comprobada.

La publicación de **Palmer** de 1947, que detalla estas innovaciones y su uso en sus primeros 250 casos resulto un trabajo sorprendente en toda Europa y fue muy influyente para ayudar a que la laparoscopia fuera aceptadas en la práctica ginecológica. En 1958 **Palmer** realizó unos de los avances más cruciales, para la laparoscopia quirúrgica para introducir sus pinzas especialmente diseñadas, equipadas con un componente de electro cauterización que podría tomar biopsias de ovario en forma segura luego este instrumento fue utilizado para ser ligadura de trompas. La invención de este fórceps le dio fama inmediata a Palmer en los Estados Unidos especialmente, se convirtió en el cirujano ginecológico que había superado los límites de lo que se creía posible para la laparoscopia quirúrgica ginecológica.

En 1961 con **R Klein**, fueron los primeros en ver un ovocito humano por vía laparoscópica.

En la década del 50 se hicieron avances tecnológicos que Palmer se adaptó rápidamente, como fue la introducción en 1952 de la iluminación de la barra de cuarzo, se convirtió en un método práctico solo cuando la iluminación se volvió 100 veces más potente. Esto se logró primero en Francia con la instrumentación **Fourestier Vulmiere**. Utilizando esta nueva fuente de luz, Palmer se convirtió en uno de los primeros en adaptar la película y las tecnologías fotográficas para su uso con el laparoscopio. Convirtiéndose en su primera película a color de una cirugía pélvica en vivo en 1955. **Palmer** ayuda revitalizar la

laparoscopia en los Estados Unidos influyo no solo en su propia generación sino también en la siguiente, generación de endoscopista, incluidos los que serían líderes de las épocas de 1960-1980, como **Behrman, Melvin Cohen, Manhes, Richard, Fikentscher, Patrick Steptoe, Robert Neuwirth, Jacques, Rioux y Víctor Gómel**. Cada uno de estos ginecólogos trabajaron con **Palmer** en Francia y regreso a sus lugares de origen para ayudar a promover el desarrollo laparoscópico en los Estados Unidos, y Canadá.

Su lista de avances técnicos no tenía precedentes para su época. Fue un investigador prolífico, publicando en su vida más de 800 artículos y varios libros, Tal vez de la mayor importancia, es recordado como un querido maestro y mentor, cuyo espíritu generoso por la enseñanza finalmente sirvió para influir indirectamente en el campo completo de la cirugía mínimamente invasiva.

En conclusión fue en uno de los padres de la laparoscopia ginecológica mientras sus logros incluyen el restablecimiento de la laparoscopia ginecología en Europa – América. Primero en sugerir métodos más seguro y el control de insuflación, la primera recuperación en la laparoscopia de ovocito, y la primera en lograr avances en realización de los procedimientos rutinarios de procedimientos ginecológicos quirúrgicos, utilización del electrocauterio con pinzas diseñadas especialmente y por último la primera película de un procedimiento laparoscópico ginecológico en vivo.

En 1950, **Fourestier** en Francia y **Hopkins** en Gran Bretaña dan un impulso trascendente a la aplicación de la energía eléctrica, sistemas luminosos y ópticos en los endoscopios.

Frangenhein, en 1958, dio inicio a una serie de publicaciones las cuales hacen que en la actualidad ocupe un lugar privilegiado en el mundo de la endoscopia. En 1959, publicó el primer libro dedicado a la laparoscopia ginecológicas, el cual por su calidad alcanzó amplia difusión en todo el mundo.

Revolución Total y Futurista con el Cirujano Ginecólogo e Ingeniero Alemán **Dr. Kurt Karl Semm**^{(*)(**)(***)(****)}, nace el 23 de marzo de 1927 en Munich, Alemania .

En la segunda mitad de la década de 1960 aparece en el mundo de la endoscopia el alemán. **Semm**; la creatividad de este autor dio lugar a la publicaciones de múltiples trabajos científicos y a la aparición de instrumentos dedicados a la técnica y terapéuticas que el denominó “Pelviscopia”; por su gran valía y personalidad ha dado un gran impulso a la laparoscopia.

En la década de 1960, **Semm** comenzó a utilizar la laparoscopia, para indicaciones ginecológicas, inicialmente como una herramienta de diagnóstico, pero pronto se dio cuenta de que el abordaje laparoscópico tenía potencial para la cirugía Laparoscópica. Su experiencia como fabricante de herramientas le permitió fundar la compañía de instrumentos médicos WISAP en 1959, lo que permitió desarrollar numerosos instrumentos, entre ellos un insuflador de CO2 electrónico automatizado, manipuladores uterinos, termocuaguladores para detener el sangrado y dispositivos de nudos endoscópicos intracorpóreos para amarrar vasos o eliminar órganos.

Cuando **Semm** introdujo la cirugía laparoscópica en la Universidad de Kiel- Alemania, tuvo que someterse a un escáner cerebral a petición de sus compañeros de trabajo ya que “solo una persona con daño cerebral podría realizar dicha cirugía laparoscópica”. Durante la década de 1970, **Semm** fue pionero en numerosas operaciones ginecológicas laparoscópicas, de modo que al final de la década habría realizado miomectomías, ovariectomías, resecciones de quistes ováricos, extirpaciones del embarazo tubárico y otras.

* Dr. Kurt Karl Semm: Atlas de laparoscopia ginecológica e histeroscopia. Saunders, Filadelfia 1977, ISBN-0-7216- 8063-1.

** Dr. Kurt Karl Semm: (1983). “Apendicectomía endoscópica”. Endoscopia 15 (2): 59-64.doi:10.1055/s-2007-1021466PMID6221925.

*** Dr. Kurt Karl Semm: Pelviscopy-directrices operativas para “cirugía mínimamente invasiva” siguiendo una clasificación orientada al órgano WISAP, Sauerlach b. Munchen.

**** Dr. Kurt Karl Semm: (1991). “Pasos quirúrgicos técnicos de la apendicectomía endoscópica”. Langenbecks Arch Chir.376 (2):121-6 PMID 1829131.

El 13 de septiembre de 1980, **Semm** realizó la primera “**apendicetomía laparoscópica**” abriendo el camino para una aplicación mucho más amplia de cirugía mínimamente invasiva, al principio, su operación fue duramente criticada. Los primeros intentos de publicarlo fueron rechazados, y el American Journal of Obstetrics and Gynecology indicó que su técnica era “antiética”. El presidente de la sociedad quirúrgica Alemana, exigió que se suspendería a Semm de la práctica médica. Pero **Semm** fue incansable en la defensa de sus técnicas y gradualmente consiguió que los cirujanos se interesen y lo apoyaran.

*****Semm** produjo más de 700 publicaciones y habló en más de 1.300 reuniones y convenciones nacionales o internacionales. Hizo más de 1000 mejoras a los instrumentos laparoscópicos. Fue pionero en Cirugía Mínimamente Invasiva y es el padre de la Laparoscopia Moderna.

En 1985 el **Dr. Erick Muhe***** ** mostro que el abordaje laparoscópico de **Semm** podía aplicarse para colecistectomía y se convirtió en el estándar de oro en una década. Con la aceptación de la cirugía general, la cirugía mínimamente invasiva amplió sus aplicaciones.

En América Latina en Cuba con **Dr. Raimundo Llanio** quien en 1956 realizó los primeros casos de laparoscopia de urgencia y llegó a simplificar el método que fue el desarrollado por el **Dr. Pablo Briceño Pimentel**. Sus resultados cada vez más exitosos han contribuido al convencimiento de la importancia del estudio en Gastroenterólogos, Cirujanos y Ginecólogos de las ventajas de utilizar este método diagnóstico.

Para 1984, en el Instituto Nacional de Gastroenterología de la Habana-cuba, se había realizado 75.000 laparoscopias de urgencia. A través de

*****Reynolds Walker: The First Laparoscopic Cholecystectomy, JSLS 2001 Jan –Mar: 5 (1) 89-94.

*****Jani K, Rajan PS, Sendhikumar K, Palanivelu C (noviembre de 1985) "veinte años después de Erick Muhe: controversias persistentes con el estándar de oro de la colecistectomía laparoscópica". J. Minim Access Surg. 2006 Jun; 2 (2): 49-58.22 (5):870-2.PMC 268549. PMID 2997273.

*****Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW (agosto de 1992)."Colecistectomía laparoscópica. ¿El nuevo estándar de oro"? Arch Surg.127 (8):917-21 discusión 921-3. doi:10.10001/archsurg.1992.01420080051008.PMID. 1386505.



Raimundo Llanio

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

COMPETENCIAS
- Liderar equipos
- Gestionar recursos
- Comunicarse efectivamente
- Resolver problemas
- Trabajar en equipo

la experiencia en la Escuela Cubana de Laparoscopia, se ha podido simplificar la técnica de la laparoscopia y ampliar su indicaciones.

En Venezuela en 1950 fue en la Cruz Roja, al comienzo de la década de los años 50 cuando se realizaron las primeras laparoscopia dirigida por el **Dr. Ricardo Baquero González**, insigne cirujano, luego el **Dr. Víctor Benaim Pinto** inicio su Escuela Ginecológica y considera el gran formador de laparoscopia en el país. En la escuela de la Cruz Roja Venezolana se han formado ginecólogos con gran dominio del método tales como los doctores **Díaz Bruzual, Quintero Monasterios, Rodríguez Armas** y en la provincia el doctor **Lairet**.

En 1986 fue el gran auge de la laparoscopia en nuestro país, ha sido en el área ginecológica y en la actualidad se está iniciando al Cirujano General en la utilización del método en el diagnóstico del abdomen agudo y a toda patología abdominal en la cual esté indicado dicho estudio, a tal fin en el Cátedra "B" Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas funciona un salón de laparoscopia desde enero de 1989 y con el tiempo se ha demostrado lo simple del método y sus ventajas diagnósticas.

*Llanio Raimundo y Col: La laparoscopia de urgencia (estudios de 3.261 casos) X II Congreso Panamericano de gastroenterología Buenos Aires Argentina.

** Llanio Raimundo; La laparoscopia en Urgencias. Editorial Científico- Técnico La Habana-Cuba 1977.

DEL IMPULSO TOMADO POR LA LAPAROSCOPIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS CATEDRA "B" SERVICIO II SE LLEGARON A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

1984-1990. DR.PABLO BRICEÑO P.

- 1. La laparoscopia es una técnica establecida por el examen abdominal, ocupa un lugar intermedio en cuanto a complejidad y seguridad entre la exploración física y laparotomía exploradora.*
- 2. La técnica simplificada e instrumental moderna ha mejorado progresivamente tanto en la seguridad como la eficacia diagnóstica del método.*
- 3. La aceptación y practica del método en nuestro país ha sido del dominio del ginecólogo pero actualmente con el auge de la endoscopia, muchos cirujanos aprecian sus grandes ventajas diagnósticas y terapéutica.*
- 4. La indicación para la laparoscopia se extiende a medida que el cirujano que la emplea gane experiencia y seguridad.*
- 5. El examen del hígado y la biopsia hepática o de otro órgano intraabdominal, dirigida por la laparoscopia cobra gran importancia.*
- 6. La laparoscopia puede resolver el dilema diagnóstico de operar o no a un paciente con Neoplasia maligna intratoraxica o de otra localización que muestra una anomalía hepática al examen físico en las pruebas bioquímicas o en la gammagrafía hepática.*
- 7. La laparoscopia no debería ser considerada como sustituto de la laparotomía, puesto que las finalidades de estos dos procedimientos deberían ser diferentes.*
- 8. El éxito diagnóstico de la laparoscopia depende en primer lugar del apropiado uso clínico del procedimiento y de la experiencia del cirujano.*



Pablo Briceño

9. *el aspecto diagnóstico competitivo con la laparotomía exploradora, es raro en estos momentos encontrar un cirujano bien informado, que nos reciba con agrado a la laparoscopia como el procedimiento mejor para resolver con seguridad y rapidez a los problemas diagnóstico que concierne al abdomen.*
10. *Las limitadas contraindicaciones, perfeccionamiento constante, su reducida morbimortalidad y su excelente resultados han llevado a laparoscopia ginecológica a ocupar lugar de privilegio en el quehacer diario del Cirujano y Ginecólogo.*
11. *Aptitud ante el paciente ha variado considerablemente desde la iniciación en la práctica laparoscópica.*
12. *La laparoscopia debería figurar como materia en el baremo del Post-grado en la formación de la cirugía general.*

“Se estaban sentando las bases científicas y académicas de un positivismo lógico, para el gran salto de la próxima década, que vendría a hacer la Cirugía Laparoscópica, que resonaría en todos, los ámbitos quirúrgicos nacionales e internacionales. El primer paso sería la colecistectomía por video laparoscopia y luego la apendicetomía. Hasta llegar a los otros órganos y a laparoscopia avanzada”.

G.A.B.P

Inés Benítez C



**INICIO UNIVERSITARIO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.
COLECISTECTOMIA POR VIDEO-LAPAROSCÓPICA DOCENCIA AL
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL**

Ha transcurrido, un largo espacio y un tiempo finito desde la génesis y el desarrollo de la Cirugía Laparoscópica desde 1986 hasta nuestros días 2.023. En 1984 el Dr. Pablo E. Briceño Pimentel, Miembro docente de la Cátedra "B" Servicio II, (Prof. Agregado), realiza en su año sabático entrenamiento de Laparoscópica Ginecológica en la Cátedra de Ginecología y Obstetricia y de la cual era Jefe Dr. Rubén Quintero Monasterios; El Decano Dr. Rosendo Castellanos, le permite realizar un curso de entrenamiento en la Habana, República de Cuba, con el Dr. Raimundo Llanio, pilar fundamentalmente de Laparoscopia Latinoamericana.

Este entrenamiento lo realizo del 11 al 25 de Agosto de 1984, en el Instituto de Gastroenterología de la Habana y fue en Laparoscópica Emergencia en Abdomen Agudo. Al regreso a Venezuela, el Dr. José Antonio Morreo Bustamante, Jefe de la Cátedra "B" Servicio II, autoriza y modifica la sala de cura y la transforman en una Sala Laparoscópica Diagnostica, donde se iniciaron los primeros cursos de laparoscópica diagnostica.

Y desde allí se inició a una programación docente dirigida a la enseñanza Laparoscópica Diagnostica simplificada, ampliando la metodología aprendida con el Dr. Raimundo Llanio y la Dra. Graciela Jiménez Mesa. La Cátedra "B" Servicio II en el Hospital Universitario de Caracas fue el iniciador de la enseñanza de esta técnica laparoscopia. En esta sala laparoscópica y con los apoyos de los Dres. José Antonio Morreo, José A Ferrer, Néstor Chacón Escalante. Se fue evolucionando de la laparoscopia diagnostica y con todo el bagaje de hacer la curva de aprendizaje, nuestros primeros pacientes fueron de la Cátedra "B", luego de las otras Cátedras - Servicios y a posterior otros hospitales del área metropolitana.

(En 1988 avanzamos a otros tipos de procedimientos quirúrgicos):

1. Esterilización Quirúrgica
2. Biopsia Hepática



DR. JOSE MORREO

3. Masas Intradominales.
4. Trabajos Científicos, donde se plasma la experiencia laparoscópica hasta 1989.

Luego de tres (3) años de funcionamiento de la Sala de Laparoscopia Diagnostica. El Dr. Pablo Briceño Pimentel, presenta su trabajo de ascenso a Profesor Asociado, en Octubre de 1988 dicha monografía, donde se presentó la experiencia cuantificada de la Cátedra "B" en Laparoscopia Práctica, con (351) trescientos cincuenta y un casos.

El VIII Congreso Latinoamericano de Cirugía Felac 89 y el XX Congreso Venezolano de Cirugía pautado para el 12 al 17 Marzo de 1989, por las condiciones políticas reinantes en el país fue trasladado para el mes de junio, la Cátedra "B" presento los siguientes trabajos:

Trabajos Libres:

1. Laparoscopia Simplificada: Briceño Pablo.
2. Experiencia de Laparoscópica Diagnostica en un servicio de Cirugía General: Briceño Pablo y col.
3. La Esterilización Quirúrgica Endoscópica: Experiencia en un servicio de Cirugía General: Briceño Pablo y col.

Videos:

1. Esterilización Quirúrgica Endoscopia Utilizando el Clip de FILSHIE Ventajas ante otras Técnicas de Anticoncepción: Dr. Briceño P Pablo.
2. Laparoscopia Practica: Dr. Briceño P Pablo.

En octubre de 1989 el Dr. Pablo Briceño P, con el Jefe de la Cátedra "B" Servicio Cirugía II, asiste al Congreso del Colegio Americano de Cirujanos, realizado en la Ciudad Atlanta – Georgia –Estados Unidos, donde se presenta por primera vez como algo muy novedoso; una técnica nueva: La Colectectomía asistida por video laparoscopia, paso histórico importantísimo para la cirugía general y el cirujano.



DR. ALBERTO FERRER

En Abril de 1990; se realiza el II Congreso Mundial de Cirugía Endoscopia en Atlanta –Georgia – Estados Unidos auspiciado por, I.F.S.E.S., (Internacional Federation Of Societies of Endoscopy Surgeons) w.w.w.i.f.s.e.s.org, bajo la presidencia del Prof. Dr. G. Bercy, asistieron por Venezuela el Dr. José Ferrer F, Dr. Pablo Briceño P, Dr. Álvaro Sánchez y Dr. E. Souchon V.

A su regreso el Dr. Ferrer Jefe de la Cátedra planteo la creación de la Unidad de Laparoscopia del Servicio a tal fin el Dr. Briceño expone los motivos del Departamento de Cirugía. (Dr. Cesar Aure 1984- 1991) Jefe del Departamento.

En Venezuela, se comienza la Docencia en la enseñanza de Laparoscopia Básica y la Cátedra “B” de Servicio Cirugía II, junto con la Sociedad Venezolana de Cirugía se hace realidad el (1er) primer curso de laparoscopia en la jornada de Cirugía realizadas en Cumana: Edo Sucre en junio 1990.

En Julio de 1.990 con la aprobación de la Jefatura del Departamento de **Víctor Grossmann Siegert**⁽⁺⁾, Dr. Antonio Paris Director de la Escuela Luis Razetti” y el **Decano Simón Muñoz Armas**.⁽⁺⁾

SE INICIA LA ERA UNIVERSITARIA DE LA LAPAROSCOPIA Y SU SOPORTE HISTÓRICO DEL POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL Y LUEGO A LAS OTRAS ESPECIALIDADES.

En Agosto de 1990 se entrena con el **Dr. Moisés Jacobs** en el Hospital Baptist de Miami el Dr. **Barry Mackernan** y **Wuilliams Saye** en la ciudad de Marietta Georgia -USA. Realizo curso en octubre de 1.990 en la Ciudad de Nashville Tennessee con el Dr. **Eddie Redick** .

Desde ese momento dicha unidad se dio, a la tarea de prepararse para la técnica, y la realización de Colectomía por video laparoscopia que teníamos un paso muy adelantado, que era el dominio de la Laparoscopia Básica y su aprobación universitaria.

Entre Julio y Diciembre de 1990, la Cátedra “B” realizo (3) Tres Cursos para Cirujanos Generales, que se deseaban aprender los principios

Básicos y Generales de la Cirugía Laparoscópica mientras se esperaba la llegada del equipo de laparoscopia des USA. **En Noviembre de 1990 realizamos la primera Colectomía Laparoscópica en nuestra Cátedra-Servicio** con todo éxito y en Marzo de 1991, comenzamos la formación adiestramiento de todo el personal adjunto de la Unidad y no solo con los miembros del Servicio sino también con el Servicio de Cirugía I, y la Cátedra “C” Servicio de Cirugía III.

Cirujano:

Dr. Pablo Briceño Pimentel.

Ay (1), Ay (2) y Anestesiólogo.

Aplicamos para formar parte del SAGES (Sociedad Americana de Cirujanos Endoscopistas Gastrointestinales) de la cual somos miembros desde el año 1991.

Desde febrero de 1991, la Cátedra del Servicio “B” Cirugía II. Ha sido pionero en la Docencia enseñanza y realización de los cursos de laparoscopia básica. En el Congreso Venezolano de Cirugía del 10 al 15 de Marzo de 1991, en Valencia: Edo Carabobo, presento Dos (2) Trabajos Libres:

1. Entrenamiento Laparoscópico para Cirujanos Generales:

Dr. Pablo Briceño P y col. Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía II. Unidad de Laparoscopia.

Contrariamente a los que piensan algunos Endoscopistas el Cirujano General por tener conocimiento y gran dominio de la Anatomía Topográfica del Abdomen y la Pelvis es el que está mejor capacitado para el diagnóstico y terapéutica de las diferentes patologías que se pueden hacer utilizando el Laparoscopia.

El cirujano general no tenía mucho interés en aprender el método Laparoscópico ni siquiera para el diagnóstico, pero desde el año 89 con la aparición de la Colectomía Endoscópica, el cirujano general ha querido aprender Laparoscópica básica para realizar dicho método.

Como nuestra unidad se inició en 1986 y ya se han realizado 680 Laparoscopia Diagnostica, nos dimos a la tarea de iniciar talleres (Teórico-Práctico) para la enseñanza de Laparoscopia y en la cual los principales objetivos son:

- 1. Familiarizar el Cirujano con todo el instrumental e existente.**
- 2. Indicaciones y contraindicaciones.**
- 3. Resolver cualquier complicación.**
- 4. Técnica simplificada de Laparoscopia.**

Insistimos con los talleres que realizamos queremos lograr que un Cirujano General que se va iniciar en cualquier método terapéutico por Laparoscopia debe por lo menos tener entrenamiento en Laparoscópica Básica.

2. Colectomía Laparoscópica.

Equipos, Técnica y Futuro Dr. Briceño Pimentel, Pablo. Hospital Universitario de Caracas. Servicio de Cirugía II. Unidad de Laparoscópica. La laparoscópica era hasta hace poco tiempo un método de diagnóstico y terapéutico que manejaba el ginecólogo y el Gastroenterólogo. Con el advenimiento de la colectomía por laparoscopia, el cirujano se ha dado cuenta las ventajas del método laparoscópico.

