

# CONCLUSIONES DEL XXIX CONGRESO VENEZOLANO DE CIRUGÍA. 11 AL 15 DE MARZO DEL 2.008 HOTEL TAMANACO INTERCONTINENTAL. CARACAS

RAMÍREZ-LARES, RAFAEL\*

Para iniciar este resumen reciban ante todo un cordial saludo. Hay que resaltar la destacada labor del comité organizador y una especial mención a la Secretaria de Organización Dra. Zoraida Pacheco como también al Presidente Ejecutivo del Congreso Dr. Fernando Rodríguez Montalvo quienes elaboraron un programa muy amplio y ambicioso, donde se tocaron diversidad de temas dándosele cabida a casi todas las especialidades, resultó en la práctica muy exitoso y los comentarios tanto en el desarrollo como posterior al mismo son de elogios y muy positivos; como todo programa extenso y con un numerosos de invitados internacionales y nacionales hubo los inconvenientes menores que no opacaron, ni opacan ni opacarán el éxito del mismo. La asistencia de más de 1.500 inscritos dicen de una nutrida asistencia, residentes, médicos especialistas estudiantes y otras ramas de la salud pudieron compartir y aprender en estos 5 días.

El acto inaugural que se llevó a cabo el día martes 11 en horas de la noche, contó como aspectos resaltantes los dos discursos de los doctores José Antonio Gubaira Presidente Honorario y Fernando Rodríguez Montalvo Presidente Ejecutivo, ambos discursos con mensajes extraordinarios cuyos textos fueron publicados en este medio. En el mismo acto se les otorgó la distinción de Miembros Honorarios a los Doctores José Alberto Padrón Amaré, Jesús García Colina, César Blanco Rengel, Luis Guillermo Colmenares y Pedro Sanabria. Se les otorgó también la distinción de Miembros Correspondientes Extranjeros a los Profesores Guido Costamagna, de Italia; Joseph Bordas, de España; Tomoaki Kiato, del Japón; José A. Carrasco, de México y a Alejandro Weber, también de México. Luego de las palabras del Presidente de la Sociedad, Dr. Jorge Zito, quien dejo formalmente inaugurado el Congreso, los presentes nos deleitamos con la actuación de la agrupación Armonías de Venezuela. Cabe destacar la actuación en esta agrupación del colega y amigo cirujano plástico doctor Rafael Casanova, y posteriormente compartimos un brindis.

En el marco de este Congreso, la Fundación de la Sociedad Venezolana de Cirugía (Fundación FVC-SVC) realizó actividades de venta de gorras, franelas, monos y tarjetas para una cena de gala el día jueves que captaron fondos para llevar a cabo sus labores en pro del mejoramiento y educación de los cirujanos del país. En ese sentido se otorgaron los primeros premios: curso de laparoscopia en el Instituto de Cirugía Experimental auspiciado por la familia Rodríguez Azpúrua diligencias y gestiones realizadas por el doctor Rafael Ramírez Lares, Secretario de la Sociedad y de la Fundación; premio beca para 2 cursos en el exterior por la empresa Olympus de Venezuela (MICROMED) y una beca-curso también en el exterior por la empresa Johnson & Johnson de Venezuela.

En el acto de clausura del día sábado 15 de Marzo se mencionaron palabras de agradecimiento a las empresas y casas comerciales que debido a su aporte es posible realizar estos eventos. Cabe resaltar el trabajo de nuestro personal de Secretaría Yanira Rudas e Ismary Ovalles. Fueron juramentados los nuevos miembros de la Sociedad, presentadas sus credenciales por la Junta Directiva y aprobadas por el Consejo el día viernes 14 de Marzo, a quienes aprovechamos de darles las mas cordial bienvenida y esperamos su colaboración y participación. Sus nombres son los siguientes:

#### SEDE:

Dr. DAVID ARANA GARCÍA  
Dr. JOSÉ ALESSANDER ARELLANO CORAGGIO  
Dr. JUAN CARLOS CÓRDOVA MELO  
Dra. NAYDELI DEL CARMEN GARCÍA PÉREZ  
Dra. YAYCIRA DEL CARMEN GUILLÉN TOVAR  
Dra. RENATA SÁNCHEZ MIRALLES  
Dra. ZOE PUJADAS ARIAS  
Dr. JIMMY OSWALD REYES SÁNCHEZ  
Dr. CARLOS EDUARDO RODRÍGUEZ CORTEZ  
Dra. LORENA MUJICA  
Dra. MARÍA EUGENIA APONTE RUEDA  
Dr. RAMÓN ANTONIO SAADE CÁRDENAS  
DR. CRISTIAN GONZÁLEZ CABRERA  
Dra. PATRICIA ZAMBRANO SOTO  
Dr. JESÚS RAFAEL SALAZAR ESPERANTE

\* *Secretario general SVC 2006-2008*

**CAPÍTULO ANZOÁTEGUI**

Dr. WERNER PILLKHAN DÍAZ

**CAPÍTULO BARINAS**

Dr. JOSÉ LEÓN TAPIA GONZÁLEZ

Dr. JESÚS ALBERTO TÚA PIÑANGO

**CAPÍTULO CARABOBO**

Dr. ENRIQUE JOSÉ CASTILLO CARMONA

Dra. NAYESKA MARIA TORRES

Dr. EFRAÍN ACUÑA

**CAPÍTULO FALCÓN**

Dra. ROSIRYS MILAGROS RUIZ LÓPEZ

**CAPÍTULO LARA**

Dr. JORGE LUIS PICÓN GONZÁLEZ

Dr. ENRIQUE JOSÉ ABZUETA MONTIEL

Dr. PEDRO JOSÉ SARMIENTO

**CAPÍTULO ZULIA**

Dr. DILMO ANTONIO HINESTROZA FINOL

Dr. SERGIO SÁNCHEZ C.

Dr. ZAKI ANTONIO TAISSOUN ASLAN

El día martes 11 se desarrollaron los cursos previos al congreso y los días consiguientes se desarrolló el programa científico, el cual fue extenso y para poder realizar este resumen se le solicitó a los coordinadores de cada bloque o actividad su colaboración.

Se presentaron 23 videos, 99 carteles o posters (inscritos 119) y 59 trabajos libres.

**Los premios otorgados fueron los siguientes:**

- Premio "SVC" Trabajo de investigación: Declarado desierto.
- Premio "Dr. Francisco Montbrun" Trabajo de técnica quirúrgica: "Paratiroidectomía total guiada por fluorescencia en el tratamiento del hiperparatiroidismo secundario. Primeros casos que se hacen en América". Autores: Pedro Morales, Franklin García, Lavi Jasón, Gerardo Toro y Francis Pinto. (Hospital Universitario de Caracas)
- Premio "Dr. Rubén Coronil" Trabajo prospectivo de investigación quirúrgica: "Abordajes y resecciones craneofaciales. Enfoque de compatibilidad". Autores: Eduardo Gubaira, Antonio Daré, Wilfredo Perfettic,

Daniel Verdecchia y Ramón Téllez.

