Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

CIRUJANO

Vol.20 N°1 AGOSTO 2023 ISSN 1817-4450

Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
Apuntes de nuestra historia

Tendencias de publicación en la Revista Cirujano a los 40 años de la fundación de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

Cirugía general de emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo

Duodenopancreatectomía laparoscópica: reporte inicial y seguimiento a largo plazo, experiencia de un hospital general

Sobrevida de pacientes sometidos a cirugía de control de daños

Mucocele apendicular simulador de masa anexial

Síndrome de Bouveret

CIRUJANO

Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
Vol.20 N°1 AGOSTO 2023
ISSN: 1817-4450

SCGP. Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
Dirección: Av. Arenales 2049, Dpto. 302, Lince
Lima - Perú
Teléfono: 373 2538
Celular: 999 661 825
E-mail: informes@scgp.org
www.scgp.org

Junta Directiva 2021 - 2023

Dr. Giuliano Manuel Borda Luque
Presidente

Dr. Jenner Rusman Betalleluz Pallardel
Vicepresidente

Dr. Edilberto Temoche Espinoza
Secretario

Dr. Carlos Alejandro Arroyo Basto
Tesorero

Dr. Juan Alberto Montenegro Pérez
Secretario de Acción Científica

Dr. Fernando Rómulo Revoredo Rego
Secretario de Prensa y Propaganda

Dr. Héctor Alberto Medrano Samamé
Secretario de Filiales

Dr. Pablo Gerardo Arredondo Manrique
Vocal

Dra. María Angélica Valcárcel Saldaña
Vocal

Dr. Johan Eduardo Medrano Álvarez
Vocal

Dr. Michel Portanova Ramírez
Presidente Anterior

Dr. David Ortega Checa
Director Ejecutivo

CIRUJANO
ISSN 1817-4450
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2015-04145

EDITOR EJECUTIVO
Edilberto Temoche Espinoza

PRESIDENTE DEL COMITÉ EDITORIAL
Juan Jaime Herrera Matta

COMITÉ EDITORIAL NACIONAL
David Ortega Checa
Iván Vojvodic Hernández
Luis Villanueva Alegre
Héctor Angulo Espinoza
Eduardo Barboza Besada
José De Vinatea De Cárdenas
Julio Diéguez Grimaldo
Juan Jaime Herrera Matta
Carlos Balarezo Torres
Juan Antonio Herrera Matta
Miguel David Flores Mena

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL
Samir Rasslan (Brasil)
Dario Birolini (Brasil)
William Sánchez (Colombia)
John Henry Moore (Colombia)
Pedro Ferraina (Argentina)
Mariano Giménez (Argentina)
Atila Csendes (Chile)
Luis Ruso (Uruguay)
Aurelio Rodríguez (EE UU)
Daniel Ludi (EE UU)
Dido Franceschi (EE UU)
Marvin López (EE UU)
Michael C. Parker (Inglaterra)

EDITORIAL

40 Años de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

En los seres humanos es evidente la tendencia a la agrupación entre quienes comparten similitudes u objetivos como un afán de intercambio de ideas y de ayuda mutua. En el campo de la Medicina; la existencia de sociedades forma parte de la vida académica y su importancia es incuestionable; su función principal gira en torno a la ciencia siendo su misión la de enseñar y difundir el conocimiento, con el objetivo final de mejorar la salud y bienestar de los pacientes[1].

En este número conmemorativo, el Dr. David Ortega muestra un excepcional relato de la historia de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, siendo el día 11 de marzo de 1983 la fecha de su Fundación instalándose la primera Junta Directiva. El nombre inicial fue "Sociedad de Cirujanos Generales del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins del Instituto Peruano de Seguridad Social", en mérito a que los cirujanos del citado hospital fueron los que forjaron su creación. El acta de fundación fue firmada por 61 cirujanos, siendo el primer presidente el Dr. Luis Montero Rospigliosi. La juramentación estuvo a cargo del Dr. Aurelio Díaz-Ufano Peral. Todos ellos sesionaron por primera vez el 14 de abril de 1983 y acordaron por unanimidad el cambio de nombre de la naciente Institución, que quedaría como "Sociedad de Cirujanos Generales del Perú".

Han pasado 40 años desde aquellas reuniones iniciales en las cuales se forjó en claustros hospitalarios la idea de agruparse y formar una sociedad quirúrgica; y en este 2023, luego de haber tenido la oportunidad y el honor de conversar con muchos de los protagonistas de aquel evento, puedo dar testimonio que el entusiasmo y el espíritu que los agremió, aún sigue totalmente intacto, habiéndose agregado un sentimiento: el orgullo de ver que hoy la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (SCGP) es una institución líder que no se ha detenido y que ha crecido no solamente en número de socios sino que su crecimiento académico plantea objetivos que buscan el mejoramiento profesional de sus miembros y de la cirugía general. Desde aquí el agradecimiento a los miembros fundadores.

Sería muy ambicioso mencionar en estas líneas todos los logros que en estos 40 años de vida institucional se han podido conseguir. Es de destacar que el año 1984 se publicó el primer número de la revista CIRUJANO, y que junto a la edición mensual desde el año 2005 del Boletín de la SCGP, se han convertido en los órganos oficiales de difusión y comunicación de nuestra institución. La organización de múltiples congresos, cursos y jornadas, la creación de las filiales, la incorporación de los miembros adscritos (residentes), los cursos de Cirugía Basada en Evidencia, Terapia Nutricional Quirúrgica, Emergencias Quirúrgicas, Operación Hernia (labor social en conjunto con cirujanos extranjeros), las sesiones académicas quincenales (presenciales y ahora virtuales), los convenios con distinguidas asociaciones quirúrgicas internacionales como American College of Surgeons (ACS), International Society of Surgery (ISS), Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) entre otras; la adquisición de un local institucional propio y en estos último años la realización del "Curso virtual para el médico general" en conjunto con ASPEFAM y la instalación del "Premio Nacional a la Investigación Quirúrgica: Dr. Julio del Campo Amorós", son ejemplos tangibles de la intensa actividad societaria y científica que ha desarrollado la SCGP.

Nuestra especialidad nos brinda la oportunidad de ser destacados cirujanos en el quirófano, y también de poder realizar docencia e investigación en universidades y hospitales, además de realizar actividades de administración. Es justamente está última característica ejercida en modo superlativo la que ha hecho posible alcanzar los éxitos mencionados en el párrafo anterior, todo ello por la responsable gestión de cada uno de los equipos directivos que han estado al frente de la SCGP. Los expresidentes y sus Juntas Directivas han engrandecido con su trabajo a nuestra institución y junto a ellos la Sra. Trinidad Bellota, leal secretaria administrativa. Gracias a todos ustedes por su gran labor.

Junto a nuestra pasión por la cirugía, la SCGP muestra un especial interés en el desarrollo de la investigación. En este número se publica los resultados del trabajo "Cirugía General de Emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo". Este artículo elaborado y patrocinado por el grupo de investigación quirúrgica de la SCGP, se convierte en la primera de varias investigaciones colaborativas nacionales, donde se han congregado cirujanos y residentes de hospitales públicos y privados de diferentes latitudes del territorio nacional con el único propósito de generar evidencia propia que permita conocer la realidad quirúrgica del Perú. Los resultados además de mostrar cifras reales de morbimortalidad nacional de la patología quirúrgica de emergencia nos exponen las diferencias de los recursos con los cuales son atendidos los pacientes en los sectores públicos y privados. En un aspecto tan importante como la cirugía laparoscópica, existe una inequidad que debemos hacer lo posible por resolver en los próximos años [2].

Los artículos sobre Whipple por Laparoscopía del Hospital de la Policía Nacional del Perú y el de Cirugía de Control de Daños del Hospital Nacional Cayetano Heredia, dan refuerzo a que las competencias del cirujano general no sólo están enfocadas al manejo de la patología benigna e inflamatoria, sino que los cirujanos generales estamos capacitados para el manejo de la patología oncológica abdominal y de trauma. Esta posición ha sido destacada en recientes reuniones que hemos mantenido con instituciones como CONAREME y SISTCERE con el fin de actualizar los estándares mínimos de formación del cirujano general, habiendo propuesto nuestra gestión ampliar la duración del residentado de cirugía general a 4 años. Lo mencionado sobre nuestra diversidad de competencias esta resumido en el artículo sobre tendencias de publicación de la revista Cirujano, que muestra las experiencias y actividad quirúrgica de la especialidad vinculándolas al espíritu investigador de los autores de toda esta producción científica analizada.

Para concluir, quiero agradecer a los miembros de la SCGP el honor que nos han brindado a la Junta Directiva, en representarlos durante los años 2021 – 2023. Hemos tratado de hacerlo de la mejor manera, sobre todo reforzando las características académicas que debe distinguir a todo buen cirujano: ser diestro operador, además docente e investigador, responsable gestor y sobre todo buena persona [3].

Estimados doctores y amigos lectores de CIRUJANO, gracias por estar presentes en las celebraciones de los 40 años de vida institucional y académica de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú.

Dr. Giuliano M. Borda Luque
Past-Presidente de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
Jefe de Departamento de Cirugía del Hospital Nacional Cayetano Heredia
Profesor Asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. De La Torre Bravo A. La Importancia de las Sociedades Médicas. Rev Hosp Jua Mex 2009; 76(1): 3.
2. Borda-Luque G. Investigación Quirúrgica y Cirugía de Emergencia. Cirujano 2022. Vol 19, Num 1.
3. Borda-Luque G. Cirugía Académica: Rol de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú. Cirujano 2022. Vol 19, Num 2.

ORCID iDs:
Giuliano Borda Luque, ORCID 0000-0001-7150-5573

CONTENIDO

Sociedad de Cirujanos Generales del Perú: Apuntes de nuestra historia 8

26 Tendencias de publicación en la Revista Cirujano a los 40 años de la fundación de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (SCGP)

Cirugía general de emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo 31

44 Duodenopancreatectomía laparoscópica: reporte inicial y seguimiento a largo plazo, experiencia de un hospital general

49 Sobrevida de pacientes sometidos a cirugía de control de daños

58 Mucocele apendicular simulador de masa anexial

62 Síndrome de Bouveret

Sociedad de Cirujanos Generales del Perú: Apuntes de nuestra historia

David Ortega Checa
Director Ejecutivo SCGP

Correspondencia: davidortegach@gmail.com

EL INICIO

Desde agosto de 1982 tres cirujanos, los Drs. Augusto Peralta, Luis Alva y Gilbert Maldonado, comienzan a trabajar en difundir la idea de la formación de una sociedad quirúrgica de médicos del Hospital Rebagliati. Se cuenta con el apoyo del Dr. Pompeyo Chávez, jefe del Departamento de Cirugía General y de los jefes de servicio. Se realizaron varias reuniones en la que se acordaron nombrar la comisión organizadora y la subcomisión de elaboración del estatuto.

El 15 de febrero de 1983 quedó aprobado el Estatuto y el nombre de la Institución como "SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS" DEL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL.

El 11 de marzo de 1983 juramenta la primera junta directiva que estuvo conformada de la siguiente manera:

Presidente	Dr. Luis F. Montero Rospigliosi
Vice-Presidente	Dr. Augusto C. Peralta Orrego
Secretario	Dr. José Schilder Celleri
Tesorero	Dr. Moisés Vértiz Herbozo
Vocal	Dr. Benjamín Castañeda Castañeda
Secretario de Acción científica	Dr. Gilber Maldonado Landa
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Luis Alva Odría

La primera sesión de la Junta Directiva se llevó a cabo el 14 de Abril de 1983 y entre otros puntos se acordó por unanimidad el cambio del nombre de la naciente institución que quedaría como "SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERÚ"

PRESIDENTES y ACTIVIDAD CIENTÍFICA

1983-1985	Dr. Luis Fernando Montero Rospigliosi
1985-1986	Dr. Augusto Cristóbal Peralta Orrego
1986-1987	Dr. Héctor R. Angulo Espinoza
1987-1989	Dr. Gilbert Maldonado Landa
1989-1991	Dr. Julio Del Campo Amorós
1991-1993	Dr. Julio Del Campo Amorós
1993-1995	Dr. José Efraín Schilder Celleri
1995-1997	Dr. David Alfredo Ortega Checa
1997-1999	Dr. David Alfredo Ortega Checa
1999-2001	Dr. José Mariano Martínez Atencio
2001-2003	Dr. José Luis Rosa Medina Del Carpio
2003-2005	Dr. Iván Martín Vojvodic Hernández
2005-2007	Dr. Carlos Tuppia García-Godos
2007-2009	Dr. Luis Villanueva Alegre
2009-2011	Dr. Renán Ramírez Bojórquez
2011-2013	Dr. Juan Jaime Herrera Matta
2013-2015	Dr. Emiliano Contreras Castro
2015-2017	Dr. Manuel Vílchez Zaldívar
2017-2019	Dr. Miguel Flores Mena
2019-2021	Dr. Michel Portanova Ramírez
2021-2023	Dr. Giuliano Borda Luque
2023-2025	Dr. Jenner Betalleluz Pallardel

- **Dr. Luis Fernando Montero Rospigliosi (1983-1985)**

Durante este período, se establecieron las bases de nuestra incipiente institución, con la designación y aprobación en Asamblea General del presidente. Como excepción, se determinó que este período tendría una duración de dos años. Se realizó una amplia difusión del estatuto y, en 1984, se publicó el primer número de la revista CIRUJANO, la publicación oficial de nuestra institución. El Colegio Médico del Perú reconoció a la SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERU como institución científica el 12 de marzo de 1985. Además, se organizaron dos jornadas científicas: la I Jornada, del 11 al 20 de octubre de 1983, y la II Jornada, del 11 al 13 de julio de 1984, ambas realizadas en el Auditorio Cuerpo Médico del Hospital E. Rebagliati.

- **Dr. Augusto Peralta Orrego (1985-1986)**

Fue elegido como el primer presidente de la SCGP mediante votación universal. Durante su gestión, se promovieron las actividades de la institución, lo que permitió establecer un mayor acercamiento con los principales centros hospitalarios de Lima. Además, se logró incorporar nuevos miembros. La III Jornada se llevó a cabo del 23 al 26 de Octubre de 1985.

- **Dr. Héctor R. Angulo Espinoza (1986-1987)**

Durante su mandato, se implementó un intensivo programa de reempadronamiento. También se realizó la primera reforma estatutaria, estableciendo la duración del período de la Junta Directiva en dos años, a partir de noviembre de 1986. Se iniciaron las primeras tentativas para la realización del I Congreso de la SCGP. Asimismo, se estableció la primera filial en Ica y se llevó a cabo el Curso de Nutrición Parenteral en dicha ciudad, del 26 al 28 de Junio de 1986.

La IV Jornada, que se enfocó en Cirugía de Hígado, Vías biliares y páncreas, se realizó del 29 al 31 de Octubre de 1986 en el Auditorio Sanitas.

- **Dr. Gilbert Maldonado Landa (1987-1989)**

Durante este período, la SCGP desarrolló una intensa actividad científica, especialmente en provincias, donde se dejó sentir su influencia en Arequipa e Iquitos. Se organizó el primer curso con un invitado extranjero. Después de un gran esfuerzo, se logró la realización del Congreso Internacional de Cirugía General, que se llevará a cabo cada dos años. En la V Jornada, enfocada en Infecciones y Nutrición en Cirugía, realizada del 14 al 16 de Octubre de 1987 en el Centro Cívico de Lima, se contó con la participación del Dr. Bruno Zilberstein de Brasil. También se realizó el Curso de Actualización en Cirugía Gastroesofágica en la ciudad de Arequipa, del 17 al 19 de Marzo de 1988, y el Curso de Infección y Cirugía en Iquitos, del 20 al 23 de Junio de 1988.

I CONGRESO INTERNACIONAL
14 al 17 de Febrero de 1989
Centro Cívico de Lima

Invitados:

Angelita Habr-Gama	Brasil
Pedro Ferraina	Argentina
Bruno Zilberstein	Brasil
Enrique Rodríguez	Chile
Felipe Rodríguez	USA
Ricardo Carrasco	Ecuador
Víctor Zambrano	Venezuela

- **Dr. Julio del Campo Amorós (1989-1991) (1991-1993)**

Durante la gestión del Dr. Julio del Campo, se desplegó una amplia actividad científica y se inició una reorganización administrativa, además de continuar con la incorporación de nuevos miembros. Se establecieron las reuniones científicas mensuales, que perduran hasta el día de hoy, logrando convocar a diversos cirujanos de los hospitales de Lima en el auditorio de Laboratorios Roemmers.

A pesar de las dificultades que se presentaron, como la grave crisis económica con una gran hiperinflación, la epidemia del cólera y la Guerra del Golfo a nivel internacional, se logró realizar con esfuerzo y dedicación el II Congreso Internacional en el Hotel Sheraton de Lima.

En junio de 1989, en el VIII Congreso de la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) en Caracas, Venezuela, la SCGP fue incorporada como miembro de esta importante institución, y desde entonces ha estado presente en todos los congresos con una importante participación activa.

Cabe destacar que el Dr. Julio del Campo fue el primer cirujano reelegido en la presidencia de la SCGP.

1989 Jornada Nacional en Ica

II CONGRESO INTERNACIONAL, 12 al 15 de Febrero de 1991
Lima Sheraton Hotel

Cursos Internacionales
Cáncer del aparato digestivo
Actualización en enfermería

Invitados:

Carlos Balarezo	USA
Alfredo Sepúlveda	Chile
Pedro Tabuenca	Argentina
Roberto Burmeister	Chile
Luis Jorge Pérez	Colombia

Curso Internacional:
Atención del paciente traumatizado
10 al 12 de Agosto de 1992
Hotel Sheraton

Invitados:
Dario Birolini
Aurelio Rodríguez
Ricardo Ferrada

III CONGRESO INTERNACIONAL
9 al 12 Febrero de 1993
Lima Sheraton Hotel

Cursos Internacionales
Actualización en técnicas quirúrgicas
Avances en enfermería

Invitados:

Carlos Balarezo	USA
Oliver Boillot	Francia
Attila Csendes	Chile
Bernard Delaitre	Francia
Gerardo Gómez	USA
Juan Peschiera	USA
Daniel Reis	Brasil
Carlos Reyes	Chile
Enf. Holly Sue Ramos	USA

- **Dr. José Schilder Célleri (1993-1995)**

Durante esta gestión, nuestra institución ha logrado establecer vínculos importantes con destacados cirujanos de Japón y Francia, sin descuidar la actividad científica permanente a nivel local.

IV CONGRESO INTERNACIONAL
14 al 17 de Febrero de 1995
Lima Sheraton Hotel

Cursos Internacionales

Invitados:

Carlos Balarezo	USA
Susumo Yamasaki	Japón
Bernard Delaitre	Francia
Bernard Launois	Francia
Atila Csendes	Chile
Enf. Elena Lazo	Chile
Enf. Carmen Martinez	Chile

- **Dr. David Ortega Checa (1995-1997) (1997-1999)**

Durante este período, se llevó a cabo una amplia difusión de nuestra institución tanto a nivel local como internacional, logrando fortalecer nuestros vínculos con la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC) y la Sociedad Panamericana de Trauma.

En octubre de 1995, los doctores David Ortega y Juan Lombardi de Chile se reunieron en la ciudad de Sao Paulo para planificar la I Jornada Peruano Chilena de Cirugía, que se llevó a cabo con éxito en noviembre de 1997 en la ciudad de Iquique.