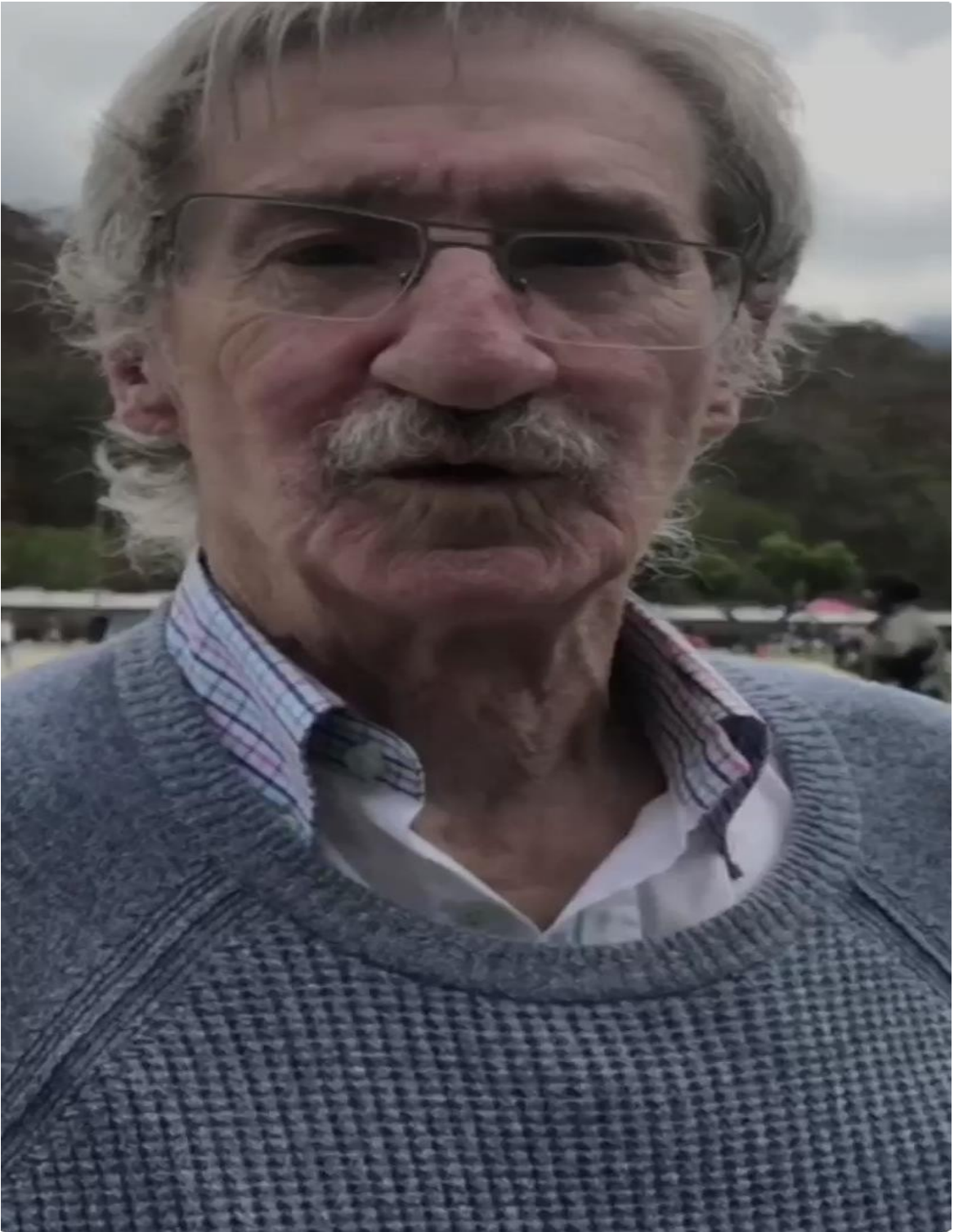
La colectomía endoscópica es un método reciente, iniciando por médicos Franceses y luego por Alemanes y Americanos.

En octubre de 1991, con la aprobación de la Facultad de Medicina de la Universidad

Central de Venezuela Escuela "Luis Razetti" (Dr Antonio Paris, Director y el Decano Simón Muñoz y el (Dr. Víctor Grossmann⁺) Jefe del Departamento de Cirugía y la Unidad de Laparoscopia de la Cátedra "B" Servicio II, del Hospital Universitario de Caracas, el Dr. Pablo Briceño Pimentel dicta su primer curso Universitario en Venezuela.

Curso – Taller "COLECTECTOMIA LAPAROSCOPICA"

18 -19 de Octubre de 1991



ANTONIO PARÍSPANTALONE



DR. SIMON MUÑOZ ARMAS

Dr. Gustavo Adolfo Benítez Pérez.
Jefe del Departamento de Cirugía. Jefe (e) de la Cátedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "A". Servicio de Cirugía I.
Hospital Universitario de Caracas.



Equivalente a 15 Horas Créditos Aprobadas por la Federación Médica Venezolana.

Fueron grandes auspiciadores:

Dr. Antonio Paris, Dr. Víctor Grossmann Siegert⁽⁺⁾, Dr. Simón Muñoz A⁽⁺⁾.

Director del Curso –Taller

Dr. Pablo Briceño Pimentel, otros integrantes del curso.

Dr. Gustavo Baquero Aristigueta .

Dr. Hermogenes Malave.

Dr. Julián Viso⁽⁺⁾ – Parte Anatómica

Con ese Curso Taller, me inicié en el nuevo mundo de la palpitante cirugía Laparoscópica.

En octubre de 1992, curso de Cirugía Laparoscópica de Hernia y Colon con el Dr. Sergio Larah en Miami-Florida.

Hemos dictado 6 cursos –Talleres de Colectomía Laparoscópica, a los cuales han asistido 258 Cirujanos de todo el País y de la República de Colombia.

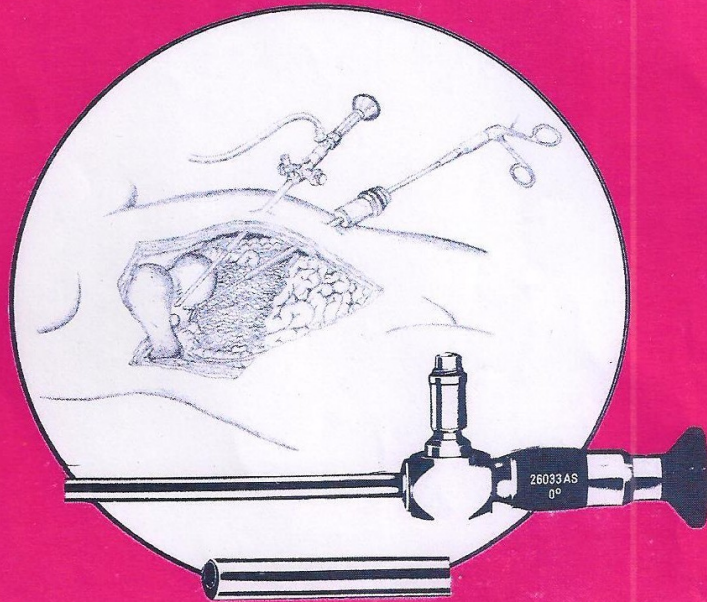
A partir de 1992-1993, cada Cátedra – Servicio del HUC, se lanzó en una proyección Quirúrgica Laparoscópica.

CÁTEDRA “A” CIRUGÍA I	CÁTEDRA “C” CIRUGÍA III	CÁTEDRA “D” CIRUGÍA IV
Arturo Soto	Gustavo Benítez	Oscar Rodríguez
José Ferrer	Juanita Gomis ⁽⁺⁾	Raúl Ferro
Emigdio Balda	Rafael Belloso	Rafael Ramírez
Pablo Hernández M	Sami Zobhy ⁽⁺⁾	Héctor Cantele

**ANEXO TEXTUALMENTE, PARTES DE ESE TRIPTICO CURSO-TALLER,
DEL 18-19 DE OCTUBRE DE 1991.**

**OCTUBRE-CURSO-TALLER
CURSO-TALLER 18-19-20 -1991**

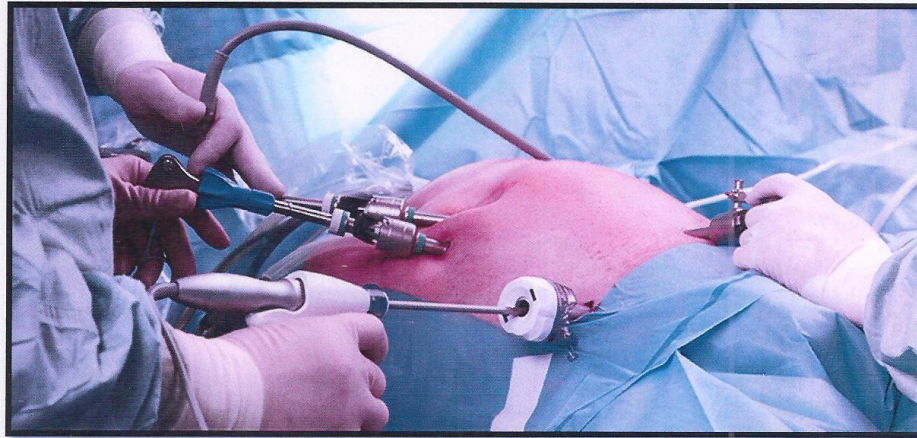
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



Curso Taller
UNIDAD LAPAROSCOPICA
CATEDRA - SERVICIO CIRUGIA II
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

DIRECTOR DEL CURSO
Dr. Pablo Briceno Pimentel
MTSVC - FACS - FICS - FSAGES

18-19 de Octubre de 1991 3



Octubre 91 Curso-Taller 3

TECNICA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

*Coordinador de la Unidad de Laparoscopia
De la Catedra-Servicio de Cirugía II
Hospital Universitario de Caracas
Curso-Taller 18-19-20 -1991*

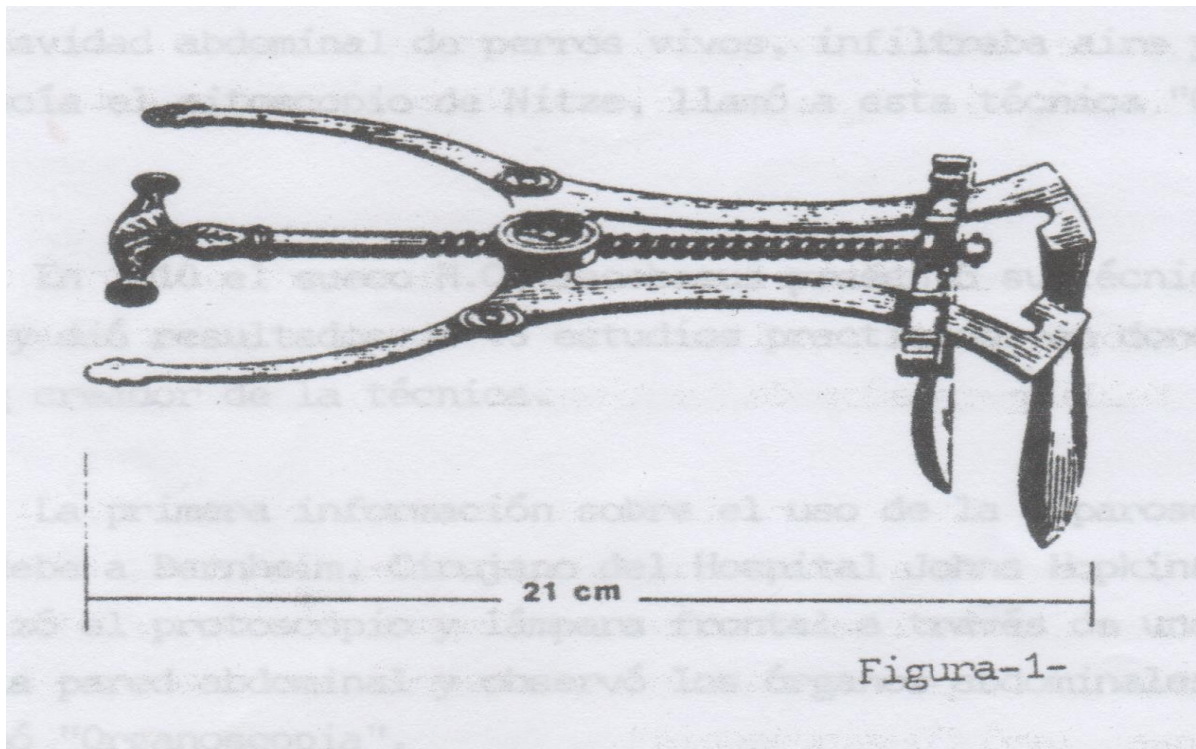


“LA LAPAROSCOPIA
ES LA TÉCNICA
MÁS SEGURA
DE QUE SE DISPONE
PARA CERRAR
LA BRECHA DIAGNOSTICA
ENTRE LA VALORACIÓN
CLÍNICA
Y LA EXPLORACIÓN
QUIRÚRGICA”

ASPECTOS HISTORICOS

Hoy en día, en la era de diagnósticos a través de imágenes, la historia médica continua siendo de gran valor en el diagnóstico del paciente, acompañada a los ya tradicionales métodos de exploración como la inspección, palpación, percusión y auscultación. La endoscopia nos revela el interés de los médicos antiguos por tratar el examen externo del enfermo mediante un “Mirar por Dentro”; así lo describe ya el principal representante de la Escuela Kos, Hipócrates II, Llamado 2 “EL Grande” (460-375 A.C.).

En Pompeya (caída en el año 70 D.C.)se halló un especulun vaginal técnicamente perfeccionado (Fig. N°.1).



La primera lámpara para la Exploración Endoscópica se la debemos al Ginecólogo Arnaud (1768), el cual utilizo ya en su época pequeñas linternas para la iluminación en medicina.

El nacimiento de la Endoscopía Moderna nos llega de la mano de Bozzini en 1805, médico Alemán que fue el primero en visualizar una cavidad corporal gracias a un espejo reflector, velas y una cánula uretral con lo que observo la uretra y la vejiga en un animal de experimentación.

En 1926, Segalas añadía una cánula al tubo endoscópico y sistema de espejo para reflejar la luz dentro de la cavidad, pero fue sin embargo Dosormeaux quien en 1853 desarrollo el primer cistoscopio útil.

En 1980 Edison inventa una lámpara incandescente y tres años más tarde Newmann de Glasgow la aplico en la endoscopia. G.

Kelling, cirujano, demostró por primera vez el uso de la endoscopia en la exploración de cavidades cerradas, por medio de una aguja en la cavidad abdominal de perros vivos, infiltraban aire y seguidamente introducía cistoscopio de Nitze, llamo a esta técnica "Celioscopia".

En 1910 el sueco H.C. Jacobaeus presento su técnica sobre laparoscopia y di resultados de 45 estudios practicados en donde reconocía a Kellin creador de la técnica.

La primera información sobre el uso de Laparoscopia en E.E.U.U. se debe a Bernheim, Cirujano del Hospital Johns Hopkins, el cual en 1911 utilizo el protoscopio y lámpara frontal a través de una pequeña incisión en la pared abdominal y observo los órganos abdominales, técnica a la que llamo "Organoscopia".

En febrero de 1913, L. Renon presentó en la Sociedad Médica del Hospital de Paris sobre las laparoscopias efectuadas según la técnica de Jacobaeus²⁴.

En 1920, B.H. Orndoff de Chicago realizo una serie de innovaciones en el campo de la laparoscopia: aconsejo sustituir el aire por el oxígeno para efectuar el Neumoperitoneo; creo un trocar de punta piramidal destinado a introducir el laparoscopía; aconsejo utilizar trasluminacion con el fin de identificar con facilidad los vasos de la pared abdominal, denominada el procedimiento "Peritoneoscopia".

En 1920 Zollikofer⁶⁶, en Suiza sustituye el oxígeno por el Dióxido de Carbono para producir Neumoperitoneo y señala a la laparoscopia como una técnica insustituible para estudiar las afecciones hepáticas.

Por la misma fecha el Dr. Sleine de E.E.U.U. trabajo ampliamente esta técnica y la denomino "Abdominoscopia".³¹⁻³²

En 1925, el Italiano Reidi introdujo el termino Esplacnoscopia. Kalk²⁵⁻²⁶ y Henning en 1925 fueron los introductores de la laparoscopia en Medicina Interna y los primeros en utilizar la segunda punción para realizar biopsia Hepáticas. Publica Kalk más de veinticinco trabajos sobre laparoscopia que dieron impulso en Europa a este procedimiento exploratorio.

A partir de la década de 1930²¹⁻⁵⁴⁻⁵⁵, la laparoscopia ginecológica experimenta un notable progreso tanto en Europa como en Estados Unidos. Stolze propuso sustituir la laparotomía por laparoscopia.

En 1937, se producen importantes innovaciones de esta técnica en ginecología. Se practicaron esterilizaciones tubàricas con energía eléctrica y se emplearon como técnica diagnóstica en el embarazo ectópico. Anderson, de Texas, publico por primera vez 31 casos de sospecha de embarazo extrauterino que gracias a la técnica laparoscópica solo se confirmaron 13 casos.

En 1938⁶⁴, Veress introdujo un tipo de aguja para realizar el Neumoperitoneo. En 1940 Meigs público su experiencia en cuanto al uso de laparoscopia en el diagnóstico y seguimiento del Cáncer de Ovario.

A principios de la década de 1940 aparece el Francés Palmer en el campo de la endoscopia, este autor divulgo sus experiencias que aún no han terminado. Perfecciona la técnica e introduce una serie de adelantos en la exploración del aparato genital de la mujer. En considerado el padre de la laparoscopia ginecológica, fue el quien impulso en forma extraordinaria la difusión de esta técnica en todo el mundo ginecológico, con lo cual logro adquirir un prestigio que indiscutiblemente le pertenece.

En 1952, Fourestica en Francia y Hopkins en Gran Bretaña un impulso trascendente a la aplicación de la energía eléctrica, sistemas luminosos y ópticos en los endoscopios.

Frangenheim, en 1958, dio inicio a una serie de publicaciones las cuales hacen que en la actualidad ocupe un lugar privilegiado en el mundo de la endoscopia. En 1959, publico el primer libro dedicado a la laparoscopia ginecológica, el cual por su calidad, alcanzo amplia difusión en todo el mundo. Zoecler Hole una reevaluación del peritonoscopia. En la segunda mitad de la década de 1960

aparece en el mundo de la endoscopia el alemán K. Semm²¹⁻³⁴⁻⁶⁰⁻⁶¹⁻⁶²⁻⁶³; el ingenio y la creatividad de este autor dio lugar a publicaciones de múltiples trabajos científicos y a la aparición de instrumentos dedicados a las técnicas y terapéuticas que él denominó "Pelviscopia"; por su gran valía y personalidad ha dado un gran impulso a la laparoscopia y a la pelviscopia moderna.

Cuando revisamos la historia de la laparoscopia no podemos dejar de nombrar al Dr. Raimundo Llanio, Cubano³⁵⁻³⁶⁻³⁷ que en 1956 realizó los primeros casos de laparoscopia de urgencia y llega a simplificar el método que fue el que yo aprendí. Sus resultados cada vez más exitosos han contribuido al convencimiento de la importancia del estudio en Internistas, Gastroenterólogos, Cirujanos y Ginecólogos, las ventajas de utilizar método diagnóstico.

Para 1984 en el Instituto Nacional de Gastroenterología de la Habana- Cuba, se realizaron 75.000 laparoscopias de urgencias. A través de la experiencia en la Escuela Cubana de Laparoscopia, se ha podido simplificar la técnica de la laparoscopia y ampliar sus indicaciones. En Venezuela¹⁶⁻³², de lo poco que se conoce en cuanto al inicio del método, pudimos investigar que fue en la Cruz Roja al comienzo de la década de los 50 que se realizaron las primeras Laparoscopias dirigidas por el Dr. Ricardo Baquero González, insigne cirujano, luego el Dr. Víctor Benaim Pinto inició su Escuela Ginecológica y se considera el gran formador de Laparoscopista en el país. En la Escuela de la Cruz Roja Venezolana, se han formado ginecólogos con gran dominio del método tales como los doctores Díaz Bruzual¹⁶, Quintero Monasterio, Rodríguez Armas y en la provincia el doctor Lairé³³. El gran auge de la laparoscopia en nuestro país ha sido en el área ginecológica y en la actualidad estamos tratando de iniciar al Cirujano General en la utilización del método en el diagnóstico del abdomen agudo y toda patología abdominal en la cual este indicó dicho estudio, a tal fin en el Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas funciona un Salón de Laparoscopia desde enero de 1976 y con el tiempo se ha demostrado lo simple del método y sus ventajas diagnósticas.

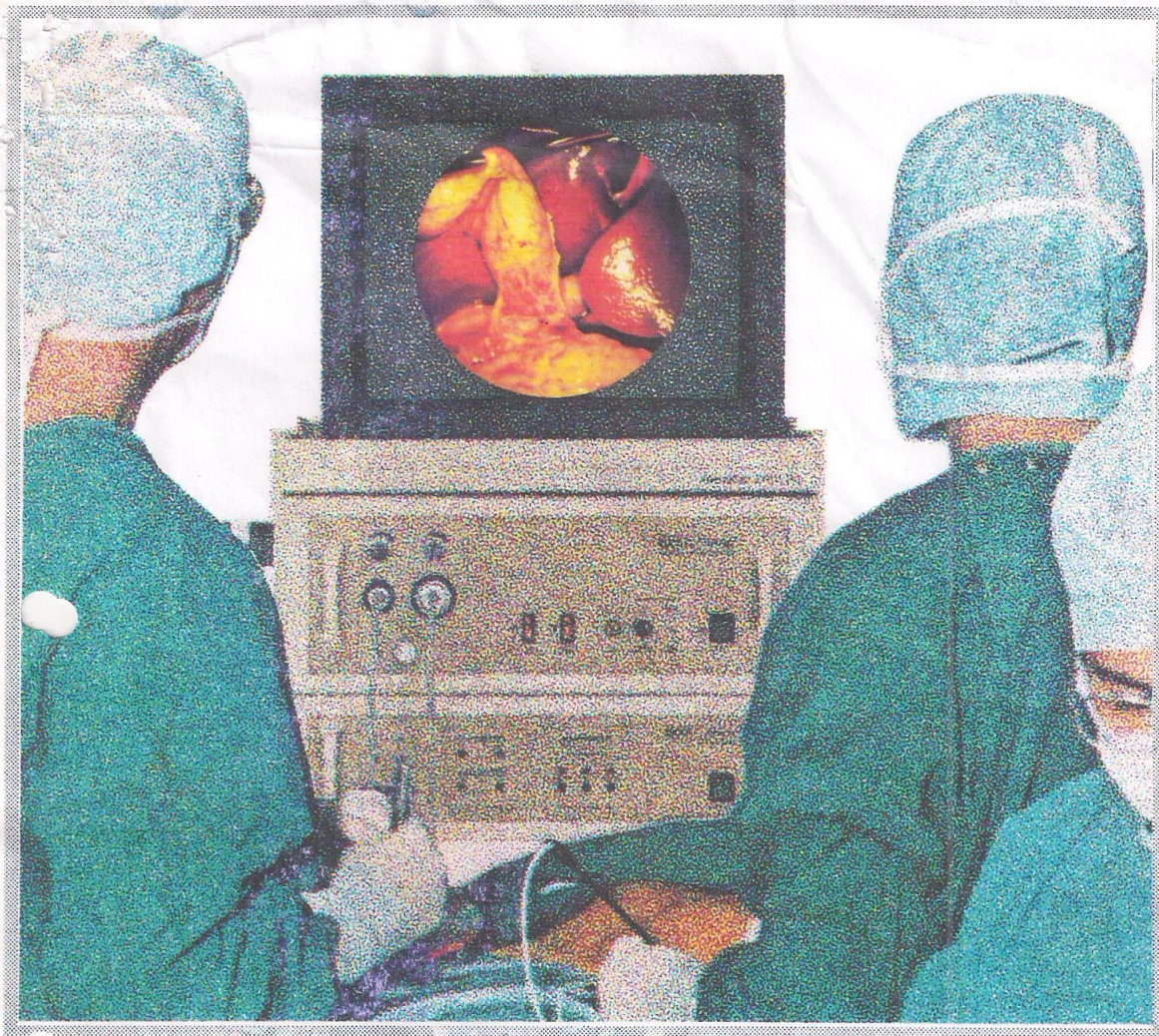
BREVE HISTORIA DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Son pocos los Cirujanos Generales que han desarrollado por espacio de muchos años y como método diagnóstico antes del advenimiento de la Colecistectomía, el arte de la Laparoscopia, entre ellos el Dr. George Berci (U.S.A.); y en el área operatoria (el Dr. Cruschieri Inglaterra) ¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵ Dr. Raúl Palmer⁴³ Francia, Kurt Semm Alemania.