- Premio "Dr. Manuel Corachán García" al mejor poster: "Citología Anal. Importancia de la toma de la muestra". Autores: Carlos Sardiñas, Yalcira Guillén, Nahir Castillo, Carlos Rodríguez y Katyana Álvarez.

- Premio "Dr. Miguel Pérez Carreño" al mejor video profesional:

Declarado desierto.

**Se otorgaron 3 menciones honoríficas:**

- "Colgajo microquirúrgico de fíbula: Su uso en reconstrucción de la cavidad oral". Autores: Juan Francisco Liuzzi, Alberto Pérez-Morell, Juan Marcano, José M. Ramírez y Carlos Carrillo.
- "Faringolaringectomía total radical y reconstrucción con colgajo libre yeyunal". Hospital Militar "Dr. Carlos Avelo". Autores: Giulio D'Apuzzo, Juan Rupérez, Jorge Ceballos y Álvaro Henríquez.
- "Uso del coledoscopio en la exploración laparoscópica de la vía biliar". Autores: Alexis Sánchez, Omaira Rodríguez, Omar Bellorín, Renata Sánchez y Gustavo Benítez.
- Premio "Dr. Ricardo Baquero González" al mejor video no profesional: "Reparación laparoscópica de hernia hiatal gigante". Instituto Médico La Floresta - Caracas. Autores: Andrés Hanssen, Sergio Plotnikow, Rinci Dubois.
- Mención Honorífica: Modelo experimental en gallinas para entrenamiento en sutura laparoscópica. Unidad de Investigación en Cirugía Laparoscópica. Dpto. de Cirugía Hospital Universitario "Dr. Antonio María Pineda" Autor: Carlos Caballero

**Cursos Pre-Congreso**

**MARTES 11: SALÓN NAIGUATÁ B. 8:00 a.m. a 12:00 m.**  
**ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO. TRATAMIENTO. PROCEDIMIENTOS ENDOLUMINALES.**

Coordinador: Dr. Raúl Ferro

**CONCLUSIONES:**

- La hernia hiatal altera la anatomía normal responsable de la presión elevada interpuesta entre el esófago y el estómago (esfínter esófago gástrico).

- Los pacientes con ERGE se deben estudiar con endoscopia, radiología, manometría esofágica, pH de 24 horas del interior del esófago e impedancia si está disponible.

- Hay una secuencia claramente definida y estudiada que conlleva a cambios histológicos locales del esófago que van desde esofagitis en diferentes grados, esófago de Barrett, displasias en diferentes grados y carcinoma.

- El tratamiento quirúrgico indicado tanto en cirugía abierta o laparoscópica es la operación de Nissen y la hiatoplastia.

- Las fundoplicaturas parciales son menos efectivas para contener el reflujo, por ejemplo tipo Toupet.

- En los pacientes que presentan hernia hiatal y esófago de Barrett sin displasia se debe intervenir al paciente por laparoscopia y/o cirugía abierta. Sus controles postoperatorios deben hacerse con frecuencia con endoscopia sin someter a ningún tratamiento a la mucosa del esófago de Barrett, sólo control.

- Hay varios tratamientos endoscópicos que pueden emplearse para el tratamiento del esófago de Barrett con displasia moderada o severa (resección de la mucosa, uso de argón, laser, fotocoagulación) con control cercano. Si hay ERGE asociada debe indicarse la cirugía.

**MARTES 11: SALON NAIGUATÁ B. 1:00 a.m. a 6:20 p.m.  
ANATOMÍA QUIRÚRGICA APLICADA A LA CIRUGÍA  
MÍNIMAMENTE INVASIVA Y CONVENCIONAL**

**Coordinador: Dr. Joel Gómez  
En honor al Dr. Carlos Hernández**

**CONCLUSIONES:**

- La anatomía quirúrgica por la vía convencional o mínimamente invasiva es la misma.

- La anatomía quirúrgica en la cirugía convencional es para determinadas intervenciones más topográficas, mientras que en la mínimamente invasiva es más descriptiva.

- La cirugía mínimamente invasiva se está imponiendo no sólo desde el punto de vista estético sino también por el tiempo quirúrgico, el cual, a mayor destreza del cirujano es menor el tiempo, por ejemplo la colecistectomía; así como por el tiempo postoperatorio de hospitalización y de recuperación, que en general son menores, haciendo la sintomatología más tolerable en el postoperatorio. Por lo que el conocimiento anatómico es fundamental para este tipo de cirugía.

- Los métodos de exploración por imágenes son la anatomía vista en tercera dimensión y a mayor avance tecnológico en cuarta dimensión, lo cual puede ser visto en un monitor y reproducido en una placa radiológica. Esto evidentemente orienta al cirujano sobre las características anatómicas del paciente a intervenir quirúrgicamente.

- La ayuda de las imágenes es fundamental para el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo y convencional en consecuencia para la solución y la terapéutica quirúrgica a realizar.

- El avance tecnológico ha sido y es fundamental para la cirugía por laparoscopia, ya que de esto dependerá la mejor visión anatómica.

- La visión anatómica de la cirugía mínimamente invasiva necesita de la experiencia del cirujano por la técnica convencional.

**RECOMENDACIONES:**

- El aprendizaje de la anatomía quirúrgica es indispensable en la formación del cirujano.

- En la formación de un médico general, la anatomía es útil para poder explorar semiológicamente, para entender la fisiología, la fisiopatología de los órganos y entender la imagenología. En el postgrado de cirugía, sea cual fuese la especialidad, es pilar fundamental para aplicar la terapéutica adecuada.

- La imagenología es el método para entender la anatomía antes de llegar al acto quirúrgico y entender las variedades y las transformaciones que un órgano ha sufrido por una patología o enfermedad.

- La anatomía quirúrgica es el pilar fundamental en la formación de postgrado del cirujano. Debe formar parte ineludible de él, con una visión amplia topográfica y descriptiva para poder capacitarlos en la solución de las patologías quirúrgicas

**MARTES 11 - SALÓN MIRANDA - 2:00 a 5:20 p.m.  
CURSO - TALLER DE ULTRASONIDO MAMARIO. TÉCNICAS  
DE INTERVENCIONISMO**

**Coordinadores: Dr. José J. Navarro Martínez  
y Dra. Rosa Lucina Yáñez**

**Diseño y elaboración de modelos experimentales  
Instructora: Dra. Bexaida Navarro Campos.**

**CONCLUSIONES:**

- La mamografía es el estudio de elección en la pesquisa primaria del cáncer de mama.