Las reuniones científicas mensuales tuvieron una afluencia cada vez mayor de cirujanos, por lo que se tuvo que cambiar a un auditorio de mayor capacidad. Además, se llevó a cabo una agresiva campaña de incorporación de nuevos miembros a través de diversas actividades interhospitalarias.

En reconocimiento a su destacado liderazgo, el Dr. David Ortega fue reelegido para el siguiente período (1997-1999).

V CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
11 al 14 de Febrero de 1997
Sheraton Lima Hotel

Cursos Internacionales
Cirugía Laparoscópica de Avanzada
Actualización en Trauma
Avances en Enfermeria

Invitados:

Aurelio Rodriguez	USA
Carlos Balarezo	USA
Ricardo Rossi	Chile
Italo Braghetto	Chile
Carlos Domene	Brasil
Ricardo Ferrada	Colombia
José Trostchansky	Uruguay
Alejandro Weber	México
George Mazzariegos	USA
María Consuelo Claro	Colombia
Silvia Baptiste de Arroyo	Colombia

VI CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
I CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
II JORNADA PERUANO CHILENA DE CIRUGÍA GENERAL
I ENCUENTRO PERUANO BRASILEÑO DE VIDEO CIRUGÍA
9 al 12 de Febrero de 1999
Sheraton Lima Hotel

Cursos Internacionales
Laparoscopía en Emergencia
Avances en Trauma
Enfermería Quirúrgica hacia el tercer Milenio

Invitados:

Paulo Amaral	Brasil
Dario Birolini	Brasil
Carlos Balarezo	USA
Erwin Buckel	Chile
Osmar Creuz	Brasil
Edvaldo Fahel	Brasil
Juan Lombardi	Chile
Ricardo Sonneborn	Chile
Elsa Duran	Colombia
Sandra Torres	Colombia

- **Dr. José Martínez Atencio (1999-2001)**

Durante su liderazgo, se fortalecieron las reuniones científicas mensuales, lo que se reflejó en una mayor asistencia de cirujanos. Además, se consolidaron las relaciones con las principales sociedades científicas quirúrgicas.

Curso Internacional
Avances en Cirugía General
13 y 14 de Abril del 2000
Hotel Sheraton de Lima

Invitados:

Hernando Abaunza	Colombia
Alberto García	Colombia
Jorge Larach	Chile

VII CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
II ENCUENTRO REGIONAL DE LA FEDERACION LATINOAMERICANA DE CIRUGIA (FELAC)
II CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
I CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA QUIRÚRGICA
13 al 16 de Febrero del 2001
Sheraton Lima Hotel

Cursos Internacionales
Herida e Infección Quirúrgica H.I.Q.
Urgencia Quirúrgico Abdominales
Soporte Nutricional e Infecciones en Cirugía
Avances en Enfermería Quirúrgica

Invitados:

Juan Asensio	USA
Hernando Abaunza	Colombia
Carlos Balarezo	USA
Carlos Benavides	Chile
Osmar Creuz	Brasil
Alejandro García Gutiérrez	Cuba
Federico Hernández	Chile
Juan Lombardi	Chile
Domingo Pizurno	Paraguay
Gustavo Quintero	Colombia
Antonio Robles	USA
Samir Rasslan	Brasil
Jose Trostchansky	Uruguay
Roosevelt Fajardo	Colombia
A. Carbajal	Colombia
Sonia De Pimiento (Enfermera)	Chile
Marta Rodriguez (Enfermera)	Chile

- **Dr. José Rosa Medina del Carpio (2001-2003)**

Durante su gestión se logró concretar el alquiler de nuestro actual local institucional, gracias a un convenio que marcó un importante momento de crecimiento a nivel administrativo. Asimismo, en diciembre de 2002 se lanzó nuestra página web: www.scgp.org.

VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
IV JORNADA PERUANO CHILENA DE CIRUGÍA GENERAL
II CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA QUIRÚRGICA
12 al 14 de Febrero del 2003
Sheraton Lima Hotel

Cursos Internacionales
"Cirugía de Esófago y Cáncer Gástrico"
"Complicaciones en Cirugía"

Invitados:

Horacio Asbun	USA
Carlos Balarezo	USA
Ricardo Barboza	USA
Enrique Beveraggi	Argentina
Fernando Bonadeo	Argentina
Erwin Buckel	Chile
Patricio Burdiles	Chile
Juan E. Contreras	Chile
Attila Csendes	Chile
Alvaro Diaz de Liaño	España
Owen Korn	Chile
Juan Lombardi	Chile
Daniel Ludi	USA
Aurelio Rodríguez	USA
Ricardo Rossi	Chile
Isabel Aburto	Chile

- **Dr. Iván Vojvodic Hernández (2003-2005)**

La SCGP mantiene una intensa actividad científica a nivel interhospitalario y ha logrado incorporar a más de 80 nuevos miembros, lo que demuestra el creciente alcance de nuestra entidad.

En noviembre de 2003, la SCGP organizó con éxito el XVI Congreso Panamericano de Trauma, el primer evento científico de importancia internacional auspiciado por nuestra entidad. Este evento recibió elogios de los miembros de la Sociedad Panamericana de Trauma y contó con la participación de 44 profesores extranjeros. La organización de dicho congreso estuvo liderada por el Dr. David Ortega Checa.

XVI CONGRESO PANAMERICANO DE TRAUMA
Sociedad Panamericana de Trauma y la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú
5 al 7 de Noviembre del 2003
Hotel Sheraton de Lima.

Cursos Internacionales
Avances en Trauma
Prehospitalario y Enfermería en trauma

IX CONGRESO INTERNACIONAL
DE CIRUGÍA GENERAL
V JORNADA PERUANO CHILENA DE CIRUGÍA GENERAL
16 al 18 de Febrero del 2005
Sheraton Lima Hotel

Cursos Internacionales
"Oncología Quirúrgica"
"Ciencias Básicas para el Cirujano General"

Invitados:

Marvin López	USA
Carlos Balarezo	USA
Fidel Ruiz Healy	México
Mario Uribe	Chile
Federico Hernández	Chile
Aliro Venturelli	Chile
Dido Franceschi	USA
Salvador Valencia	USA
Fausto Vinces	USA
Arnoldo Tabuenca	USA
John Henry Moore	Colombia
Carlos Ordoñez	Colombia
Luis Hashimoto	USA

- **Dr. Carlos Tuppia García Godos (2005-2007)**

Durante su gestión, la SCGP ha consolidado un importante lugar en el Colegio Médico del Perú al lograr participar en las principales comisiones, especialmente en el Comité de Recertificación y el Comité de Sociedades Científicas. Tres de sus miembros más destacados formaron parte del Comité Organizador del I Congreso de Sociedades Médico Científicas en septiembre de 2005, en el cual se establecieron las pautas que rigen el funcionamiento y ordenamiento de las Sociedades Médico Científicas. En junio de 2005 se publicó el primer número del Boletín de la SCGP, el cual se distribuye mensualmente de manera digital y continúa siendo publicado hasta el día de hoy.

"CURSO IQ"
INFECCIONES QUIRÚRGICAS
27 y 28 de Octubre del 2005
Auditorio Principal
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

X CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
III CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
6 al 9 de Febrero del 2007
Sheraton Lima Hotel

CURSOS INTERNACIONALES
Cirugía de Hígado y Vías Biliares
Cirugía Laparoscópica: técnica quirúrgica y tips
Evaluación crítica de la literatura científica en cirugía

Invitados:

Samir Rasslan	Brasil
Samuel Shuchleib	México
Italo Braghetto	Chile
Luis Russo	Uruguay
Carlos Balarezo	USA
Daniel Ludi	USA
Vicente Gracias	USA
Manuel Lorenzo	USA
Jorge E. Foianini	Bolívia
Santiago Horgan	USA
Claudio Wainstein	Chile
Silvia Solda	Brasil
Ana Cecilia Lorenzo	USA
Manuel Cadena	Colombia
Arturo Vergara	Colombia

- **Dr. Luis Villanueva Alegre (2007-2009)**

Siendo el primer presidente que no trabaja en el Hospital Rebagliati, logró consolidar a la SCGP como Sociedad Principal en el Colegio Médico del Perú. Su espíritu conciliador y su gran capacidad para convocar en el ámbito científico y profesional, contribuyeron al aumento del prestigio de nuestra institución.

JORNADA QUIRÚRGICA "BODAS DE PLATA SCGP"
IV CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
7 y 8 de Marzo del 2008
Sheraton Lima Hotel

Invitados:

Dario Birolini	Brasil
Raul Cutait	Brasil
Juan Lombardi	Chile
Daniel Ludi	USA
John Henry Moore	Colombia
Randolph Bailey	USA
Hugo Villar	USA
Joseph Mills	USA
Gonzalo Estapé	Uruguay
Nasim Tatá	Venezuela
Herminio Ojeda	USA
Hernán Vargas	USA
Luis León	USA

XI CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
VII JORNADA PERUANO CHILENO DE CIRUGÍA GENERAL
IV CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
V CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
10 al 13 de Febrero del 2009
Sheraton Lima Hotel

CURSOS INTERNACIONALES
Actualización en Trauma
Cirugía Laparoscópica

Invitados:

Aurelio Rodríguez	USA
Rao Ivatury	USA
Daniel Ludi	USA
Andrew Peiztman	USA
Ricardo Ferrada	Colombia
Carlos Balarezo	USA
Pedro Ferraina	Argentina
Juan Lombardi	Chile
Xabier de Aretxabala	Chile
David Laski	Mexico
Juan Carlos Staltari	Argentina
Alex Escalona	Chile
Elena Ortiz	España
Patricio Polanco	USA
Pascual Parrilla	España
Juan Luján	España
Luisa Martínez	España
Angeles Ortiz	España
Francisco Sánchez B.	España

- **Dr. Renán Ramírez Bojórquez (2009 – 2011)**

Durante su gestión, se siguió fortaleciendo el prestigio de nuestra institución, promoviendo las relaciones internacionales con sociedades afines y reforzando nuestra presencia en el ámbito científico.

JORNADA QUIRÚRGICA AVANCES EN CIRUGÍA
VI Congreso del Capitulo Peruano del American College of Surgeons
9 y 10 de Abril del 2010
Lima Sheraton Hotel

CURSO
CUIDADO DE OSTOMIAS Y CURACIÓN DE HERIDAS

Invitados:

Carlos Balarezo	USA
Daniel Ludi	USA
Eduardo Cassone	Argentina
William Sánchez	Colombia
Fausto Vinces	USA
Fabio Leiro	Argentina
Mario Anselmi	Chile
Eduardo Montalvo	México
Fernando Miranda	USA

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
VIII JORNADA PERUANO CHILENO DE CIRUGÍA GENERAL
V CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
I JORNADA DE COLOPROCTOLOGÍA
VII CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
17 al 19 de Febrero del 2011
Lima Sheraton Hotel

CURSOS PRECONGRESOS
16 de Febrero del 2001
Complicaciones en Cirugía
Cirugía Laparoscópica Colorectal
Terapia Nutricional para el cirujano (Curso-Taller)

Invitados:

Carlos Balarezo	USA
Daniel Ludi	USA
Gustavo Rossi	Argentina
Kenneth Mattox	USA
Fabio Campos	Brasil
Oswaldo Borráez	Colombia
Frederick Green	USA
Alan Livingstone	USA
Alfredo Sepúlveda	Chile
Francisco López	Chile
Marcel Sanhueza	Chile
Rodrigo Perez	Brasil
Claudio Brandi	Argentina
Pascual Parrilla	España
Samir Rasslan	Brasil
Silvia Solda	Brasil

- **Dr. Juan Jaime Herrera Matta (2011-2013)**

Durante su gestión, se promovieron actividades en provincias convocando a los principales cirujanos del interior del país. Además, se establecieron vínculos estrechos con el Royal College of Surgeons of England (RCSE), incorporando cirujanos ingleses a la SCGP y cirujanos peruanos al RCSE en solemne sesión conjunta.

JORNADA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
VIII CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
I JORNADA HEPATO PANCREATO BILIAR
22 al 24 de marzo del 2012
Lima Sheraton Hotel

CURSO: CIRUGÍA HEPATO PANCREATO BILIAR

Invitados:

Brent Eastman	USA
Carlos Balarezo	USA
Juan Peschiera	USA
Jorge Rojas	Chile
Gustavo Parreira	Brasil
Carlos Miguel Lumi	Argentina
Hugo Bosch	Chile
Verónica Azabache	Chile
Mario Abedrapo	Chile
Bruno Camps Vilata	España
Octavio Gil	Argentina
Javier Lendoire	Argentina
Arturo Vergara	Colombia

XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
IX JORNADA PERUANO CHILENO DE CIRUGÍA GENERAL
VI CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
II JORNADA INTERNACIONAL DE COLOPROCTOLOGÍA
IX CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
19 al 23 de Febrero de 2013
Lima Sheraton Hotel

CURSOS INTERNACIONALES
Urgencias Quirúrgico-Abdominales
Cirugía Coloproctológica
Enfermería en Trauma

Invitados:

Carlos Vaccaro	Argentina
Mariano Giménez	Argentina
Giovanni Dapri	Bélgica
Armando G. Melani	Brasil
Sergio Nahas	Brasil
María F. Jiménez	Colombia
Pablo Sibaja	Costa Rica
Carlos Carvajal	Chile
Ricardo Funke	Chile
Pascual Parrilla	España
Wenceslao Vásquez	España
Francisco Sánchez Bueno	España
Luisa Martínez	España
Ricardo Robles	España
Hugo Gómez	Paraguay
Carlos Balarezo	USA
Daniel Ludi	USA
Carlos Garberoglio	USA
Afshin Molkara	USA
Guillermo Gómez	USA
Fausto Vinces	USA
William Charles Hendra RN	USA
Lori Maddox RN	USA
Steve Casarez RN	USA

- **Dr. Emiliano Contreras Castro (2013 – 2015)**

Durante este período se llevaron a cabo dos jornadas internacionales de forma excepcional, en 2013 y 2014, además del congreso internacional en el siguiente año. También se continuó difundiendo las sesiones científicas de manera regular.

I JORNADA PERUANO BRITÁNICA DE CIRUGÍA
CURSO: ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA
27 y 28 de Mayo del 2013
Centro de Convenciones del Colegio Médico del Perú

Invitados:
Bill Heald
Peter Mcdonald
Peter Jones
David Rosin
David Webster
Mike Parker
Susan Jones
Najib Haboubi
John Getty

JORNADA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
X CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
III JORNADA DE COLOPROCTOLOGÍA
II JORNADA DE CIRUGÍA HEPATOBILIO PANCREATICA
CURSO INTERNACIONAL:
FUNDAMENTOS DE LA CIRUGÍA DIGESTIVA ONCOLÓGICA
13 al 15 de marzo del 2014
Lima Sheraton Hotel

Invitados:

Nicolas Rotholtz	Argentina
Mariano Palermo	Argentina
Oscar Mazza	Argentina
Fernando Alvarez	Argentina
Bruno Zilberstein	Brasil
Raul Cutait	Brasil
Camilo Boza	Chile
Ricardo Ferrada	Colombia
Enrique Luque de León	México
Dido Franceschi	USA

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
I CONGRESO PERUANO DE COLOPROCTOGÍA
VII CONGRESO PERUANO DE TRAUMA
XI CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
24 al 27 de Marzo del 2015
Lima Sheraton Hotel

Invitados:

Andrew L. Warshaw	USA
Steven Wexner	USA
Mike Parker	Inglaterra
Eduardo de Santibañes	Argentina
Martín de Santibañes	Argentina
Miguel Octavio Gianatiempo	Argentina
Antonio Talvane	Brasil
Paulo Kassab	Brasil
Carlos Ordóñez	Colombia
Carlos Morales	Colombia
Bernardo Borráez	Colombia
Juan Carlos Ayala	Colombia
Jorge Marcet	USA
Mariana Berho	USA
Daniel Ludi	USA
Juan Peschiera	USA
Stuart Donovan	USA
Gustavo Plasencia	USA
Nathan Zundel	USA
Daniel Albo	USA
Richard Catalano	USA

- **Dr. Manuel Vílchez Zaldívar (2015 – 2017)**

Durante este período, el objetivo principal de la SCGP se enfocó en la organización del XX Congreso Latinoamericano de Cirugía. Gracias a nuestros esfuerzos, logramos una gran convocatoria de cirujanos de todo el continente y recibimos múltiples elogios por la organización científica, administrativa y social. Este evento fue considerado el más importante en la historia de la cirugía en el Perú, y contó con la participación de 82 destacados profesores extranjeros. Es importante destacar que por primera vez un cirujano peruano, el Dr. David Ortega Checa, director ejecutivo de nuestra institución y presidente del comité organizador del congreso, asumió la presidencia de la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC).

Este magno evento recibió el apoyo de las entidades quirúrgicas más importantes del mundo, incluyendo el American College of Surgeons, la Association for Academy Surgical AAS, The Society for Surgical of the alimentary tract SSAT, Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons SAGES, y la International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disord IFSO. Consideramos que este respaldo es un reconocimiento a la cirugía latinoamericana y nos enorgullece haber sido parte de ello.

JORNADA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
XII CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
I ENCUENTRO DE CIRUGÍA HEPATO PANCREÁTICO BILIAR

CURSOS INTERNACIONALES
"DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL"
"CIRUGÍA HEPATO PANCREATO BILIIAR"
"ENFERMERIA QUIRÚRGICA"
9 al 11 de Marzo del 2016
Lima Sheraton Hotel
Invitados:

Daniel Anaya	USA
Fabio Thuler	Brasil
Federico Gorganchian	Argentina
Francisco López	Chile
Jaime Sánchez	USA
José M. Reyes	Chile
Juan Carlos Díaz	Chile
Juan Nogueras	USA
Mario Uribe	Chile
Pablo Ottolino	Venezuela
Patricio Cal	Argentina
Tomoyuki Odagaki	Japón
Victoria Ardiles	Argentina
Alejandra Ponce	Chile

XXII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA, FELAC
VII CONGRESO LATINOAMERICANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
XV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
14 al 17 de Marzo de 2017
Lima Sheraton Hotel

Invitados:

Carlos Vaccaro	Argentina
Pedro Ferraina	Argentina
Mariano Giménez	Argentina
Mariano Palermo	Argentina
Alberto Ferreres	Argentina
Pablo Omelanczuk	Argentina
Albert Tuchmann	Austria
Esteban Foianini	Bolivia
Rodrigo Perez	Brasil
Armando Melani	Brasil
Antonio Talvane	Brasil
Savino Gasparini	Brasil
Samir Raslan	Brasil
Paulo Corsi	Brasil
Heladio Feitosa	Brasil
Italo Braghetto	Chile
Juan Hepp	Chile
Jorge Rojas	Chile
Francisco López	Chile
Attila Csendes	Chile
Juan Carlos Díaz	Chile
Mario Abedrapo	Chile
Enrique Lanzarini	Chile

Rodrigo Azolas	Chile
Jaime Castillo	Chile
Maher Musleh	Chile
Gunther Bocic	Chile
Hernando Abaunza	Colombia
Juan David Hernández	Colombia
Jesús Vásquez A.	Colombia
Natan Zundel	Colombia
Edgar Figueredo	Colombia
Fernando Quiroz	Colombia
William Sánchez	Colombia
Constanza Cabrera	Colombia
Francisco Sánchez Bueno	España
Alvaro Díaz de Liaño	España
José Juan Ceballos	España
Samuel Shuchleib	México
Jesús Tapia	México
Antonio Carrasco	México
Eduardo Montalvo	México
Leopoldo Guzmán Navarro	México
Juan Mier Díaz	México
Samuel Kleinfinger	México
Enrique Guzmán de Alba	México
Alberto Chousleb K.	México
Héctor Noyola	México
Luis Juan Cerda	México
Roberto Torres	México
Carlos Zerrweck	México
Antonio Spaventa	México
Carlos Florez	México
Domingo Pizurno	Paraguay
Heriberto Rodríguez	Rep. Dominicana
Xavier Delgadillo	Suiza
Luis Ruso	Uruguay
Carlos Fernández Del Castillo	USA
Steven Wexner	USA
Mariana Berho	USA
Jorge Lagares	USA
Daniel Ludi	USA
Aurelio Rodríguez	USA
Daniel Albo	USA
Rebecca Sippel	USA
Timothy M. Pawlik	USA
Adil Haider	USA
Juan Peschiera	USA
Raúl Rosenthal	USA
Patricia Turner	USA
Courtney M. Townsend	USA
Nathaniel Soper	USA
Jennifer Tseng	USA
Kelvin Higa	USA
Samer Mattar	USA
Pascal Fuchshuber	USA
Erin Moran-Atkin	USA
Martha Vega	USA
Jesús Velásquez	Venezuela
Ingrid Melo	Venezuela
Pablo Ottolino	Venezuela
Nassim Tatá	Venezuela

- **Dr. Miguel Flores Mena (2017 – 2019)**

Durante su gestión, se intensificaron las actividades en el interior del país con un enfoque en el fortalecimiento de las filiales. Además, se logró adquirir un local propio que alberga las oficinas administrativas de la institución y sirve como lugar de reunión para las sesiones de la junta directiva.