Para mediados de 1987, en la ciudad de Lyon (Francia) se realizó la primera Colecistectomía Laparoscópica y los franceses Mouret⁸⁻¹⁰³⁹⁻⁵⁷, Dubois¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰ y Perissat⁴⁵⁻⁴⁶, publicaron sus primeras experiencias en base a este tipo de intervenciones. Para el año 1989, los norteamericanos Save y Mackernnan³⁸ (Atlanta) y el Dr. Reddick^{52,53} (Nashville), presentaron en la Reunión Anual del Colegio Americano de Atlanta (U.S.A.), sus primeras experiencias, reforzando sus exposiciones con videos.

Para febrero de 1990, en el II Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica, ya había una gran cantidad de cirujanos realizando este método, entre los cuales podemos mencionar a los Dres. Berci⁶, Zucker⁵⁻⁶⁷⁻⁶⁸⁻⁵⁸, Rubio, Olsen⁴², Jacobs. En nuestro país, sobre todo en las ciudades de Maracaibo, Valencia y San Cristóbal, existen cirujanos que practican este procedimiento con bastante éxito. La popularidad de la Colecistectomía Laparoscópica y la extirpación de la Vesícula, han logrado que los profesionales en la medicina, quieran aprender todo lo relacionado a este procedimiento sin precedente. Cabe destacar que la gran mayoría de nuestros cirujanos de la Catedra, actualmente están en capacidad de enseñar este proceso endoscópico, el cual llegó para quedarse. Nota: históricamente y a posterior vino la presentación del profesor Alemán Eric Muhe⁴⁰⁻⁴¹, donde presento su estadística en colecistectomía por video laparoscopia, dicha publicación fue en idioma Alemán y paso cierto tiempo histórico, en llegar al resto de Europa (Acta Lagenbeck).

En América Latina²⁸⁻²⁹⁻³⁰ (Argentina el Dr. Aldo Kleiman en la década de los 80 (1987) en su tesis doctoral publico colecistectomía en ovejas Rev Arg Cir 32:317-320, 1987.



***COLECISTECTOMIA
ASISTIDA
POR VIDEO-LAPAROSCOPIA***

*Pablo Briceño Pimentel
Médico Cirujano*

Marzo 1994
Trabajo presentado ante la
Universidad Central de Venezuela
para optar al ascenso de
Profesor Titular en el
Escala fón Universitario

INTRODUCCION 7-9-11-22-23-44-47-48-49-50-51

En los actuales momentos, a la Cirugía General se le abre un horizonte más amplio de lo que antiguamente, se le había reconocido, con el comienzo de la Cirugía Laparoscópica, la cual, es esencia, la misma Colectomía que hemos realizado, excepto que la puerta de entrada es hora cuatro (4) pequeños puntos, en sustitución de la tradicional incisión.

Este tipo de cirugía ha abierto un panorama muy halagador al Cirujano General. Durante muchos años, la Endoscopia fue el dominio exclusivo del Ginecólogo y del Gastroenterólogo, sobre todo con la llega de la Fibra Óptica, ya que el cirujano realizaba la Rectosigmoidoscopia con el Endoscopio Rígido. El objetivo primordial de este curso es el de demostrar que actualmente es aceptado en todo el mundo quirúrgico,

La Endoscopia Gastrointestinal y que esta constituye la parte fundamental de la práctica en la Cirugía General, incluyéndose como punto de estudio en los pensum de los Postgrados de la Cirugía General.

El cirujano es el más capacitado en el área de reconocimiento de la anatomía Topográfica e identificación de lesiones, para poder tratar de inmediato la dolencia del paciente.

La enseñanza de la Cirugía Endoscópica es igual a la enseñanza de cualquier procedimiento quirúrgico y va a depender de la habilidad del operador así como los procedimientos tradicionales. Los expertos de la materia recomiendan a los cirujanos, iniciarse en este tipo de cirugía, con casos sencillos como son aquellos pacientes no obesos, sin intervenciones anteriores en el abdomen superior, antecedentes de Ictericia, Litiasis Biliar, cálculos grandes o procesos agudos. Los resultados obtenidos en los pacientes operados por el proceso de Laparoscopía, presenta un índice menor de morbilidad, procedimiento ambulatorio, reintegro a sus labores cotidianas en siete (7) días y con respecto a la estética en la cicatrización, es mucho mejor a la habitual.

Sin embargo, existe un diez por ciento de pacientes operados por cirujanos con experiencias, que son sometidos a cirugía tradicional, por presentar un cuadro de Colectitis Aguda, sangramientos o por la imposibilidad de no identificar con precisión el pedículo de las vías biliares.

EQUIPO OPERATORIO: El equipo operatorio para Colecistectomías, consiste en seis personas: el Cirujano, el Primer Ayudante, el Operador de la Cámara, la Enfermera Instrumentista, la Enfermera Circulante y el Anestesiólogo. El cirujano deberá estar a la izquierda del paciente, no a la derecha, cuando se realiza la intervención a cielo abierto.

El Primer Ayudante y la Enfermera Instrumentista, deben estar a la derecha del paciente y el Operador de la Cámara a la izquierda del cirujano y del paciente.

La Cámara no debe estar estacionaria y nunca es el Operador de la Cámara, la persona más importante de la Sala de Operaciones. En algunas ocasiones la Cámara necesita cerrar la imagen para magnificarla o proveer una imagen panorámica. El operador de la Cámara debe ser hábil en anticipar los movimientos y necesita de un cirujano provisto de una década visión, es decir, estar constantemente alerta.

EQUIPO NECESARIO PARA REALIZAR LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA:⁴ Como todos sabemos, hay dos (2) tipos de Laparoscopia: Diagnósticas y Terapéuticas u Operatorias. La que nos ocupa es totalmente diferentes a estas, ya que los equipos que existen en el mercado, son mucho más sofisticados y de alta resolución y que emplean cámaras y monitores.

EL LAPAROSCOPIO: Tiene que ser de cero grados Luz frontal y el Diámetro de la óptica es de 10mm.

FUENTE DE LUZ: Esta fuente de luz, de aproximadamente 5000 Kelvin, una mejor imagen y a la vez, sirve Para tomar fotografías. Entre la fuente de Luz y el endoscopio, se encuentra la guía de Luz, la cual consta de

Un cable de fibra de Vidrio. El usuario puede utilizar luz halógena 250W, pero no obtendría una Definición clara de la imagen como la tendría con la luz de Xenon.

CAMARA: Las cámaras modernas de alta resolución Son las utilizadas en este procedimiento La cámara, marca Olympus, se acopla al ocular de la óptica y encaja directamente en El laparoscopia, desmontando previamente el ocular, dando por lo tanto, una imagen más nítida. La cámara va conectada con un cable Largo a la unidad.

INSUFLADOR: El gas utilizado es el CO₂ y se hace pasar por un aparato Insuflador, ya que para este procedimiento, dicho aparato resulta de alto flujo (tiene una capacidad de hasta 9 litros por minuto).

Hacemos notar la importancia de la utilización de este aparato, pues al aspirar dentro de la cavidad, extraemos el aire y el insuflador responde rápidamente al Neumoperitoneo.

INSUFLACION INICIAL DEL PACIENTE: Antes de la inserción de la aguja de Veress, una pequeña incisión es hecha en el ombligo. No es relevante el tipo de incisión, aunque una pequeña incisión vertical, podría ser la apropiada.

Antes de insertar la aguja de Veress, es importante elevar la pared anterior del abdomen en su anatomía interior. Esto puede ser realizado de varias formas: se puede tomar la piel debajo del ombligo en la línea media y elevarla o tomar un lado y otro de la línea media ayudada por el asistente o colocar una pinza al derecho del ombligo y con esta levantar la pared abdominal.

Aunque muchas pruebas se han desarrollado para determinar si la aguja se encuentra apropiadamente en su sitio, ninguna de esta se han resultado buenas. Muchas veces podemos tener falsos positivos y falsos negativos.

Uno de los mejores a aplicar, es el uso del medidor de la parte frontal del insuflador como su guía. Antes que nada, para la insuflación inicial, el flujo no debe ser mayor de 1 litro por minuto. El insuflador debe estar en capacidad de fluir por lo menos 6 litros por minuto, pero hasta que la aguja este en su lugar, el flujo debe ser mucho menor que esto.

La presión máxima del paciente que el insuflador permitiría, es de 50 milímetros de mercurio. Durante la insuflación inicial, si la aguja se encuentra en el espacio pre-peritoneal, el pico de la presión comienza a aumentar y el flujo puede parar. Si la presión esta está cerca de 5 o 6 milímetros de mercurio y el flujo se mantiene sólido y cerca de 1 litro por minuto, la aguja de Veress se encuentra apropiadamente en la cavidad abdominal.

Si la velocidad del flujo es errática o muy lenta o la presión se eleva, la aguja se encuentra apropiadamente colocada y el flujo puede ser insuflado incrementado. Alrededor de 2.1/2 a 3 litros de gas puede ser insuflado en el abdomen de un adulto.

El único gas a usar es el insuflador es Dióxido de Carbono. Textos que datan de muchos años, recomiendan el uso de aire ambiente y de otros tipos de gases. Esto definitivamente está contraindicado.

LUGAR E INSERCIÓN DE LAS CANULAS Y TROCARS: El punto es a través del ombligo, hecha con un trocar de 10mm. Una vez abierto el procedimiento, nada debe pasar por esta cánula, excepto el laparoscopia con la video cámara a él. El siguiente punto es hecho con otro trocar de 10mm, justo a la derecha de la línea media, cerca de 5cms, abajo del apéndice xifoide. Esta posición variara de acuerdo a la longitud del arco costal del paciente, pero 5cms, es usualmente lo correcto. Una cánula de 5mm, es colocada en la línea medioclavicular cerca de 2cms, debajo del margen costal derecho.

La cuarta cánula también de 5cms, de diámetro es colocada en la línea axilar anterior, cerca del plano con el ombligo. Con pacientes obesos, esta puede ser colocada un poco más a nivel superior, porque se agarra el fondo de la vesícula y se traiciona hacia arriba. Se necesitaran instrumentos más largos. Con algunas personas, será posiblemente necesario, moverlo hacia la parte inferior y lateral, cerca de la cresta iliaca.

El paciente es colocado en Trendelemburg invertido. Antes de la insuflación, la vejiga debe ser drenada de los restos y el catéter debe permanecer hasta que termine el procedimiento. Es importante que ambos, la vejiga y el estómago estén completamente vacíos durante el procedimiento, para evitar una punción inadvertida. En los pacientes que tienen cirugía previa, la cánula de la línea medioclavicular, es la que primero se coloca. Seguidamente, un laparoscopia de 5mm, es colocado en el abdomen e inspeccionado interiormente en la zona umbilical. La cánula de la línea axilar anterior, puede ser colocada bajo la visión directa con el video e inserta instrumento para retirar adherencia al ombligo. El ombligo es el primer sitio para la cánula de 10mm, porque es el lugar mas delgado de la pared abdominal en esta posición.

Hay muchos tipos de trocars y cánula en el mercado, con varios tipos de válvulas y sin válvulas. Como mínimo, dos de las cánulas deberán tener conexión para el gas. La principal conexión de gas deberá ser a través de la cánula umbilical.

Los trocars no descartables, quedan sin filo relativamente y no solo son difíciles de insertar, sino que pueden causar lesiones en el paciente, por la fuerza extra aplicada al insertar.

Las cánulas no descartables deben ser completamente desensambladas y completamente aseadas, después de cada procedimiento. Los trocars descartables son siempre punta aguda y la mayoría tienen facciones en la punta, que reducen el chance de punzar un órgano durante la inserción.

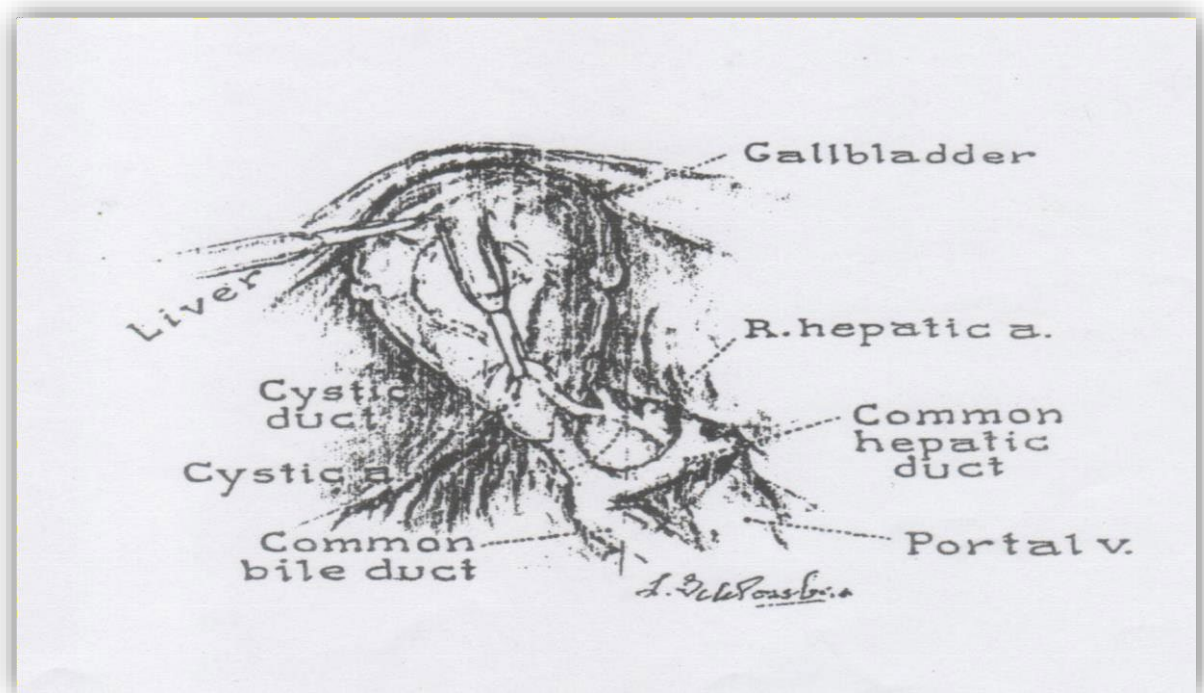
Algunas cánulas son hechas con material radiolucido y no interfieren con el colangiograma, lo cual puede ser una ayuda una vez iniciado el procedimiento. Solo las cánulas de la línea medioclavicular y de la línea media están dentro del borde del colangiograma y solo estas necesitan radiolúcidas.

Una vez que el abdomen este distendido, la región umbilical puede ser presionada. Entonces el trocar y la cánula son colocado en la insicción y con un movimiento rápido y deslizante son insertados dentro del abdomen. Si el trocar que usamos trae la película protectora, el movimiento de esta, es sentido seguido a la penetración del abdomen.

Después de introducir la cánula principal, la línea de CO2 es conectada, el insuflador es colocado en el control automático y el laparoscopio es introducido. Cada uno de los otros trocars y cánulas son colocadas bajo observación directa en el video. De no proceder en este sentido, se podría presentar una lesión y de ser así, no existiría base para una defensa. Nunca debe realizarse maniobras quirúrgicas a ciegas, deben realizarse bajo observación directa.

Si el paciente ha tenido múltiples cirugías haciendo ambos, la umbilical y el cuadrante superior derecho inadecuados para la colocación del trocal inicial, una laparoscopia a cielo abierto es realizada. Con este método, el abdomen no es insuflado previamente. Una incisión es hecha en el peritoneo de la zona umbilical. El peritoneo y la fascia son sujetados con un punto de jareta a la cánula con dos puntos. Usando esta técnica, es casi imposible lesionar el intestino cuando entra al abdomen. Debido a que esto causa un bulto grande y el tiempo que toma su reposición es largo, es no es apropiada para la rutina usada.

DISECCION INICIAL: Lo primero que vamos a visualizar es el fondo vesicular. Este será tomado con una piza tipo Ratchet y será introducido por el trocar de la Línea Axilar anterior. Esta la manipula el primer ayudante. Se levanta el fondo vesicular y se lleva hacia el Pedículo de la vía Biliar. Con esto conseguimos remplazar la pinza que normalmente agarra la vesícula durante el procedimiento abierto y reemplaza la retracción del Hígado con la Valva de Diver.



MATERIALES DE IMPORTANCIA EN LA CIRUGIA ENDOSCOPICA

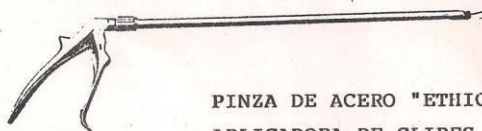
TROCAR DESECHABLE CON CANULA RADIOLUCIDA "ETHICON".



ENDOPATH

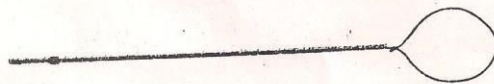
Existen varias medidas en su diámetro : 10/11 mm
7/8 mm
5 mm

PARA LA LIGADURA DEL CONDUCTO CISTICO Y LA ARTERIA CISTICA,
UTILIZAMOS LA PINZA "LIGACLIP", APLICADORA DE CLIPES DE TITANIUM,
CUYA MEDIDA IDEAL PARA SU USO SON : MED/LAR.



PINZA DE ACERO "ETHICON"
APLICADORA DE CLIPES

SUTURAS ENDOSCOPICAS

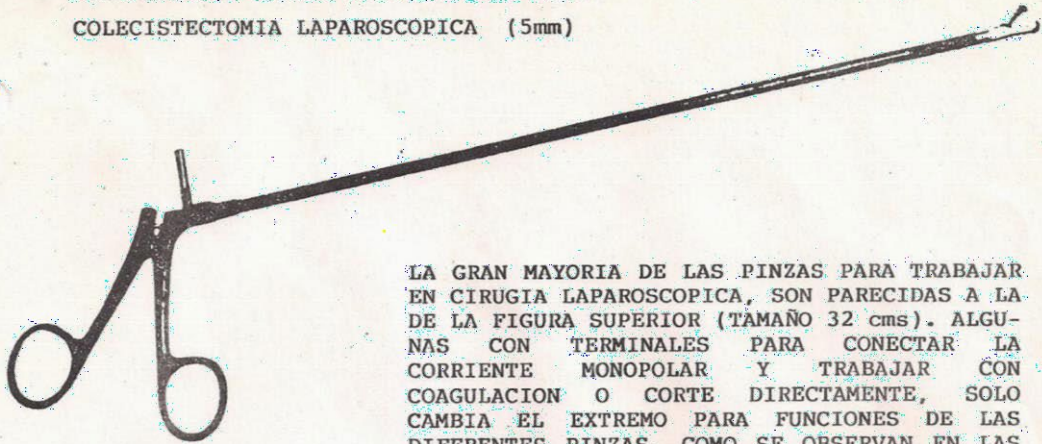


LIGADURA ENDOLOOP

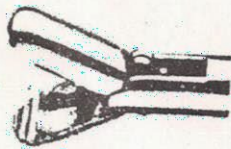


CLIP DE TITANIUM

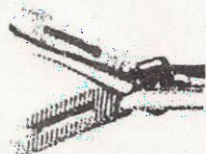
INSTRUMENTAL BASICO DE DISECCION PARA
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA (5mm)



LA GRAN MAYORIA DE LAS PINZAS PARA TRABAJAR EN CIRUGIA LAPAROSCOPICA, SON PARECIDAS A LA DE LA FIGURA SUPERIOR (TAMAÑO 32 cms). ALGUNAS CON TERMINALES PARA CONECTAR LA CORRIENTE MONOPOLAR Y TRABAJAR CON COAGULACION O CORTE DIRECTAMENTE, SOLO CAMBIA EL EXTREMO PARA FUNCIONES DE LAS DIFERENTES PINZAS, COMO SE OBSERVAN EN LAS FIGURAS INFERIORES, YA BIEN SEA PARA DISECAR, DIVULSIONAR, ETC.



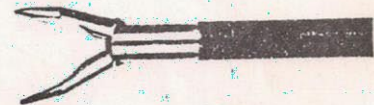
AGARRE



DISECTORA



TIJERA CORTAR



LAS TERMINACIONES DE LAS DIFERENTES PINZAS SON VARIADAS. ALGUNAS MUEVEN LAS DOS MANDIBULAS, OTRAS UNA SOLA. TERMINAN EN FORMA DE CABEZA DE DELFIN, CURVAS A LA DERECHA Y A LA IZQUIERDA. ALGUNAS TIENEN SISTEMA DE CIERRE O RATCHET, ETC.

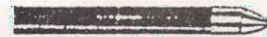
INSTRUMENTAL PARA RETIRAR LA VESICULA DE SU LECHO
(5 mm)



ESTOS INSTRUMENTOS TAMBIEN SON BASICOS EN EL EQUIPO, PARA LA INTERVENCION ENDOSCOPICA. MIDEN IGUAL QUE LAS PINZAS Y DIFIEREN EL TERMINAL DE ACOPLA DEL CABLE MONOPLAR, EN QUE ALGUNAS SON TERMINALES MACHO Y OTRAS SON HEMBRA. EN SU PUNTA, ESTOS INSTRUMENTOS VARIAN DE ACUERDO AL GUSTO DEL CIRUJANO Y AL DOMINIO DEL INSTRUMENTO.