- El ultrasonido mamario tiene mucha importancia en la pesquisa secundaria como la que representan las mamas densas a la mamografía lo que permitiría diagnosticar lesiones malignas que puedan pasar desapercibidas en la mamografía.

- La utilidad del ultrasonido mamario es incuestionable como herramienta de diagnóstico cuando existe una anomalía mamográfica o clínica para llegar a un diagnóstico más específico. Representa el método imagenológico que se puede utilizar en mujeres embarazadas y jóvenes, con menor costo, mayor accesibilidad y sin contraindicaciones.

- El ultrasonido mamario no solamente permite diferenciar ante la presencia de una densidad mamográfica si ésta es sólida o quística, sino que también caracteriza múltiples lesiones de la mama como: lesión sólida benigna, lesión quística simple, lesión quística compleja, lesión indeterminada y lesiones sospechosas de malignidad. A semejanza de la mamografía es útil la clasificación BIRADS ecográfica.

- La ecografía permite evaluar el contenido axilar, diagnosticar adenomegalias sospechosas y dirigir tanto como la toma de citologías como de microbiopsias.

- La experiencia mundial ha demostrado que el cirujano tiene capacidad para efectuar tanto la ecografía diagnóstica como la intervencionista representada por la punción aspiración con aguja fina (PAAF), microbiopsias percutáneas, localizaciones preoperatorias con arpón o inyección de colorantes o intraoperatorio para extirpar lesiones subclínicas.

- Es de elevada importancia la obtención de una confirmación histopatológica de las lesiones en el preoperatorio tanto para el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama como la biopsia del ganglio centinela.

- La guía ultrasonográfica para la obtención de microbiopsia percutánea es el método más rápido, exacto y de bajo costo en relación con la guía mamográfica estereotáxica.

- El ultrasonido intraoperatorio permite localizar y extirpar con márgenes adecuados el cáncer subclínico de la mama y cuando esta técnica se compara con otras tales como ROLL (Localización de lesiones ocultas con inyección de radiofármacos) o la localización mamográfica con arpón demuestra ventajas como bajo costo, más sencillo, de menor incomodidad para la paciente y no dependiente de otros especialistas.

- La ecografía presenta desventajas diagnósticas, como

es la imposibilidad para detectar microcalcificaciones si no están asociadas a lesión nodular, como en el carcinoma ductal in situ (CDIS), la dependencia alta del operador, la calidad del equipo de ultrasonografía y en las mamas involutivas y voluminosas.

#### RECOMENDACIONES:

- Considerar como de importancia en la educación de cirujanos el manejo tanto del ultrasonido mamario diagnóstico como sus diferentes técnicas intervencionistas y por lo tanto la realización de cursos y talleres con prácticas en modelos experimentales y pacientes, en estos últimos cumpliendo la normativa respectiva, resultaría muy beneficioso para alcanzar tal fin.

- Adecuar programas de capacitación de ultrasonido mamario en residencias de postgrado de cirugía general.

- Educación sostenida para que los cirujanos que utilizan el ultrasonido mamario diagnóstico e intervencionista en su ejercicio puedan mantener su pericia.

- La realización de este curso taller sobre ultrasonido mamario y técnicas intervencionistas, que contó con gran receptividad y aprobación por los cirujanos asistentes, deben ser tomadas en cuenta por la Sociedad Venezolana de Cirugía para realizarlos en el marco de los diferentes congresos, jornadas; o auspiciar cursos de mayor duración.

**MIÉRCOLES 12 - SALÓN NAIGUATÁ A 8:30 a.m. a 12:20 p.m.**

**BLOQUE: PATOLOGÍA COLÓNICA MALIGNA**

**Coordinador: Dr. Germán Millán**

**En honor a los doctores Armando Parra Calderón y Pablo Alf Fernández**

#### CONCLUSIONES:

- La colonoscopia es el método de pesquisa más comúnmente usado en Venezuela.

- El cáncer de colon no es un problema endémico en el país.

- La cripta aberrante se considera un paso previo a la displasia en la formación del cáncer.

- La megacromoendoscopia es útil para el diagnóstico de las patologías colónicas.

- El ultrasonido endoanal es el método más específico y el más sensible para determinar la profundidad de invasión del cáncer del recto.

- El manejo endoscópico del pólipo maligno tiene alternativas de tratamiento por esta técnica, cuyo buen uso favorece el control de la enfermedad en forma segura.

- La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser el procedimiento quirúrgico "regla de oro" para el tratamiento quirúrgico del cáncer de colon.

- El cáncer de colon complicado sigue siendo de difícil tratamiento y debe ser dejado para manos expertas en este tipo de cirugía.

- Todo paciente a ser intervenido quirúrgicamente de patología colónica se debe considerar como portador del virus del HIV u otra enfermedad transmisible y tomar medidas preventivas contra punciones o heridas accidentales en todo el equipo quirúrgico.

#### RECOMENDACIONES:

- Deben establecerse vínculos con la División de Oncología del Ministerio de la Salud para estudiar el problema y establecer las verdaderas cifras de prevalencia y mortalidad por el cáncer de colon y recto en Venezuela.

- La Sociedad Venezolana de Cirugía debe establecer vínculos con la Universidad para implementar un programa de entrenamiento en cirugía mínima invasiva por lo menos a nivel de los postgrados.

#### MIÉRCOLES 12: SALÓN MIRANDA – GUAYANA.

8 a.m. a 1:00 p.m

#### PROGRAMA DEL COMITÉ DE INFECCIONES

Coordinador: Dr. Jaime Díaz Bolaños

En honor al Dr. Adolfo Koelzow Jiménez

#### CONCLUSIONES:

**Infecciones de piel, partes blandas y óseas de interés quirúrgico.**

- Se determina que las infecciones de la piel y de los tejidos blandos pueden ser clasificadas según la localización anatómica, el tipo de lesión cutánea, el mecanismo patogénico, la etiología microbiana y por la existencia o no de necrosis; lo que ha generado terminologías complejas que muchas veces colindan y confunden al clínico en su decisión terapéutica.

- De todo este universo de infecciones, una serie de procesos caracterizados por inflamación progresiva con necrosis de la piel, tejido celular subcutáneo, fascias y en ocasiones musculares, son las que se asocian a una morbi-mortalidad determi-

nante en el paciente, incluyendo en ocasiones complicaciones como la osteomielitis.

- Existen factores predisponentes subyacentes conocidos como edad avanzada del paciente, diabetes, enfermedad vascular periférica, etilismo crónico, malnutrición, neoplasias, insuficiencia renal crónica y tratamientos inmunosupresores.