JORNADA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
XIII CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
I ENCUENTRO QUIRÚRGICO PERÚ-INDIA
14 al 16 de Marzo del 2018
Lima Sheraton Hotel

Invitados:

Barbara L. Bass	USA
Nicolás Jarufe	Chile
Mario Uribe	Chile
Djin Mori	Brasil
Robert Winchell	USA
Patrizio Petrone	USA
Antonio Caycedo	Canadá
Juan Carlos Patron	Argentina
Gustavo Rossi	Argentina
Edgardo Serra	Argentina
Carlos Benavides	Chile
Paulo Corsi	Brasil
Salvador Valencia	USA
Vinay K Kapoor	India
Vivek Roy	India
Nr Dash	India
Biplab Mishra	India
Biju Pottakkat	India
Vishal Gupta	India

XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
XV CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS
27 al 29 de Marzo de 2019
Lima Sheraton Hotel

CURSOS:
ECOGRAFÍA ENDORRECTAL Y CIRUGÍA
ERAS Y SOPORTE NUTRICIONAL
DECISIONES TRANSOPERATORIAS EN TRAUMA URBANO

Invitados:

Christoph Michalski	Alemania
Pablo Omenlaczuck	Argentina

Nicolás Rotholtz	Argentina
Leonardo Salim	Argentina
Carlos Vaccaro	Argentina
José de Aguilar Nascimento	Brasil
Fabio Campos	Brasil
Paulo Herman	Brasil
Djin Mori	Brasil
Mario Abedrapo	Chile
Juan Eduardo Contreras	Chile
Andrés Sánchez	Chile
Napoleón Méndez	Guatemala
Jamie Murphy	Inglaterra
Takahiro Kinoshita	Japón
Alberto Basilio	México
Adriana Hernández	México
Andrew Hill	Nueva Zelanda
Andrew MacCormick	Nueva Zelanda
Luis Ruso	Uruguay
Horacio Asbun	USA
Avital Harari	USA
Hermann Kessler	USA
Ronald Maier	USA
Juan Sarmiento	USA
Richard Schulick	USA
Ingrid Melo	Venezuela

- **Dr. Michel Portanova Ramírez (2019 – 2021)**

A pesar de los desafíos que la pandemia del COVID-19 planteó, durante este período la actividad científica alcanzó su máxima expresión gracias al uso de programas de streaming, especialmente Zoom, para llevar a cabo sesiones científicas con la colaboración de profesores de gran experiencia provenientes de diversos países.

Lamentablemente, la Jornada Internacional programada del 25 al 27 de marzo de 2020, en la que iban a participar 25 profesores extranjeros, tuvo que ser suspendida debido a que el 16 de marzo de ese año se declaró el estado de cuarentena en nuestro país.

Afortunadamente, en 2021, pudimos realizar el XVII Congreso Internacional de Cirugía General de manera virtual del 15 al 19 de marzo, y contó con la participación de 62 profesores extranjeros.

XVII CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
XVI CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
15 al 19 de Marzo del 2021

CURSOS PRECONGRESO
TERAPIA NUTRICIONAL QUIRÚRGICA "T N Q"
CIRUGÍA HEPATOBILIAR:
SITUACIONES DIFÍCILES PARA EL CIRUJANO GENERAL

Invitados:

Adalid González	Venezuela
Adriana Hernández FACS	México
Alejandro Rossano	México
Alvaro García Granero	España
Analia Zinco	Chile
Anamaria Pacheco FACS	Chile
Andre Texeira	USA
Antonio Caycedo FACS	Colombia/Canadá
Antonio Weston	Brasil
Aurelio Rodríguez FACS	Perú/USA
Bruno Zilberstein FACS	Brasil
Carlos Benavides	Chile
Carlos Chan	México
Carlos Florez	México
Carlos Vaccaro	Argentina
Carlos Valenzuela	Argentina
Claudio Brandi	Argentina
Daniel Ludi FACS	USA
Edgar Figueredo FACS	USA
Edgardo Serra	Argentina
Eduardo Montalvo FACS	México
Emilio Quiñones	Argentina
Enrique Lanzarini FACS	Chile
Esteban Foianini FACS	Bolivia
Fabio Campos	Brasil
Federico Cuenca	Argentina
Fernando Alvarez	Argentina
Francisco López	Chile
Gustavo Castagneto FACS	Argentina
Gustavo Daneri	Argentina
Gustavo Rossi	Argentina
Gustavo Stork	Argentina
Ingrid Melo	Venezuela/Paraguay
Ismael Domínguez	México
Itzel Vela	México
Jaime Carrasco	Chile
Javier Lendoire	Argentina
Jorge Lagares FACS	España/USA
Juan Carlos Ayala	Colombia
Juan Carlos Patrón	Argentina
Juan Eduardo Contreras	Chile
Juan Nogueras FACS	USA
Juan Pablo Ramos	Chile
Juan Salceda	Argentina
Juan Sarmiento FACS	USA
Laercio Gomes Lourenco	Brasil
Leandro Barchi	Brasil
Leonardo Díaz Gandica	Venezuela
Liliher González	Venezuela
Lucas McCormack FACS	Argentina
Luis Richard	Venezuela/Costa R.
Luis Ruso FACS	Uruguay
Mariano Giménez	Argentina
Mariano Palermo	Argentina
Mario Abedrapo FACS	Chile

Mario Uribe FACS	Chile
Martín De Santibañes	Argentina
Miguel Ángel Mercado	México
Mónica Martínez	Chile
Napoleón Méndez	Guatemala
Natan Zundel FACS	Colombia/USA
Nicolas Jarufe	Chile
Nicolás Rotholtz	Argentina
Oscar Mazza	Argentina
Pablo Capitanich	Argentina
Pablo Omelanczuk FACS	Argentina
Pablo Ottolino	Venezuela/Chile
Patricio Polanco FACS	Perú/USA
Patrizio Petrone FACS	USA
Paulo Herman	Brasil
Paulo Kassab	Brasil
Rafael Villalobos	Perú/España
Reinaldo Issacs	Panamá
Roberto Hernández Alejandro	USA
Roberto Rasslan FACS	Brasil
Rodrigo Perez	Brasil
Rodrigo Torres-Quevedo	Chile
Salvador Morales Conde	España
Salvador Valencia	México/USA
Santiago Horgan FACS	Argentina
Silvina Cetra	Argentina
Sung Ho Hyon	Argentina
Verónica Azabache FACS	Perú/Chile
William Sanchez FACS	Colombia
Willy Neumann	Venezuela/Perú
Xabier de Aretxabala FACS	Chile

Dr. Giuliano Borda Luque (2021 – 2023)
Durante su mandato, se lideró el proceso gradual de transición hacia la modalidad presencial de las actividades de la institución, además de potenciar la Revista Cirujano, con la publicación de dos números en un año. Asimismo, se introdujo el sistema de gestión de publicaciones Open Journal System y se promovió la presentación de trabajos para su publicación. Las sesiones científicas continuaron, alcanzando su máximo crecimiento y logrando una masiva asistencia de cirujanos.

Se realizó el primer trabajo de investigación colaborativa sobre cirugía de emergencia en el Perú y se instituyó el premio nacional de investigación quirúrgica "Dr. Julio Del Campo Amorós"; otorgando suma importancia a la cirugía académica.

JORNADA INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
XVII CONGRESO DEL CAPÍTULO PERUANO DEL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
14 al 18 de marzo del 2022
CURSOS
TERAPIA NUTRICIONAL QUIRÚRGICA AVANZADA
"TNQ+"
CIRUGÍA DE EMERGENCIA
EDICIÓN VIRTUAL

Invitados:

Andre Teixeira	USA
Anamaría Pacheco	Chile
Antonio Weston	Brasil
Armando Cisneros Muñoz	México
Aurelio Rodríguez	USA
Caetano Marchesini	Brasil
Carlos Chan	México
Carlos Vaccaro	Argentina
Daniel Ludi	USA
Edgar Figueredo	USA
Edgardo Serra	Argentina
Eduardo Montalvo	México
Enrique Sánchez	Chile
Esteban Foianini	Bolivia
Ezequiel Palmisano	Argentina
Fabio Campos	Brasil
Federico Cuenca	Argentina
Felipe Quezada	Chile
Gonzalo Campaña	Chile
Gustavo Rossi	Argentina
Ingrid Melo	Venezuela
Isabel Correia	Brasil
Jean Nicolas Vauthey	USA
Jennifer Tseng	USA
Jorge Lagares	USA
Jose Aguilar Do Nascimiento	Brasil
Juan Carlos Ayala	Colombia
Juan Carlos Mayagoitia	México
Juan Carlos Patrón	Argentina
Juan Nogueras	USA
Luis Richard	Costa Rica
Luis Ruso	Uruguay
Manuel Lorenzo	USA
Mariano Giménez	Argentina
Mariano Palermo	Argentina
Mario Abedrapo	Chile
Martin Dib	Chile
Mónica Martínez	Chile
Napoleón Méndez	Guatemala
Nicolás Rotholz	Argentina
Óscar Chapa Azuela	México
Oscar Guevara	Colombia
Oscar Maza	Argentina
Patricio Polanco	USA
Verónica Azabache	Chile
Victoria Ardiles	Argentina

MAESTROS DE LA CIRUGÍA PERUANA

Aurelio Díaz-Ufano Peral	1991
Víctor Baracco Gandolfo	2004
Raúl Romero Torres	2004

Pompeyo Chávez Silva Santisteban (Póstumo)	2004
Luis Gurmendi Robles	2005
Manuel Augusto Villa-García Lepiani	2008
Julio Del Campo Amorós (Póstumo)	2008
Carlos Balarezo Torres	2010
Jaime Herrera Ardiles (Póstumo)	2014
Ramiro González Peña	2016
Aurelio Rodríguez	2017
Eduardo Barboza Besada	2018
Luis Miguel Villanueva Alegre	2022

CURSO NACIONAL "LA EVIDENCIA EN CIRUGÍA"

A partir del año 2001, comenzó a surgir tímidamente la Medicina Basada en Evidencias, junto con sus niveles y grados de recomendación. Fue en ese contexto que los Doctores Iván Vojvodic Hernández y David Ortega Checa comenzaron a planificar la aplicación de esta filosofía a la Cirugía, lo que dio origen al Curso que se realizó por primera vez en el año 2002 en el Hotel Sheraton, y posteriormente en el Auditorio del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati M.

Desde el inicio, el curso tuvo una gran aceptación y repercusión, con un promedio de asistencia de 250 participantes y llegando a registrar casi 400 asistentes en la última edición. El curso, desarrollado íntegramente por cirujanos generales, brinda una oportunidad invaluable para actualizar conocimientos con sustento científico, y se ha convertido en una herramienta de gran valor académico tanto para cirujanos jóvenes como para aquellos con gran experiencia.

I CURSO 14 y 15 de Junio del 2002
II CURSO 24 y 25 de Junio del 2004
III CURSO 09 y 10 de Junio del 2006
IV CURSO 20 y 21 de Junio del 2008
V CURSO 19 y 20 de Agosto del 2010
VI CURSO 21 y 22 de Junio del 2012
VII CURSO 4 y 5 de Setiembre del 2014
VIII CURSO 14 y 15 de Setiembre del 2017

FECHAS IMPORTANTES EN NUESTRO DESARROLLO

1983	I JORNADA NACIONAL
1984	PRIMER NÚMERO DE LA REVISTA CIRUJANO
1989	I CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GENERAL
1997	I JORNADA PERUANO CHILENA DE CIRUGÍA - IQUIQUE
2002	ALQUILER LOCAL – JESUS MARÍA
2002	I CURSO NACIONAL "EVIDENCIA EN CIRUGÍA"
2002	DICIEMBRE: PÁGINA WEB SCGP
2005	CONVENIO CAPÍTULO PERUANO DEL ACS
2005	JUNIO PUBLICACIÓN DEL BOLETIN SCGP
2007	CREACIÓN DEL CARGO DE DIRECTOR EJECUTIVO
2013	JORNADA CONJUNTA ROYAL COLLEGE OF SURGEONS ENGLAND
2017	SCGP EJERCE LA PRESIDENCIA FELAC
2018	ADQUISICIÓN DE LOCAL PROPIO - LINCE
2020	REFORMA ESTATUTARIA

FILIALES

La Sociedad de Cirujanos Generales del Perú cuenta con filiales en varias ciudades del país, incluyendo Chiclayo, Piura, Tacna y Chimbote. Estas filiales llevan a cabo una actividad quirúrgica permanente, a menudo con la colaboración de cirujanos invitados de Lima.

SESIONES DE JUNTA DIRECTIVA

Inicialmente, las sesiones de la junta directiva se llevaban a cabo en las instalaciones del hospital Edgardo Rebagliati, específicamente en los servicios de cirugía. Sin embargo, posteriormente, estas reuniones comenzaron a llevarse a cabo en las casas de los miembros de la directiva. Esta actividad permitió estrechar los lazos de amistad y solidaridad entre sus miembros.

Con la adquisición de un local propio, primero mediante alquiler y luego mediante compra, las reuniones de la junta directiva se realizan actualmente en dicho lugar.

SESIONES CIENTÍFICAS

A partir de 1990, nuestra institución comenzó a realizar sesiones científicas mensuales, originalmente programadas para el tercer martes de cada mes, y posteriormente trasladadas al segundo martes de cada mes. Dichas sesiones fueron impartidas por destacados cirujanos de diversos hospitales de Lima y de provincias. Inicialmente, la asistencia a las sesiones fue limitada, pero con la regularidad de las mismas, el interés en los temas seleccionados y la calidad de los expositores, el número de participantes fue en aumento, lo que nos llevó a buscar un auditorio con mayor capacidad.

En 2012, se implementó una segunda sesión científica mensual, programada para el cuarto jueves de cada mes, lo que permitió la realización de dos sesiones científicas mensuales.

Desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, nuestras sesiones científicas se han llevado a cabo

en línea, utilizando la plataforma Zoom, dos veces al mes. La mayoría de las veces, estas sesiones cuentan con la participación de invitados extranjeros de gran calidad docente y profesional, lo que ha generado un gran interés y participación por parte de cirujanos.

Desde 2021 las sesiones científicas tienen el aval del Comité de Certificación y Recertificación del Colegio Médico del Perú que otorga 5 créditos para recertificación médica.

REVISTA CIRUJANO

La Revista Cirujano, publicación oficial de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, lanzó su primer número en 1984, inicialmente con una periodicidad cuatrimestral. El Dr. Gilbert Maldonado fue su primer Director, seguido por los Drs. Luis Del Aguila, Julio del Campo y David Ortega. Actualmente, la dirección recae en el Dr. Edilberto Temoche y Juan Jaime Herrera. En los últimos años, la revista ha adoptado una frecuencia anual, pero cabe destacar que en el año 2022 se publicaron dos números.

OPERACIÓN HERNIA

Operación Hernia es un programa quirúrgico cuyo objetivo es difundir el tratamiento moderno de las hernias inguinales en países con menor desarrollo económico. Iniciado en 2005 en Ghana, actualmente se lleva a cabo en África occidental y Latinoamérica.

El liderazgo de este programa recae en el Dr. Andrew Kingsnorth, ex presidente de la Sociedad Europea de Hernia, quien cuenta con la colaboración de médicos provenientes de toda Europa, incluyendo cirujanos, anestesiólogos y enfermeras.

En Perú, la Sociedad de Cirujanos Generales, a través del Dr. Juan Jaime Herrera, coordinó la visita de este importante grupo, lo cual permitió brindar una atención moderna y eficaz a un significativo número de pacientes con recursos económicos limitados.

La misión tuvo lugar en Lima del 11 al 24 de Febrero de 2012, y se llevó a cabo una amplia actividad en los hospitales de Puente Piedra, María Auxiliadora y Ate, en Lima. En los años siguientes, esta labor se repitió en Chachapoyas, Bagua y Tacna. Además, en Lima, se realizaron intervenciones en los hospitales Sergio Bernales y de Ventanilla.

BOLETÍN ELECTRÓNICO SCGP

En junio de 2005, se lanzó el primer número del Boletín electrónico de nuestra institución, el cual se distribuye de forma online con una periodicidad mensual. A día de hoy, ha cumplido 18 años de edición periódica, brindando información sobre las actividades científicas, así como noticias y notas diversas. El Dr. David Ortega desempeña el papel de editor y ha logrado obtener reconocimiento a nivel continental para nuestra publicación a través de las sociedades pertenecientes a la Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC).

COROLARIO

Explicar el éxito alcanzado en estos cuarenta años no es una tarea fácil, pero intentaremos ofrecer algunas razones que podrían contribuir a ello.

En primer lugar, el éxito se debe a la responsabilidad, motivación y trabajo constante de los miembros de la institución, especialmente de aquellos que tienen la responsabilidad de liderarla desde la junta directiva.
Una fortaleza destacada es la participación activa de los expresidentes en las reuniones de junta, donde su experiencia y dedicación son altamente valoradas. Su presencia y aportes continúan siendo fundamentales para el crecimiento y desarrollo de la institución.

Además, un manejo económico cuidadoso y preciso ha permitido que nuestra institución se desarrolle y alcance rápidamente sus metas. La administración prudente de los recursos ha sido crucial para garantizar la sostenibilidad financiera y el progreso constante de la organización.

Estas son solo algunas de las razones que podrían contribuir a explicar el éxito logrado durante estos cuarenta años. Sin embargo, es importante reconocer que el compromiso y el esfuerzo conjunto de todos los miembros de la institución son factores fundamentales para alcanzar los logros obtenidos hasta la fecha.