ELECTRODO TIPO ESPATULA



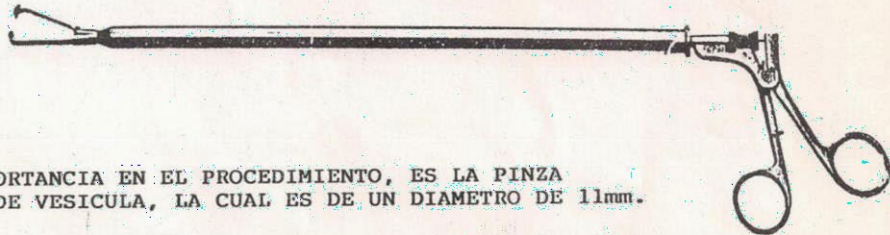
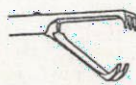
ELECTRODO TIPO CONO



ELECTRODO TIPO CUCHILLO



ELECTRODO TIPO GANCHO
O HOOK



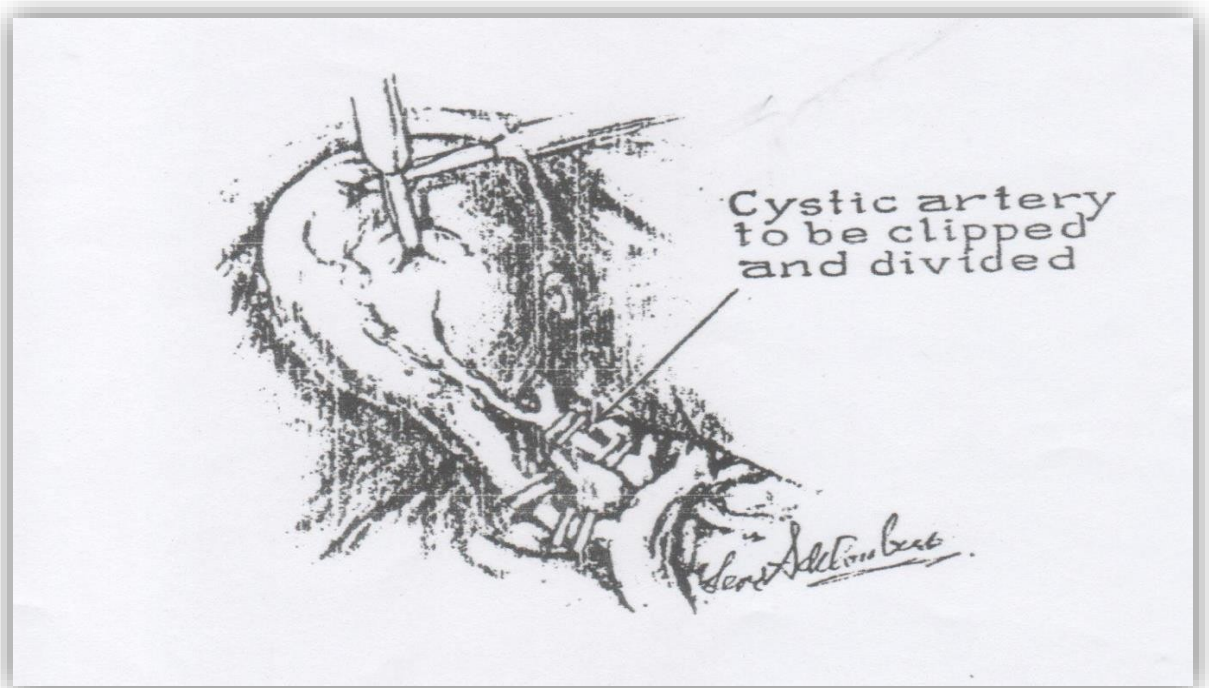
DE GRAN IMPORTANCIA EN EL PROCEDIMIENTO, ES LA PINZA EXTRACTORA DE VESICULA, LA CUAL ES DE UN DIAMETRO DE 11mm.

Seguidamente otro agarrado es introducido a través de la cánula de la línea medioclavicular y colocada en la bolsa de Hartmann`s. esta es llevada hacia arriba también y coloca el Ducto Cística, la Arteria Cística y el Ducto Común en tracción.

Adicionalmente si el paciente es colocado en Trendelemburg invertido y rotado a la izquierda, el estómago y el colon se moverán en esta dirección (en 95% de los casos). Ocasionalmente, así todo muestra un campo ideal de trabajo, la quinta cánula puede ser colocada lateralmente o en la línea medioclavicular, un agarrador puede ser usado para halar el estómago y el estómago fuera del área que se necesita despejada para la disección. Los peritoneales son disecados del Ducto Cístico, el Estómago y el Colon serán retirados fácilmente del campo. Toda la disección realizada a través de la cánula de la línea media un agarrados grueso de 5mm. La disección se comienza lateralmente e inferior, progresivamente en forma ascendente hacia el Ducto Cístico.

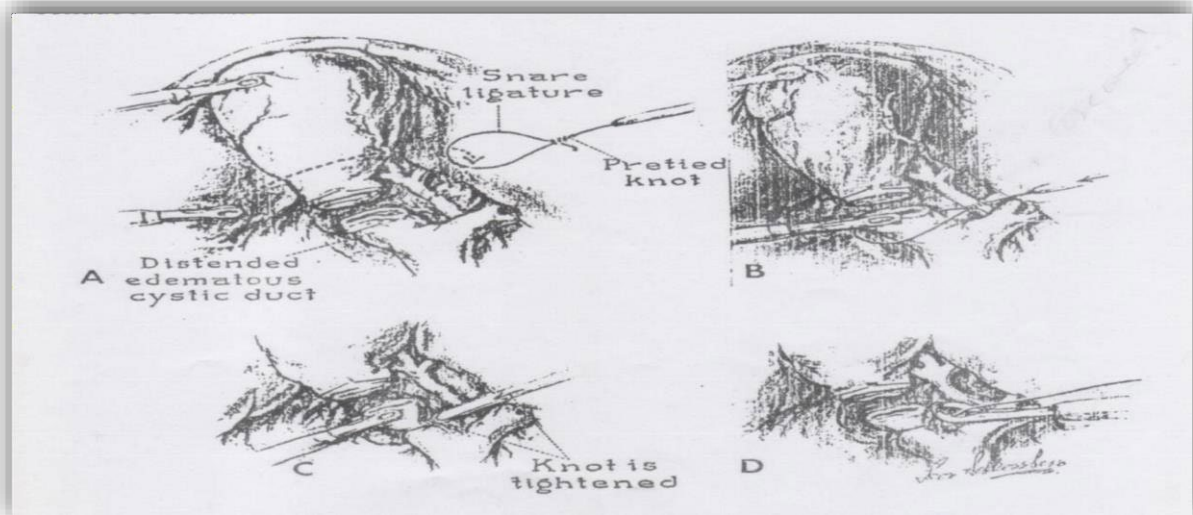
La disección del Ducto Cístico y la Arteria va de la Vesícula hacia el Ducto Biliar Común. No hay nada en esa región que pueda sangrar mucho o causar problemas, excepto una arteria ocasional, pero puede visualizarse claramente cerca del ducto. El cuidado y la completa disección son importante en este procedimiento para evitar complicaciones, resultado de una anatomía no usual. Afortunadamente, el laparoscopia permite una mayor visión que con el procedimiento abierto. Sin embargo, esto no es excusa para la identificación incorrecta de cualquier estructura. Usualmente, la primera estructura que encontramos es el Conducto Cístico. El agarrador medioclavicular es usado para halar la Vesícula y dejar ver claramente un pedacito cerca de la base. Removiendo a través de un estrecho agarrador, cerca del cuello de la Vesícula nos ayudamos a identificar el Ducto. Todo el borde del Epiplones disecado, hasta dejar visible el Conducto Cístico. Si es posible, la disección se extiende por todo el camino hasta su unión con el Conducto Común.

En este momento la Arteria Cística puede ser identificada. Un agarrador delgado de 3mm, seguidamente es insertado entre el conducto y la Arteria, dejando estas estructuras completamente liberados de tejido. Es muy importante la completa identificación de las estructuras de esta área.



SECCIONES DE LAS ESTRUCTURAS: La ligadura de la estructuras es usualmente bien realizada endoscópicamente con un Clip. Aunque es posible llevar una sutura con un agarrador, esto es al mismo tiempo difícil y consume tiempo. Asa de ligaduras pre-atadas, se encuentran disponibles y son fáciles de aplicar en los restos de estructuras, pero muy difíciles de usar para la ligadura inicial del conducto Cístico y la Arteria. Una vez que el Conducto Cístico y la Arteria se encuentra completamente identificados, las estructuras son a continuación clipadas: a la Arteria se le colocan dos clips distales a la Vesícula y uno proximal. Debe dejarse suficiente espacio entre los dos equipos de clips para luego seccionar el vaso. El Conducto Cístico es clipado desde su unión con el cuello de la Vesícula.

Si el Colangiograma no es parte del plan operatorio, doble clip es colocado en la porción distal del Conducto Cístico en su unión con el Conducto Común.



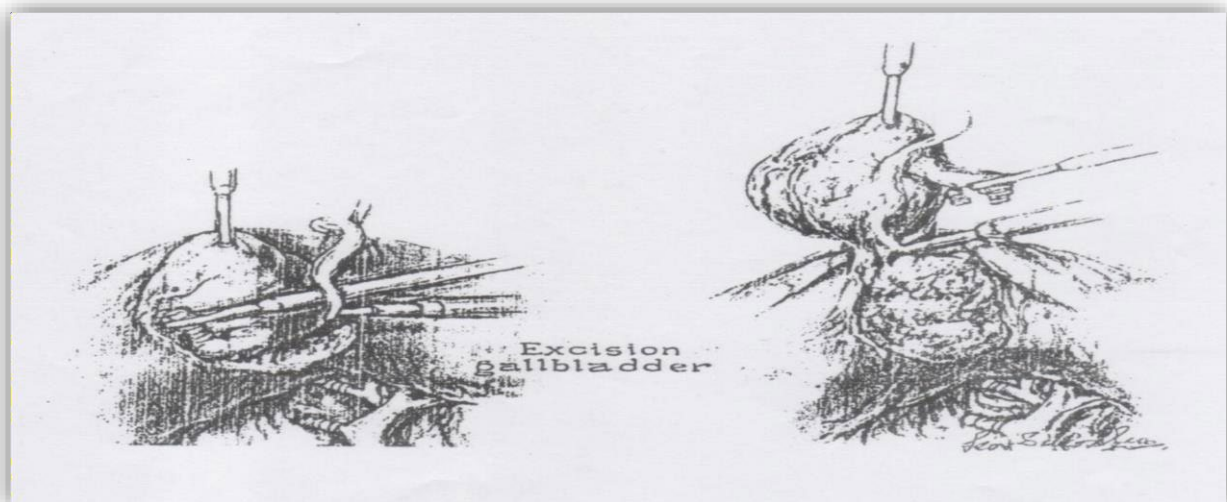
COLANGIOGRAMA LAPAROSCOPICO: El carácter de la Colangiograma de Taut se pasa a través de una cánula lateral. Con un agarrador es movilizado y el fondo de la Vesícula es traicionada hacia arriba fuera del campo de trabajo. Un microbisturi curvo es introducido a través de una cánula lateral y el Conducto Cístico es parcialmente abierto.

Es importante el corte sea solo hecho lo suficientemente seccionado, pues será mucho difícil colocar el catéter. Si usted es lo bastante afortunado en tener un catéter laparoscópico, el próximo paso es relativamente fácil. El Damp solo con el catéter es insertado a través de una cánula lateral. El extremo del catéter es insertado por el orificio del Conducto Cístico y deslizado en su interior. Las mandíbulas del Damp se cierran fijando el catéter en su lugar. Si este Damp no está disponible, una aguja laparoscópica de 3mm, es usada como guía para penetrar el catéter dentro del Conducto. El catéter es colocado a través de esta guía para ayudar a que permanezca rígida.

Una vez que esté en su lugar, el agarrado sostiene el fondo de la Vesícula y se deja un Clip "aplicador", el cual es retroducido a través de la cánula de la Línea Media. El Clip es aplicado por encima del extremo del catéter para

sostenerlo en su lugar. Esto requiere de más destreza que con el catéter del Damp. A menudo dos agarradores necesitan para sostener la Vesícula y mantenerla fuera del campo visual.

LIBERACION DE LA VESICULA: Consideramos este paso como el más difícil del procedimiento. Lo primero que hacemos es trabajar con las dos manos, prefiriendo la espátula al gancho. Lo importante es hacer tracción de la Vesícula para la coagulación Monopolar active bien. Siempre debe ir hemostasia al del lecho, a medida que se presenten Sangramientos al mismo tiempo que ir irrigando y aspirando, para que no se formen coágulos.



EXTRACCION DE LA VESICULA: Una vez que la vesícula se encuentra libre, la cavidad abdominal es irrigada y luego se seca por aspiración. El Laparoscopio y la Cámara son movilizadas a la cánula a través de la cánula umbilical. El agarre del cuello de la Vesícula es transferido a un fórceps de la línea Midooclavicular. Con este nuevo fórceps, la Vesícula es llevada inferiormente a la cánula umbilical. El cuello de la Vesícula es empujado tanto como sea posible, dentro de la cánula y sin desensamblar la cánula es retirada a través de la pared anterior del abdomen. Esta maniobra deja el cuello de la vesícula expuesto del lado de afuera, a través del ombligo.

El control del cuello es transferido en dos pinzas de Kelly, un superior y otra inferior, y el fórceps agarrador y la cánula, se dejan a un lado. El Clip del cuello

de la Vesícula, es retirado y la bilis aspirada del interior de la Vesícula, con un aspirador de punta de Frazier. El alargar la abertura con una pequeña incisión vertical, es muchas veces, de gran ayuda.

Suave tracción normalmente libera la Vesícula a través del ombligo.

Una pequeña incisión en la aponeurosis puede ser necesaria, de manera que los cálculos pueden salir. Usando la combinación de tracción suave y movimientos circulares, los cálculos y restos de billis se pueden extraer a través del ombligo, parecido al movimiento contrario de un reloj de arena.

Si las piedras se encuentran muy juntas, pueden ser separadas un poco, insertando una pinza de Kelly a través de la abertura. Los cálculos grandes, pueden romperse con una pinza de Kelly de la misma forma.

El anesthesiólogo no debe revertir al paciente hasta que la Vesícula sea completamente extraída del abdomen, porque la aponeurosis se estrecha, restringiendo la salida de la Vesícula al dejar el abdomen insuflado, nos ayudara a aplicar presión a la Vesícula desde dentro.

Los cálculos multi-facetados algunas veces pueden estar tan fuertemente unido que se convierten en una sola piedra. El Cuello de la Vesícula, necesitara abrirse y separar los cálculos a través de aberturas, hasta que la masa comience a separarse. Una vez hecho esto, los cálculos comenzaran a saltar a través de la aponeurosis. Si se hace mucha tensión sobre la Vesícula, se puede romper, esparciéndose los cálculos dentro del abdomen. Es preferible extender la incisión de la aponeurosis un poco, a tener que dejar cálculos en el abdomen. Liberada totalmente la Vesícula del abdomen, las otras tres cánulas pueden ser retiradas. A fin de prevenir la aspiración de asas intestinales cuando las cánulas están siendo retiradas, es importante asegurarse que las válvulas se encuentren abiertas, cuando se están retirando. Un punto simple es colocado en el defecto aponeurótico del ombligo. Todas las otras incisiones son cerradas con adhesivo sterile-strips o puestos sub-cuticulares. Luego se hace la cura con adhesivo.

RESULTADO: El paciente se reintegra a sus actividades cotidianas a los (6) días después de una intervención quirúrgica, de aproximadamente 45 minutos

de duración. Generalmente se da de alta al paciente el mismo día o máximo 24 horas después.

La Colectomía Laparoscópica, es considerada actualmente como un procedimiento aceptado, cuyos resultados son halagadores.



FACULTAD DE MEDICINA U.C.V.
 ESCUELA "LUIS RAZETTI" - COMISION EDUCACION CONTINUA
 DEPARTAMENTO DE CIRUGIA "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS"
 UNIDAD DE LAPAROSCOPIA DE LA CATEDRA - SERVICIO DE CIRUGIA II
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS



CERTIFICADO DE ASISTENCIA

A: _____
 DR. GUSTAVO BENITEZ

Como constancia de haber participado en las actividades del

Curso Taller "COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA"

EQUIVALE A 15 HORAS CREDITO APROBADAS
 POR LA FEDERACION MEDICA VENEZOLANA

Caracas, 19 DE OCTUBRE DE 1991

Dr. Víctor C. Buitrago
 Jefe Departamento de Cirugía
 HOSPITAL UNIVERSITARIO CARACAS

Dr. Simón Trujano
 Decano Facultad de Medicina
 UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

Dr. Pablo Briceno Pimentel
 DIRECTOR DEL CURSO

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

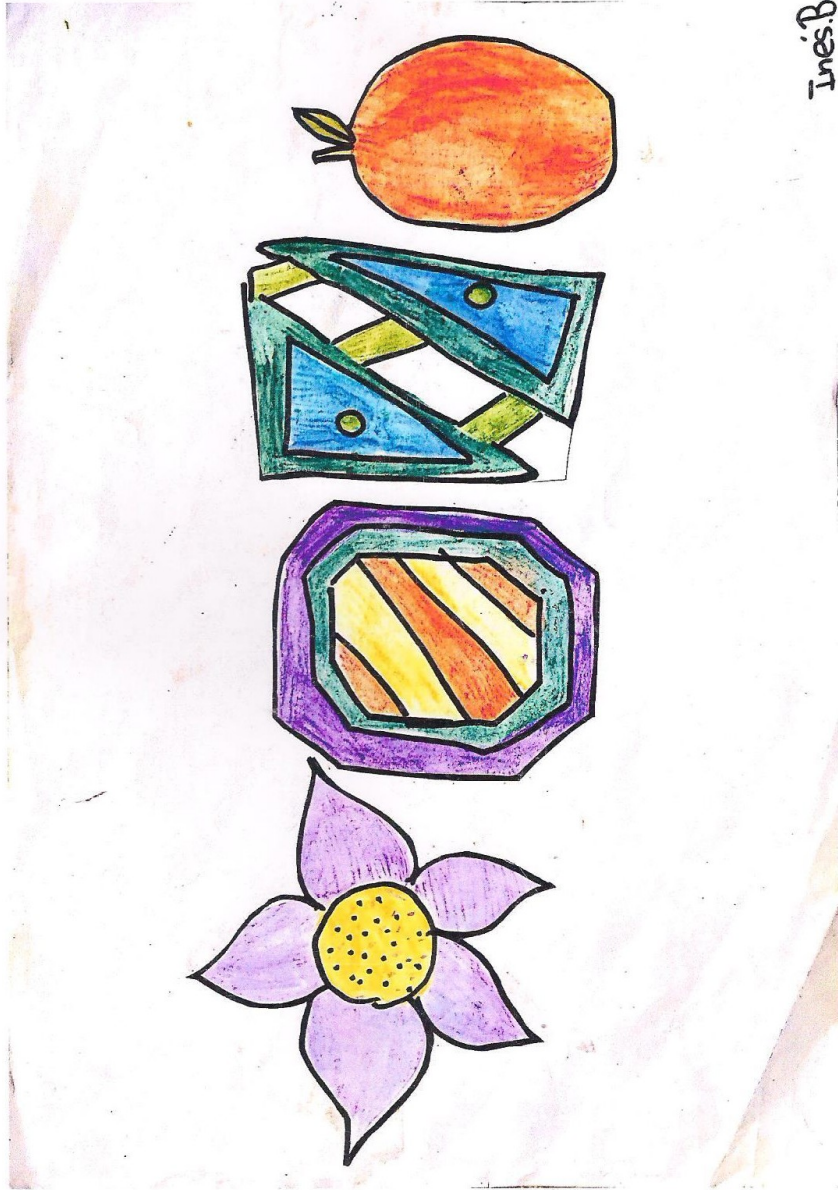
1. **BLANCO ANDRES ELOY:** Canto a los Hijos en Giraluna Editorial "Yocaima" Venezuela Mexico editores : J.M1955 .
2. **BRICEÑO P:** Laparoscopia Practica; Ediciones Disimiled Caracas, 1991
3. **BRICEÑO P:** Técnica de la colecistectomía laparoscópica curso-taller octubre de 1991 catedra "B" Hospital Universitario de Caracas.
4. **BRICEÑO P:** COLECISTECTOMIA, asistida por Video-Laparoscopia, trabajo presentado ante la Universidad Central de Venezuela para optar al ascenso de Profesor Titular en el Escalafón Universitario Marzo 1994.
5. **BAYLER R, IMBEMBO A F, ZUCKER K:** Establishment of Laparoscopic Training Program Am Surg: 57: 231-236. 1991.
6. **BENITEZ G, Paris A, Benítez C, Saade R.** Cirugía biliar en Venezuela. La primera colecistectomía. Parte 1. Gaceta Medica Caracas 2001;109: 4-352.
7. **BERCI G, CUSCHIERI A:** Practical Laparoscopy. East Sussex, England, Balliere Tindall, 1986.
8. **BORETTI JUAN JOSE:** Relato Oficial en el XXV Congreso Argentina y Latino Americano de Medicos Residentes de Cirugia General Rev. Arg, Resid Cir: 18 (1): 6-36 2013.
9. **BRUNICARDI FCh.** Schwartz Principios de cirugía. 10° ed. México: McGraw-Hill Education;2016.
10. **BLUM C.A, Adams DB** Who did the first Laparoscopic cholecystectomy?. J Min Acces Surg (Internet) 2011 (citado diciembre 2021); 7:165-8. Disponible en <https://bit.ly/3m4EZbo>.
11. **CERVANTES JORGE:** IN MEMORIANM DI PHILIPPE MOURET (1938-2008) CIR CIRUJ,77: 85-86 2009 .
12. **CORTEZ M, CARRASCO R, BURBANO L, CISNEROS A:** Colecistectomía Laparoscópica, Imprenta Nacional-Quito, 1993.
13. **COMMUNIQUE ACADEMIE DE MEDICINE:** (http://www.bum.univ-Paris5.fr/acadchirurgie/eltre/lettre_2008_4htm) consultado 26/07/2016.
14. **CUELLAR C, MORENO E, CASAS C:** Colecistectomía Laparoscópica. Primera Experiencia en Colombia Rev. Col. Cir.. Vol. 6: 5-12. 1991.
15. **CUSCHIERI A, HALL, AW. CLARK J:** Value of laparoscopy in diagnosis and managment of pancreatic carcinoma. Gut 19: 672-677. 1978.
16. **CUSCHIERI A, BERCI G:** Clinica Aspects of Laparoscopic Colecistectomy Lap Bil Surg. 82-86. 1990.
17. **CUSCHIERI A, DUBOIS F, MOVIEL J, MOURET P, BECKER H, BUESSC TREDE M, TROIDL H:** The European Experience With Laparoscopic Colicestomy Am J. Surg.: 161: 385-387. 1991.
18. **CUSCHIERI A, BERCI G:** Instruments and Basic Tecniques For Laparoscopic Surgery Lap Bil Surg: 26-86. 1992.
19. **D. CASANOVA RITUERTO.** Complicaciones de la Cirugia Biliar. CIRUGIA ESPAÑOLA. (Internet). 2001 (citado junio 2022). Vol. 69. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-11000122>
20. **DIAS C, PIZARRO C,** Hepp J. Profilaxis antibiótica en Colecistectomía Laparoscópica. ArchSug. Octubre 2005; 1(10): 986-92..