- El diagnóstico precoz depende de un alto índice de la sospecha clínica y por lo tanto del conocimiento de los signos y síntomas que preceden la infección gangrenosa o necrotizante, siendo los principales: edema e induración más allá del área de eritema, La presencia de flictenas sobre todo si el contenido es hemorrágico, crepitación local, ausencia de linfangitis o adenitis ipsilateral; acompañado de datos adicionales como anestesia local y alteraciones sistémicas (hipotensión, confusión y fiebre que no responde a antibiótico); como parte del despliegue fisiopatológico que auspicia un ambiente anaeróbico, la sinergia entre bacterias aeróbicas y anaeróbicas y la producción de múltiples toxinas.

- Las herramientas fundamentales del laboratorio, las imágenes, la sencilla prueba del estilete, punción-aspiración de la lesión y la exploración quirúrgica son vitales ante cualquier signo de alarma, poniendo de manifiesto o no la existencia de necrosis.

- La estrategia terapéutica se basa en la adopción de medidas generales para la estabilización del paciente, tratamiento antimicrobiano precoz y de amplio espectro tras toma de Gram y cultivos, dirigidos fundamentalmente a los principales protagonistas que se intuyen en base al análisis del contexto clínico: clostridios, mionecrosis clostridiana o gangrena gaseosa, cuyo tratamiento de elección es la penicilina G IV a dosis altas, con o sin clindamicina por su potencial efecto antitoxina.

- En la fascitis necrotizante, exceptuando la tipo II producida por streptococcus pyogenes se recomienda antimicrobianos de amplio espectro como los carbapenems (imipenem, meropenem) o piperacilina-tazobactam o una cefalosporina de 3ª generación con metronidazol, con o sin aminoglucósido. Otra posibilidad sería utilizar quinolonas asociada con metronidazol. El tratamiento ulterior debe guiarse por los cultivos y antibiogramas obtenidos preferiblemente del tejido comprometido.

**Valor profiláctico de la preparación mecánica intestinal en cirugía de colon.**

- Se revisaron una serie de estudios sobre el efecto de la preparación mecánica del intestino en la cirugía electiva de colon y se añadió uno realizado por nuestro equipo de tipo mul-

ticéntrico al azar de cinco clínicas, preparando el intestino con polyethylene glycol, dieta normal hasta la noche anterior de la cirugía y se pudo determinar que este procedimiento no reduce la dehiscencia de las anastomosis o la infección de las heridas, tampoco impide la contaminación bacteriana en el peritoneo. Es por otra parte mal tolerado por los pacientes, aumentando el trabajo por parte del personal de enfermería y los costos en salud son considerables. En conclusión, esta práctica usual debería ser abandonada

#### **La infección en la cirugía mínimamente invasiva.**

- Las infecciones relacionadas a los cuidados de la salud es un tema que a medida que vamos adquiriendo conciencia de su importancia e implementamos mecanismos de prevención que reduzcan su incidencia, mejora la calidad de los servicios que ofrecemos a nuestros pacientes. Estas infecciones no sólo aumentan la mortalidad y la morbilidad, sino que resultan en un aumento significativo en los costos de los sistemas de salud.

- Se revisó la literatura reciente, en cuanto a las complicaciones infecciosas, al comparar la cirugía laparoscópica con la cirugía convencional en apendicectomía, colecistectomía, colectomía y esplenectomía. En todos los procedimientos laparoscópicos se observa una reducción significativa en las complicaciones infecciosas. En adición, con la laparoscopia se reporta menos dolor post operatorio, una recuperación más temprana, mejores resultados estéticos y una estadía intrahospitalaria más corta. Estos hallazgos traen como consecuencia la discusión de la viabilidad de la implementación de esta modalidad quirúrgica en nuestros centros.

- Un programa de cirugía laparoscópica avanzado requiere de cirujanos extremadamente diestros y de la adquisición de equipo y materiales quirúrgicos costosísimos para ser efectivo. La reducción en los gastos de los sistemas de salud usando la cirugía laparoscópica es real pero, queda opacada por el alto costo de la instrumentación quirúrgica que hace falta para realizar el procedimiento.

#### **Resultados bacteriológicos en pacientes tratados con preparación mecánica del intestino.**

- En la mayoría de los estudios bacteriológicos la flora que se encuentra más frecuencia en el colon es escherichia coli y bacteroides fragilis, predominando los anaerobios y que son responsables de la contaminación de la cavidad abdominal y la herida operatoria.

- Para impedir esta complicación se practica aún la preparación electiva mecánica intestinal en cirugía de colon, esto se ha

hecho con el fin de reducir la cantidad de especies bacteriológicas, sin embargo, lo que disminuye es la masa fecal, pero no altera la concentración de organismos fecales intraluminales. Por lo tanto no tiene ningún impacto sobre la correlación de los organismos que se obtienen en los cultivos perianastomóticos, en el subcutáneo o subsecuentes infecciones en la herida operatoria.

#### **Neumonía nosocomial como complicación de la cirugía.**

- Puede concluirse que no es la más frecuente, pero que es la que se asocia a mayor mortalidad, ocurre tanto en pacientes entubados como en los que no lo están.

- La etiología es diferente si ocurre antes o después de cinco días de hospitalización; en el primer caso, las causas son bacterias comunitarias más sensibles, para el segundo predominan las bacterias intrahospitalarias incluyendo pseudomonas y acinetobacter multiresistente.

- El inicio precoz de antibióticos efectivos es lo recomendable, mejor si es en las primeras cuatro horas de la sospecha diagnóstica; es clave para el pronóstico la forma de elegir bien inicialmente, sobre todo conocer la epidemiología local, incluyendo datos de resistencia.

#### **Papel de la cirugía laparoscópica en la sepsis abdominal.**

- Se determinó; que es muy útil para el diagnóstico diferencial, ya que permite una amplia y rápida visualización de todo el abdomen, con una gran seguridad, esto beneficia un tratamiento adecuado de la patología afectada.

- Hoy en día es posible resolver por laparoscopia la mayor parte de las afecciones agudas de esta cavidad, sin la morbilidad de la cirugía abierta como es el íleo, el dolor, las hernias incisionales y una lenta recuperación.

#### **Infecciones de las heridas crónicas (úlceras por éstasis, venosas, isquemia y pie diabético).**

- Las heridas crónicas de las extremidades inferiores son unas de las condiciones médicas de mayor reto con las que se enfrenta el cirujano. Es un problema médico-social que requiere de un tratamiento multidisciplinario, brindado por un personal altamente adiestrado, y de cambios en el estilo de vida del paciente.