ANEXO

JUNTA DIRECTIVA 1983 - 1985

Presidente	Dr. Luis Montero Rospigliosi
Vicepresidente	Dr. Augusto Peralta Orrego
Secretario	Dr. José Schilder Celleri
Tesorero	Dr. Moisés Vértiz Herbozo
Secretario de Acción Científica	Dr. Gilbert Maldonado Landa
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Luis Alva Odría
Vocal	Dr. Benjamín Castañeda

JUNTA DIRECTIVA 1985 - 1986

Presidente	Dr. Augusto Peralta Orrego
Vicepresidente	Dr. Héctor Angulo Espinoza
Secretario	Dr. Juan Samanez Rodrigo
Tesorero	Dr. Moisés Vértiz Herbozo
Secretario de Acción Científica	Dr. Benjamín Castañeda
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Luis Armas Autero
Vocal	Dr. Luis Poggi Machuca

JUNTA DIRECTIVA 1986 - 1987

Presidente	Dr. Héctor Angulo Espinoza
Vicepresidente	Dr. Gilbert Maldonado Landa
Secretario	Dr. Juan Samanez Rodrigo
Tesorero	Dr. Julio del Campo Amorós
Secretario de Acción Científica	Dr. Julio Dieguez Grimaldo
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Manuel Huamán Guerrero
Vocal	Dr. David Ortega Checa

JUNTA DIRECTIVA 1987 - 1989

Presidente	Dr. Gilbert Maldonado Landa
Vicepresidente	Dr. Julio del Campo Amorós
Secretario	Dr. Eduardo Paredes Bodegas
Tesorero	Dr. David Ortega Checa
Secretario de Acción Científica	Dr. Manuel Huamán
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Víctor Lucero Rondón
Vocal	Dr. Julio Dieguez Grimaldo

JUNTA DIRECTIVA 1989 - 1991

Presidente	Dr. Julio del Campo Amorós
Vicepresidente	Dr. Luis del Aguila Hoyos
Secretario	Dr. Eduardo Paredes Bodegas
Tesorero	Dr. David Ortega Checa
Secretario de Acción Científica	Dr. Mario del Castillo Irigoyen
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Manuel Huamán Guerrero
Vocal	Dr. José Martínez Atencio

JUNTA DIRECTIVA 1991 - 1993

Presidente	Dr. Julio del Campo Amorós
Vicepresidente	Dr. José Schilder Celleri
Secretario	Dr. David Ortega Checa
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. Hernán Robledo Peñarrieta
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Iván Vojvodic Hernández
Vocal	Dr. José Martínez Atencio

JUNTA DIRECTIVA 1993 - 1995

Presidente	Dr. José Schilder Celleri
Vicepresidente	Dr. David Ortega Checa
Secretario	Dr. José Rosa Medina del Carpio
Tesorero	Dr. José De Vinatea De Cárdenas
Secretario de Acción Científica	Dr. Rafael Shimabukuro Oba
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Emiliano Contreras Castro
Vocal	Dr. José Martínez Atencio Dr. Carlos Tuppia García

JUNTA DIRECTIVA 1995 - 1997

Presidente	Dr. David Ortega Checa
Vicepresidente	Dr. José Martínez Atencio
Secretario	Dr. Oscar Vidarte Gonzáles
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. José De Vinatea De Cárdenas
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Hugo Marroquín Valz
Vocal	Dr. Iván Vojvodic Hernández

JUNTA DIRECTIVA 1997 - 1999

Presidente	Dr. David Ortega Checa
Vicepresidente	Dr. José Martínez Atencio
Secretario	Dr. Oscar Vidarte Gonzales
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. José De Vinatea De Cárdenas
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Hugo Marroquín Valz
Vocales	Dr. Víctor Macedo Peña Dr. Carlos Tuppia García Godos Dr. José Rosa Medina del Carpio

JUNTA DIRECTIVA 1999 - 2001

Presidente	Dr. José Martínez Atencio
Vicepresidente	Dr. José Rosa Medina del Carpio
Secretario	Dr. Carlos Tuppia García Godos
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. José De Vinatea De Cárdenas
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Iván Vojvodic Hernández
Vocales	Dr. Juan Jaime Herrera Matta Dr. Oscar Vidarte Gonzales Dr. Oscar Malpartida Gómez

JUNTA DIRECTIVA 2001 - 2003

Presidente	Dr. José Rosa Medina Del Carpio
Vicepresidente	Dr. Iván Vojvodic Hernández
Secretario	Dr. Carlos Tuppia García Godos
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. José De Vinatea De Cárdenas FACS
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Juan Jaime Herrera Matta FACS
Vocales	Dr. Oscar Vidarte Gonzáles Dr. Luis Villanueva Alegre Dr. Juan Santillana Callirgos Dr. Renán Ramírez Bojórquez

JUNTA DIRECTIVA 2003 - 2005

Presidente	Dr. Iván Vojvodic Hernández
Vicepresidente	Dr. Carlos Tuppia García Godos
Secretario	Dr. Juan Jaime Herrera Mates FACS
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. Luis Villanueva Alegre
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. José De Vinatea De Cárdenas FACS
Vocales	Dr. Eduardo Montoya Torrielli Dr. Renán Ramírez Bojórquez FACS Dr. Enrique Machicado Zúñiga Dr. Rafael Garatea Grau

JUNTA DIRECTIVA 2005 - 2007

Presidente	Dr. Carlos Tuppia García Godos
Vicepresidente	Dr. Luis Villanueva Alegre
Secretario	Dr. Juan Jaime Herrera Matta FACS
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. Renán Ramírez Bojórquez FACS
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Eduardo Montoya Torrielli
Vocales	Dr. Santos Correa Tineo Dr. Eduardo Huamán Egoavil Dr. César Romero Osorio Dr. Sergio Zegarra Cavani

JUNTA DIRECTIVA 2007 - 2009

Presidente	Dr. Luis Villanueva Alegre
Vicepresidente	Dr. Renán Ramírez Bojórquez FACS
Secretario	Dr. Manuel Vílchez Zaldívar
Tesorero	Dr. César Romero Osorio
Secretario de Acción Científica	Dr. Félix Ortega Alvarez
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Michel Portanova Ramírez
Secretario de Filiales	Dr. Juan Jaime Herrera Matta FACS
Vocales	Dr. Carlos Wong Chu FACS Dr. Emiliano Contreras Castro Dr. Sergio Zegarra Cavani

JUNTA DIRECTIVA 2009 - 2011

Presidente	Dr. Renán Ramírez Bojórquez FACS
Vicepresidente	Dr. Juan Jaime Herrera Matta FACS
Secretario	Dr. Michel Portanova Ramírez
Tesorero	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario de Acción Científica	Dr. Félix Ortega Alvarez FACS
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Eduardo Huamán Cancio
Secretario de Filiales	Dr. Manuel Vílchez Zaldívar FACS
Vocales	Dr. César Romero Osorio Dr. Miguel Flores Mena Dr. Edilberto Temoche Espinoza

JUNTA DIRECTIVA 2013 - 2015

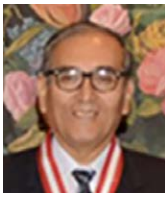
Presidente	Dr. Emiliano Contreras Castro
Vicepresidente	Dr. Manuel Vilchez Zaldívar FACS
Secretario	Dr. Michel Portanova Ramírez
Tesorero	Dr. Miguel David Flores Mena
Secretario de Acción Científica	Dr. Giuliano Manuel Borda Luque FACS
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Santos Zacarías Correa Tineo
Secretario de Filiales	Dr. José Miguel Jorge Mesía
Vocales	Dr. Jenner Russman Betalleluz Pallardel FACS Dr. Carlos Alejandro Arroyo Basto Dr. Ricardo Alfredo Arones Collantes

JUNTA DIRECTIVA 2011 - 2013

Presidente	Dr. Juan Jaime Herrera Matta
Vicepresidente	Dr. Emiliano Contreras Castro
Secretario	Dr. Manuel Vílchez Zaldívar
Tesorero	Dr. César Romero Osorio
Secretario de Acción Científica	Dr. Michel Portanova Ramírez
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Eduardo Anchante Castillo
Secretario de Filiales	Dr. Miguel Flores Mena
Vocales	Dr. Giuliano Borda Luque Dr. Aurelio Gambirazio Keller Dr. Miguel Jorge Mesías

JUNTA DIRECTIVA 2015 - 2017

Presidente	Dr. Manuel Aurelio Vilchez Zaldívar
Vicepresidente	Dr. Miguel David Flores
Secretario	Dr. Giuliano Manuel Borda Luque
Tesorero	Dr. Michel Portanova Ramírez
Secretario de Acción Científica	Dr. Jenner Rusman Betalleluz Pallardel
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Carlos Alejandro Arroyo Basto
Secretario de Filiales	Dr. Santos Zacarias Correa Tineo
Vocales	Dr. Ricardo Alfredo Arones Collantes Dr. Héctor Alberto J. Medrano Samamé Dr. Jorge Renato Cribilleros Barrenechea



JUNTA DIRECTIVA 2017- 2019

Presidente	Dr. Miguel Flores Mena
Vicepresidente	Dr. Michel Portanova Ramírez
Secretario	Dr. Jenner Betalleluz Pallardel
Tesorero	Dr. Giuliano Borda Luque
Secretario de Acción Científica	Dr. Héctor Medrano Samamé
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Ricardo Arones Collantes
Secretario de Filiales	Dr. Carlos Arroyo Basto
Vocales	Dr. Jorge Cribilleros Barrenechea Dr. Alfredo Allagual de la Quintana Dr. Gianni Aragón Graneros

JUNTA DIRECTIVA 2019 - 2021

Presidente	Dr. Michel Portanova Ramírez
Vicepresidente	Dr. Giuliano Borda Luque
Secretario	Dr. Carlos Arroyo Basto
Tesorero	Dr. Jenner Betalleluz Pallardel
Secretario de Acción Científica	Dr. Jorge Cribilleros Barrenechea
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Edilberto Temoche Espinoza
Secretario de Filiales	Dr. Gerardo Arredondo Manrique
Vocales	Dr. Fernando Revoredo Rego Dra. María Valcárcel Saldaña Dr. Juan Montenegro Pérez

JUNTA DIRECTIVA 2021 – 2023

Presidente	Dr. Giuliano Manuel Borda Luque
Vicepresidente	Dr. Jenner Rusman Betalleluz Pallardel
Secretario	Dr. Edilberto Temoche Espinoza
Tesorero	Dr. Carlos Arroyo Basto
Secretario de Acción Científica	Dr. Juan Montenegro Pérez
Secretario de Prensa y Propaganda	Dr. Fernando Rómulo Revoredo Rego
Vocales	Dr. Héctor Medrano Samamé Dra. María Valcárcel Saldaña Dr. Pablo Gerardo Arredondo Manrique Dr. Johan Medrano Álvarez

ORCID iDs:
David Ortega Checa, ORCID 0000-0002-5448-3736

Tendencias de publicación en la Revista Cirujano a los 40 años de la fundación de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (SCGP)

Edilberto Temoche Espinoza[1], Gabriela Zavala Wong[2], Giuliano Borda Luque[3], Juan Jaime Herrera Matta[4]

1. Editor revista "Cirujano" SCGP. Profesor asociado CCMM. UNFV. HNLNSPNP.
2. Profesora Univ. Peruana Cayetano Heredia (UPCH)
3. Presidente SCGP. Profesor UPCH.
4. Ex - Presidente SCGP. HNLNSPNP.

Correspondencia: etemoche@gmail.com

Resumen

Se realiza una evaluación de las tendencias observadas en las publicaciones realizadas en la revista de la SCGP "CIRUJANO" que muestra, el predominio en la publicación de casos clínicos y una tendencia creciente de artículos originales. En relación con el tema, los artículos relacionados con la técnica quirúrgica, la cirugía de urgencias (58%), la cirugía de páncreas y vías biliares (11%), y la cirugía oncológica (11%) son los de mayor frecuencia de investigación. En cuanto, a la procedencia de los estudios, son las ciudades de Lima, Arequipa y Piura las que destacan con un mayor número de aportes. Así como interesantes contribuciones de diversos países de Latinoamérica como Brasil, México, Ecuador y Uruguay. Asimismo, se hace referencia al liderazgo de la SCGP. con un primer estudio multicéntrico en cirugía de emergencia a nivel nacional y el fomento a la investigación en cirugía, con la creación del Premio "Julio del Campo". Se destaca el ingreso de la revista al Open Journal System (OJS) y al uso del identificador digital de objetos (DOI) para su acceso universal a través del internet.

Palabras clave: revista Cirujano, tendencias, cirugía

Abstract

An evaluation of the trends observed in the publications made in the SCGP magazine is carried out. "CIRUJANO" shows the predominance in publication of clinical cases and a growing trend of original articles. Regarding the subject, articles related to surgical technique, emergency surgery (58%), pancreas and bile duct surgery (11%), and oncological surgery (11%) are the ones with the highest frequency of research. Regarding the origin of the studies, the cities of Lima, Arequipa and Piura are the ones that stand out with the greatest number of contributions. As well as interesting contributions from various Latin American countries such as Brazil, Mexico, Ecuador and Uruguay. Likewise, reference is made to the leadership of the SCGP. with a first multicenter study in emergency surgery nationwide and the promotion of research in surgery, with the creation of the "Julio del Campo" Award. The entry of the journal to the Open Journal System (OJS) and the use of the digital object identifier (DOI) for its universal access through the Internet stand out.

Key words: Cirujano journal, trends, surgery

Introducción

La Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (SCGP) nació hace más de cuarenta años y entre sus fines, se incluyó el promover la publicación científica, con el fin de contribuir a la enseñanza y adecuada práctica de la cirugía general. Un poco después de su fundación, en Sesión de Junta directiva del 30 de Noviembre de 1983 se acordó instaurar a la revista "Cirujano" como órgano oficial para su publicación científica y se designó al Dr. Gilber Maldonado

Landa como Director de la revista. En enero de 1984 se publicó la primera edición, con un tiraje de 500 ejemplares. Lamentablemente, después de guardar regularidad en su edición, fue publicada por última vez en 1992. Hasta 1996, el 41,9% de las revistas médicas nacionales tuvo como ente auspiciador a una sociedad médica[1]. Transcurrieron 20 años sin que nuestra Sociedad tenga una publicación propia que exprese y muestre a la comunidad médica local e internacional su actividad científica. En el primer número de la reedición se incluyeron artículos originales en relación con el cáncer gástrico, a la Operación de Whipple, al cáncer de mama en varones, una revisión de la antibioticoterapia en infecciones quirúrgicas graves y la presentación de algunos casos de cierre de colostomía por vía laparoscópica[2]. En este primer número se vislumbraba la ardua tarea que esperaba a la SCGP. Para mantener la periodicidad y mejorar la calidad de la publicación, en la búsqueda de alcanzar el objetivo de lograr ser incluidos en los buscadores internacionales reconocidos por la comunidad científica mundial. Actualmente la SCGP no sólo ha impulsado la producción científica a través de las diversas actividades académicas que constantemente promueve, sino ha creado el Premio "Julio Del Campo" en honor a un inolvidable "Maestro de la Cirugía" que busca enaltecer a las mejores publicaciones en cirugía general. Este esfuerzo, aunado a la transparencia en la revisión por pares[3], a la adaptación al Open Journal System (OJS) y al identificador de objeto digital (DOI); nos brinda la seguridad de que nos encaminamos firmemente a alcanzar los más altos estándares de una publicación científica quirúrgica.

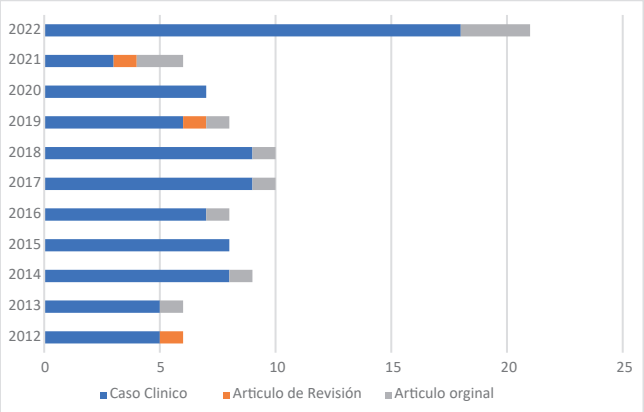
Material y métodos

Se evaluó las características de los artículos publicados en ella desde el 2012 hasta la fecha, el número de artículos, las líneas de investigación, su procedencia, el tipo de investigación, a los autores. Asimismo, las estadísticas de búsquedas en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas Latinoamericanas 1998 - 2023 (IMBIOMED) y en otros buscadores de artículos académicos con el fin de obtener el impacto de esta. Las mismas se incluyeron en una base de datos en Excel y algunas en SPSS V.27.

Resultados

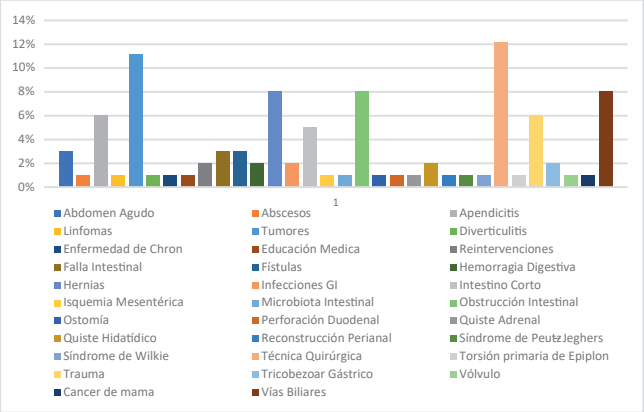
Desde el 2012 hasta la fecha se publicaron 13 ejemplares de la revista, una por año y, a partir del 2022, semestralmente. Según el tipo de publicación, observamos que el número de artículos originales se ha ido incrementando paulatinamente; sin embargo, hasta la fecha predominan los casos clínicos. En relación con los problemas clínicos la técnica quirúrgica ocupa un 12% seguido por la enfermedad neoplásica (11%) , hernias, obstrucción intestinal y enfermedades de las vías biliares cada uno con un 8% y luego apendicitis aguda(6%) y trauma abdominal (6%).