21. **DIAZ –BRUZUAL, A**; Esterilización Femenina por Laparoscopia. Rev. Obst. Gin. Venezuela 38: 61,1978.
22. **DUBOIS, F, BERTHELOT, G, LEVRAD, H**: Cholecystectomy par coelioscopie. La Presse medicale 18, 980-982, 1989.
23. **DUBOIS F, BERTHELOT G, LEVARD H**: Cholecistectomy With Coelioscopy 330cases Chirurgie: 116: 248-250. 1990
24. **DUBOIS F, BERTHELOT G, LEVARD H**: Laparoscopic Cholecistectomy Perspective and parsonal Experience. Sur. Lap. End. 1: 52-57: 1991.
25. **DUBOIS F, ICARD P, BERTHELOT G, LEVARD H**: Colioscopic Cholecistectomy Preliminary Report Of 36 Casos Ann Surg Vol. 211-60-2 N° 7 January 1190.
26. **FERVES , C**: Die Laparoskopie mit dem Zystoskop. Medsche Klin.29: 1042-1045. 1933.
27. **GONZALEZ CARRILLO, M**: Colectistomía Laparoscópica: Análisis de 130 casos consecutivos Rev. SVC. Vol, 45. N° 1:2-5. 1994.
HENRIQUEZ L, Belloso R, Ayala LA, Souchon E. Colectistomia Laparoscopic. G.E.N. 1991;45(1):P.69-70.
28. **HUNTER G. JHON**: AVONIDACE of BILE DUCT INJURY DURING laparoscopic Cholecistectomy ann surg volume 162 pag. 71-76 1991.
29. **JACOBUS, H.C**: Kurze Übersicht uber meine Erfahrungen mit der Laparoskopie. Munch. Med. Wschr. 58: 2017—2019: 1911.
30. **JOHANSSON M Thune A, Nelvin L, Stiernsteam M, Westman B, LUNDELL L**, Randomized clinical trial of open versus laparoscopic cholecystectomy in The treatment of acute cholecystitis .pubMed.gov (Internet). 2005.92(1):449.Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15584058/>
31. **KALK, H**: Erfahrunge mit der Laparoskopie. Z. Klin. Med. 111: 303-348. 1929.
32. **KALK, H.& BRUHL, W**: Leitfaden der Laparoskopie. Stuttgart: Thieme. 1951.
33. **KLAIBER CH**: Laparoscopic Video Cholecistectomy – Richard Wolf GMBH.D-713Y Knittlingen pagina 3-18 1990.
34. **KLEIMAN ALDO**: Colicestomia Laparoscopica en Ovejas Rev Arg Cir 52: 317-320, 1987.
35. **KLEIMAN ALDO**: Colectistomía Laparoscopica Progresos y Perspectivas Rev Arg Cir 54: 226-228, 1988.
30. **KLEIMAN ALDO**: Colectistomía por Laparotomia Minima (15mm): Diseño de una nueva Técnica Quirurgica y Estudio Experimental en Animales Tesis Doctorado, Universidad Nacional de la Plata Argentina Aprobado en 1988.
31. **KELLING, G**: Zur Colioskopie. Arc. Klin. Chir. 126:226-229: 1923.
32. Kert KA. Malpractice ligation involving Laparoscopic cholecystectomy: Cost, cause, and consequences. Arch Surg. 1997;132:392-8.
33. **KONG H**. Declaracion de heisinki de la amm-principios eticos para las investigaciones medicas en seres humanos (Internet) . 2017 (cited 2018 Apr29). P.1-8. Disponible en: <http://bit.ly/3G93b3s>

34. **KORBSCH, R:** Technik und Grenzen der Laparoskopie. Munch. Med. Wschr. 69: 426-427. 1922.
35. **LAIRET, O:** Esterilización por Laparoscopia en el Servicio de Gineco-Obstetricia. Rev. Obs. Gin. Venezuela 37: 553, 1977.
36. **LEOPOLDO P.** Colectistomía Laparoscopia en colecistitis aguda. Revist Chilena de Cirugia. Vol. 45-N°2, Abril 1993; pags. 142-144.
- LINDEGREN L,** koivusalo AM, Kellokumpu I. I. Convventional pneumoperitoneum compared with abdominal Wall lift for Laparoscopic cholecystectomy. Br J Anaesth 1995;75:567-72.
37. **LINDNER, H Fortschritte:** der Pholaparoskopie. Medsche Welt. 27: 1513-1519.1965.
38. **LITYNSKI GS.** Erick Muhe and the rejection of Laparoscopic cholecystectomy (1985): a surgeon ahead of his time. JSLS. 1998;2(4) 341-346.
39. **LITYNSKI GS.** Profiles in laparoscopy: Mouret, Dobois, and Perisatt: The Laparoscopic breakthrough in Europe (1987-1988) JSLS.1999;3;(2):163167.
40. **LLANIO R, SOTO A, JIMÉNEZ G:** Laparoscopia d'urgence (etudee portatur 1265 cas). SenHop Paris 49: 873-876 1973.
41. **LLANIO, RAIMUNDO y Col:** "Laparoscopia de Urgencia (estudio de 3261 casos)" XII Congreso Panamericano de Gastroenterología, Buenos Aires, Argentina, Septiembre, 1973.
42. **LLANIO, R:** Laparoscopia en Urgencias. Editorial Científico -Técnica, La Habana, 1977. Editorial Científica.
43. **MCKERNAN J:** Laparoscopic Cholecystectomy An Surg 57: 309-3012. 1991.
44. **MOURET PHILIPPE:** <https://fr.wikipedia.org/wiki/philippe> Mouret.
45. **NAGLE A,** soper N, Hine J. chapter 32. Cholecystectomy (open and Laparoscopic). En: Zinner M and Ashley S, Maingot's Abdominal Operations, 11th edition. Pp, 847-864. McGraw-Hill Medical, 2007.
46. **NUZZO G,** Gualante F, Gionannini I. Lesion de la via Biliar durante la Colectistomía Laparoscopica. ArchSug. Octubre 2005; 1 (10):986-92.
47. **REYNOLDS WALKER:** THE FIRST laparoscopic Cholecystectomy, JSLS Jan-Mar 5(1) pag 89-94 2001.
48. **MUHE E:** Long-Term Follow-up after Laparoscopic Cholecistectomy Endoscopy 1992 24: 754-58.
49. **OLSEN, D:** Laparoscopic Cholecystectomy, Am Surg.. 161: 339-344. 1991.
50. **PALMER, R.** Technique et instrumentation de la coelioscopie transparietable. Gynec Obstet, 46, 420,1947.
51. **PELLEGRINI CARLOS A:** Cirugia Videoscopica Relato Oficial- Numero Extraordinaria Actas de lo Sociedad Argentina de Cirugia Comite de Publicaciones de la Asociacion Argentina de Cirugia Marcelo, T de Alvear 2415 Buenos Aires Argentina Rev. Arg. Ci Numero Extraordinario 1994.

52. **PERISAT J, COLLET D, BELLIARD R, Galltones:** Laparoscopic Treatment Cholecystectomy, An Lithotripsy Our own technique. Surg. Endosc: 4: 1-5. . 1990
53. **PERISAT J, COLLET D, BELLIARD R, DESPALNTEZ J, MAGNE E:** Laparoscopic Cholecistomy : the state of the Arepot on 700 Consecutive cases world j. Surg.; 16: 10741082. 1992.
54. **PONSKY ,J:** Complications of Laparoscopic Cholecystectomy Am J. Surg .: 161: 293-295. 1991.
55. **PHILLIPS E, BERCI G, CARROLL B:** The importance of Intraoperative Cholangiography during Laparoscopic Colecystectomy Am Surg. 56: 792-795. 1990.
56. **PHILLIPS E, DAYKHOUSKY L:** Laparoscopic Cholecystectomy Instrumentacion And Techique J. Lap. Endo. Surg., 1: 3-15. 1990.
57. **PRADO O, SERGIO:** Historia de la Colicestomia Laparoscópica el Surgimiento de un Nuevo Paradigma. Revista del Hospital J.M Ramos Mejía Edición Electrónica. Volumen IXNº 3 2004.
<http://www.ramosmejia.org.ar>
58. **RAMIREZ R, CANTELE H, BAUDET. G, RODRIGUEZ GRIMAN O:** E valor de laparoscopia en cirugía general. Análisis de 350 casos. Bol Hosp Universitario de Caracas; 21: 9-13. 1991.
59. **RAMIREZ LAREZ R.** Temas de cirugía laparoscopica. Caracas: Ateproca; 2004. P 85-99.
60. **REDDICK E, FRASIER W:** Laparoscopic Cholecystectomy: A Report of 500 consecutive cases. . Surg. End. Lap., 1: 2-7. 1991.
61. **REDDICK E, OLSEN D-SPANNA ET AL:** Safe Performance of Dificult Laparoscopic Cholecystectomy Am. J Surg. 1991,161: 377-381.
62. **REDDICK E,** SAFE performance of Dificult Laparoscopic Cholecystectomy. Am. J Surg. 161: 378-379. 1991
63. **REYES DAG,** Tang B, Cuschieri A. Minimal access surgery (MAS)- related surgeon morbidity syndromes. Surg Endosc (Internet). 2006 Jan (citado Agosto 2021); 20(1):1-13.
64. **RODRIGUEZ –ZAMACONA A,** Guevara –Lopez JA, Aragon –Quintana C. Eficacia seguridad de la técnica francesa de la colecistomía laparoscopica. CIRUGIA ENDOSCOPICA (Internet). 2016 (citado diciembre 2021);17(2):73-7 disponible en <https://bit.ly/3KkpR23>
65. **RUDDOCK J.C.:** Peritoneoscopy West. J. Surg. Obstet. Gynec. 42: 392-394. 1934.
66. **RUDDOCK,J.C:** Peritoneoscopy. Surgery Gynec. Obstet. 65: 523-539. 1937.
67. **S.A.G.E.S:** Ganting of privilegas for Laparoscopic Cholecystectomy Surgery. Am. J Surg. 1991; 16: 324-325.
68. **SHARIAT A,** Cleland JA, Danaee M, Alizadeh R, Sangelaji B, Kargarfard M, et al. Borg CR-10 scaleas a new approach to monitoring office exercise training. Work (Internet). (citado Septiembre
69. **SECONDE REVOLUTION FRANCAISE:** ([http://www medianed.org/coeloscopie.php](http://www.medianed.org/coeloscopie.php)).

70. **SCOOT T, ZUCKER K, BAILEY R:** Laparoscopic Cholecystectomy: A Review of 12.397 Patients: Surgical Laproscopi and Endoscopy. Vol2. N° 3 191-193.
71. **SOPER NATHANIEL J:** Laparoscopic Cholecystectomy im current problems in surgery Volumen XXVIII Number 9 Septiembre, pag 587-655 1991.
72. **SEPULVEDA A, lizarra C, Sepulveda X.** técnica francesa para colecistectomía Laparoscopica. (Internet) Santiago de Chile; 2015 (consultado 2020 nov 14). Disponible en <https://www.yumpu.com/s/EP5g1NQ140bnbTdH>
73. **SEMM KURT:** Operative Manual for Endoscopic Abdominal Surgery. Chicago yearbook Medical Publisher, 1987.
74. **SEMM KURT:** ENDOSCOPIC INTRAABDOMINAL SURGERY, Kiel Germany Lsecond Edition -1984.
75. **SEMM KURT:** Atlas de Pelviscopia e Histeroscopia. Toray Masson, Barcelona 1977.
76. **SEMM KURT:** Advances in pelviscopic surgery (endoscopic appendectomy). Current problems in Obstetrics and Gynecology, Vol.N° 10, June 1982.
77. **SEMM K** (Translated by Friederich ER): Operative Manual for Endoscopic Abdominal Surgery. Chicago, yearbok Medical Publishers, 1987.
78. **SOTELO P, Joel S.** Analisis comparative de las tecnica francesa y Americana en el manejo laparoscopico de la patologia vesicular sintomatica, Hospital Militar Central 2006-2007. 2009 (citado diciembre 2021)., Disponible en: <https://bit.ly/40uINsr>
79. **KIEL : D-2300, ALEMANIA, SECOND EDITON .1984.**
80. **VAN DET MJ, MEIJERINK wjhj, Hoff C, Totte ER, pierie JPEN.** Optimal ergonomics for laparoscopic surgery in minimally invasive surgery suites: a rewiev and guidelines. Surg Endosc (Internet)). 2009 Jun (cited 2021 Aug 1) ;23 (6): 1279-85 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18830751>
81. **VERESS, J:** Neves Instrument zur Ausfuhrung von Brust oder Bauchpunktionen. Dt. med. Wschr. 41: 1480-1481. 1938.
82. **ZOECLER, S.J.** Peritoneoscopy. A revaluation. Gastroenterology 34: 969-980. 1958.
83. **ZOLLIKOFER, R:** Zur Laparoskopie . Schweiz. Med. Wschr. 54: 264-265. 1924.
84. **ZUCKER KA, BAILEY RW, GADACZ TE,et al:** Laparoscopic guided cholecystectomy: A plea for cautious enthusiasm. Am JSug; 164:36-44. 1991.
85. **ZUCKER K, BAILEY R GADACZ T:** Laparoscopic guide Cholecystectomy Am J. Surg; 161: 36-44.1991.
86. **REYNOLDS WALKER:** the First Laparoscopic Cholecystectomy, JSLS 2001Jan-Mar: 5 (1) 89-94.



Inés Bonitez C

Scanned with CamScanner

ANEXOS I

**CARTAS HISTÓRICAS PARA EL NIVEL
FORMATIVO DE LA CIRUGIA
LAPAROSCOPICA UNIVERSITARIA**

hospital universitario de caracas

servicio de cirugía II cátedra de clínica quirúrgica II

no.

fecha:

10 DICIEMBRE de 1984 ^a

Doctor

RAFAEL BELMONTE.

Adjunto Docente a la Dirección.

Hospital Universitario.

PRESENTE.-

Por medio la presente me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar Diploma que acredita al Dr. PABLO BRICEÑO PIMENTEL Profesor Agregado de la Facultad, quien actuó como Médico Adscrito del Servicio de Ginecología desde el 01-01-84 hasta 31-12-84, en disfrute de su año sabático.-

Atentamente.-

Dr. Rubén Quintero Monasterio
Jefe de la Catedra y Servicio de Ginecología.

RQM/ma.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS

Nº 1857

Caracas, 16 Julio de 1984 ^b

Ciudadano
DOCTOR PABLO BRICEÑO PIMENTEL
*Profesor Agregado de la
Catedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B"
Escuela de Medicina "Luis Razetti"
Presente*

Tengo a bien dirigirme a usted con el objetivo de llevar a su conocimiento que le ha sido concedido el permiso para realizar un Curso de Laparoscopia en el Hospital Universitario "Calixto García" en la ciudad de la Habana-Cuba, el cual dirige el Dr. Raimundo Llanos, en el lapso comprendido desde el 01-08-84 hasta el 15-09-84 (durante el disfrute de su año Sabático).

De usted muy atentamente,

ROSENDO CASTELLANOS

Decano

RC/ra/rbr

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Instituto de Gastroenterología
DEPENDENCIA

Ciudad de la Habana, 25 de Agosto de 1984 ^c

HAGO CONSTAR:

Que el DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica de la Universidad Central de Venezuela asistió al Instituto de Gastroenterología de la Habana, donde realizo Entrenamiento de Laparoscopia de Emergencia (Abdomen Agudo).

Dicho entrenamiento lo realizo del 11 al 25 de Agosto del presente año, el cual lo consideramos de nuestra satisfacción.

Muy Atentamente.

Prof. Raimundo Llanio
Director

REPUBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

Ciudad de la Habana, 25 de Agosto de 1984^d

HAGO CONSTAR:

Que el DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL, Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, asistió rigurosamente a los Salones de Laparoscopia el cual dirijo.

Anexo lista de Laparoscopia a las cuales asistió el Dr. Briceño.

Dra. Graciela Jiménez Mesa Jefa
Salón de Laparoscopia Instituto
de Gastroenterología La Habana

hospital universitario de caracas
servicio de cirugía II cátedra de clínica quirúrgica II

no.

fecha: 30-07-1990

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente, en mi condición de Jefe de Servicio de Cirugía II y Profesor Jefe de la Catedra de Clínica y Terapéutica de nuestro Servicio, desde Enero de 1986 hasta la fecha, lapso durante el cual se han realizado seiscientas (600) laparoscopias diagnósticas y 55 procedimientos quirúrgicos (translaparoscopia) diagnósticos y terapéuticos, tales como: esterilizaciones quirúrgicas, biopsias bajo visión directa de hígado y de ovario, etc.

En fecha 27 de Julio, el profesor Briceño ha sido designado Coordinador de la Unidad de Endoscopia para todo el Hospital, con el objeto de extender la docencia a otros Servicio y Hospitales del país.

Esperemos que en un futuro próximo, nuestra Unidad servirá asimismo para entrenar cirujanos de otros países de Latinoamérica y del Caribe.

Constancia que se expide en Caracas, a los treinta días del mes de julio de mil novecientos noventa.

Dr. Alberto Ferrer Fernández Jefe
del Servicio de Cirugía II y
Jefe de la Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B".

AFF/em.-

Caracas, 27 de Julio de 1990.-

Señor Doctor
Pablo Briceño Pimentel
Profesor Asociado
Cátedra de Clínica Quirúrgica "B"
PRESENTE.-

En la reunión del Consejo Departamental de Cirugía, en su sesión realizada el día 23-7-90, se consideró su oficio N° s/n de fecha 23-4-90, mediante la cual solicita la creación de la Unidad Endoscópica Diagnostica.-

En relación a sus planteamientos se decidió por unanimidad, proponer ante los Organismos competentes la creación de la citada Unidad, debiendo estar adscrita a este Departamento QUIRÚRGICO, y la cual estará coordinada por Ud.- Al desearle éxito en su gestión, quedo de Ud.,

Atentamente,

Dr. Cesar Aure Tulene
Jefe del Departamento de Cirugía

CAT/cp.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZETTI"
DIRECCION

Nº. _____

A QUIEN PUEDA INTERESAR

— _____

El suscrito Director de la Escuela de Medicina "Luis Razetti" de la Facultad de Medicina de la Universidad Central Venezuela, hace constar que el Dr. PABLO BRICEÑO PIMENTEL, Profesor Asociado de la Catedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B" de nuestra Facultad, dirige la Unida de Laparoscopia Diagnostica y Quirúrgica desde el año 1986 en el Servicio de Cirugía II del Hospital Universitario de Caracas, donde funciona la Catedra.

Esta Unidad imparte docencia al Postgrado de Cirugía de Nuestra Facultad y a médicos interesados en el método.

Constancia que se expide en Caracas a los treinta días del mes de julio de mil novecientos noventa.

ANTONIO PARIS
DIRECTOR

bdem.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS

Nº. _____

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Quien suscribe, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, por medio de la presente hace constar que el Doctor PABLO BRICEÑO PIMENTEL, Profesor Asociado de la Catedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B" de la Escuela de Medicina "Luis Razetti", dirige la Unidad de Laparoscopia Diagnóstica y Quirúrgica desde el año 1986 en el Servicio de Cirugía II, adscrito al Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas.

Esta Unidad imparte docencia al postgrado de Cirugía de nuestra Facultad de Medicina y a médicos interesados en el aprendizaje del método, por lo cual está esta facultad le da todo el apoyo al Doctor Briceño en el funcionamiento de su Unidad de Laparoscopias, ya que conocemos de sus inquietudes puesto que su trabajo de ascenso a la categoría de Asociado fue precisamente sobre el tema de cuatrocientos cincuenta laparoscopias realizadas en el Unidad que dirige.

Constancia que se expide en Caracas a los treinta días del mes de julio de mil novecientos noventa.

SIMON MUÑOZ ARMAS

Decano

SMA/emg



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

Caracas, 26 de Septiembre de 1996

DR. GUILLERMO COLMENARES

DR. MIGUEL J. SAADE A.

DR. ERICEICHELBAUMP

Sr. Dr.

DR. GUSTAVO BAQUERO

Guillermo Colmenares

DR. SALVADOR NAVARRETE

Jefe del Departamento de

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

Cirugía

DR. JOSE MANUEL REYES TORRES

Presente.-

DR. JOSE LANES

DR. HERMOGENES MALAVÉ

PROFESOR ASESOR

Me dirijo a Ud. en la oportunidad de anexarle copia DR

ALBERTO FERRER HERNANDEZ

de correspondencia enviada al Dr. Yaber Pérez Director del

Hospital Universitario, la cual se explica por si sola.

Atentamente

Dr. Pablo Briceño Pimentel
Profesor Titular Jefe de la Catedra-
Servicio de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

PBP/em-
Anexo lo Indicado.

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf.: 662.8324-6067269-61.98.11 Ext. 2528



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

Caracas, 6 de Mayo de 1996

DR. GUILLERMO COLMENARES

DR. MIGUEL J. SAADE A.

DR. ERICEICHELBAUMP

Sr. Dr.

DR. GUSTAVO BAQUERO

Miguel Yaber Pérez

DR. SALVADOR NAVARRETE

Director del Hospital

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

Universitario de Caracas

DR. JOSE MANUEL REYES TORRES

Presente.-

DR. JOSEP LANES

DR. HERMOGENES MALAVÉ

PROFESOR ASESOR

ALBERTO FERRER HERNANDEZ

Tengo el honor de dirigirme a Ud. en la oportunidad DR
de dar respuesta a su Circular N° 20 del 13-09-96, en relación
con la memoria y Cuenta que exige la Dirección Central del
Ministerio de Sanidad.

Atentamente

Dr. Pablo Briceño Pimentel
Jefe de la Catedra-
Servicio de Cirugía II.

PBP/em
Anexo lo Indicado.

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf.: 662.8324-6067269-61.98.11 Ext. 2528

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZZETTI"
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
HUC

Caracas, 06 Mayo de 1.996

Nº 162

Sr. Doctor:
ANTONIO PARIS
Decano
Facultad de Medicina.
Presente

Para su información y fines consiguientes remito a la presente copia de la comunicación Nº SN de fecha 6.5.96.

Recibida del (de la) Dr. (a) PABLO BRICEÑO P, jefe de la catedra de: CIRUGIA "B"., la cual se explica por si sola. Informando que el mencionado Doctor cuenta con el aval del Departamento para la solicitud de su año sabático.-

Sin otro particular quedo de ud.