- En los centros especializados para el cuidado de estas heridas crónicas se encuentran con la problemática de la multiresistencia a antibióticos que han desarrollado las bacterias que habitan en este tipo de herida. En un estudio se cultivaron las úlceras crónicas que clínicamente mostraban evidencia de infección y se comparan los resultados con otros publicados en la

literatura. Se estratificaron los pacientes por el tipo de úlcera y por las condiciones médicas asociadas. Es interesante notar que la prevalencia de las bacterias en los diferentes estudios era similar, pero la susceptibilidad a los antibióticos varía grandemente. Estos cambios en susceptibilidad a los antibióticos son preocupantes ya que nos están reduciendo el armamentario de antibióticos orales disponibles.

- Una vez establecida la infección, el paciente requiere de una hospitalización para estabilizar y controlar la úlcera, causando esto un aumento en los costos del tratamiento. Una de las cuestionamientos que plantea el estudio es la relación virulencia/carga bacteriana y su importancia en la cicatrización de las úlceras crónicas de las extremidades inferiores. Para el tratamiento se insiste, en remover el tejido necrótico, controlar la infección y sobre todo la compresión de la zona, ya sea con los nuevos productos que ofrece la industria farmacéutica o un vendaje. La infección en la úlcera diabética e isquémica muestra una alta resistencia a los antibióticos, por lo tanto se sugiere hospitalizar al paciente y que la administración del tratamiento antibacteriano sea por vía intravenosa, y así mantener una alta concentración en sangre y tratar de evitar los cambios desfavorables de la sensibilidad.

#### **Apoyo fisiológico en el paciente séptico.**

- Se recomienda en el caso del factor grave fuerte, la siguiente conducta: reanimación inicial, determinación de lactato sérico, obtener cultivos antes de iniciar el tratamiento, terapia antimicrobiana, control del disparador, la terapia dirigida por metas da mejor recuperación. No hay diferencia en la elección de cristaloi-de o coloide, uso de vasopresores, empleo de la dopamina (problemas hemodinámicos), utilización de esteroides a bajas dosis, manejo estricto de la glucosa, administración de proteína C reactiva, transfusión de hemáties si la hemoglobina es menor de 7, estar atento a permitir una buena perfusión y control de la oxigenación intestinal. Es fundamental vigilar la actividad hemodinámica para evitar que caiga en falla multi-orgánica.

- Si el paciente se encuentra en el factor grave débil, las medidas antes expuestas se aplicarán en menor intensidad y se elige las que correspondan a las alteraciones del caso en particular.

#### **Uso adecuado de agentes antimicrobianos en peritonitis secundaria.**

- No hay datos que demuestren superioridad de un esquema antimicrobiano sobre otro de los usados en la actualidad.

- Tener en cuenta el aumento de la resistencia en organismos comunitarios (*escherichia coli* y *bacteroides fragilis*), donde algunas drogas son menos efectivas.

- En Venezuela la resistencia a quinolonas y, en menor grado, a las cefalosporinas de tercera generación, obligan a ser prudentes en la selección inicial de estos antibióticos.

- Es primordial hacer diagnóstico microbiológico en las peritonitis secundarias, de manera de conocer con exactitud la epidemiología de la resistencia. Los gérmenes que con mayor frecuencia se asocian con esta entidad son: *escherichia coli*, *klebsiella*, *enterobacter* y *pseudomonas*. Para combatirlos se debe emplear: ampicilina-sulbactam, piperacilina, tigeciclina. En casos muy severos: los carbapenems (*imipenem*, *meropenem*), piperacilina-tazobactam con metronidazol o *doripenem* (pronto disponible).

#### **RECOMENDACIONES:**

- Una recomendación fundamental y de consenso por todos los expositores, es insistir en el lavado de las manos antes y después de cualquier acto médico, no sólo para el cirujano y la instrumentista en una intervención quirúrgica, sino también el anestesiólogo, el personal auxiliar de la instrumentista y de la anestesia.

#### **JUEVES 13: SALÓN NAIGUATÁ A. 8:30 a.m. a 12:20 p.m. HÍGADO – HIPERTENSIÓN PORTAL – TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCRÉATICA.**

**Coordinador: Doctores Mauro Carretta y Pedro Rivas**

**En honor a los doctores Armando Vegas  
y Dilmo Hinestroza.**

#### **CONCLUSIONES:**

##### **Simposio Hepatocarcinoma:**

1.- Nuevo armamento quirúrgico en cirugía hepática

- La resección hepática corresponde a un procedimiento quirúrgico que es un reto para los cirujanos, debido al riesgo de sangrado masivo durante la cirugía y a la complicada anatomía biliar y vascular hepática. El sangrado masivo y las transfusiones no sólo aumentan el riesgo de morbi-mortalidad, sino que comprometen a largo plazo, la sobrevida posterior a las resecciones de malignidades hepáticas.

- En la actualidad la mortalidad hospitalaria es de alrededor del 5% en los centros especializados.

- Durante los últimos 20 años, los avances tecnológicos han llevado al desarrollo de instrumentos específicos para este procedimiento, como el disector ultrasónico (CUSA), water jet, bisturí armónico, ligasure y el tissuelink. La escogencia de estos dispositivos y la técnica, depende actualmente de la preferencia del cirujano. Sin embargo, la mayoría de los centros especializados coinciden en sugerir la utilización de un instrumento disector, como el CUSA y el hidrojet, con un dispositivo hemostático

como el bisturí armónico, que utiliza energía ultrasónica, o bien utilizando la energía de radiofrecuencia como el ligasure o el tissue link. La desventaja principal de estos instrumentos es su costo y no existen estudios que comparen cual de todos es más costo-efectivo

#### 2.- Tratamiento del hepatocarcinoma con o sin cirrosis:

- La resección quirúrgica es el mejor tratamiento para el hepatocarcinoma, en aquellos pacientes que no presenten cirrosis, sin importar el tamaño, siempre que esté confinado al hígado.

- El tamaño tumoral, "per se", no debe ser considerado como una contraindicación absoluta para las resecciones hepáticas;

- Se han propuesto diversos métodos para disminuir el estadio del tumor y lograr la resección posterior, tales como, la quimioembolización arterial transcutánea (TACE), la ablación por radiofrecuencia y el uso de la embolización de la vena porta, que induce hipertrofia del hígado remanente, para una mejor tolerancia en resecciones hepáticas mayores.

- Una adecuada resección hepática es el tratamiento de elección para pacientes no cirróticos con tumores menores de 5 cm, y también para pacientes cirróticos en Child A, con elevación moderada de la bilirrubina y ausencia de hipertensión portal.

- El caso de los pacientes que presentan hepatocarcinoma en hígados cirróticos, siempre y cuando reúnan los criterios de selección, el mejor tratamiento es el trasplante hepático, ya que de esta forma se está tratando al mismo tiempo las dos enfermedades.