Figura 1: Distribución del tipo de publicación



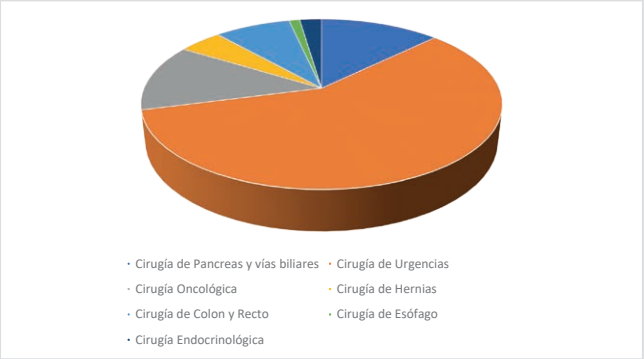
Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

Figura 2: Problemas clínicos



Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

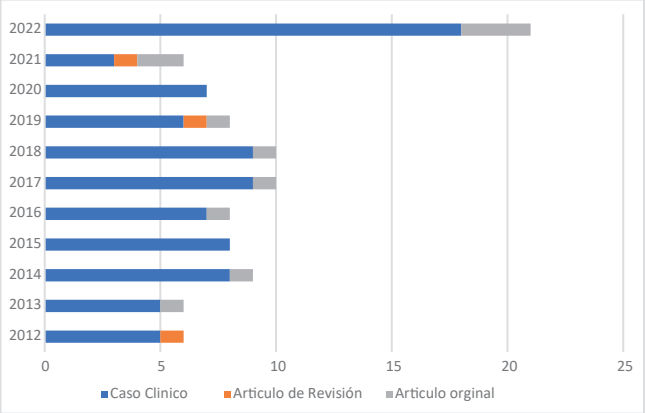
Figura 3. Especialidades quirúrgicas



Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

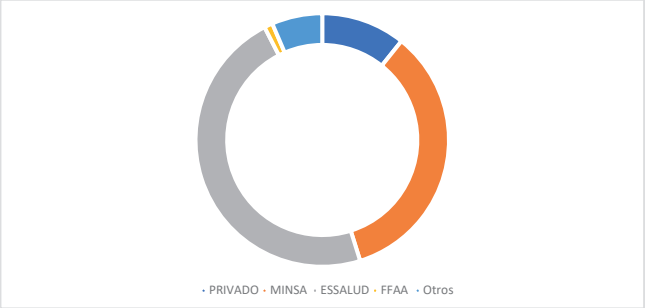
De los 93 artículos publicados, el 89% corresponden a artículos elaborados en instituciones de salud del sector público. En la figura 4, observamos que ESSALUD (44) es la institución que más publicó en la revista; el MINSA (32), Sanidad FFAA y PNP (1) y otros (6). En relación a la especialidad quirúrgica relacionada con el artículo publicado, la cirugía de urgencias ocupa un 58%, la cirugía de páncreas y vías biliares (11%), cirugía oncológica (11%); colon y recto (8%); hernias(4.6%); cirugía metabólica (2%) y esófago (1.1%.)

Figura 4. Sector de origen de los artículos



Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

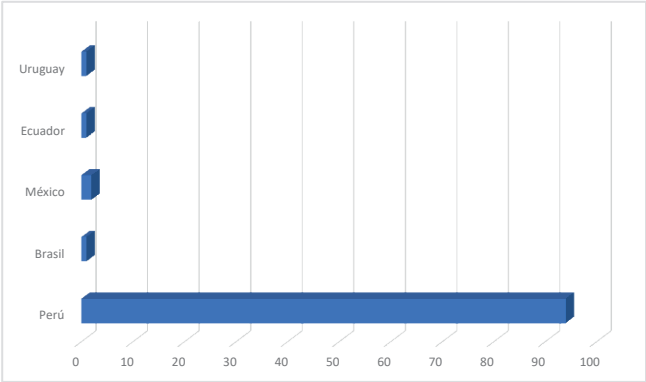
Figura 5. Instituciones origen de los artículos



Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

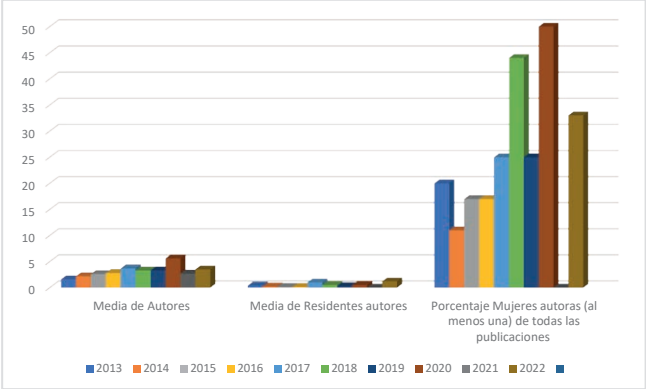
Si bien es cierto la mayor parte de los artículos son nacionales (94%) se han publicado algunos de otros países como Brasil, México, Uruguay y Ecuador (Figura 6). La participación de las cirujanas autoras mujeres siempre ha estado vigente, llegando a un 50% el 2019 y un 44% el 2018; para el año 2022, este porcentaje llegó al 33%. Generalmente son dos autores por artículo. En cuanto al origen de las publicaciones por regiones, Lima (78%), Arequipa(6.5%) y Piura(4.3%) encabezan el número de publicaciones (Figura 8).

Figura 6. País de origen del artículo



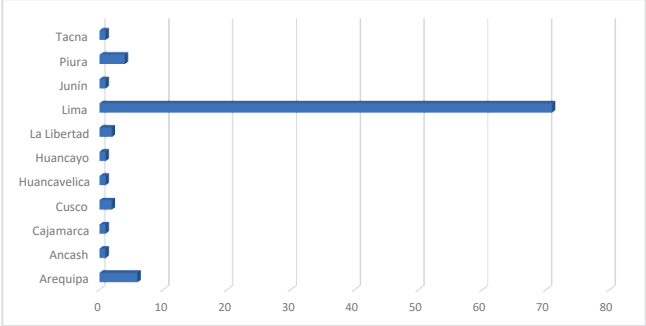
Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

Figura 7. Autores por año



Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

Figura 8. Publicaciones por Regiones



Fuente: revista "Cirujano" SCGP.

Discusión

El impulso inicial para reiniciar la publicación de la revista "Cirujano" fue motivada y promovida en gran parte por la Junta Directiva presidida por el Dr. Juan Jaime Herrera Matta y el Director ejecutivo de la SCGP, Dr. David Ortega Checa, quienes no dudaron en que era necesario rescatar ese objetivo institucional de promover la investigación científica. Es lógico pensar que, en un país centralista como el Perú, Lima sea el origen principal de la producción científica nacional[1]. Si bien es cierto, aún nos encontramos muy lejos

de alcanzar, lo que es tendencia en el ranking de revistas desarrollado por Scimago, que es el aumento de publicaciones originales, llegando incluso en algunas revistas como la Revista Panamericana de Salud Pública (RPSP) en la que la proporción de artículos originales alcanzó el 70,3% para el 2008-2012[4]. Nuestra revista muestra un incremento persistente en la publicación de artículos originales. En 1996, Richard Horton, editor de The Lancet, criticó gran parte de la investigación quirúrgica de aquel tiempo. En particular, cuestionó la utilidad de las series de casos como una forma predominante de comunicación entre los cirujanos. Él hizo una pregunta que cimbró a la comunidad quirúrgica: ¿La investigación quirúrgica tiene futuro? Esto se conoce como el desafío de Horton, que básicamente consiste en que los cirujanos favorezcan los ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA) como pilar de la investigación clínica[5]. Un primer ensayo ha sido el estudio multicéntrico prospectivo en cirugía general de emergencia en el Perú, que busca determinar la incidencia de las patologías quirúrgicas de emergencia más frecuentes a nivel nacional, describir a la población afectada y sus resultados postoperatorios, además de los recursos de las instituciones que los atienden, el mismo que ha sido impulsado por la SCGP y cuyos resultados iniciales serán publicados en esta revista. Sin embargo, la realidad actual es que los cirujanos publican en su mayoría sólo casos clínicos. En el mundo quirúrgico, los proyectos de investigación se encuentran con varias limitaciones, algunas veces inevitables. Quizá esta sea la causa de que menos del 10% de los artículos publicados en las revistas quirúrgicas sean ensayos clínicos prospectivos y aleatorizados (considerados la mayor fuente de evidencia científica)[6]. "Cuando queremos comparar dos técnicas quirúrgicas, o una técnica quirúrgica frente a un fármaco u otro tipo de tratamiento, es muy difícil evitar el enmascaramiento, considerado uno de los grandes sesgos de la literatura. Además, existen una serie de factores inherentes al tratamiento quirúrgico como es la variabilidad interpaciente, así como las diferencias existentes entre cirujanos por muy estandarizada que esté una técnica quirúrgica. Ni que decir tiene que ninguna de las medidas convencionales para medir el efecto placebo puede ser fácilmente aplicada a los ensayos clínicos que enfrentan un tratamiento médico a una técnica quirúrgica"[7]. Es decir que el cirujano, en general, investiga poco y publica menos. Es por ello que creemos que fomentar la investigación durante el período de formación haciéndolo parte de nuestro quehacer diario[8], es una tarea de supervivencia académica.

Las exigencias impuestas a los investigadores peruanos contrastan con la cantidad de revistas de nivel que se editan en el país, por lo que se verán en la necesidad de publicar en revistas de otros países, condenando a las revistas propias a desaparecer[9]. Sin una política nacional de promoción de las publicaciones científicas y teniendo en consideración que son las sociedades, las que más publican. Es fácil deducir hacia donde debería orientarse el esfuerzo estatal. Al no existir dicho apoyo, son las sociedades médicas que en virtud a sus propios fines se tornan en el corazón palpitante de la investigación quirúrgica nacional.

"A nivel mundial 4.2 millones de personas mueren cada año, durante o después de una cirugía, lo que representa 7.7% del total de eventos quirúrgicos realizados, y la mitad de estas muertes ocurre en países en desarrollo como el nuestro. Así, la práctica quirúrgica representa la tercera causa de muerte a nivel mundial, sólo superada por el infarto del miocardio y la enfermedad vascular cerebral"[10]. Es por ello que surge la cirugía global como un derecho y no solo un privilegio para los países desarrollados. En el 2008 se estimó el número de intervenciones quirúrgicas a nivel mundial es de aproximadamente 234,2 millones de operaciones, de las cuales solo el 3,5% son hechas en países de bajos recursos[11]. El integrar recursos y generar alianzas con países desarrollados es la vía más fácil para disminuir dichas brechas. El hecho de tener un número importante de autores cirujanas, obliga a recordar que una cirujana académica es la profesional de prestigio, promotora de la clínica, la docencia y la investigación[12].

"La práctica médico-quirúrgica de hoy está determinada por la investigación científica de ayer; mañana no será diferente"[13]. Esta afirmación no nos puede dejar indiferentes a los problemas quirúrgicos que enfrentamos en las salas de operaciones. Daría Cohen, en su libro de la lucha entre la tradición escrita y la tradición oral en la segunda crónica de Pedro Cieza de León, afirma que el sólo testimonio "falta de letras" como razón de perder partes de la historia incaica siendo la letra escrita la fuerza conciliadora entre los dos mundos[14]. De igual forma, muchos de los procedimientos que se hacen de rutina en los servicios quirúrgicos pasan, sin pena ni gloria, al olvido, sólo por no haberse publicado en su debido momento.

El Open Journal System (OJS), es una herramienta que permite la publicación de los contenidos en abierto, fundamentalmente de las revistas científicas publicadas en Internet, y cuya flexibilidad y versatilidad le permite adaptarse a las necesidades y requerimientos de cada publicación y ha remplazado la recepción de los artículos en papel[15,16].

El identificador digital de objetos (DOI)[17] es un identificador digital único y estable de objetos en la red no es otra cosa que un código alfanumérico (con norma ISO) que identifica en Internet un determinado trabajo y logra recuperarlo, aunque el citado trabajo haya cambiado su sitio web o, incluso, el servidor donde se alojaba. Con el Dr. Giuliano Borda, Presidente de la SCGP. 2021-2023, se logró pasar los artículos al OJS. e incluir el DOI, pasos indispensables para pensar en lograr la indexación de nuestra revista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pamo Reyna Oscar G. Estado actual de las publicaciones periódicas científicas médicas del Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2005 Ene; 16(1): 65-73.Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2005000100010&lng =es.
2. Herrera JJ. Editorial. Cirujano vol. 9 num1.enero-marzo 2012
3. Ross-Hellauer T. What is open peer review? A systematic review [version 2; peer review: 4 approved]. *F1000Research* 2017, 6:588 (https://doi.org/10.12688/f1000research.11369.2
4. Sanz-Valero J, Casterá VT, Wanden-Berghe C. Estudio bibliométrico de la producción científica publicada por la Revista Panamericana de Salud Pública/ Pan American Journal of Public Health en el período de 1997 a 2012. Rev Panam Salud Publica. 2014;25(2):81-8.
5. Weil RJ. The future of surgical research. PLos Med. 2004; 1: e13. DOI: 10.1371/journal.pmed.0010013.
6. J.J. Sancho. Particularidades de los ensayos clínicos en el ámbito de la cirugía. Cir Esp, 75 (2004), pp. 3-8
7. Ferrer M, Belda R. Investigación en Cirugía, ¿un camino fácil? Cir Esp, Vol.90 Núm.1. (Enero 2012), pp. 69-70.
8. P.Parrilla P. Formación en investigación durante el período MIR.Cir Esp Vol67.Núm.1. (Enero 2000) pag. 1-3.
9. Acosta E, Marín T, Gonzales A. Políticas para la producción científica en América Latina: Perú, un estudio de caso. Revista Ciencias Pedagógicas e Innovación. Volumen VIII, Nº 1 (julio-diciembre 2020), pp. 62-69. http://dx.doi.org/10.26423/rcpi.v8i1.350
10. Lozada HEE. La investigación en cirugía. Rev Mex Cir Endoscop. 2018;19(4):143-144.
11. Shu Sebastián Bernardo. Una perspectiva de la cirugía desde la Salud Pública: Cirugía global. Rev Med Hered [Internet]. 2013 Jul [citado 2023 Abr 23]; 24(3): 258-259. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2013000300017&lng=es.
12. Azcoitia F, Lombard Domínguez C. Aportaciones de la mujer académica al desarrollo de la medicina y la cirugía. Recuento histórico. Cirujano General, Vol.36. Núm.3.pag.186-191 (julio 2014) https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-sumario-vol-36-num-3-X1405009914X05169
13. García Barreno P., Investigación y cirugía. Actas Urológicas Españolas, Volumen 32, Issue 1,2008, Pages 3-23
14. Cohen, Daria (1988) "La lucha entre la tradición escrita y la tradición oral en la segunda crónica de Pedro Cieza de León," Ariel: Vol. 5: No. 1, Article 5. Available at: https://uknowledge.uky.edu/ariel/vol5/iss1/5
15. Reyes B Humberto, Bustos-González Atilio, Andresen H Max, Palma H Joaquín. La Revista Médica de Chile en el año 2012. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Ago [citado 2023 Abr 23] ; 141(8): 1049-1056. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000800012&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000800012.
16. Coronado-Quispe J, Martinez-Auris J, Anduaga-Dueñas M, Chavez-Hermosilla M, Arias-Aroni G. Características de las revistas científicas biomédicas indexadas a Latindex-Perú. Educación Médica Superior [Internet]. 2021 [citado 24 Abr 2023]; 35 (4) Disponible en: https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2843
17. The DOI System. Disponible en: https://www.doi.org/.

ORCID iDs:

Edilberto Temoche Espinoza, ORCID 0000-0003-4833-6112
Gabriela Zavala Wong, ORCID 0000-0003-3337-639X
Giuliano Borda Luque, ORCID 000-0001-7150-5573
Juan Jaime Roberto Herrera Matta, ORCID 0000-0002-4226-1159

Cirugía general de emergencia en Perú: Un estudio multicéntrico prospectivo

Autores: Grupo de investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

Correspondencia: investigacion@scgp.org

Resumen

Antecedentes: La cirugía de emergencia es una problemática de salud pública a nivel mundial por la carga de años perdidos que produce. Perú todavía no cuenta con un registro epidemiológico formal de las patologías quirúrgicas de emergencia ni tampoco con un reporte nacional de la tasa de mortalidad post operatoria. Ante ello, la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú presenta esta investigación para describir nuestra realidad nacional en cirugías de emergencia. **Metodología**: Es un estudio de cohorte observacional, prospectivo, multicéntrico, llevado a cabo desde octubre de 2022 a enero 2023 en hospitales de Perú. Se buscó determinar la incidencia de las patologías quirúrgicas de emergencia más frecuentes, describir a la población afectada y sus resultados perioperatorios (morbilidad y mortalidad), así como también describir a las instituciones hospitalarias encargadas del manejo de los pacientes. **Resultados:** Los datos fueron obtenidos de 1351 pacientes atendidos en 24 hospitales participantes. La patología más frecuente fue la inflamatoria y dentro de ella apendicitis aguda es la principal causa de cirugía de emergencia (646 casos). Se utilizó ecografía para el diagnóstico en un 99% de los casos y solo en 25% se utilizó tomografía. La lista de verificación de seguridad quirúrgica la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue aplicada en un 95% de los casos. El abordaje por laparoscopía fue empleado en 45% de las intervenciones quirúrgicas. Uno de cada tres pacientes presentó algún tipo de complicación postoperatoria. Las re-intervenciones ocurrieron en 4.8% de los casos y la mortalidad reportada fue de 3.9%. **Conclusiones**: La principal causa de emergencias quirúrgicas es la patología inflamatoria. El alto uso de la lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS, refleja un compromiso con la seguridad del paciente. El uso de la cirugía laparoscópica debe optimizarse en hospitales del sector público. La tasa de mortalidad en cirugía de emergencia reportada fue similar a la de otros países con un alto índice de desarrollo humano.

Palabras Clave: Cirugía de Emergencia

Abstract

Background: Emergency surgery is a global public health issue due to the burden of years of life lost. Peru still lacks a formal epidemiological registry of emergency surgical pathologies, as well as a national report on postoperative mortality rates. In response to this, the Peruvian Society of General Surgeons presents this research to describe our national reality in emergency surgeries. **Methodology**: This is a prospective, multicenter observational cohort study carried out from October 2022 to January 2023 in hospitals across Peru. The aim was to determine the incidence of the most frequent emergency surgical pathologies, describe the affected population and their perioperative outcomes (morbidity and mortality), as well as to describe the institutions responsible for patient management. **Results**: Data was obtained from 1351 patients treated in 24 participating hospitals. The most frequent pathology was inflammatory, with acute appendicitis being the leading cause of emergency surgery (646 cases). Ultrasound was used for diagnosis in 99% of cases, with only 25% using tomography. The World Health Organization (WHO) surgical safety checklist was applied in 95% of cases. Laparoscopy was employed in 45% of surgical interventions. One in three patients experienced some form of postoperative complication. Re-interventions occurred in 4.8% of cases, and the reported mortality rate was 3.9%. **Conclusions**: The main cause of emergency surgeries is inflammatory pathology. The high adherence of the WHO surgical safety checklist reflects a commitment to patient safety. The use of laparoscopic surgery should be optimized in public sector hospitals. The reported mortality rate in emergency surgery was similar to that of countries with a high Human Development Index.

Key Words: Emergency surgery

Introducción

La cirugía de emergencia es una problemática constante a nivel mundial, sobre todo por los años perdidos por la discapacidad que produce. A nivel global se estima que la carga de años perdidos por cirugías no realizadas llega a equiparar y superar las de enfermedades infecciosas como tuberculosis y VIH, especialmente en países de medianos y bajos ingresos, donde las emergencias son mayores y el acceso a cirugía es limitado. Por lo mencionado, debemos reconocer a las patologías quirúrgicas como un problema de salud pública [1].

La cirugía general de emergencia en Estados Unidos representa el 11% de admisiones quirúrgicas y el 50% de la mortalidad quirúrgica, siendo la patología de más alto riesgo y más costosa en la especialidad de cirugía general. Los pacientes que son sometidos a este tipo de cirugía tienen 8 veces más riesgo de morir en el postoperatorio en comparación a si hubiesen tenido el mismo procedimiento en forma electiva. La mitad de los pacientes que son sometidos a una cirugía de emergencia desarrollan una complicación postoperatoria y tienen 15 % de readmisión antes de los 30 días [2].