Atentamente

Dr. Guillermo Colmenares A
Jefe del Departamento de Cirugía

GCA-cg.-

Anexo lo mencionado.-



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

Caracas, 6 de Mayo de 1996

DR. GUILLERMO COLMENARES

DR. MIGUEL J. SAADE A.

DR. ERIC EICHELBAUM P

Sr. Dr.

DR. GUSTAVO BAQUERO

Guillermo Colmenares

DR. SALVADOR NAVARRETE

Jefe del Departamento de

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

Cirugía

DR. JOSE MANUEL REYES TORRES

Presente.-

DR. JOSEP LANES

DR. HERMOGENES MALAVÉ

PROFESOR ASESOR

Me dirijo a Ud. en la oportunidad de enviarle copia DR

ALBERTO FERRER HERNANDEZ

de comunicación enviada a la Facultad de Medicina, en donde

Solicitó mi año Sabático, con el fin de solicitar la aprobación
del Departamento de Cirugía.

Dr. Pablo Briceño Pimentel
Profesor Titular Jefe de la Catedra-
Servicio de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

PBP/em
Anexo lo Indicado.

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf.: 662.8324-6067269-61.98.11 Ext. 2528



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
**Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"**

Hospital Universitario
**de Caracas
Servicio de Cirugía II**

PERSONAL DOCENTE

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

Caracas, 29 de Abril de 1996

DR. GUILLERMO COLMENARES

DR. MIGUEL J. SADE A.

DR. ERIC EICHELBAUM P

DR. GUSTAVO BAQUERO Sr. Dr.

DR. SALVADOR NAVARRETE Antonio Paris

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE Decano de la Facultad de

DR. JOSE MANUEL REYES TORRES Medicina -

DR. JOSE PLANES Presente.-

DR. HERMOGENES MALAVÉ

PROFESOR ASESOR

DR. ALBERTO FERRER HERNANDEZ

Por medio de la presente me dirijo a Ud. en la
oportunidad de solicitar formalmente se me conceda 1 año Sabático, el cual me
corresponde a partir del 1º Septiembre del presente año.

Atentamente

Dr. Pablo Briceño Pimentel
Profesor Titular Jefe de la Catedra-
Servicio de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

PBP/em

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf.: 662.8324-6067269-61.98.11 Ext. 2528



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL
DR. GUILLERMO COLMENARES
DR. MIGUEL J. SAADE A.
DR. ERIC EICHELBAUM P
DR. GUSTAVO BAQUERO
DR. SALVADOR NAVARRETE
DR. NESTOR CHACON ESCALANTE
DR. JOSE MANUEL REYES TORRES
DR. JOSE PLANES
DR. HERMOGENES MALAVÉ

Caracas, 29 de Abril de 1996

Sr. Dr.
Antonio Paris
Decano de la Facultad de
Medicina -
Presente.-

PROFESOR ASESOR

DR. ALBERTO FERRER HERNANDEZ

**Me dirijo a Ud. como Jefe de Catedra en la
oportunidad de especificar las actividades a realizar en mi
Año Sabático:**

1. **Repercusión en la actividad docente, como bien sabe nuestra Catedra-Servicio es pionera en la Cirugía Laparoscópica en nuestro país, por lo tanto todo lo que aprenda con expertos del extranjero, tanto en Miami como en Bélgica, redundara en una mejor docencia de dicha tecnología.**
2. **Con respecto a la integración del plan de trabajo tendré la oportunidad de inter-calar alguna pasantías con actividad dentro de la Catedra y en Especial en la Sección de Cirugía Laparoscópica.**

Atentamente

Dr. Pablo Briceño Pimentel

Profesor Titular Jefe de la Catedra

Servicio de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B"

PBP/em



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL
DR. GUILLERMO COLMENARES
DR. MIGUEL J. SAADEA.
DR. ERIC EICHELBAUM P
DR. GUSTAVO BAQUERO
DR. SALVADOR NAVARRETE
DR. NESTOR CHACON ESCALANTE
DR. JOSE MANUEL REYES TORRES
DR. JOSE P. LANES
DR. HERMOGENES MALAVÉ

PLAN DE TRABAJO

PROFESOR ASESOR
DR. ALBERTO FERRER

En el primer trimestre me adscribiré al Hospital Baptist de Miami, el cual tiene nexos con la Clínica El Ávila, y por lo tanto no tengo ningún problema en asistir en calidad de Fellow con el Dr. Moisés Jacobs, desarrollare técnicas avanzadas en Cirugía Laparoscópica como son:

- A) Cirugía Gastro-esofágica
- B) Cirugía Suprarenales
- C) Cirugía del Retroperitoneo

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf.: 662.8324-6067269-61.98.11 Ext. 2528

BAPTIST
HOSPITAL OF
MIAMI
Laparoscopic

SurgeryCenter 24 de

Abril de 1995

*Pablo Briceño
P.,M.D. Presidente
Asociación Latinoamericana de Cirugía
Endoscópica Sabana Grande, Caracas*

Fax 582662-8324

Estimado Dr. Briceño:

Le estoy extendiendo una invitación para que acepte venir a Miami E.U, en representación de la Clínica Ávila, durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre 1996, con el fin de que trabaje conjuntamente conmigo y el Centro de Cirugía Laparoscópica.

De aceptar esta invitación, por favor, notifíquemelo a la mayor brevedad posible con el fin de hacer arreglos necesarios.

Cordialmente,

Moises Jacobs, MD, F.A.C.S.

MJ/vbt

8755S.94Street
Miami el 33176-2197

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA "LUIS RAZETTI"
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
HUC

Caracas, 27 de Noviembre de 1.997

Nº 522

Sr. Doctor
MIGUEL REQUENA
Decano
Facultad de Medicina
Presente.-

Para su información y fines consiguientes remito a la presente copia del oficio s/n de fecha 26 de los corrientes recibida del Dr. MIGUEL SAADE A, Jefe de la Catedra de Cirugía "B" en la cual anexa las actividades realizadas por el Dr. Pablo Briceño P, Profesor Titular de la mencionada Catedra durante su año sabático.

Sin otro particular quedo de Ud.

Atentamente

Dr. Guillermo Colmenares A
PROFESOR TITULAR
Jefe del Departamento de Cirugía

GCA-cg-
Anexo lo mencionado



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. MIGUEL J. SAADE A.

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

Caracas, 24 de Noviembre de 1997

DR. GUILLERMO COLMENARES A.

DR. SALVADOR NAVARRETE

DR. GUSTAVO BAQUERO

DR. ERIC EICHELBAUM P.

DR. HERMOGENES MALAVÉ

DR. JOSEP LANES

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE **Dr. MIGUEL SAADE**

DR. JOSE M. REYES T.

Jefe de la Catedra

Servicio de Cirugía II

Presente.-

Por medio la presente, me dirijo a usted en la oportunidad de enviarle el Informe Final de la actividad realizada por mi durante el disfrute de mi año sabático, para que sea tramitado a la Comisión de año sabático.

Atentamente

Dr. PABLO BRICEÑO
Profesor Titular Catedra-
Servicio de Cirugía II

Ciudad Universitaria de Caracas - Los Chaguaramos. Telf. Fax: 662.8324-6067269



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina



Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. MIGUEL J. SAADE A.

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

DR. GUILLERMO COLMENARES

DR. SALVADOR NAVARRETE

DR. GUSTAVO BAQUERO

DR. ERIC EICHELBAUM P

DR. HERMOGENES MALAVÉ

DR. JOSEP LANES

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

DR. JOSE M REYEST.

Dr. **GUILLERMO COLMENARES**

Jefe Dpto. de Cirugía
Presente.-

Caracas, 26 de Noviembre de 1997.

Por medio de la presente, le envié Informe Final de la actividad realizada durante el año sabático, por el Dr. Pablo Briceño, para que la misma sea tramitada ante la comisión respectiva.

Atentamente

Dr. MIGUEL SAADE
Jefe de la Catedra-
Servicio de Cirugía II.

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf. Fax: 662.8324-6067269



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

Caracas, 19 de Junio de 2000

PERSONAL DOCENTE

DR. ERIC EICHELBAUM P

DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

DR. MIGUEL J. SAADE A.

DR. SALVADOR NAVARRETE

DR. GUSTAVO BAQUERO

DR. HERMOGENES MALAVÉ

DR. JOSEP LANES

DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

Nº 61/ 00

Dr. Rafael Ramírez

Jefe del Departamento

Cirugía

Presente.-

La presente comunicación es con el fin de presentarle formalmente la documentación para que se tramite ante las Autoridades del Hospital Universitario y de la Facultad de Medicina la Creación de la **UNIDAD DE CIRUGIA ENDOSCOPICA** de la Catedra – Servicio de Cirugía II Hospital.

Como es de Ud. Sabido en la Correspondencia anterior enviada a ese departamento, creíamos que estábamos dentro de la legitimidad por las diferentes correspondencias del Jefe del Departamento y Decano para Junio de 1990.

Por eso recurrimos a Ud. Para que se legalice dicha Unidad ante el Consejo de Facultad y como piden el aval del Departamento de Cirugía ya le Enviamos una exposición de motivos que sirve para darle curso a dicho aval.

Según el Artículo 6: de las normas actuales de las Unidades Clínicas de la Facultad de Medicina donde dice "No deberán crearse Unidades para el desempeño de actividades similares de otras ya existentes", consideramos que por extravío de documentación del año 1990 nuestra Unidad no legalizada está funcionando desde ese momento.



Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

PERSONAL DOCENTE

DR. ERIC EICHELBAUM P
DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL
DR. MIGUEL J. SAADE A.
DR. SALVADOR NAVARRETE
DR. GUSTAVO BAQUERO
DR. HERMOGENES MALAVÉ
DR. JOSEP LANES
DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

Con respecto al Artículo 8: "Las Unidades de la Facultad de Medicina deberán estar adscritas a un Departamento", cumplo en informarle que todas las actividades en conjunto con la Sociedad Venezolana de Cirugía siempre aparecía el Hospital Universitario, el Departamento de Cirugía y los Firman el Jefe del Departamento, el Decano y el Coordinador de la Unidad.

Tanto el Artículo 9 y el 12 el Servicio ha sido muy celoso en dar cumplimiento a los mismos.
Sin otro particular y en espera de su ayuda.

Por la Catedra- Servicio

D. Eric Eichelbaum Purtak
Jefe de la Catedra – Servicio de
Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B"

EEP/em

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. Telf. Fax : 662.8324-6067269-61.98.11 Ext. 7269
E-mail: cirugia2@yahoo.com-paswoord: universitario



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

N°- DC-319-

Señor Doctor
GUSTAVO BAQUERO
Jefe de la Catedra de Clínica Quirúrgica "B"
PRESENTE.-

Caracas, 15 de Noviembre de 2001.-

Sirva la presente para solicitar nos haga llegar por escrito lo más pronto posible por escrito el nombre del nuevo Coordinador de la Unidad de Cirugía Endoscopia; ya que como todos sabemos el Dr. Pablo Briceño, Coordinador de la dicha Unidad se encuentra en los actuales momentos disfrutando de su jubilación.

Sin otro particular y esperando su pronta respuesta; queda de usted;

POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Dr. Rafael Ramírez Larez
Jefe del Departamento de Cirugía

RR/mro

“CIUDAD UNIVERSITARIA DE CARACAS – PATRIMONIO MUNDIAL DE LA HUMANIDAD”



Instituto Autónomo
HOSPITAL UNERSITARIO
DE CARACAS

No.- 0000546

Caracas, 30 de Marzo de 2001

Ciudadano

DR. RAFAEL RAMÍREZ LARES

Jefe del Departamento de Cirugía

Presente.-

El Consejo Directivo del Hospital Universitario de Caracas, en Sesión N° 1767 de fecha 28 de marzo de 2001, acordó dirigirse a usted, con la finalidad de informarle, que una vez analizado el Proyecto de la **Unidad de Cirugía Endoscópica**, presentado en su comunicación N° 703 del 01/08/2000, se decidió lo siguiente:

- ❖ Diferir dicho Proyecto, hasta contar con un plan presupuestario a corto, mediano y largo plazo, para funcionar.
- ❖ Esperar los estudios para departamentalizar los cuatro (4) Servicio de Cirugía General.

Sin otro particular a que hacer referencia, me suscribió de usted.

Atentamente,

DR. PEDRO J. TOVAR
Sub. Director
Secretario del Consejo Directivo



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina



Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

No.DC-099

Señor Doctor
ERICK EICHELBAUM
Jefe de la Catedra de
Clínica Terapéutica Quirúrgica "B"
PRESENTE.-

Caracas, 26 de Marzo del 2001.-

Sirva la presente para dar respuesta a su comunicación No. 30/001 de fecha 22 de loa corrientes; en la cual nos solicitó información acerca de la tramitación de la Unidad de Cirugía Endoscópica (corrección que hacemos de acuerdo a su oficio No. 73/00 de fecha 19/07/2000 en donde la solicitud fue para la Unidad de Cirugía Endoscópica y no para la Unidad de Laparoscopia).-

Al respecto le informo, que todos los trámites pertinentes a la solicitud para la aprobación de dicha Unidad fueron enviados en su oportunidad por este Departamento a nuestras Instancias Superiores.-

Este Departamento lleva un control estricto de todos los tramites enviados por nosotros los cuales están en esta en espera de respuesta, conforme a esto hemos realizado un seguimiento del mismo; informándonos la Dirección del Hospital Universitario de Caracas, que el mismo será discutido el próximo 28/03/2001 en el consejo Directivo del H.U.C.-

Sin otro particular y comunicándole que en cuanto llegue la decisión del Consejo Directivo del H.U.C, se la haremos llegar, quedo de Ud.

POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Dr. Rafael Ramírez Lares
Jefe del Departamento de Cirugía

RRL/mro
Se anexa lo referido.-

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. 1041 Telf. 662.6305.Fax: 662.6305 Correo Electrónico:
dcirugia@epidauro.med.ucv.ve



Escuela Luis Razetti
Catedra de Clínica y Terapéutica
Quirúrgica "B"

Universidad Central
de Venezuela
Facultad de Medicina



Hospital Universitario
de Caracas
Servicio de Cirugía II

Caracas, 22 de Marzo de 2001

PERSONAL DOCENTE

DR. ERIC EICHELBAUM P
DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL
DR. MIGUEL J. SAADE A.
DR. SALVADOR NAVARRETE
DR. GUSTAVO BAQUERO
DR. HERMOGENES MALAVÉ
DR. JOSEP LANES
DR. NESTOR CHACON ESCALANTE

Nº 30/001
Dr.
Rafael Ramírez
Jefe del Departamento
Cirugía
Presente.-

Por medio de la presente me dirijo a Ud. con la finalidad de comunicarle que habiendo cumplido con todos los trámites para la legalización de la Unidad de Laparoscopia del Servicio de Cirugía II, me sorprende que después de ocho meses aun no nos ha llegado pronunciamiento alguno.

Dándole las gracias de antemano, me es grato suscribirme.

Atentamente

Dr. Eric Eichelbaum Purtak
Jefe de la Catedra – Servicio de
Clínica y Terapéutica Quirúrgica "B"

EEP/em.-

Ciudad Universitaria de Caracas los Chaguaramos. 1041 Telf. 662.6305.Fax: 662.6305-61.98.11 Correo Electrónico: dcirurgia@epidauro.med.ucv.ve

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

CONSEJO DEPARTAMENTAL DE CIRUGIA

Acta N°. 11/2000

Fecha: Lunes 31 de Julio del 2000

ASISTENTES:

DR. RAFAEL RAMIREZ LARES

JEFE DEL DEPARTAMENTO

Dr. Eric Eichelbaum

Cirugía II

Dr. Eduardo Souchòn

Cirugía III

Dr. Gustavo Pinto

Cirugía IV

Dr. Carlos Balliache

Anestesiología

Dr. Edgar Siso

Oftalmología

Dr. Olaf Sander

Cirugía Est. Y Maxilofacial

Dr. Nelson Urdaneta

Radioterapia y Med. Nuclear

Dr. Ernesto Hernández

Urología

Dr. Abraham Krivoy

Neurocirugía

Dr. Carlos Prada

Pediatría Quirúrgica

Dra. Aura M. de Palacios

O.R.L

Dr. Cesar González

Quirófano

Dr. Eduardo Souchòn

Unidad de Soporte Nutricional

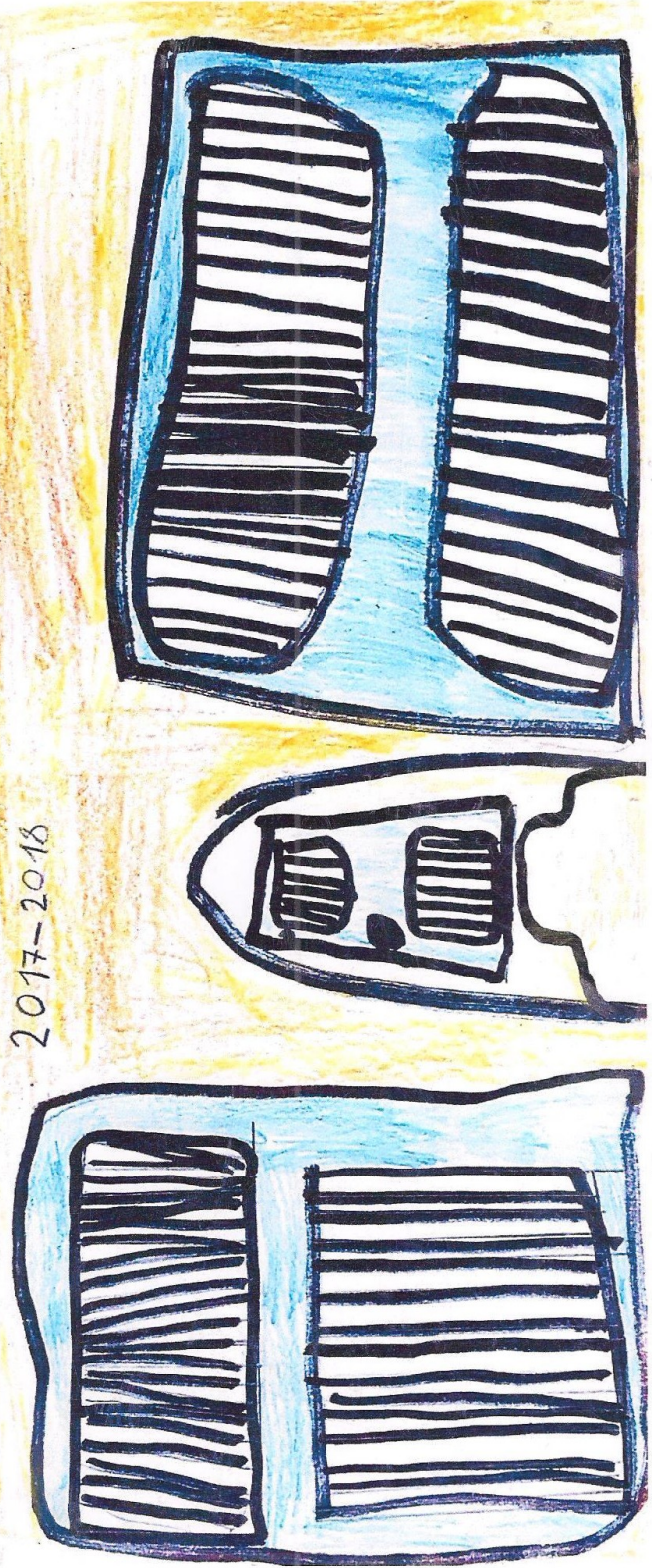
3.2 Comunicación N° 73/00 de fecha de 19/07/2000, recibida del Dr. Eric Eichelbaum P., Jefe de la Catedra/Servicio de Cirugía II; en donde anexa los requisitos exigidos para la legalización de la Unidad de Cirugía Endoscópica.-

RESUELTO: Se aprobó por mayoría la legalización de la Unidad de Cirugía Endoscópica de la Catedra de Clínica Terapéutica y Quirúrgica "B". Tramitar a las Instancias Superiores, para su análisis y pronunciamiento respectivo.-



Ana Bentez

2017-2018



ANEXOS II
DESARROLLOS DE ACTIVIDADES
ACADÉMICOS-ASISTENCIALES



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS

Nº _____

PLANILLA DE SOLICITUD DE AÑO SABATICO

DATOS DE IDENTIFICACION

- 1) Nombres: PABLO ERNESTO I. B.
- 2) Apellidos BRICENO PIMENTEL
- 3) Escuela o Instituto al cual pertenece: LUIS RAZETTI
- 4) Cátedra o Sección CLINICA QUIRURGICA "B"
- 5) Escalafón Universitario PROFESOR TITULAR
- 6) Tiempo de Dedicación en la U.C.V.: TIEMPO COMPLETO
- 7) Fecha de Ingreso en la U.C.V.: ENERO DE 19972
- 8) Fecha de Ingreso al Escalafón Universitario: 1975

REQUISITOS PARA EL DISFRUTE

- 9) Ha disfrutado con anterioridad de Año Sabático?: SI NO _____
- 10) En caso afirmativo: Desde cuándo: 01-01-84 Hasta 31-12-84
- 11) Disfrutó de Año Sabático en la fecha inicialmente propuesta?:
SI NO _____



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS

Nº _____

(2)

12) En caso negativo, ¿Por qué? _____

13) Durante los últimos seis (6) años, ¿Disfrutó de algún permiso de duración superior a tres (3) meses?: SI _____ NO X

14) En caso afirmativo:

14.1. Tiempo del mismo: _____

14.2. Motivos: _____

15) Fecha a partir de la cual aspira disfrutar de Año Sabático:

Desde 01-09-96 Hasta 01-09-97

Desde _____ Hasta _____

16) Cual de las siguientes actividades piensa usted, realizar durante el disfrute del Año Sabático?:

a) Investigación _____

b) Estudios de Postgrado _____

c) Otros (especifique) Entrenamiento y actualización en Cirugía Endoscópica



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS

Nº _____

(4)

- 21) Evidencias a través de las cuales, aspira demostrar las metas u objetivos alcanzados. (Constancias de permanencia en una Institución, presentación en Congresos, publicaciones, grados académicos, etc.).

O T R A S

- 22) ¿ En cuál área del conocimiento ubica usted, la actividad que piensa - desarrollar ?.

Area Cognocitiva y Psicomotora (Desarrollo de habilidades y destrezas en Cirugía Endoscópica.)

- 23) Dentro de las actividades específicas que usted realiza, ¿ Que importancia le asigna al Plan que va a desarrollar ?.

Mejoramiento y calidad de la docencia en el Centro de Entreamiento de Cirugía Endoscópica, que funciona desde el año 1990.