- Los criterios de selección aceptados internacionalmente son los criterios de Milán, utilizado en la mayoría de los centros de trasplante, lo que comprende una lesión única igual o menor de 5 cm. o tres lesiones igual o menor de 3 cm que reportaron 70 % de sobrevida a los 5 años, con una recurrencia por debajo del 5 %. Los criterios de la Universidad de California de Los Ángeles son: una lesión única, igual o menor de 6 cm. o tres lesiones igual o menor de 4.5cm. Con la utilización de estos criterios se ha obtenido una buena sobrevida. Un porcentaje de sobrevida mayor al 60 % puede ser lograda en pacientes con Child A, con tumores bien encapsulados y menores de 2 cm. de diámetro. El porcentaje de recurrencia posterior a resección hepática es alrededor de 80% a los 5 años, asociada a otros factores pronósticos.

#### 3.- Tratamiento del hepatocarcinoma basado en protocolos de cirugía mínimamente invasiva.

- Para pacientes bien seleccionados y con criterios de

inclusión, igual que para cirugía abierta, se ha demostrado que la resección por vía laparoscópica es efectiva, con resultados comparables con la cirugía convencional, en cuanto a los márgenes de resección, sobrevida, recurrencia de la enfermedad, morbilidad y mortalidad comparable una vez establecida la curva de aprendizaje. Esta técnica se puede realizar por dos vías, una totalmente laparoscópica, especialmente para tumores localizados en los segmentos anteriores y mano asistida para tumores de los segmentos posteriores y voluminosos. Para el Dr. Ricardo Robles, es la técnica más empleada ya que permite un mejor estadiaje preoperatorio, con la palpación del hígado y cavidad abdominal; en su casuística, observaron que en algunos casos, aún utilizando los mejores métodos de estadiaje preoperatorio por imágenes, encontraron subestadiado al paciente. Por otro lado, mencionó que con la técnica de mano asistida se tiene mejor control del hilio hepático.

- Para el desarrollo de estas técnicas mínimamente invasivas, se debe contar con equipos de la laparoscopia de última generación, con cámaras y monitores de alta resolución, contar con el instrumental adecuado, como Cavitron, bisturí armónico y ligasure, con electrobisturí momopolar de radiofrecuencia y ecosonografía para laparoscopia.

#### RECOMENDACIONES

1. En los países occidentales se ha observado un incremento en la prevalencia de la patología tumoral primaria hepática, debido al incremento de infecciones por virus de hepatitis B y C, conocidos como oncogénicos.

2. En Venezuela no está disponible un programa de formación quirúrgica de 4to nivel (subespecialización) en cirugía hepato-bilio-pancreática, los especialistas formados académicamente en esta área en nuestro país somos muy pocos, ya que el entrenamiento sólo está disponible en hospitales extranjeros, por lo que la SVC debería promover la creación de unidades de formación para este tipo de cirugía.

3. En la actualidad nuestros hospitales públicos no cuentan con una infraestructura idónea para el manejo integral, no solamente quirúrgico del hepatocarcinoma, ya que como se comentó en este simposio, es necesario un equipo multidisciplinario, donde intervienen numerosas especialidades que deben tener equipos con tecnología de punta y disponible en una forma continua.

4. La SVC debería crear la sección de cirugía hepato-bilio-pancreática, que una de sus finalidades sería apoyar este tipo de actividades.

### Simposio: Trasplante de órganos

1. Cirugía mínimamente invasiva del donante vivo en trasplante renal.

- La nefrectomía para donantes vivos de riñón por vía laparoscópica con técnica mano asistida ha reportado ser una técnica útil y segura para los donantes. Con la misma, se ha observado que el tiempo quirúrgico en comparación con la técnica abierta es similar, así mismo la funcionalidad del injerto es igual en ambas técnicas para el donante, no solamente se beneficia en la parte cosmética por tener una herida de menor tamaño, sino que resulta en menos dolor en el postoperatorio y por lo tanto menor indicación de analgésicos, que en ocasiones pueden ser nefrotóxicos.

- La técnica de mano asistida laparoscópica, demuestra que no sólo el paciente amerita menos días de hospitalización, sino también es incorporado más rápidamente a sus actividades cotidianas.

2. Trasplante hepático de donante de cadáver.

- Este comenzó en Venezuela en el año 1989, cuando se realizó el primer trasplante hepático, en Maracaibo por el Dr. Dilmo Hinestroza y su equipo. En Caracas, en 1992, se realizó el primer trasplante de hígado en el Hospital Vargas de Caracas, por el equipo dirigido por el Dr. Armando Vegas.

- Desde 1983, se considera al trasplante de hígado como el tratamiento definitivo para las enfermedades hepáticas en estadio terminal, cuya sobrevida es estimada en menos de un 90 % en un año y una calidad de vida inaceptable para el paciente.

- Las principales indicaciones para el trasplante de hígado son la encefalopatía hepática, hiperbilirrubinemia (prurito intratable), hipertensión portal (várices, ascitis, hiperesplenismo), disfunción sintética (coagulopatía, hipoalbuminemia), y calidad de vida (fatiga severa, letargo severo).

- Actualmente contamos desde su creación en 1997 con la Organización Nacional de Trasplante de Venezuela (ONTV), organización no gubernamental que se encarga de la promoción, divulgación, educación y procura de órganos y tejidos, con lo cual se ha aumentado el número de donantes en Venezuela.

- Reiniciamos las actividades en el programa metropolitano de trasplante en el año 2003, con un sistema mixto, público-privado, en el cual hemos realizado 26 trasplantes de cadáver, con una sobrevida de 1 año de 85% y en 3 años de 80%.

1. Trasplante hepático de donante vivo.

- A nivel mundial, la oferta de órganos es menor que la

demanda, esto ha hecho surgir la técnica de trasplante hepático de donante vivo, con lo que se disminuye la mortalidad en pacientes en lista de espera.

- En la población pediátrica, sobretudo en niños con peso menor a 20 kg, es difícil contar con donantes, y en nuestro país estaba desprovista de esta técnica y nuestros niños eran referidos al extranjero para su tratamiento.

- En abril de 2005, se inicia el trasplante con donante vivo en el Programa Metropolitano de Trasplante Hepático, realizando hasta la fecha 16 trasplantes, con una sobrevida del 100% al año y a los 3 años, sin mortalidad alguna en los donantes, y con una morbilidad leve, como infección de la herida, seromas, atelectasia e infecciones urinarias. En enero del presente año se realizó el primer trasplante de donante vivo en adulto, el cual para este momento ni el donante ni receptor presentan complicación alguna.

- Las indicaciones de trasplante en la población pediátrica han sido: atresia de vías biliares, enfermedades metabólicas y autoinmunes.