El año 2016 la Colaboración GlobalSurg luego de un análisis prospectivo de 10745 pacientes provenientes de 357 hospitales distribuidos en 58 países de diferentes índices de desarrollo humano (HDI), demostró que la tasa de mortalidad postoperatoria en cirugías de emergencia era 1.6% a las 24 horas y 5.4% a los 30 días; siendo su aporte más importante haber documentado que existe una diferencia estadísticamente significativa en la mortalidad postoperatoria entre los países de índice de desarrollo humano alto, medio y bajo. El Perú esta categorizado por el Banco Mundial como país de medianos altos ingresos y por la Naciones Unidas como país de índice de desarrollo humano alto, y fue uno de los 58 países que registraron pacientes en este estudio global, habiendo participado 10 hospitales de nuestro país [3].

Actualmente Perú no cuenta con estadística precisa actualizada sobre patologías quirúrgicas de emergencia. El acceso a una cirugía de emergencia y manejo peri-operatorio de estos pacientes tiene variaciones de acuerdo con la institución (pública o privada) y región donde se realiza[4, 5, 6]. Un problema tan común a nivel mundial como la apendicitis aguda, no tiene un registro epidemiológico nacional y formal en Perú. No tenemos datos nacionales actualizados ni descripción de las herramientas diagnósticas (tomografía), ni del abordaje quirúrgico (cirugía abierta o laparoscópica) más utilizados en estos casos; tampoco existe un registro formal de la incidencia de mortalidad y complicaciones en el post operatorio.

La Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (SCGP), institución científica reconocida por el Colegio Médico del Perú identificó este contexto y procedió a conformar el Grupo de Investigación Quirúrgica de la SCGP. Luego de ello se elaboró y se difundió un protocolo de investigación cuyos principales resultados descriptivos se exponen en el presente artículo. El objetivo fue determinar la incidencia de las patologías quirúrgicas de emergencia más frecuentes a nivel nacional, describir a la población afectada y sus resultados peri-operatorios (morbilidad y mortalidad), además de describir los recursos de diagnóstico y tratamiento de las instituciones que los atienden. Con este proyecto se han obtenido datos actualizados, identificando necesidades generales de los hospitales, para que puedan ser tomadas en cuenta por las autoridades correspondientes.

Materiales y Métodos

Este estudio es una cohorte observacional, prospectiva, multicéntrica que fue llevada a cabo desde octubre de 2022 a enero 2023 en Perú. Cada institución participante realizó la recolección de datos de cada uno de sus pacientes. Los datos fueron obtenidos de acuerdo con el protocolo de estudio, aprobado por el comité de ética de un hospital nacional (Constancia N° 162-2022 – HNCH) y a la vez tuvo la autorización de los comités de ética y/o jefaturas de servicio de cada una de las instituciones participantes.

Esquema de organización

Cada institución contó con un líder local a cargo de dos colaboradores, quienes registraron el protocolo de investigación en su institución. Además, cada líder local se ocupó de responder el cuestionario online sobre datos demográficos de su institución y supervisar la recolección de datos de los pacientes. El líder local firmó una carta de compromiso donde declaró que supervisó y condujo, con ética e integridad, el protocolo en su institución asegurándose de la veracidad de la recolección de datos.

Convocatoria e intervalo de estudio

El grupo de investigación de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú (SCGP) lanzó una convocatoria nacional para que cirujanos de todas las regiones del país pudiesen sumarse a este primer estudio multicéntrico realizado por la SCGP. Con tal fin se realizó una sesión académica virtual el 29 de setiembre del 2022 (Figura 1). Previamente el

protocolo se difundió a través de redes sociales, contactos personales y correo electrónicos de cirujanos y residentes del territorio nacional.

Figura 1. Sesión académica 29 setiembre 2022

Los colaboradores del proyecto identificaron consecutivamente en su institución a pacientes quirúrgicos durante un intervalo de dos semanas desde octubre 2022 a enero 2023. Cada institución participante tuvo la opción de recolectar datos tantos periodos de dos semanas como le fuera posible. Por cada intervalo de dos semanas participaron tres colaboradores. Limitar el período de recolección de datos a intervalos de dos semanas permitía que los colaboradores recojan datos detallados y relevantes de los pacientes sin necesidad de invertir recursos adicionales.

Población

La población de estudio consistió en pacientes mayores de 18 años a quienes se les realizó una intervención quirúrgica de emergencia, definida como una cirugía necesaria para tratar una condición que amenaza la vida del paciente; dicha condición puede ser causada por un trauma externo, una enfermedad aguda, una exacerbación de un proceso crónico o una complicación de un procedimiento clínico o quirúrgico. La cirugía estuvo a cargo de la especialidad de cirugía general. Se excluyeron pacientes que tuvieron procedimientos electivos, así como, pacientes pediátricos y gestantes al ser consideradas poblaciones especiales. Por cada paciente la siguiente información fue recolectada: datos demográficos, características peri-operatorias, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, mortalidad intra y postoperatoria, al alta y a los 30 días (Anexo 1. Ficha de recolección de datos).

Manejo de datos

Los pacientes incluidos tuvieron un periodo de seguimiento de 30 días al alta. Los datos fueron colocados en una ficha de recolección de datos impresa y posteriormente se vaciaron los datos a una base electrónica proporcionada por Microsoft Forms. El líder de cada institución participante revisaba que las fichas de recolección estén adecuadamente llenadas antes de pasar al formato virtual. La información que ya se encontraba en la base de datos electrónica, era supervisada por el grupo de investigación de la SCGP, quienes de encontrar una observación se comunicaban con el líder local, quien la resolvía y actualizaba la ficha.

Resultados

Instituciones participantes

Desde el 1 de octubre del 2022 al 15 de febrero del 2023 se registraron un total de 24 instituciones participantes de 13 departamentos a nivel nacional (Figura 2). De las 24 entidades participantes dieciséis pertenecen al grupo del Ministerio de Salud (MINSA) y Gobierno Regional, cinco al Seguro Social del Perú (ESSALUD), una a la Policía Nacional del Perú (PNP) y dos al sector privado (Tabla 1).

La mayoría de las instituciones participantes correspondían a un nivel de complejidad II-2 y III-1. Cerca de un tercio de ellas, contaba con aproximadamente entre 201-300 camas en la institución, pero solo un 5% de ellas destinadas al servicio de cirugía general. Más de la mitad de los hospitales cuentan menos de 10 salas de operaciones, pero 22 de las 24 instituciones cuenta con un equipo de tomografía axial computarizada. En cuanto al ámbito académico, cerca del 90% tiene un programa de postgrado de residencia en cirugía general (Tabla 1).

Pacientes adultos

De los 1351 pacientes, 807 provienen de MINSA/ Gobierno Regional, 452 de ESSALUD, 69 fueron atendidos en Hospital PNP y 23 en el sector privado. Hubo casi igual distribución en pacientes hombres y mujeres (49.5% vs. 50.5%). 71% de la población adulta es menor de 60 años, de los cuales casi la

mitad de ellos están dentro del rango de 30-59 años siendo el promedio de edad de 48 años. Más de la mitad de los pacientes admitidos a una cirugía de emergencia presenta alguna comorbilidad médica existente antes de la operación. Dentro de ellas, las más frecuentes son las vasculares, especialmente la hipertensión arterial (Tabla 2).

Figura 2. Ubicación geográfica de hospitales participantes

Tabla 1. Características demográficas de instituciones participantes

		INSTITUCIONES DE SALUD					
		MINSA/GR	ESSALUD	PNP	PRIVADO	TOTAL	%
Número de hospitales		16	5	1	2	24	100
Nivel de institución	II-2	8	0	0	0	8	33.3%
	II-1	1	0	0	1	2	8.4%
	II-E	0	0	0	1	1	4%
	III-1	5	2	1	0	8	33.3%
	III-E	2	3	0	0	5	21%
N° camas / institución	0-100	2	0	0	2	4	17%
	101-200	5	0	0	0	5	21%
	201-300	5	1	0	0	6	25%
	301-400	2	1	0	0	3	12%
	401-500	2	1	1	0	4	17%
	>500	0	2	0	0	2	8%
N° camas / servicio cirugía general	0-10	0	0	1	0	1	14%
	11-20	5	0	0	2	7	29%
	21-30	3	3	0	0	6	25%
	31-40	8	2	0	0	10	42%
N° Salas de Operaciones	0-5	8	0	1	2	11	38%
	6-10	8	3	0	0	11	46%
	11-15	0	0	0	0	0	0%
	>15	0	2	0	0	2	8%
Programa de Residentado	SI	15	5	1	0	21	88%
	NO	1	0	0	2	3	13%
Imágenes Disponibles	TAC	14	5	1	2	22	92%
	RMN	3	5	1	2	11	46%

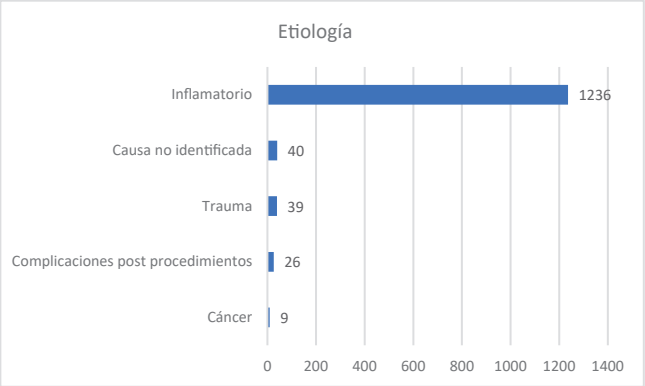
Tabla 2: Características Pre-operatorias de la Población

		MINSA/GR	ESSALUD	PNP	PRIVADO	TOTAL	%
N pacientes		**807**	**452**	**69**	**23**	**1351**	**100**
Sexo	F	399	243	20	7	669	49.52%
	M	408	209	49	16	682	50.48%
Edad	Joven 18-29	238	51	14	5	308	22.80%
	Adulto 30-59	398	197	42	15	652	48.26%
	Adulto Mayor ≥60	171	204	13	3	391	28.94%
ASA	I	284	123	29	9	445	32.94%
	II	393	257	39	14	703	52.04%
	III	106	67	1	0	174	12.88%
	IV	21	3	0	0	24	1.78%
	V	3	2	0	0	5	0.37%

Comorbilidades	Cardiológicas	7	25	6	0	38	2.81%
	Vasculares	90	94	8	1	193	14.29%
	Pulmonares	20	39	6	0	65	4.81%
	Neurológicas	2	9	0	0	11	0.81%
	Endocrinológicas	34	57	3	1	95	7.03%
	Renales	6	18	1	0	25	1.85%
	Hepáticas	2	2	0	0	4	0.30%
	Gastrointestinales	5	8	0	0	13	0.96%
	Inmunológicas y cáncer	12	36	0	1	49	3.63%
	Reumatológicas	3	8	0	0	11	0.81%

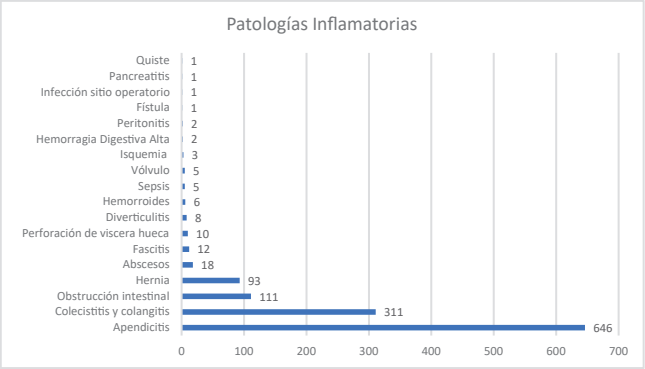
La indicación más frecuente para cirugía general de emergencia fue patología inflamatoria con 1236 casos (91% de todas las cirugías). En segundo lugar, se encuentra el abdomen quirúrgico de causa no establecida con 40 casos, seguido de trauma con 39 casos. El 3% restante fueron cirugías por neoplasias y complicaciones post procedimientos (Figura 3).

Figura 3. Tipos de diagnóstico



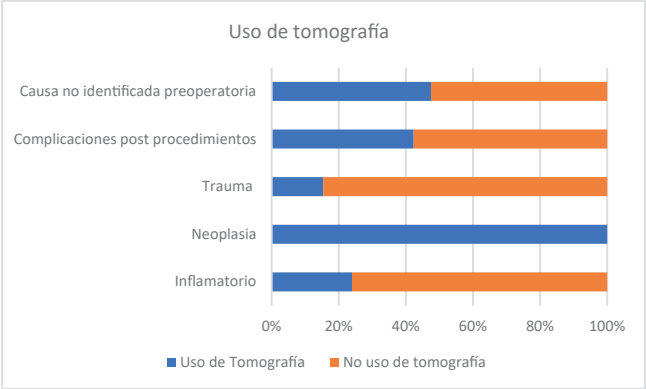
Dentro de las patologías inflamatorias, las tres causas más resaltantes son los casos de apendicitis siendo más del 50%, seguido de colecistitis y colangitis con un 25% y un 9% de obstrucciones intestinales (Figura 4).

Figura 4. Patologías inflamatorias distribuidas por diagnóstico



En el proceso diagnóstico de los abdómenes quirúrgicos se utilizó tomografía en todos los casos de neoplasias. Casi el 50% de las causas de abdomen agudo no identificado tuvieron tomografía. En el 42% de las complicaciones post procedimientos se utilizó esta ayuda diagnóstica y sólo en un 24% de todos los casos de patologías inflamatorias se hizo uso de la tomografía. Cabe resaltar que en el grupo de pacientes con apendicitis solo en el 22% de ellos se solicitó tomografía como ayuda diagnóstica. En cuanto a trauma, solo se solicitó en poco más de 10% de los casos (Figura 5).

Figura 5: Uso de tomografía en preoperatorio



En el 95% de los casos se utilizó la lista de verificación de seguridad de cirugía de la Organización Mundial de la Salud (Checklist OMS). La adherencia a su uso fue de 100% en hospitales privados en comparación al sector público donde fue menor. Se utilizó laparoscopia para intervenir a los pacientes en 45% de todos los casos (605), de los cuales más de la mitad fueron por apendicitis aguda (320), seguido por colecistitis y colangitis. El uso de laparoscopia en el sector privado sucede en más del 90% de los casos y 80% en el sector público de la PNP. El abordaje laparoscópico se utiliza en el 28% de los pacientes del sector del MINSA y 63% en el sector ESSALUD. Se reportaron cuatro casos de muerte intra-operatoria (Tabla 3).

Tabla 3: Datos intra-operatorios

	MINSA/ GR	ESSA-LUD	PNP	PRIVA-DO	TOTAL
N pacientes	807	452	69	23	1351
Uso de Checklist – OMS					
SI	761	438	67	23	1289
No	46	14	2	0	62
Uso de Laparoscopia					
SI	230	293	60	22	605
NO	577	159	9	1	746

Uso de Laparoscopía en patologías más frecuentes					
Apendicitis	148	131	27	14	320
Colecistitis y colangitis	67	144	27	2	240
Obstrucción intestinal	8	6	3	3	20
Hernia	3	2	1	2	8
Trauma	0	2	0	0	2
Muerte intra-operatoria					
SI	3	1	0	0	4
NO	804	451	69	23	1347

De todos los pacientes hubo complicaciones en 32% de los casos, siendo más de un tercio de estas complicaciones aquellas que solo requirieron soporte y manejo médico (Clavien-Dindo grado I). Solo el 5% de los pacientes necesitaron algún tipo de re-intervención. El promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días entre las diversas instituciones. ESSALUD tuvo un mayor promedio de estancia hospitalaria, mientras que el sector privado fue el menor promedio (Figura 6). Se reportaron un total de 53 muertes a lo largo del estudio (3.92%) (Figura 7).

Figura 6: Promedio de estancia hospitalaria

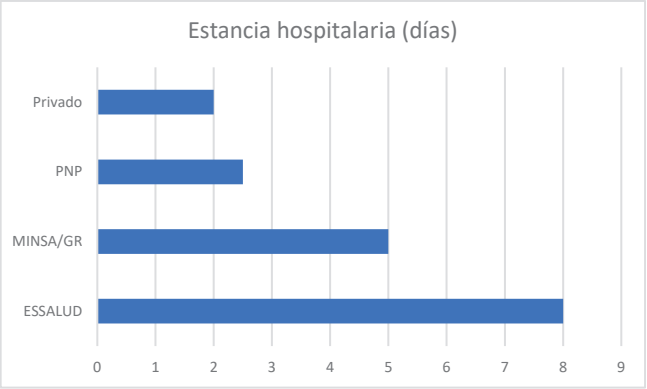
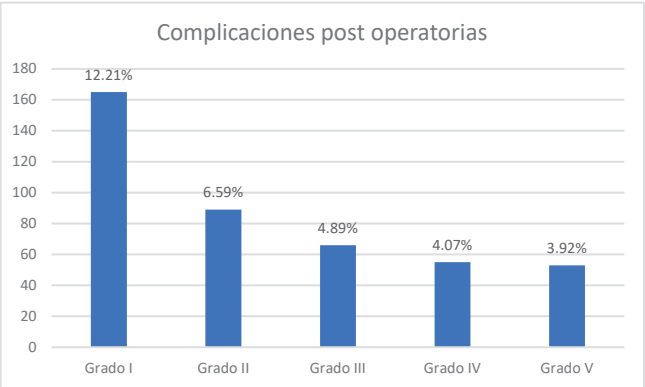


Figura 7: Complicaciones post operatorias



Discusión

El manejo adecuado de los pacientes que requieren cirugía general de emergencia ha tenido cambios globales y paralelamente la carga quirúrgica en estos casos se ha incrementado y vuelto más compleja. La preocupación de diferentes países de índice de desarrollo humano (HDI) alto es explicable debido al incremento del número de pacientes atendidos por patologías quirúrgicas de emergencia que llegan a sus hospitales; habiéndose identificado a tres millones de pacientes por año en Estados Unidos de los cuales el 25% es sometido a una cirugía durante su hospitalización y porcentajes similares en pacientes admitidos por patología quirúrgicas de emergencia son reportados en el Reino Unido [7].

En el campo de la cirugía general de emergencia las principales patologías quirúrgicas son inflamatorias, dentro de las cuales apendicitis aguda, patología de vías biliares y obstrucción intestinal son las de mayor frecuencia. Nuestros datos son similares a los reportados en otros países de HDI alto, donde estos tres diagnósticos mencionados son los de más alta incidencia en cirugías de emergencia[2].

El correcto diagnóstico antes de ingresar a sala de operaciones de emergencia es una preocupación constante para los cirujanos por lo cual se utilizan diversos exámenes; siendo las imágenes un recurso importante. De los 1351 casos reportados en nuestro multicéntrico, solo en un 25% se utilizó la tomografía computarizada para el apoyo diagnóstico, valor que se encuentra superior al 18.5% reportado en países con HDI medio[3]. Sin embargo, la cifra hallada en este estudio es menor a la reportada en países de HDI alto con un 40.6% de uso de tomografía para el diagnóstico[3]. Es necesario mencionar que 22 de los 24 hospitales participantes reportan que disponen de dicha herramienta diagnóstica. Nuestro multicéntrico revela que la ecografía, utilizada en el 99% de los casos, sigue siendo la herramienta de apoyo diagnóstico con más uso, probablemente por su mayor disponibilidad y menor costo.