FIRMA: _____

FECHA: Caracas, 30 de Abril de 1996

FGM/ctdeg



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
CARACAS

Nº _____ (3)

- 17) ¿ Se integra dicha actividad a los planes de desarrollo de la Cátedra o Sección a la cual usted está adscrito ?.
- SI X (Anexe Plan u opinión de la Cátedra o Sección)
NO _____
- 18) En caso de ingreso a alguna Institución, ¿ ha sido usted aceptado en la misma ?.
- SI X (Anexe constancia)
NO _____ (Explique motivos)

PLAN DE TRABAJO

- 19) Actividad a realizar: En el primer trimestre me adscribiré al Hospital Baptist de Miami, el cual tiene nexos con la Clínica El Avila, y por lo tanto no tengo ningún problema en asistir en calidad de Fellow con el Dr. Moises Jacobs, desarrollaré técnicas avanzadas en Cirugía Laparoscópica como son: A) Cirugía Gastro-esofágica B) Cirugía Suprarenales y C) Cirugía del Retroperitoneo.
- 20) Metas u objetivos a alcanzar durante dicha actividad:
- a) Realizar dentro de la Unidad de Cirugía Laparoscópica las técnicas y avances aprendidos en el Centro de Entrenamiento de Miami
 - b) Programar cursos de extensión Universitaria como ya lo hemos realizados en otras oportunidades .
 - c) Realizar curso de extensión en la provincia Venezolana.

INFORME FINAL AÑO SABATICO
DR. Pablo Briceño Pimentel
Profesor Titular de la Catedra de Clínica y
Terapéutica Quirúrgica “B”. Luis Razetti. Facultad de Medicina
Universidad Central de Venezuela
1º de Septiembre de 1996 al 30 de Agosto de 1997

Tal como planifique las labores a desarrollar durante mi Año Sabático. Así fueron cumplidos:

1. Asistencia regularmente durante 3 meses al Centro de Cirugía Laparoscópica del Hospital Baptist de la Ciudad de Miami que dirige el Dr. Moisés Jacob. 1º de Octubre de 1996 al 31 de Diciembre de 1996.
2. Asistencia al Colegio Americano de Cirujanos 8 al 12 de Octubre San Francisco California.
3. Entrenamiento en Suturas Endoscópicas. Laboratorio de Etticon Universidad de Miami. Noviembre 1996.
4. Instructor en Laboratorio “Cirugía del Reflujo gastroesofágico”. Universidad de Miami 11 Diciembre de 1996.
5. Reincorporación a la Unidad de Cirugía Laparoscópica en la Catedra – Servicio de Cirugía II el 1º de Enero de 1997.
6. Asistente como Conferencista en el 2do. Curso Internacional de Cirugía Laparoscópica Avanzada en el Hospital de la Fuerza Aérea del Perú.
7. Demostración operatoria de la operación de Nissen en Un paciente con Hernia Hiatal Sintomática. Hospital Fuerza Aérea del Perú 22 y 24 de Enero 1997.
8. Asistencia al XXIV Congreso Venezolano de Cirugía. Puerto La Cruz 10 al 15 de Marzo de 1997.
9. Coordinador de la Reunión de la Sección de Cirugía Endoscópica y Participante en la mesa Redonda “Cirugía Laparoscópica Complicaciones”. 10 al 15 de Marzo de 1997.
10. Asistencia y Conferencista del II Congreso Paraguayo de Cirugía Video “Laparoscopia”. I Video – Forum Internacional. La Asunción Paraguay 22- 28 y 29 de Marzo de 1997.
11. Nombramiento de Miembro Honorario de la Sociedad Paraguaya de Cirugía Laparoscópica.

12. Coordinador de la Mesa redonda Jornadas Aniversario Clínica Guerra Méndez “Cirugía Endoscópica” 14 de Junio de 1997.
13. Coordinador de Mesa Redonda “Cirugía Endoscópica y Laparoscópica” VI Jornadas Científicas Instituto Oncológico Luis Razetti.
14. Conferencista “Cirugía Translaparocopica Ginecológica”
Jornadas Clínicas Leopoldo Aguerreveré.
Caracas 18 de Junio de 1997.
15. Adscrito al Centro de Cirugía Laparoscópica del Baptist Hospital Miami del 1º de – Agosto al 30 de Agosto.

Durante el mes de Enero, Febrero y Marzo hubo conflicto Universitario, en cual no teníamos las condiciones para dictar los cursos que regularmente desarrollamos sobre Cirugía Endoscópica en nuestra Unidad.

Nos dimos a la tarea de redimensionar el espacio y la parte instrumental de la Unidad y poner al día la Unidad de Audiovisual.

En el mes de Abril re-iniciamos los cursos de 4 semanas, asistieron 9 médicos de los cuales dos eran extranjeros.

Dr. Miguel Ángel Gutiérrez	Anzoátegui
Dra. Lisbeth Guevara	Anzoátegui
Dr. Ciro Aponte	Caracas
Dr. Israel Kontorovsky	Nicaragua
Dr. Rafael Valera	Caracas
Dr. Aníbal Loreto	Caracas
Dr. Rafael Santana Mendoza	Caracas
Dr. Rafel Polo Ospina	Colombia (Santa Marta)

Mes de Mayo:

Nuestra Unidad marco inicio de la Esperanza de la Cirugía Laparoscópica Extramuros al dictar el Curso teórico-práctico totalmente en el Hospital Militar “Vicente Salías” del Fuerte Tiuna. Caracas.

Mayo: (Hospital Militar Fuerte Tiuna):

Dr. Eliseo Mendoza Parilli	Caracas - Cirujano
Dr. Manuel Antonio Delgado S.	Caracas – Cirujano
Dra. Carmen Lucila Rangel S.	Caracas – Cirujano

Dra. Aura Matilde Castro	Caracas – Urólogo
Dra. Aura Violeta Sánchez Hernández	Caracas - Cirujano
Dr. Pedro Manuel Flores	Caracas – Cirujano
Dr. Ramón Orlando Cuenca Vivas	Caracas – Cirujano
Dr. Pedro Hurtado España	Caracas – Cirujano
Dra. Raíza Ruiz	Caracas - Cirujano

En el mes de Julio se dictó un 3er. Curso el cual tuvo la particularidad de que el 50% era médicos de la Provincia Venezolana.

Dr. Nelly Martínez	Altigracia de Orituco - Guárico.
Dra. Francisca Leal	Caracas
Dra. Rosalía Salgado	Carúpano – Sucre
Dr. Wilmer Guevara	Carúpano – Sucre
Dr. Jesús Aguilera	Carúpano – Sucre
Dr. Enrique Arnal	Caracas
Dr. Rafael Carballido	Caracas
Dr. Hitler Leonardo Moreno Leara	Caracas
Dr. Doménico Guariglia	Caracas(Profesor Agregado de la Catedra de Clínica Obstetria y Pasantía de 6 meses en la Unidad disfrute de su Año Sabático (01-07-97 al 31-12-97)

**Asistencia de todos los miembros del Servicio de Cirugía II al
XXIII Congreso de Cirugía realizado en el Hotel Caracas
Hilton Marzo 1996.**

Se presentaron 14 trabajadores científicos elaborados en la Cátedra – Servicio con el apoyo de la Unidad Audiovisual que funcionan en el Servicio
La Cátedra –Servicio gana el premio “Ricardo Baquero González” al mejor video aficionado “TORACOSPIA TECNICA VENTAJAS”. El Dr. Pablo Briceño, fue Coordinador de los “Foros de Cirugía Endoscopias” realizados durante el Congreso.
Los demás miembros del Servicio cumplieron funciones de Coordinadores de Mesas Redondas y Expositores de temas.

**Presentaron Trabajos de Ascenso durante los años 1995 a
Septiembre 1996 los Doctores:**

TITULAR: Guillermo Colmenares A.
AGREGADO: Gustavo Baquero A.
Salvador Navarrete A.
ASISTENTES: Hermógenes Malavé
Josep Lanes

COOPERACION INTERNACIONAL:

La Cátedra- Servicio acepta a Cirujanos Nicaragüenses del Hospital “Manolo Morales, a fin de realizar pasantía de Entrenamiento en Cirugía Endoscópica.

Hasta Septiembre de 1996 asistieron 16, Médicos Nicaragüenses a la vez entre el 25 y 28 de Agosto de este año se le dicto curso en el propio Hospital “Manolo Morales” de Managua con todo éxito.

Además por la Unidad en el mismo periodo han rotado 40 médicos de las diferentes regiones de Venezuela. La Cátedra- Servicio realizo entrenamiento a 19 Enfermedades del Hospital Militar de Maracay en Instrumentación en Cirugía Endoscópica.

VISITANTES EXTRAJEROS:

Contamos en nuestro Servicio con la Presentación de los siguientes Profesores Extranjeros:

1. Dr. Raimundo Llanio
(Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana – Cuba)
2. Dr. Moisés Jacos
(Hospital BaptistMiami)
3. Dr. Gustavo Placencia
(Hospital de Veteranos. Miami)
4. Dr. José De Vinatea
(Lima- Perú)
5. Dr. Luis Villanueva
(Lima- Perú)

6. Harry Bonet
(Hospital Jackson. Miami)

PUBLICACIONES:

Actualmente en imprenta el libro "Colecistectomía Laparoscópica" describe la Técnica y experiencia del Servicio el cual es el único Hospital Público en la enseñanza de esta técnica en el territorio nacional.

CONGRESOS INTERNACIONALES:

1. IV Congreso Mexicano de Cirugía Endoscópica. Huatulco – México Mayo 1995.
2. 1er Congreso Centroamericano de Cirugía Endoscópica.
Lima - Perú Septiembre 1995.
3. I Reunión Anual de la Sociedad Peruana de Cirugía Endoscópica.
Lima – Perú Septiembre 1995.
4. Congreso Colegia Americano en New Orleans. Octubre 1995
Dr. Pablo Briceño, Dr. Guillermo Colmenares y Dr. Miguel Saade
5. V Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica. Philladelphia Marzo 1996
Dr. Pablo Briceño.
6. III Congreso Argentino de Cirugía Endoscópica.
Bahía Blanca - Argentina Abril 1996.
7. II Congreso Latinoamericano de Cirugía Endoscópica.
Caracas 24 al 27 de Julio de 1996

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:

Trabajos de Investigación Clínica en Elaboración:

- Cirugía Endoscópica avanzada
- Tratamiento de Ulceras Venosas. Ligadura Endoscópica de Venas Comunicantes
- Biopsia Esplénica Laparoscópica.
- Enseñanzas de la Cirugía Endoscópica con Tecnología Teledirigida.

AMPLIACIÓN DE SERVICIOS:

Se amplía el salón de descansos de los residentes.

Cocinilla de las Enfermeras.

Baño de los Residentes.

Mantenimiento de Equipos Audiovisuales.

Se le dio nombre a la Unidad de Audiovisual "Dr. José Antonio Morreo".

PLANES DE ACCIÓN PARA EL AÑO 1997:

Redimensionar la Unidad de Cirugía Ambulatoria y Endoscópica con el apoyo del Hospital y la Facultad de Medicina.

Continuar y mejorar la implementación del Programa de Autogestión:

Reestructurar el ambiente de Consulta Externa.

Crear la "Unidad de Diagnostico Vascular Periférica", Cuyo nombre será:

Dr. Alberto Ferrer Fernández.

CIRUGÍAS REALIZADAS EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA Y LAPAROSCÓPICA DE
LA CATEDRA- SERVICIO DE CIRUGÍA II DURANTE ENERO 1995 A SEPTIEMBRE 1996
INTERVENCIONES POR LAPAROSCOPIA

CIRUGÍAS	Enero – Diciembre 1995	Enero– Septiembre 1996
----------	---------------------------	---------------------------

Fuente: archivo de intervenciones realizadas en la unidad de cirugía ambulatoria y laparoscópica de la Catedra – Servicio de Cirugía II,

	171	124
COLECISTECTOMÍAS	04	03
HISTERECTOMÍAS	06	06
QUISTES DE OVARIO		
LIGADURA ENDOSCÓPICA	05	05
DE COMUNCANTES	08	03
YEYUNOSTOMIA	06	06
HERNIOPLASTIA	01	02
ACALSIA	01	0
OOFORECTOMIA	02	0
COLOSTOMÍA	01	0
VAGOTOMIA	01	0
VARICOCELE	01	01
BIOPSIA HEPÁTICA	01	0
URETROCOPPOSUSPENSION	01	01
TORACOSCOPIA	01	01
APENDICECTOMIA	01	0
HEMICOLECTOMIA	0	04
ADHERENCIOLISIS	0	02
BIOPSIA ESPLÉNICA	0	01
SIGMOIDECTOMIA	0	02
ADRENALECTOMÍA		01
ESPLENECTOMIA		

Total	271	159
--------------	-----	-----

AMBULATORIA Y LAPAROSCÓPICA DE LA CATEDRA- SERVICIO DE CIRUGÍA II DURANTE
ENERO 1995 A SEPTIEMBRE 1996
INTERVENCIONES AMBULATORIAS

CIRUGIAS	Enero – Diciembre 1995	Enero – Septiembre 1996
----------	---------------------------	----------------------------

HERNIOPLASTIA	Fuente: archivo de intervenciones realizadas en la unidad de cirugía ambulatoria y laparoscópica de la Catedra – Servicio de Cirugía II, ambiente ubicado en el piso 5 HUC.	17
SENO PILONIDAL		0
ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA		36
LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA		34
LIGADURA DE COMUNICANTES		30
FIBROADENOMA MAMARIO		07
VARICOCELE		02
QUISTES SEBACEO		0
SAFENECTOMIA		06
LIPOMA		07
VARIOS (GINECOMASTIA, BIOPSIAS, GLANGLIONARES Y QUELOIDES)		03

Total	215	142
--------------	-----	-----

UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOSCOPICA CATEDRA-
SERVICIO DE CIRUGIA II DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CARACAS

MIEMBROS DE LA CATEDRA

Dr. Eric Eichelbaum Purtak	Profesor Asistente (Jefe de la Catedra – Servicio)
Dr. Pablo Briceño Pimentel	Profesor Titular
Dr. Miguel J. Saade Aure	Profesor Titular
Dr. Salvador Navarrete	Profesor Asociado
Dr. Gustavo Baquero A.	Profesor Agregado
Dr. Hermógenes Malavé	Profesor Asistente
Dr. Josep Lanes	Profesor Asistente
Dr. Néstor Chacón Escalante	Instructor Por Concurso

INDICE

- I.- INTRODUCCION
- II.- ANTECEDENTES
- III.- JUSTIFICACION
- IV.- OBJETIVOS DOCENCIAS

- V.- ESTRUCTURA DE LA UNIDAD
- VI.- FUNCIONAMIENTO
- VII.- IMPLMETACION Y PROGRAMAS
- VIII.- BIBLIOGRAFIA

UNIDAD DE CIRUGIA ENDOSCOPICA

I.- INTRODUCCION :

La Laparoscopia es un procedimiento que en manos de los cirujanos es relativamente reciente 1989; era un procedimiento de diagnóstico en manos de los Ginecólogos, Jacobeus (1), Palmer (2) y Serman (3), por nombrar algunos de los que una manera u otra han aportado sus conocimientos y su talento en los adelantos de la Laparoscopia, sobre todo Ginecológica: Nuestro país no escapa de esta tecnología y en 1946 el Dr. Ocaris internista de Mérida reporto la primera Laparoscopia, la Escuela de la Cruz Roja inicia el Procedimiento con los Dres. Ricardo Baquero, Alfredo González Navas, Víctor Benaim Pinto, el cual crea la Escuela Endoscópica Ginecológica, por donde han pasado Ginecólogos de mucho prestigio en nuestro país, que han sido grandes entusiastas del procedimiento, Dres. Quintero Monasterio, Díaz Bruzual, Rodríguez Armas, Lairer y muchos más que se escapan en este momento, pero que también han desarrollado la metodología. Es de hacer notar que algunos Cirujanos en la década de los 70 y 80 ya trabajaban en endoscopia Quirúrgica, tal es el caso del Dr. George Berci de los Ángeles y en nuestro país la Catedra- Servicio de Cirugía IV del Hospital Universitario de Caracas iniciaron procedimientos de Coledoscopia (Baquero, Rodríguez y Grimon). Fue nuestra Catedra- Servicio que en 1986 el Dr. José Antonio Morreo, Jefe de la Catedra para el momento crea el Salón de Laparoscopia y se da inicio a una programación dirigida a la enseñanza de la Laparoscopia Diagnostica Simplificada, metodología aprendida de la Escuela Cubana de Laparoscopia por el Dr. Pablo Briceño Pimentel en el disfrute de su año sabático. Nuestro Hospital fue el primero de la enseñanza de esta tecnología.

II.- ANTECEDENTES Y EVOLUCION DE LA CIRUGIA LAPARASCOPICA:

Con el inicio de nuestro Salón de Laparoscópica en 1986, con muchos esfuerzos y el apoyo de nuestros maestros los Dres. Morreo, Ferrer, Chacón, etc., nos dimos a la tarea de hacer experiencia no solo en Laparoscopia Diagnostica primero con pacientes referidos de diferentes Servicios del Hospital y luego de Hospitales del área capital, ya para 1988

iniciamos el programa de Esterilización Quirúrgica y algunos procedimientos más avanzados como Biopsias Hepáticas, de Ovarios y de Masas Intra-abdominales. Para Junio 1989 en el Congreso Venezolano de Cirugía y de la Federación Latinoamericana de

Sociedades de Cirugía (FELAC) nuestro Servicio Presenta Cuatro Trabajos científicos, dos trabajos sobre libros y dos videos donde se expone nuestra experiencia en laparoscopia hasta el momento. En Octubre de 1989 asistimos junto con el Dr. Alberto Ferrer al Congreso del Colegio Americano de Cirujanos Realizado en la Ciudad de General. Se realiza en Febrero de 1990 en la misma ciudad de Atlanta el II

Congreso Mundial de Cirugía Endoscópica, auspiciado por I.F.S.E.S., asistieron por Venezuela los Dres. Pablo Briceño, José A. Ferrer, Álvaro Sánchez y Eduardo Souchon.

Comenzamos la Enseñanza de Laparoscopia Básica al regreso, y nuestro Servicio realiza Curso de Laparoscopia junto con la Sociedad Venezolana Cirugía en las jornadas de Cirugía realizadas en Cumana Edo. Sucre en junio de 1990, mientras nos llegaba el equipo de cirugía a laparoscópica, realizamos en el Servicio entre Julio y Diciembre de 1990, tres cursos para Cirujano General que quieran aprender los principios Generales de laparoscopia, en Noviembre de 1990 realizamos nuestra primera colecistectomía con equipo prestado por la casa Olympus. Desde Febrero de 1991 hasta la fecha el Servicio de Cirugía II ha sido pionero de la enseñanza y realización de laparoscopia básica avanzada.

III.- JUSTIFICACION:

Ya que para 1990 el Jefe del Departamento de Cirugía Dr. Cesar Aure, tramita la creación de la Unidad de laparoscopia de la Catedra- Servicio de Cirugía II y es reconocido por el Decano para la época Dr. Rosendo Castellanos, pero en la actualidad no existe ni en el Hospital ni en la Facultad de Medicina asentadero legal, es que proponemos legitimar la unidad de Cirugía Endoscópica, puesto que en las dos Instituciones hay constancia de todo lo que ha realizado la Unidad de Cirugía Endoscópica del Servicio de Cirugía II.

Cumplimos con el Artículo 4 del Hospital Universitario de Caracas y Artículo 1 de la Facultad de Medicina en relación con el funcionamiento de las Unidades.

IV.- OBJETIVOS:

- 1.- Realizar la Cirugía Laparoscopia Intraperitoneal tanto de los órganos macizos como órganos huecos del tracto gastrointestinal, así como también del área ginecológica.
- 2.- Abordaje del pre- peritoneo y retroperitoneo asistido con balones disectores evitando así las incisiones clásicas.
- 3.- Realizar Entrenamiento y Educación en Cirugía Laparoscópica en el Post- Grado de Cirugía (Anexo A).
- 4.- Realizar Programa de Entrenamiento de cuatro semanas para Médicos y Especialistas (Anexo B)
- 5.- Determina el ahorro y beneficio para la Institución con este tipo de cirugía.

V.- ESTRUCTURAS DE LA UNIDAD:

Estará conformada por los Miembros de la Catedra – Servicio de Cirugía II y los Residentes de planta, además de todas Cátedras que quieran aprender el procedimiento.

VI.- FUNCIONAMIENTO:

La unidad dependerá del Departamento de Cirugía del Hospital como lo hemos hecho todos estos años.

Los días lunes y jueves se realiza reunión en conjunto para discutir los casos a operar:

Complicados, Fichas Bibliográficas etc.

Contamos con:

1.- PABELLON DE CIRUGIA:

- a.- Lámpara cialítica
- b.- Mesa Operatoria (con todas las posiciones).
- c.- Equipo Olympus de Cirugía Endoscópica (completo).
- d.- Hidrodisector.
- e.- Equipo de Electrocirugía Vally- lab.
- f.- Equipo Ultrasonic) Bisturí: Armonico.
- g.- Equipo completo de Anestesia: Desfibrilador
Oxímetro
Cagnografo.

2- Salón contiguo de Recuperación y Materiales: Contamos con salón con todos los adelantos para la recuperación de un paciente luego de ser sometido a la cirugía miniva invasiva.

En dicha unidad solo se realizan Cirugía Endoscópica y Cirugía menores con anestesia local. Contamos con dos Anestesiólogos Miembros del Servicio de Anestesiología del Hospital, una enfermera instrumentista y una circular, es de hacer notar que ya tenemos ocho años funcionando tal cual lo descrito arriba.

La unidad depende también de la Dirección del Hospital a través de la Fundación Hospital Universitario de Caracas:

CURSOS REALIZADOS EN LA CATEDRA - SERVICIO

4	Cursos de Laparoscopia Básica	120 Médicos
7	Cursos de Colectomía Laparoscopia	200 Médicos
2	Cursos de Laparoscopia	70 Médicos
1	Curso de Laparoscopia en Cirugía Pediátrica	30 Médicos
	Curso Pre- Congreso Sociedad Venezolana de Cirugía 1995	130 Médicos
	Apoyo a los Organizadores del Curso de Alianza Francesa Dr. Dubois	
	Curso de Hernia junto con la sección de Cirugía.	
	Endoscopia de la Sociedad Venezolana de Cirugía 1994 H.U.C.	90 Médicos
	VI Reunión Anual de la sección de Cirugía	
	Endoscopia de la S.V.C. H.U.C. Cirugía del Reflujo Esofágico 1999.	
	Cursos de cuatros semanas especialista han asistido	275 Médicos
	De Las Provincia Venezolana, Nicaragua, Norte De Santander De Colombia, Ecuador, Panamá.	