2. El efecto Nicholas

- El Sr. Reg Green presentó su experiencia personal y familiar en cuanto a la donación de órganos. Explicó el momento donde tuvo que tomar esa decisión, fuera de su país, cuando se encontraba de vacaciones familiares y su hijo sufrió una herida por arma de fuego y falleció. Él y su esposa deciden donar los órganos de Nicholas, su hijo, y con esto salva la vida de 7 receptores en Italia, un país en donde la donación de órganos también es baja. Posteriormente crea una fundación, donde motiva a la población en general a la donación. Una de las actividades de esta fundación es visitar diferentes países, dando charlas y mostrando videos, para motivar la donación de órganos a nivel mundial.

3. Trasplante multivisceral

- El trasplante multivisceral es una técnica innovadora, realizada en muy pocos centros a nivel mundial, que exige una destreza quirúrgica, tanto en la extracción de órganos como en el receptor.

- La extracción de los órganos en el donante se realiza en bloque, con sus elementos vasculares, tomando generalmente estómago, páncreas, hígado e intestino delgado. El Dr Kato, presentó su estadística de 30 casos, especialmente niños en los cuales tenían deficiencia multiorgánica, que necesitaban trasplante de dos o más órganos, con una sobrevida del 100%.

- En nuestro país no existe experiencia en esta técnica, pero estamos estudiando la posibilidad de realizarla con el Dr Kato y la Universidad de Miami.

#### RECOMENDACIONES

1. Agradecemos a la SVC, la oportunidad que nos dio en este Congreso de hablar de la actividad que se está realizando de trasplante en Venezuela, la cual debe ser siempre incorporada a los actividades de la Sociedad, con el fin de hacer del conocimiento de la población médica venezolana, que se están realizando este tipo de intervenciones en nuestro país.

2. Es importante apoyar la donación de órganos a través de la ONTV, y la SVC por su credibilidad y prestigio que es de gran importancia en esta labor.

3. Queremos resaltar que lo más importante es la detección y referencia temprana de pacientes susceptibles a trasplante y esto es realmente una decisión de vida o muerte.

4. La actividad de trasplante debe estar a cargo tanto de los entes oficiales públicos, ya que es un problema de salud publica, así como de la sociedad civil con todos sus componentes y no sólo responsabilidad de una de ellas.

**JUEVES 13: SALON MIRANDA – GUAYANA. 9:00 a.m. a 12:30 p.m.**

#### PROGRAMA DEL COMITÉ DE SOPORTE NUTRICIONAL

Coordinador: Dr. Jesús Velázquez

En honor al Dr. Eduardo Souchón

#### CONCLUSIONES:

1. Existen alteraciones en los mecanismos de defensa intestinal en la pancreatitis aguda

2. La nutrición enteral debe ser la primera elección en pancreatitis aguda grave

3. El uso de fórmulas inmunomoduladores no debe ser de rutina

4. No existen diferencias entre la administración de fórmulas poliméricas y elementales

5. Se puede utilizar NPT cuando la nutrición enteral no sea suficiente o no sea tolerada

6. La vía debe ser nutrición yeyunal

7. Se puede utilizar soporte nutricional mixto

8. El paciente séptico se debe manejar con bajas calorías y 1,5 g/proteínas/kg/día

9. Dejar el abdomen abierto con sistema de cierre asistido por vacío (VAC) mejora la evolución en pacientes sépticos operados

#### RECOMENDACIONES

1. Todo paciente con pancreatitis aguda grave debe ser manejado por un equipo multidisciplinario

2. Todos los pacientes con pancreatitis aguda grave deben recibir soporte nutricional.

3. Iniciar con nutrición yeyunal a baja velocidad o soporte nutricional mixto enteral y parenteral

4. Paciente operado por pancreatitis aguda grave o sepsis abdominal se debe manejar con abdomen abierto y VAC

#### Mesa redonda: "Lo novedoso en la pancreatitis aguda"

Coordinador: Dr. Roger Escalona

Durante 40 minutos, y con una gran participación del público presente, se dio la discusión del tema desde el punto de vista de un nuevo enfoque de esta patología, desde su definición, pasando por fisiopatología, etiología, clínica, métodos diagnósticos tanto de laboratorio, como de imagenología, hasta el tratamiento, concluyéndose en:

- La pancreatitis aguda es una enfermedad que se encuentra en revisión constante, y por lo tanto sigue siendo un tema de actualización.

- Han surgido nuevas causas que nos obliga a mantenernos alertas

- Que sigue siendo la clínica la herramienta principal para pensar en esta enfermedad.

- Que los índices pronósticos no han logrado establecer claramente su importancia, pero es lo que tenemos a mano, hasta ahora, y se le debe dar su justo valor.

- El tratamiento estará orientado de acuerdo a la evolución de cada caso.

- Y que si bien es cierto que es una patología de enfoque médico de entrada, y que el papel del cirujano cada día está

más alejado, sigue teniendo un justo lugar dentro del equipo que se encargará de tratarlo

- La gran conclusión fue que el tema, por trillado que pudiese sonar, no sólo esta vigente, sino que se encuentra en revisión en vista de la variedad de enfoques, desde su definición hasta su tratamiento.

**VIERNES 14: SALÓN NAIGUATÁ B. 8:30 a.m. a 12:30 p.m.  
 LESIONES INTRAOPERATORIAS EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE  
 INVASIVA. PREVENCIÓN Y CONDUCTAS PRE-OPERATORIAS  
 POR TÉCNICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS**

**Coordinador: Dr. José Alberto Padrón Amará**  
**En honor a los doctores Pedro Blanco Souchón**  
**y Manuel Rondón**

**CONCLUSIONES:**

- El aporte de los invitados nacionales como internacionales a los asistentes fue muy valiosa.

- Se destacó el riesgo potencial de complicaciones que significan las punciones con agujas de Verres y con los trócares. Sobre todo se insistió en este mensaje a los residentes.

- Se cumplieron los objetivos respecto a la importancia en la prevención y las posibles soluciones de los problemas o complicaciones con la cirugía laparoscópica. Hay que ser cuidadoso en la identificación y disección de cada elemento antes de ser ligado, seccionado o coagulado. Debe trabajarse sin prisa y con conocimiento preciso de la zona operatoria (anatomía). Se insistió en la necesidad de buscar ayuda y no dudar en convertir a cirugía abierta si fuese necesario

**RECOMENDACIONES:**

- Esta actividad debe presentarse en todos los eventos principales de la Sociedad, jornadas y congresos.

- Debe procurarse que los participantes (expositores, conferencistas, etc.) no tengan otras actividades simultáneas o a intervalos cortos en otro salón, para así evitar inconvenientes y/o ausencias, y no estropear el buen desarrollo del evento.