ENTRENAMIENTO Y EDUCACION DE CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN EL POST- GRADO DE CIRUGIA

En Venezuela el entrenamiento quirúrgico consiste en un programa de tres años (Facultad de Medicina, Comisión de Estudio Para Graduados UCV), durante el cual los residentes de cirugía aprenden los principios de los procedimientos quirúrgicos, pasando por diferentes pasos de observador hasta Cirujano Principal. En algunos países esta formación comprende de 3 a 10 años –

En nuestro país a excepción de algunos centros hospitalarios el Cirujano que enseña esta metodología la gran mayoría no tiene ningún entrenamiento en Cirugía Laparoscopia. Hasta los cirujanos que son veteranos en Cirugía biliar convencional se les hace fácil acostumbrarse al aspecto de las estructuras vistos en pantalla de la televisión.

Cirujanos no habituados a Laparoscopia pueden tener problemas de comprensión con la imagen bidimensional del monitor en relación a la realidad tridimensional del abdomen.

Un programa de entrenamiento de cirujanos en formación requieren de esfuerzos, los cuales son pocos en relación con el cirujano ya formado, por la poca disponibilidad de tiempo porque están muy ocupados.

Por eso en este capítulo hacemos algunas diferencias en cuanto a la enseñanza de la cirugía laparoscopia al Residente como al Cirujano ya Formado.

REQUISITOS PARA UNA CIRUGIA LAPAROSCOPICA SEGURA

- 1.- El Profesional debe ser un Cirujano General entrenado y acreditado en formación de post-gradó.
- 2.- Experiencia en Laparoscopia Básica (nuestro Servicio ha sido pionero en la enseñanza), se han dictado unos 12 cursos.
- 3.- Destreza básica, operar en segunda dimensión.
(Entrenamiento con la caja de práctica)
- 4.- Uso del laboratorio con el fin de practicar con profundidad.
- 5.- Asistir a centros calificados y con experiencia en Cirugía Laparoscópica.

ENTRENAMIENTO DE CIRUJANOS EN EL POST- GRADO DE CIRUGIA

Nosotros siempre hemos sido celosos del entrenamiento progresivo al igual de la cirugía a cielo abierto, quiere decir que en el último año de Post- Grado es que el Residente realizara procedimientos laparoscópicos operatorios, los dos primeros años instrumenta, observa, hace de segundo ayudante y manipula la cámara de video. Los dos principios generales que enseñamos a los Residentes y Cirujanos que formados en el Post-gradó de Cirugía Laparoscópica son:

1. EL procedimiento tiene sus limitaciones.
2. No crear falsas expectativas al paciente.

Nos han dado gran resultado ya que cumpliendo estos dos principios hemos disminuido las iatrogenias y complicaciones que se ven en la enseñanza del procedimiento.

ENTRENAMIENTO LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

Nos hemos empeñado en que el primer paso es realizar laparoscopia diagnóstica básica, ya que los pasos iniciales en cuanto realizar neumoperitoneo e introducción del trocar son

los más importantes en esta tecnología, algunos cirujanos aprendieron Colectomía Laparoscopia Diagnostica Básica, además de la práctica de ella, ofrece información valiosa ante diagnósticos difíciles: masas abdominales, dolor abdominal, ascitis, biopsias, grado de extensión de algunas neoplasias descartar laparotomía innecesarias.

Por eso laparoscopia ha llegado a su edad adulta y debería incluirse como componente esencial en los programas de entrenamiento en Cirugía General.

Este entrenamiento inicial en laparoscopia permitirá introducirse en los problemas de coordinación óculo- manual y percepción en profundidad.

ENTRENAMIENTO EN CAJAS DE PRÁCTICA

La capacitación para adquirir la suficiente destreza en la manipulación de los instrumentos laparoscópicos a través de la observación del televisor se practica mejor en la caja negra de entrenamiento ideado para tal fin. Puede ser utilizado por uno o por otros practicantes simultáneamente, generalmente la caja mide 45cm y 30.5 cm x21.6 cm.

Tiene cuatro elementos de goma, los lados de la caja están cerrados, algunas de las tareas que realiza el cirujano son:

1. Suspender racimos de uvas y con ayuda identificar una determinada uva cortada y extraerla.
2. Pelar una mandarina y ponerla en la caja.
3. Pelar piel de una pieza de pollo
4. Cortar enrollados de hilos.

Estos ejercicios permiten al cirujano el desarrollo de la coordinación manual y aprender lo esencial del trabajo en equipo, lo cual es primordial en el entrenamiento inicial para la cirugía laparoscópica.

ENTRENAMIENTO EN LA RESIDENCIA DE POST-GRADO

En el presente es difícil establecer las conductas correctas para el entrenamiento durante la residencia, porque hay poca experiencia todavía, es una tecnología que el cirujano ya formado asistía al exterior a entrenarse y en nuestro país fuimos los pioneros en la enseñanza de esta tecnología a nivel de profesionales cirujanos ya graduados y desde el punto de vista somos los iniciadores de la enseñanza del post-grado, pero todavía sin ninguna legalidad dentro del baremos del Post- Grado, más adelante comentaremos que es lo que hacemos y lo proponemos a la comisión de Estudio para Graduados de la U.C.V. Consideramos que los parámetros que hemos impuesto a los Cirujanos establecidos deberán aplicarse a los Cirujanos de futuro.

Los Residentes tienen buen material, puesto que trabajan tiempo completo en los hospitales y pueden hacer una nueva experiencia en laparoscopia diagnóstica y terapéutica.

En nuestro centro de entrenamiento hacemos que el Residente desde el primer año comience instrumentado, aprende todo lo relacionado con los equipos eléctricos, su conexión etc. Así mismo como tratar de familiarizarse con todo el instrumental laparoscópico. El Residente de segundo año realiza funciones de segundo Ayudante y son operadores de cámara, para aprender la necesaria destreza de coordinación manual y luego en tercer año ya realizan procedimientos diagnósticos y terapéuticos con una adecuada asistencia.

La intervención de colecistectomía laparoscópica es la que más desarrollan sin ningún tipo de accidente.

Nuestros Residentes al terminar su Post-grado están en capacidad de resolver cualquier tipo de patología abdominal asistido por laparoscopia, los últimos cuatro años nuestros egresados han salido del Post- Grado con 70 procedimientos de Laparoscopia Operatoria y unos 80 casos de Laparoscopia Diagnostica.

ENTRENAMIENTO EN ANIMALES

El uso de animales para experimentar, consideramos que es un medio para que el cirujano aprenda las necesarias destrezas.

El entrenamiento en animales es deseable porque ofrece la oportunidad de efectuar las fases operatorias en condiciones similares a la clínica y el más apropiado es el cerdo. Se usó mucho en los años 89 – 90 cuando se inició la Colecistectomía Laparoscópica fue de mucha ayuda y en todos los programas de enseñanza existía taller con animales, pero en el momento actual que ya se han multiplicado por todo el país Cirujanos entrenados, no es necesario realizar talleres con animales para que el Residente practique.

CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN

Cada Hospital debe de establecer los diferentes mecanismos a través de la Comisión de Estudios para Graduados para asegurar que el Cirujano en formación así como se le da una credencial de Especialista en Cirugía General, se incluya dentro del baremo la Enseñanza de la laparoscopia para poderles certificar y luego que tome parte de la Asociación Científica respectiva, continúe asistiendo cursos, talleres, etc. Para su respectiva actualización.

Consideramos que la certificación y acreditación como Cirujanos Endoscopistas lo tienen que hacer las respectivas Sociedades Científicas en nuestro país la Sociedad Venezolana de Cirugía.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
CATEDRA- SERVICIO DE CIRUGÍA II
CENTRO DE ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO

**PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO DE CUATRO SEMANAS
PARA ESPECIALISTA**

Dr. Pablo Briceño Pimentel
Coordinador.

MIEMBROS DE LA CATEDRA:

Dr. Eric Eichelbaum Purtak
Dr. Miguel Saade Aure
Dr. Salvador Navarrete
Dr. Gustavo Baquero
Dr. Hermógenes Malavé
Dr. Josep Lanes
Dr. Néstor Chacón Escalante.

Teléfonos: 662-83-84 / 606-72-69
FAX: 58-2-662-83-24
5º piso H.U.C. Secretaria. Stra Esperanza Marchena

PRIMERA SEMANA.

LUNES:

8:00 am Presentación y entrega de material.
8:30 am Reunión Pre- operatoria. Discusión de casos.
9:30 am Visita a las Instalaciones de la Unidad de Laparoscopia y Unidad de Video.
10:30 am **RECESO.**
11:00 am EVOLUCION CIRUGIA ENDOSCOPIA
Video- Conferencia.

MARTES:

8:00 am LAPAROSCOPIA SIMPLIFICADA
Video- Conferencia
PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º PISO

MIÉRCOLES:

8:00 am Demostración en la Unidad de Laparoscopia.
9:00 am "EQUIPOS Y MATERIALES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA"
Video- Conferencia.
10:30 am **RECESO.**
11:00 am Video.

JUEVES:

8:00 am Reunión pre-operatoria. Discusión de casos.
9:00 am ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA
Video- Conferencia.
10:30 am **RECESO.**
11:00 am Video.

VIERNES: PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º

NOTA: CENTRO DE ENTRENAMIENTO JOHNSON & JOHNSON

SEGUNDA SEMANA:

LUNES:

8:00 am Reunión Pre- operatoria.- Discusión de casos.
Demostración en la Unidad de Laparoscopia.
9:00 am "CIRUGÍA DEL ULCUS DUODENAL".
Video – Conferencia.

MARTES:

8:00 am Demostración en la Unidad de Laparoscopia.
9:00 am "CIRUGÍA DE REFLUJO Y ACALASIA"
Video- conferencia.
9:30 am PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º PISO

MIÉRCOLES:

8:00 am Demostración en la Unidad de Laparoscopia
9:00am "TORACOSCOPIA"
Video- Conferencia.

10:30 am **RECESO**

11:00 am Demostración en la Unidad de Laparoscopia

JUEVES:

8:00 am Reunión Pre- Operatoria. Discusión de casos.
9:30 am "CIRUGÍA DEL COLON"

10:30 am **RECESO**

11:00 am Video

VIERNES: PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º PISO

TERCERA SEMANA:

LUNES:

8:00 am Reunión Pre-Operatoria. Discusión de Caso.

9:00 am “ESPLENECTOMÍA Y BIOPSIA”

Video – Conferencia.

10:30 am **RECESO**

10:00 am Video

MARTES:

8:00 am Reunión pre- operatoria. Discusión de casos.

9:30 am “HISTERECTOMÍA”

Video – Conferencia

10:30 am PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º PISO

MIÉRCOLES:

8:00 am Demostración en la Unidad de Laparoscopia

9:00 am “OVARIOS Y ANEXOS”

Video- Conferencia

10:00 am **RECESO**

JUEVES:

8:00 am Reunión Pre- Operatoria. Discusión de Casos.

9:00 am “CIRUGÍA ENDOSCÓPICA VASCULAR”

Video- Conferencia

10:00 am Entrenamiento en Objetos Inanimados.

VIERNES: PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º PISO

CUARTA SEMANA:

LUNES:

8:00am Reunión Pre-Operatoria

9:00 am “HERNIAS”

Video – Conferencia

10:30 am **RECESO**

11:00 am Video “Fundoaplicatura por Laparoscopia”

MARTES:

8:00 am “COMPLICACIONES CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA”

Video – Conferencia

9:00 am **RECESO**

10:00 am PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA

MIÉRCOLES:

8:00 am Demostración en la Unidad de Laparoscopia

9:00 am COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Video - Conferencia

10:30 am **RECESO**

11:00 am Videos: Materiales de uso frecuente en laparoscopia DIU traslocado.

JUEVES:

8:00 am Reunión Pre- Operatoria. Discusión de casos

9:00 am **RECESO**

9:30 am USO DE ELECTROCOAGULACION

Video – Conferencia

VIERNES: PABELLÓN UNIDAD DE LAPAROSCOPIA 5º PISO

G.A.B.P/iv

ANA



ANEXOS III
DIPLOMAS



ETHICON ENDO-SURGERY, INC.
una compañía Johnson & Johnson

This is to certify that

Pablo Briceño, MD

has served as instructor in a Laparoscopic Procedures lab session
held at the University of Miami Medical Lab

December 11, 1996
Miami, Florida

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'P. Briceño'.

This certification verifies participation in an education program, not official certification by Ethicon Endo-Surgery, Inc.



ETHICON ENDO-SURGERY, INC.
una compañía Johnson & Johnson

This is to certify that

Pablo Briceño, MD

has successfully completed a Laparoscopic Suture Technique lab session
held at the University of Miami Medical Lab

November 6, 1996
Miami, Florida

This certificate verifies participation in an education program, not official certification by Ethicon Endo-Surgery, Inc.



American College of Surgeons

CAPITULO VENEZOLANO

Otorga el presente:

Diploma

Pablo Briceno Pimentel

al Doctor (a)

Por su asistencia al XXX Aniversario del Capitulo y en reconocimiento a su fructifera

labor dentro del mismo.

Caracas, 06 de Noviembre de 19 96

[Signature]
Presidente

[Signature]
Secretario

LAPAROSCOPIC SURGERY CENTER
BAPTIST HOSPITAL OF MIAMI

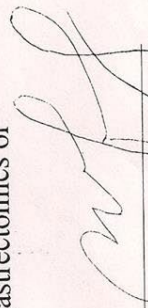
LAPAROSCOPIC SURGERY CENTER

BAPTIST HOSPITAL OF MIAMI

Dr. Pablo Briceno

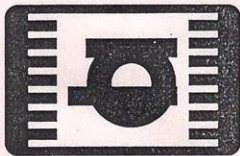
has received basic and training in laparoscopic techniques at
The Laparoscopic Surgery Center at Baptist Hospital of Miami
from August 1 to August 29, 1997.

The above named physician has observed laparoscopic procedures,
including cholecystectomies, hernias, appendectomies, colou
resections, adrenalectomies, splenectomies, gastrectomies or
Nissen funduplications.



Moises Jacobs, M.D., F.A.C.S.
International Medical Director

Baptist Hospital of Miami * 8900 North Kendall Drive * Miami, Florida 33176-2197



**CENTRO CLINICO DE MATERNIDAD
"LEOPOLDO AGUERREVERÉ"
XXV ANIVERSARIO**

CONSTANCIA

**Que se Otorga
PABLO BRICEÑO**


A:

En Calidad de: **CONFERENCISTA
CIRUGIA TRANSILUMINAROSCOPICA GINECOLOGICA**

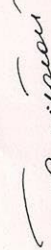
Jornadas Científicas: **"Dr. GERARDO HERNANDEZ MUÑOZ" - Lo Nuevo en Ginecología y Oncología.
"Dr. JUAN DE DIOS RIVERO AROCHA" - Avances en Obstetricia y Reproducción
"Dr. FRANCISCO CARRERA MICHELI - Actualización en Pecetría**

Horas Crédito: 24

Caracas, Julio 1997


Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Presidente


Coordinador


Dr. Frank Ayestarán Fabiani
Secretario



CAPITULO CARABOBO

SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGIA
SECCION DE CIRUGIA ENDOSCOPICA S.V.C.
SOCIEDAD MEDICA DEL CENTRO MEDICO GUERRA MENDEZ
HOSPITAL ONCOLOGICO PADRE MACHADO



**VII JORNADAS DE CIRUGIA ENDOSCOPICA
DEL CENTRO MEDICO GUERRA MENDEZ**
En su 50 Aniversario
CIRUGIA BILIAR ENDOSCOPICA

CERTIFICA QUE

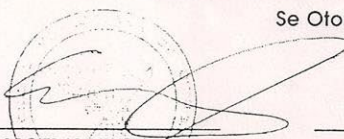
Dr. PABLO BRICEÑO


**Asistió
EN CALIDAD DE:**


COORDINADOR.
MESA REDONDA.

Valencia, 14 de Junio de 1997
COLEGIO DE MEDICOS DEL EDO. CARABOBO

Se Otorgan 6 horas créditos (PMV)


POR LA SOCIEDAD VENEZOLANA
DE CIRUGIA
(Capitulo Carabobo)


POR LA SOCIEDAD MEDICA
DEL CENTRO MEDICO


DR. MIRO QUINTERO
Coordinador



VI Jornadas Científicas
Del Instituto de Oncología Luis Razetti
Sociedad Médica Bernardo Guzmán Blanco

Oforga el Presente

Certificado

DR: PABLO BRUNO PIMENTEL

A:

en calidad de: COORDINADOR MESA REDONDA CIRUGIA ENDOSCOPICA Y LAPAROSCOPICA

Caracas, Junio 1. 1997



Dr. Gerardo Hernández Muñoz
Presidente Comité Organizador

Dr. Víctor Brito
Presidente Sociedad Médica Bernardo Guzmán Blanco

Republica de Venezuela
Ministerio de la Defensa
Ejército
Hospital Militar "Dr. Vicente Salias"
DIRECCION



La Dirección del Hospital Militar
"Dr. Vicente Salias"

Otorga el Presente

— D I P L O M A —

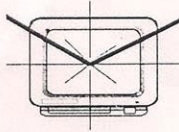
DR. PABLO BRICEÑO PIMENTEL

en reconocimiento a la brillante labor desarrollada

Como: COORDINADOR DEL CURSO DE CIRUGIA ENDOSCOPICA.

durante el lapsos 19⁹⁷ 19⁹⁷

Caracas, 30 de MAYO de 19 97



**II CONGRESO PARAGUAYO DE
CIRUGIA VIDEO LAPAROSCOPICA
I VIDEO-FORUM EUROPA-AMERICA**
27 - 28 - 29 de Marzo de 1997 - ASUNCION - PARAGUAY




Sociedad Paraguaya de Cirugía Videolaparoscópica (SPCVL)
Asociación Europea de Videocirugía (AEVC)

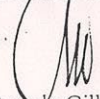
CERTIFICADO

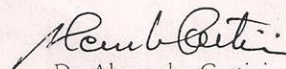
Otorgado a

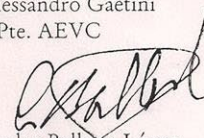
Dr. Pablo Briceño

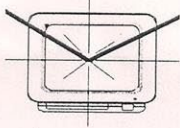
en carácter de:
Participante


Dr. Carlos Paiva Moré
Pte. SPCVL


Dr. Amado Gill Pessagno
Secretario SPCVL


Dr. Alessandro Gaetini
Pte. AEVC


Dr. Carlos Ballesta López
Secretario. AEVC



**II CONGRESO PARAGUAYO DE
CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA
I VIDEO-FORUM EUROPA-AMERICA**
27 - 28 - 29 de Marzo de 1997 - ASUNCION - PARAGUAY



Sociedad Paraguaya de Cirugía Videolaparoscópica (SPCVL)
Asociación Europea de Videocirugía (AEVC)

CERTIFICADO

Otorgado a

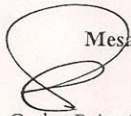
Dr. Pablo Briceño

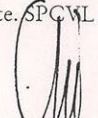
en carácter de:

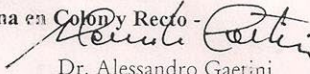
Disertante

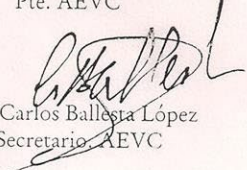
Mesa Redonda: "Cirugía laparoscópica en patología rectal"

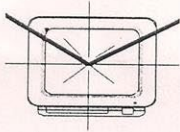
- Experiencia venezolana en Colon y Recto -


Dr. Carlos Paiva Moré
Pte. SPCVL


Dr. Amado Gill Pessagno
Secretario SPCVL


Dr. Alessandro Gaetini
Pte. AEVC


Dr. Carlos Ballesta López
Secretario AEVC



**II CONGRESO PARAGUAYO DE
CIRUGIA VIDEOLAPAROSCOPICA
I VIDEO-FORUM EUROPA-AMERICA**
27 - 28 - 29 de Marzo de 1997 - ASUNCION - PARAGUAY



Sociedad Paraguaya de Cirugía Videolaparoscópica (SPCVL)
Asociación Europea de Videocirugía (AEVC)

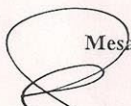
CERTIFICADO

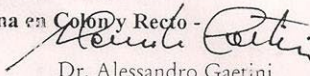
Otorgado a


Dr. Pablo Briceño

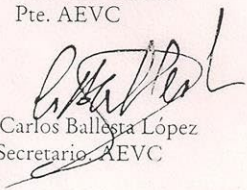
en carácter de:
Disertante

Mesa Redonda: "Cirugía laparoscópica en patología rectal"
- Experiencia venezolana en Colon y Recto -


Dr. Carlos Paiva Moré
Pte. SPCVL


Dr. Alessandro Gaetini
Pte. AEVC


Dr. Amado Gill Pessagno
Secretario SPCVL


Dr. Carlos Ballesta López
Secretario AEVC

**SOCIEDAD PARAGUAYA DE
CIRUGIA VIDEO LAPAROSCOPICA**

CUMPLIDAS TODAS LAS FORMALIDADES ESTABLECIDAS POR LOS ESTATUTOS,
SE OTORGA EL PRESENTE


DIPLOMA


al *Dr. Pablo Briceno*

que lo acredita como

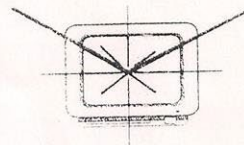
“MIEMBRO CORRESPONDIENTE EXTRANJERO”

Asunción, Marzo de 1997


Dr. Amado Gill Passagno
Secretario General


Dr. Carlos Paiva Moré
Presidente

Sociedad Paraguaya de Cirugía Videolaparoscópica



COMISION DIRECTIVA
1995 - 1997

Presidente
Dr. Carlos Paiva Moré

Vicepresidente
Dr. Andrés Rigoni Navarro

Secretario General
Dr. Amado Gill Pesagno

Tesorero
Dr. Juan C. Chaparro Abente

Secretario Científico
Dr. José Marín Massolo

Suplentes
Dr. Oscar Sacco
Dr. Gustavo Caballero

Cumplidas todas las formalidades establecidas por los estatutos, se otorga el presente

DIPLOMA

al *Dr. Pablo Briceño*

Que lo acredita como

**“MIEMBRO CORRESPONDIENTE
EXTRANJERO”**

ASUNCIÓN, MARZO DE 1997

Dr. Amado Gill Pesagno
Secretario General

Dr. Carlos Paiva Moré
Presidente



DIPLOMA

otorgado al

Dr. Pablo Briceno Pimentel.

Por su participación en el

Curso de Cirugía Laparoscópica de Avanzada

realizado del 23 de enero al 24 de enero de 1997

En calidad de: Conferencista.

[Signature]
Qui Siccha
Cirujía Gral.

[Signature]
César Sánchez del Solar Quiñones
Mayor Gral. FAP-Director HCFAP

[Signature]
Dr. Juan Rosales García
Crnel. EAP-Méd. Sub Jefe Cirugía Gral.