**SÁBADO 15: SALÓN NAIGUATÁ A -B. 8:30 a.m. a 1:00 p.m.  
 BLOQUE: EDUCACIÓN EN CIRUGÍA**  
**Coordinador: Dr. Antonio Andrade M.**

- En primer lugar, por parte del Coordinador, se destacó el interés que ha tenido la Sociedad Venezolana de Cirugía, a lo

largo de su existencia, en la creación, fomento, desarrollo y mejoramiento de los postgrados de cirugía en el país. Hechos y evidencias que, hasta hace 7 años, quedaron plasmados en las diferentes ponencias y foros realizados por parte de sus destacados miembros docentes, en diversas jornadas y congresos realizados en el territorio nacional, que fueron recopiladas por el Dr. Miguel Zerpa Z. en el libro "Evolución del postgrado quirúrgico. Enfoque de la Sociedad Venezolana de Cirugía" editado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la UCV en el año 2001.

- En relación a "Cuál es el cirujano que Venezuela necesita", es evidente que el cirujano general en Venezuela, predominantemente y en conjunto con las diferentes subespecialidades que de su seno han surgido, sigue siendo importante y necesario. Su formación y entrenamiento de postgrado debe estar orientado a su capacitación cognoscitiva, psicomotoras y emocionales, con un alto sentido de responsabilidad profesional, social, ética y legal. Sus conocimientos deben estar a la altura de los avances científicos y tecnológicos que cada día se descubren e incorporan en la lucha contra patologías de difusión universal, nacional, regional y localmente.

- En cuanto a si "Se puede mejorar la formación del cirujano en Venezuela", quedó aclarado, por los expositores del simposio que es innegable que se puede y debe hacer. Es obligación de planificadores y programadores docentes, autoridades universitarias, entes oficiales relacionados con la salud, investigación y educación en el país, tomar en cuenta para tal efecto, las necesidades nacionales en esta materia, los adelantos y avances de la ciencia, los recursos físicos y humanos existentes y su distribución en las diferentes regiones, para fijar metas tangibles, estrategias y actividades que permita alcanzar los objetivos vitales para la formación del cirujano; su capacitación permanente y para que cuente con los recursos, tanto personales, como del medio para desarrollar una labor oportuna, eficaz y efectiva en sus especialidades.

- Quedó claro que es necesaria la certificación de los diversos centros de enseñanza universitaria de postgrado, para elevar el nivel de formación, tanto de pre como postgrado; lo que permitiría adicionalmente cohesionar y quizás unificar los diferentes y diversos diseños curriculares que actualmente están vigentes; para lo cual se deben utilizar los apropiados conocimientos metodológicos existentes en la materia y de los cuales hay ya experiencia en el país. Diferencia éstas que son marcadas en la región capital del país donde existen seis (6) diferentes escuelas o centros de formación de postgrado quirúrgico, cada una con diferentes programaciones y actividades; y donde aún

dichos cursos se realizan con una duración de tres (3) años, a diferencia de las otras universidades del país donde tienen duración de cuatro (4) años. De igual manera, se acepta que la educación médica continua en las especialidades y la recertificación del médico son herramientas necesarias para su permanente capacitación y excelencia.

- En la ponencia "Lo que todos debemos saber sobre ética en cirugía" se hizo hincapié en conocer los deberes y derechos tanto del paciente como del médico; de los cambios introducidos en la relación médico/paciente, de la importancia de establecer estos conceptos en el pre grado y diferentes

postgrados universitarios y de los aspectos médico-legales que involucran.

- Es de destacar lo apropiado y la importancia de los diversos homenajes realizados a diferentes miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía, unos vivos y presentes y otros ya fallecidos, todos verdaderos paladines y excelentes maestros de la cirugía en Venezuela, quienes con sus actuaciones profesionales supieron poner en alto, tanto el gentilicio nacional como a la cirugía como ciencia y disciplina. "Hagamos siempre honor a cada uno de ellos y que sirvan de ejemplos a las actuales y futuras generaciones de médicos cirujanos".



# NOTICIAS BREVES



Dr. Soturnino Fernández  
Pte. Electo 2008-2010

JUNTA DIRECTIVA  
2006 - 2009  
PRESIDENTE:  
Dra. Maribel Lizarrabal  
de Barrios

VICE PRESIDENTE  
Dra. Luis Rodríguez De León

SECRETARÍA  
Dra. Fátima Díaz

SUB-SECRETARÍA  
Dra. Linda Román

TESORERÍA  
Dra. Vicky Bascón

VOCALES:  
Dra. Edith Amador  
Dra. María Nery Martínez

SECCIONES DE:  
ENDOCRINOLOGÍA

PRESIDENTE:  
Dra. Marcela Rodríguez

SECRETARÍA:  
Dra. Albeiro Torres

VOCALES:  
Dra. Nely Kizil

IMAGEN (Educativa):  
PRESIDENTE:  
Dra. Susana Zúñiga

SECRETARÍA:  
Dra. María Laura Claret

VOCALES:  
Dra. Stella Weber

EDUCACIÓN MÉDICA:  
PRESIDENTE:  
Dra. Elizabeth Pérez Machado

SECRETARÍA:  
Dra. Guillerme Vialá

VOCALES:  
Dra. Jacinto Lira

GASTROENTEROLOGÍA:  
PEDIÁTRICA

PRESIDENTE:  
Dra. Elvira Peñalba

SECRETARÍA:  
Dra. Inés Hannon

VOCALES:  
Dra. Heidy González

HÍGIENE:  
PRESIDENTE:  
Dra. Lucy Hayler

SECRETARÍA:  
Dra. Talya Lucena

VOCALES:  
Dra. Carmen Yoris

gen

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA gen

EDITOR-DIRECTOR:  
Dra. LUISA ROSA VILLALBA

EDITOR EN COORDINACIÓN:  
Dra. Fátima Díaz

VOCALES:  
Dra. Alfonso Torres  
Dra. Carlos Sánchez

COORDINADORA WEB:  
Dra. Mariana Torres

Caracas, 16 de Junio de 2.008.

**SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA.**  
Presidente y Demás Miembros de la Junta Directiva.  
Presente.-

Estimados y Apreciados Colegas:

Nuestros más cordiales saludos, la Junta Directiva de la **SOCIEDAD VENEZOLANA DE GASTROENTEROLOGÍA**, esta muy orgullosa del gran éxito y la gran calidad científica con que se llevó a cabo el **I ENCUENTRO GASTRO-QUIRÚRGICO**.

Les hacemos llegar nuestras felicitaciones y los invitamos a continuar trabajando en conjunto, con la excelencia que los ha caracterizado hasta el momento para darle continuidad a este tipo de actividades, permitiendo establecer alianzas estratégicas entre nuestras sociedades y estrechar lazos que permitan replicar conocimientos científicos con enfoques gastro-quirúrgicos.

Se despiden, sin más que agregar

Atentamente:

Dra. Maribel Lizarrabal

Presidenta SVG

Secretaria SVG.