Por otro lado, en los últimos años existe un gran interés de la comunidad quirúrgica global y de la OMS por conceptos de seguridad en cirugía reflejado en la gran difusión y adherencia al uso de la lista de verificación de seguridad de cirugía de la OMS[8]. Dentro de nuestros pacientes evaluados (1351), encontramos una adherencia de 95%, cifras similares a las reportadas en otro estudio por parte de países con HDI alto con un 91.3% y notoriamente superior al reportado en países de HDI medio con un 55.7%[3]. Este hallazgo muestra el compromiso de los equipos quirúrgicos nacionales en realizar una cirugía con

seguridad en los pacientes que acuden a las salas de emergencia; pero hay que destacar la adherencia del 100% al uso del checklist de las instituciones privadas participantes, lo cual debería ser imitado por los hospitales públicos.

Si bien es cierto que el abordaje más utilizado en la población analizada fue la laparotomía, y que en 45% de los casos de cirugía general a nivel nacional se realizó abordaje laparoscópico; esta última cifra es superior a la reportada por la Colaboración GlobalSurg quienes encontraron un uso de laparoscopía en países de HDI medio de 9.2%. En ese mismo estudio en los países de HDI alto el abordaje laparoscópico de las cirugías de emergencia fue de 48.5%[3]. Realizando un análisis al interior de nuestros resultados hay que destacar que el abordaje laparoscópico es notoriamente superior en el sector privado (mayor al 95%) en comparación a los pacientes operados en el sector público del MINSA (28%) y ESSALUD (63%); lo cual nos motiva a proponer que es necesario que las autoridades gubernamentales y hospitalarias, favorezcan el uso de la laparoscopia a través de compra de equipos de laparoscopía y sus insumos; además de brindar normativa para su uso rutinario y obligatorio en la emergencia, evitando de esta forma la inequidad en la atención quirúrgica. Es bien conocido que la cirugía laparoscópica tiene muchas ventajas como menos infecciones de heridas operatorias, menos estancia hospitalaria la cual genera menos costos para las instituciones estatales y mayor disposición de camas quirúrgicas. Otra ventaja es el retorno laboral precoz en beneficio de los pacientes, que en nuestro estudio el 70% de ellos tienen menos de 60 años, es decir todavía se encuentra en edad laboral y forman parte de la población económicamente activa. El mejorar el acceso a laparoscopía en hospitales públicos es totalmente factible porque así lo demuestran nuestros resultados con cifras superiores al 80% del uso de esta técnica en el sector público de la Policía Nacional del Perú.

Sobre el uso de laparoscopía exclusivamente para patología apendicular, la presente investigación muestra uso de dicha técnica en un 50% de los casos a nivel nacional. Cifra que es inferior al 67.7% reportado en el multicéntrico realizado por la Colaboración GlobalSurg en países de HDI alto[9]. Sin embargo, en otro estudio multicéntrico de 44 países (entre países de altos, medianos y bajos ingresos) publicado en 2018 reveló cifras similares a las nuestras con un uso promedio de laparoscopía en un 51.7% de los casos[10]. Adicionalmente, un estudio en países de medianos ingresos de 2018 se reportó uso de laparoscopía en 29.1% de los casos[11]. Es preciso recalcar que ambos estudios publicados en 2016 y 2018 usan cifras promedio de los países incluidos pudiendo así alterar los porcentajes de los casos reportados por país de manera individual.

Finalmente, para los cirujanos es muy importante conocer los resultados de nuestras cirugías, tales como las complicaciones y mortalidad postoperatoria. Es un objetivo global que todos los países incluyan como indicador de acceso a cirugía segura la tasa de mortalidad postoperatoria; indicador que en nuestro país todavía no es obligatorio sea reportado por las instituciones hospitalarias[12]. Este estudio logro hacer un seguimiento del 100% de los pacientes hasta el alta hospitalaria. Solo 37% de los pacientes fueron seguidos hasta los 30 días postoperatorios. En este contexto la tasa de mortalidad postoperatoria en los casos sometidos a cirugía de emergencia fue de 3.9%; lo que resulta menor a la reportada en otros estudios por parte de países de HDI alto con un 4.5% y 6% en países de HDI medio [3].

El presente estudio tiene ciertas limitaciones. No es proporcional la cantidad de pacientes incluidos por las diferentes instituciones prestadoras de salud. Esto puede representar un sesgo de selección al no tener una muestra global, sobre todo porque el equipamiento y personal disponible no es el mismo en el sector público que privado. No obstante, los resultados pueden ser de ayuda para comprender más la realidad nacional de emergencias quirúrgicas por la cobertura geográfica del estudio y por la diversidad de hospitales involucrados en el mismo (hospitales privados y públicos de diferentes sectores). Otra limitación es que el estudio tuvo un corto periodo de seguimiento (hasta los 30 días), que en gran parte de los casos no se realizó por lo cual las complicaciones y mortalidad podrían estar subestimadas.

Debemos mencionar que esta primera publicación, es producto del esfuerzo de cirujanos y residentes distribuidos en diferentes departamentos de nuestro país quienes están comprometidos con la investigación quirúrgica. En este estudio se presenta en forma descriptiva los resultados más importantes en el manejo de la cirugía de emergencia: Demografía de instituciones y población participante, diagnóstico por imágenes utilizado, adherencia al checklist de seguridad en cirugía, abordaje quirúrgico (uso de laparoscopía), complicaciones y mortalidad postoperatoria. Con toda la base de datos que se ha logrado organizar, están siendo elaborados próximos estudios analíticos y comparativos, por patologías y sectores de atención. Esta labor está a cargo del grupo de investigación quirúrgica de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú con el único objetivo de tener un

mejor conocimiento de nuestra realidad nacional y aportar como sociedad científica al mejoramiento de la salud pública de nuestro país.

Conclusiones

El estudio demostró que la principal causa de emergencias quirúrgica es patología inflamatoria siendo la apendicitis aguda las más frecuente. El uso de checklist preoperatorio en el 95% de los casos refleja el compromiso con la seguridad de los pacientes. Si bien se conocen los beneficios del uso de laparoscopía en patología inflamatoria, es necesario incrementar su uso en hospitales públicos. Aproximadamente un tercio de los pacientes sometidos a cirugía abdominal de emergencia presentan algún tipo de complicación. La mortalidad en cirugía de emergencia reportada fue similar a la que se produce en otros países de índice de desarrollo humano alto.

ANEXO 1: Ficha de recolección de datos de pacientes

RESPONSABLE DE LA FICHA	
FECHA DE RECLUTAMIENTO:	
HOSPITAL DE PROCEDENCIA	
HISTORIA CLINICA NUMERO	
SERVICIO DONDE ESTÁ HOSPITALIZADO EL PACIENTE	
NUMERO DE CAMA DONDE ESTÁ EL PACIENTE	
SEGURO	❑ SIS ❑ ESSALUD ❑ EPS ❑ FFAA ❑ PNP ❑ Otro (especificar):
SEXO	❑ F ❑ M
EDAD	
TIEMPO DE ENFERMEDAD (EN DÍAS)	
ASA CLASIFICACIÓN	❑ I ❑ II ❑ III ❑ IV ❑ V ❑ VI
¿PACIENTE PRESENTA COMORBILIDADES?	❑ SI ❑ NO
COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES	❑ Angina
	❑ Arritmia
	❑ Valvulopatías
	❑ Infarto de miocardio (que haya sido documentado)
	❑ Insuficiencia cardiaca congestiva.
	❑ Ninguna
COMORBILIDADES VASCULAR	❑ Hipertensión
	❑ Enfermedad vascular periférica (claudicación intermitente, gangrena, insuficiencia arterial aguda, aneurisma no tratado mayor o igual a 6 cm)
	❑ Enfermedad cerebrovascular .
	❑ Ninguna
COMORBILIDADES PULMONAR	❑ Enfermedad pulmonar crónica (disnea sintomática que incluye asma) ❑ COVID -19 ❑ PCR ❑ Prueba Antígena ❑ Ninguna
COMORBILIDADES NEUROLÓGICO	❑ Demencia
	❑ Hemiplejia
	❑ Ninguna
COMORBILIDADES ENDOCRINO	❑ Diabetes sin complicaciones
	❑ Diabetes con daño de órgano blanco (retinopatía, neuropatía y nefropatía)
	❑ Ninguna
COMORBILIDADES RENAL	❑ Insuficiencia moderada (creatinina > 3 mg/dL) osevera
	❑ Diálisis, transplantados
	❑ Síndrome urémico.
	❑ Ninguna
COMORBILIDADES HEPÁTICO	❑ Insuficiencia leve (cirrosis sin hipertensión portal, hepatitis crónica), ❑ Insuficiencia moderada o severa (cirrosis con hipertensión portal, con o sin hemorragia por váricesesofágicas). ❑ Ninguna
COMORBILIDADES GASTROINTESTINAL	❑ Sangrado gastrointestinal
	❑ Enfermedad intestino inflamatorio
	❑ Úlcera péptica (que ha requerido tratamiento).
	❑ Ninguna

COMORBILIDADES CÁNCER/ INMUNE	❑ Tumor (tratado en los últimos 5 años)
	❑ Linfoma (linfoma no-Hodgkin y de Hodgkin, macroglobulinemia de Waldenström, mieloma múltiple)
	❑ Leucemia (leucemia linfocítica crónica, leucemia aguda y crónica mieloide, leucemia aguda linfoblástica, policitemia vera)
	❑ VIH/SIDA
	❑ Cáncer metastásico.
	❑ Ninguna
COMORBILIDADES REUMATOLÓGICO	❑ Lupus eritematoso sistémico
	❑ Polimiositis
	❑ Enfermedad mixta del tejido conectivo
	❑ Polimialgia
	❑ Artritis reumatoide severa o moderada.
	❑ Ninguna
FECHA Y HORA DE ADMISION A EMERGENCIA	
FECHA Y HORA DE PRIMERA EVALUACIÓN PORCIRUGÍA	
FECHA Y HORA DE DIAGNOSTICO QUIRURGICO ESTABLECIDO	
IMÁGENES PARA EL DIAGNOSTICO	❑ Ecografía ❑ Rayos X ❑ TAC ❑ RNM
FECHA Y HORA INGRESO A SOP	
TIEMPO OPERATORIO	
FECHA INGRESO A UCI	
FECHA EGRESO DE UCI	
CIRUGIA REALIZADA	
DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO	
DIAGNOSTICO POST OPERATORIO	
ESTRATIFICAR DIAGNOSTICO DE ACUERDO A ESCALA AAST (ver anexo 5)	
MUERTE INTRAOPERATORIA	Si ❑ No ❑
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	
USO DE CHECKLIST OMS O EQUIVALENTE	❑ SI ❑ NO ❑ otro (especificar)_____

TIPO DE INCISIÓN	❑ Mediana ❑ Paramediana ❑ Transversa ❑ Rockey- Davis ❑ Inguinal ❑ Kocher ❑ Chevron/ Clamshell ❑ Laparoscopica asistida ❑ Laparoscopica ❑ Laparoscópica convertida
RESECCIÓN INTESTINAL (MARCAR)	❑ Si- anastomosis manual ❑ Si - anastomosis mecánica ❑ sin anastomosis/ No
OSTOMA (MARCAR)	❑ Ileostomia en asa ❑ Colostomia en asa ❑ Ileostomia terminal ❑ Colostoma terminal ❑ Otra:___ ❑ No
USO DE ANTIBIOTICOS (como tratamiento no profiláctico)	Si ❑ No ❑
ESQUEMA DE ANTIBIOTICOS	
TOMA DE CULTIVO	Si ❑ No ❑
GERMEN AISLADO	
USO DREN	Si ❑ No ❑
TIIPO DE DREN	❑ Laminar ❑ Tubular ❑ succión negativa ❑ Otro:_____
COMPLICACIONES	❑Infección de herida operatoria (incluyendo drenaje de la herida en el post operatorio)
	❑ Uso de antibióticos (por complicaciones infecciosas post operatorias)
	❑Uso de antieméticos (adicional a los habituales)
	❑Uso de antipiréticos (por fiebre)
	❑Uso de analgésicos (adicional a los habituales)
	❑Uso de diuréticos
	❑Uso de electrolitos
	❑Uso de fisioterapia
	❑Uso de otros fármacos que no figuran en la casilla anterior (especificar):
	❑Uso de transfusiones
	❑Nutrición parenteral total
	❑Intervención quirúrgica
	❑Intervención endoscópica
	❑Intervención radiológica
	❑Sin uso de anestesia general
	❑Uso de anestesia general
	❑Ingreso a cuidados intermedios
	❑Ingreso a UCI
	❑Uso de equipo de reanimación

	❑Complicaciones del sistema nervioso central (no incluir TIA)
	❑Hemorragia cerebral
	❑ACV isquémico
	❑Hemorragia subaracnoidea
	❑Disfunción orgánica
	❑Uso de diálisis
	❑Disfunción multiorgánica
MUERTE POST OPERATORIO INMEDIATO	Si ❑ No ❑

FECHA ALTA DEL PACIENTE	
ESTANCIA HOSPITALARIA	
¿TUVO SEGUIMIENTO EL PACIENTE ENTRE EL DIA 7-14 DE POST OPERADO?	Si ❑ No ❑
¿TUVO SEGUIMIENTO EL PACIENTE ENTRE EL DIA 15-30 DE POST OPERADO?	Si ❑ No ❑
¿SE CONOCE EL ESTADO DEL PACIENTE AL DIA 30 O MÁS DE POST OPERADO?	Si ❑ No ❑
MORTALIDAD A LOS 30 DIAS	Si ❑ No ❑

ANEXO 2: Grupo de investigación y colaboradores de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

Se especifica las funciones y roles de participación de todos los autores y coautores en el siguiente listado.
Elaboración del protocolo, procesamiento de datos y manuscrito final:
Zavala Wong Gabriela (autor principal); Carpio Colmenares Yahaira Tatiana, Ortega Checa David, Herrera Matta Juan Jaime, Borda-Luque, Giuliano (autor senior)
Grupo Administrativo: Divulgación, promoción del trabajo de investigación, soporte administrativo (en orden alfabético):
Arredondo Manrique Pablo Gerardo, Arroyo Basto Carlos Alejandro, Betalleluz Pallardel Jenner Rusmán, Castillo-Ángeles Manuel, Contreras Castro Emiliano, Flores Mena Miguel David, Medrano Álvarez Johan Eduardo, Medrano Samamé Héctor Alberto Jacinto, Montenegro Pérez Juan Alberto, Portanova Ramírez Michel; Revoredo Rego Fernando Rómulo, Shu-Yip Sebastián Temoche Espinoza Edilberto, Valcárcel Saldaña María Angélica, Vilchez Zaldívar Manuel, Villanueva Alegre Luis, Vojvodic Hernández Iván.

Líderes locales y colaboradores encargados de recolección de datos; en cada uno de los hospitales y/o clínicas participantes (por orden alfabético de institución participante):

CLÍNICA EL GOLF \ SANNA
LÍDER LOCAL: Li Valencia, Miguel Roberto
- Palomino Escalante, Fiorella
- Quispe De La Roca, Kewin

CLÍNICA PADRE LUIS TEZZA
LÍDER LOCAL: Betalleluz Pallardel, Jenner Rusman
- Chirinos Zevallos, Rafaella María
- Pezo Seijas, Nancy Fiorella

HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO
LÍDER LOCAL: Licona Arizabal, Edson Romario
- Vargas Galiano, Adriano
- Quispe Sánchez, Eliana

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLÍCIA NACIONAL DEL PERÚ
LÍDER LOCAL: Gutiérrez Amaya, Giancarlo Jesús
- Chávez Delgado, Lesly Marilyn
- Tasayco Felix, Nahir Lissete
- Rosell Tuesta, Susel Consuelo
- Leiva Valentin, Hanns Neil
- Sanchez Andrianzen, Carlos Gualberto
- Medina Bushuar, Ronald Wilmer
- Majo Meza, Jaime Oswaldo
- Castillo Garofolin, Matias
- Supo Pilco, Aldo Cesar

HOSPITAL DE EMERGENCIAS JOSÉ CASIMIRO ULLOA
LÍDER LOCAL: Betalleluz Pallardel, Jenner Rusman
- Quezada Oyarce, Daniela
- Acero Viera, Graham

HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE TACNA
LÍDER LOCAL: Chura Pinto, Francisco Jesús
- Calliri Mamani, Henry
- Osnayo Medina, Claudia Liset
- Guzmán Dueñas, Karolith Oliver
- Bravo Checa, César Augusto
- Ortega Colana, Vannia
- Vargas Galdos, Ricardo Paolo
- Nicho Vera, Carolina Marjorie
- Choque-Vargas, José Víctor
- Chambilla Fernández, Javier
- Ávalos Rojo, Rosa Luz
- Traverso, Harvey Brian

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA MINSA
LÍDER LOCAL: Bacilio Cardozo, Alejandra Karin
- Solano Nolasco, Eloisa Martila
- Lizana Becerra, Diana Carolina
- Espinoza Posadas, Josmill Efrain
- Villaverde Vasquez, Kathia
- Palomino Machaca, Cynthia Jeniffer

HOSPITAL III DE EMERGENCIAS GRAU
LÍDER LOCAL: Mansilla Doria, Percy David
- Hinojo Chanco, Junior
- Salas Díaz, Jimena Ivon
- Alarcón Guevara, Samuel
- Santos Quiñones, Carlos Oswaldo
- García Alva, Franco
- Astupinaro, Claudia
- Leandro Vadillo, Dennis
- Rázuri Balarezo, Antero
- Carpio Manrrique, Silvia
- Sarmiento De La Cruz, Úrsula
- Inga, Edison
- Mendoza, Hubert
- Orta, Renato
- Orendo, Edwin
- Chávez, José
- Velarde, Juan
- Montesino Guillermo, Erick Charlie
- Alva, Jhonatan
- Ortega Galarza, Miguel
- Pinto Paz, Miriam
- Martínez Ceballos, Carlos

HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA
LÍDER LOCAL: Flores Mena, Miguel David
- Díaz Vega, Luis Miguel
- Injante Cabrera, Hermes Emilio
- González Carrillo, Mary Alejandra
- Aguilar Palomino, Gabriela Raquel
- Quispialaya Socoalaya, Iván
- Rojas Quispe, Gerald Marcos
- Salas, José Ernesto Jorge
- Santamaría Morales, Jhonatan
- Allagual De La Quintana, Alfredo
- Guevara Santiago, Sherman
- Barranzuela León, Carla Jhovana
- Castro Dolorier, Astrid
- Govea López, Heleni
- Figueroa Bustamante, José Anghelo
- Tomasto Flores, Cristian

HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO
LÍDER LOCAL: Alvarez Delgadillo, Lein Nataly
- Bustos Hito, Luis
- Fernández Ríos, Nataly

HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
LÍDER LOCAL: Yamamoto Seto, Gaby Susana
- Arias Mayorca, Renzo
- Arias Chipana, Kevin
- Casahuamán Urquía, Mari Carmen
- León Cabrera, Zamiara
- Apaza Hilachoque, Melissa
- Rivas Arana, Diego
- Mujica Cuba, Cesar Miguel
- Herrera Remigio, Juan Antonio
- Acosta Castro, Rafael
- Vásquez Morales, Victor
- Armas Pinillos, Herber
- Sotelo Olivera, Milagros

HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS
LÍDER LOCAL: Arroyo Basto, Carlos Alejandro
- Lazo Lock, Jhossebely Xiomara
- Arhuire Ossio, Bettino Favio
- Mestanza Samaniego, Silvio

HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN
LÍDER LOCAL: Huaman Egoavil, Eduardo
- Muñoz Barrenechea, Hernan Francis
- Pintado Jhonson, Juan Carlos Junior

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DE PAITA
LÍDER LOCAL: Girón Ugarte, Evelyn
- Coronado Merino, Eduardo Ignacio
- Sánchez Mogollón, Franco Wilfredo

HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
LÍDER LOCAL: Mas Melendez, Robinson
- Moscoso Salcedo, Juan Yihino
- Quispe Trujillo, Mariela Mercedes

HOSPITAL REGIONAL DE ICA
- LÍDER LOCAL: Vásquez Lavarello, Violeta
- Vásquez Lavarello, Fanny Viviana
- Molina Gallegos, Flor Aurora
- León Alegría, Olger Francisco
- Cabanillas Arangoitia, Nicks

HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
LÍDER LOCAL: Auccacusi Rodríguez, Julio Cesar
- Asqui Aroni, Yndira
- Páucar Paz, Erick
- Hermoza Rosell, Ramiro
- Gonzáles Saldívar, Lister
- Izquierdo Villasante, Dante
- Caro Palavicini, Alberto Lino
- Aucca Chutas, Roberto
- Illatupa Leiva, Andy Americo
- Alvarado, Luis
- Valencia Espinoza, Carlos
- Montes Jórdan, Enrique
- Quicaño Araujo, Willinton Abdon

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
LÍDER LOCAL: Acevedo Valdiviezo, Julio
- Portilla Echeverría, Kevin Mark
- Lopez Caballero, Mario
- Tantaleán Gutiérrez, Christian Rodolfo

HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
LÍDER LOCAL: Rafaelo Durand, Lucía
- Alvarado Garcia, Anthony W.
- Rojas García, Andrea
- Small Huarac, Francisca
- Carbajal Álvarez, Katherine
- Abuhadba Fernandez, Adriana Sofia

HOSPITAL SANTA ROSA DE LIMA
LÍDER LOCAL: Mendiola Barrios, Gian Carlos
- Casma Bustamante, Renzo
- Salazar Álvarez, Adolfo
- Yarinsueca Mata, Aníbal Raúl

HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS
LÍDER LOCAL: Gamboa Fernández, Jorge Arturo
- Vásquez Díaz, Lenin Denis
- Flores Gómez, Marco Antonio
- Miguel Ángel Velásque Guillén

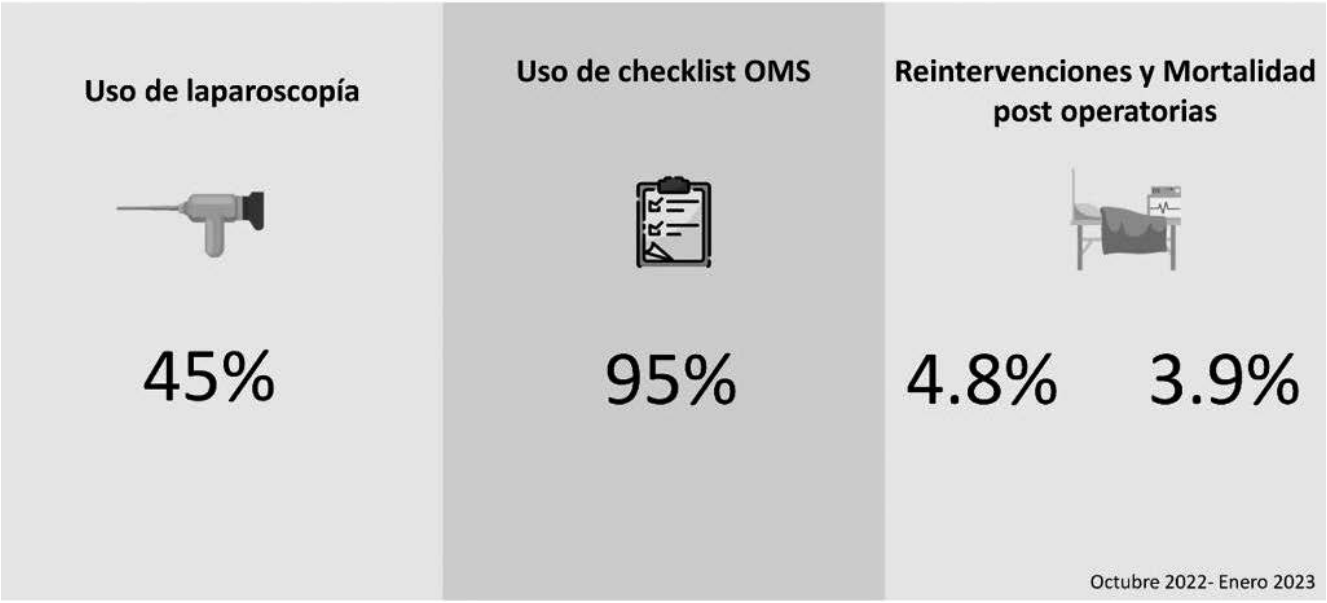
HOSPITAL DE EMERGENCIA ATE VITARTE
- LÍDER LOCAL: Neumann Ordónez, Willy Jesús
- Tantaleán Leong, Vera Marisol
- Ruiz Pérez, Pedro Junior
- Salcedo Vera, Lisbeth Emilia
- Ramos Reyes, Julio César
- Endo Ramos, Sergio Iván
- Cabanillas León, Abel Ricardo
- Portilla Justo, Andrei Raúl
- Ramírez Luján, Willy Alejandro
- Farfán Hermoza, María Soledad

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
LÍDER LOCAL: Camacho Gutiérrez, Rony Elis
- Romero Casanova, Milton César
- Linares Montalvo, Eileen Jesús
- Tapia, Gustavo

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO
LÍDER LOCAL: Hernández Zevallos, Max Frey
- Garagatti Mascaró, Eduardo Daniel
- Quispe Pirca, Milagros
- Bazán Lozano, Fredy Ricardo
- Salomé Agui, Miriam Julia
- Jiménez Reyna, Yuliana
- Vílchez Bravo, Stephany Keila
- Barrientos Vera, Sandra Enedina
- Romero Asto, Ronald Donald
- Tuppia Soriano, José Leonardo

CIRUGÍA GENERAL DE EMERGENCIAS EN PERÚ

Departamentos: 13 | Hospitales: 24 | Colaboradores: 167 | Pacientes: 1351



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, editors. Essential Surgery: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1) [Internet]. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015 [cited 2023 Jul 9]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333500/
2. Scott JW, Olufajo OA, Brat GA, Rose JA, Zogg CK, Haider AH, et al. Use of National Burden to Define Operative Emergency General Surgery. JAMA Surgery. 2016 Jun 15;151(6):e160480.
3. GlobalSurg Collaborative. Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle- and low-income countries | British Journal of Surgery | Oxford Academic [Internet]. [cited 2023 Jul 9]. Disponible en: https://academic.oup.com/bjs/article/103/8/971/6136502?login=false
4. Oficina de gestión de la calidad. Guía de práctica clínica: diagnóstico y manejo de apendicitis aguda. Hospital Casimiro Ulloa 2017
5. Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de dolor abdominal agudo en el adulto. Hospital Cayetano Heredia 2014.
6. Carpio Colmenares YT, Cárdenas Ruiz de Castilla D, García Barrionuevo LA, Li Valencia MR, Mansilla Doria P, Martinez Nole V, et al. Emergency Abdominal Laparoscopic Surgery During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Experience in a Private Center in Peru. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 2021 Mar;31(3):261–5.
7. Ara Ko, Ananya Anad, David A.Spain Chapter 1 Why an Emergency General Surgery Course . The ESTES/AAST Emergencyy Surgery Course Handbook 2023
8. GlobalSurg Collaborative. Pooled analysis of WHO Surgical Safety Checklist use and mortality after emergency laparotomy. Br J Surg. 2019 Jan;106(2):e103–12.
9. GlobalSurg Collaborative. Laparoscopy in management of appendicitis in high-, middle-, and low-income countries: a multicenter, prospective, cohort study. Surg Endosc. 2018;32(8):3450–66.
10. Sartelli M, Baiocchi GL, Di Saverio S, Ferrara F, Labricciosa FM, Ansaloni L, et al. Prospective Observational Study on acute Appendicitis Worldwide (POSAW). World J Emerg Surg. 2018 Apr 16;13:190.
11. Gomes CA, Abu-Zidan FM, Sartelli M, Coccolini F, Ansaloni L, Baiocchi GL, et al. Management of Appendicitis Globally Based on Income of Countries (MAGIC) Study. World J Surg. 2018 Dec 1;42(12):3903–10.
12. Watters DA, Hollands MJ, Gruen RL, Maoate K, Perndt H, McDougall RJ, et al. Perioperative Mortality Rate (POMR): A Global Indicator of Access to Safe Surgery and Anaesthesia. World J Surg. 2015 Apr 1;39(4):856–64.

Duodenopancreatectomía laparoscópica: reporte inicial y seguimiento a largo plazo, experiencia de un hospital general

Erick Samuel Flórez Farfán[1], Luis Felipe Lizárraga Silva[1], Pedro Teodoro Rabanal Galdós[1], Enzo Larrauri de la Cruz[2], Juan Jaime Herrera Matta[1]

1. Médico Asistente, Departamento de Cirugía General Jaime Herrera Ardiles, Hospital de Policía Luis N. Sáenz, Lima, Perú
2. Médico Asistente, Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Ramiro Prialé, EsSalud, Huancayo, Perú.

Correspondencia: samuel.lix@gmail.com

Resumen

El manejo quirúrgico de los tumores periampulares ha sido clásicamente hecho mediante laparotomía debido a la complejidad anatómica, la cantidad de elementos vasculares, así como de la reconstrucción quirúrgica, con muchas horas en sala de operaciones, requiere de amplia experiencia en cirugía pancreática. Objetivo: Revisar los resultados de una experiencia inicial de la cirugía mínimamente invasiva en el manejo de los tumores periampulares con intención curativa. Material y método: Estudio retrospectivo y descriptivo incluyó 6 pacientes con diagnóstico clínico de tumor periampular operable y resecable tratados entre mayo 2014 y agosto de 2017. Se realizó seguimiento hasta la actualidad. Resultados: La edad promedio de las pacientes fue 58.4 años, 4 tenían tumor en cabeza de páncreas, 2 en la ampolla de Vater; el tiempo promedio de cirugía 642 minutos. El alta postoperatoria se dio a los 24.3 días en promedio. Ningún paciente requirió transfusión sanguínea perioperatoria, ni reintervenciones quirúrgicas. Las sobrevidas están dentro de lo esperado para este tipo de patología. Conclusión: La duodenopancreatectomía laparoscópica puede ser realizada por un equipo quirúrgico con experiencia en cirugía pancreática y destrezas laparoscópicas avanzadas, con resultados comparables a los estándares actuales. La cirugía descrita, fue realizada en un hospital general, lo que conlleva a decir, que es una técnica reproducible, factible.

Palabras clave: duodenopancretectomía, pancreato-duodenectomía laparoscópica, cáncer periampular.

Abstract

Laparotomy has been the classic approach for surgical management of periampullary tumors due to anatomical complexity, several vascular structures, reconstruction, several hours in the OR and requires expertise in pancreatic surgery. Objective: Review results of an initial experience in the management of periampullary tumors with minimally invasive surgery with curative intent. Material and method: This retrospective and descriptive study included 6 patients with clinically resectable periampullary tumors admitted between May 2014 and August 2017. They were followed up to date. Results: Patients were 58.4 years old in average, 4 had a tumor in the head of pancreas and 2 in the ampulla of Vater. The average time of surgery was 642 minutes. Hospital stay for these patients was 24.3 days in average. No patient required perioperative blood transfusions nor reoperation. After follow-up, survival time is as expected for theses pathologies. Conclusion: Laparoscopic pancreatoduodenectomy can be performed by a surgical team with expertise in pancreatic surgery and advanced laparoscopic skills, with results comparable to current standards. This surgical experience was carried out in a general hospital allowing us to say it is reproducible and feasible.

Keywords: pancreatoduodenectomy, laparoscopic pancreatoduodenctomy, periampullary cancer.

Introducción

La cirugía laparoscópica ofrece ventajas significativas en relación a la cirugía abierta, hecho que está ampliamente demostrado, que va desde recuperación rápida, menor incidencia de complicaciones de heridas, menor estancia hospitalaria, con disminución de costos de tratamiento[1]. Desde 1985, en que Erich Muhe realizó la primera colecistectomía laparoscópica, muchos cirujanos la han incluido como su forma habitual de abordaje quirúrgico, con amplia aceptación, de inicio para la cirugía de patología benigna vesicular y posteriormente para otros procedimientos incluyendo los de carácter oncológico, en los cuales ha ido ganando espacio progresivamente.

Sin embargo, la aceptación de esta técnica para la patología pancreática, ha tenido evolución lenta, debido al riesgo de complicaciones serias, por la proximidad del páncreas a estructuras vasculares y su anatomía intrincada. La cirugía de mínima invasión en la región del complejo duodenopancreático, fue realizada por primera vez por Gagner en 1994, cuya duodenopancreatectomía laparoscópica (DPL) fue hecha en un paciente con pancreatitis crónica[2]. Desde entonces, se ha tenido un lento pero progresivo aumento en su aceptación y uso, reflejado en el número de publicaciones sobre el tema. En la biblioteca Pubmed se evidencia crecimiento notorio en el número de publicaciones, recién en 2013 se registran más de 50 por año, en 2022, el número más alto, con 166 publicaciones y este 2023 ya van 64 publicaciones en lo referido a este procedimiento.

La cirugía curativa de los tumores periampulares, consiste en la DPL, que es catalogada técnicamente como la más difícil de las cirugías abdominales, que además conlleva a gran cantidad de complicaciones, reintervenciones, asociadas a alta mortalidad.

Diferentes autores han publicado sobre la DPL, que ha devenido en resultados oncológicos comparables, como el número de ganglios linfáticos disecados y comprometidos, márgenes quirúrgicos libres de enfermedad, así como el tiempo de sobrevida[3]. Definitivamente es necesario continuar con la realización de estudios randomizados y controlados que comparen la cirugía abierta, con la cirugía de menor invasión y que puedan ayudarnos a fortalecer el camino que debemos seguir.

En el Hospital de Policía, en Lima, Perú, la primera cirugía laparoscópica fue una colecistectomía que se realizó en el año 1993, desde ese momento se continuó con cirugías de mayor complejidad, desde las patologías inflamatorias complicadas, hasta las malignas logrando así, realizar en 2014 la primera DPL.

Presentamos esta serie inicial de los primeros 6 casos de DPL por neoplasias malignas, operados entre mayo de 2014 y agosto de 2016, con seguimiento postoperatorio hasta febrero de 2023.

Material y métodos

Para el presente reporte de casos, incluimos los primeros 6 pacientes seleccionados para el procedimiento, operados entre mayo de 2014 y agosto de 2017, que han tenido seguimiento hasta el momento, cuyo diagnóstico fue tumor maligno periampular, seleccionados por criterios de resecabilidad radiológicos, al no mostrar compromiso tumoral de vena porta, arteria y vena mesentérica.
Técnica quirúrgica: Se inicia con la exploración de la cavidad, biopsia de tejido hepático, ganglionar o retroperitoneal sospechoso de malignidad, se realiza movilización del ángulo hepático del colon, maniobra de Kocher extensa que incluye la tercera porción del duodeno, apertura del ligamento gastrocólico, disección de los vasos mesentéricos en el borde inferior del páncreas y creación de un túnel entre la vena porta y el páncreas, hasta llegar al borde superior de este, sección duodenal, liberación de la vesícula biliar, sección del conducto hepático, sección distal al ángulo de Treitz en yeyuno, sección pancreática, liberación del proceso uncinado de ramas de la arteria y vena mesentérica superior y linfadenectomía.

Culminada la parte resectiva se inicia la reconstrucción con la hepaticoyeyunostomía que se hizo en todos los casos por vía laparoscópica, pancreaticoyeyunostomía, duodenoyeyunostomía, las mismas que se realizaron de forma laparoscópica o mediante asistencia por la incisión utilizada para extraer la pieza operatoria (mediana supraumbilical), de alrededor de 7 cm. Finalmente colocamos una sonda nasoyeyunal distal a la anastomosis y un drenaje de aspiración negativa de baja presión, cercano a las anastomosis.

Equipo usado: Se coloca el primer trócar de 10 mm por vía umbilical, que será usado como cámara, posteriormente 4 trócares más, uno de 12 mm en cuadrante superior derecho, otro en epigastrio de 5 mm, y dos de 5 mm en cuadrante superior izquierdo. Utilizamos cámara de 30° o de ángulo variable, sellador de vasos, clips metálicos, clips poliméricos, gancho monopolar, pinzas de prehensión, portaagujas, disección, y suturas.

Resultados

Se operaron 6 pacientes, 4 varones y 2 mujeres, cuya

edad mínima fue 51 y máxima de 69 años, los mismos que no tenían compromiso vascular descrito en estudio tomográfico trifásico contrastado. La mayoría eran portadores de anemia leve, albúmina cercana al rango de normalidad y a notar una paciente con paraplejia post traumática como antecedente. Tres habían requerido drenaje biliar percutáneo previo (Tabla 1).

El tiempo operatorio promedio fue 635 minutos en este grupo, no se requirió transfusión de paquetes globulares en su estancia perioperatoria. Los pacientes permanecieron en la Unidad de Recuperación Post Anestésica la primera noche del posoperatorio de donde fueron trasladados a la unidad de cuidados intermedios quirúrgicos. Solo la paciente parapléjica pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos por presentar insuficiencia respiratoria desde el posoperatorio inmediato.

Los pacientes presentaron una media de estancia hospitalaria posquirúrgica de 23.3 días, con un mínimo de 12 y máximo de 60. Uno de ellos desarrolló fístula pancreática asociada a retardo en el vaciamiento gástrico manejada con tratamiento médico conservador, otro paciente desarrolló una fístula gastroentérica, manejado de la misma manera. Un paciente necesitó drenaje percutáneo de una colección intraabdominal suprahepática relacionada con la fístula, ninguno de los pacientes requirió ser reintervenido. La paciente que requirió unidad de cuidados intensivos, cursó también con fístula biliar, permaneció allí hasta su deceso a los 60 días posoperatorios, sin resolución de la insuficiencia respiratoria (Tabla 2).

Los diagnósticos y estadios clínicos se muestran en la Tabla 3, notando que todos presentaban compromiso ganglionar. Solo en un paciente la resección fue R1, en los demás, se logró R0.

De los pacientes fallecidos, 2 tuvieron cáncer de páncreas, uno llegó a los 24 meses de sobrevida posterior a la cirugía, mientras que él otro se perdió a los 9 meses. Los otros 4 pacientes tenían como diagnóstico posoperatorio ampuloma, (falleciendo respectivamente a los 60 días (paciente con insuficiencia respiratoria aguda post quirúrgica inmediata), 21 meses, 63 meses (no registra seguimiento a partir de esa fecha) y actualmente sobrevive, el único paciente de esta serie, con 93 meses.

Una vez dados de alta, los pacientes continuaron tratamiento adyuvante, excepto una, que rechazó la terapia, la cual registra seguimiento hasta los 63 meses. Un paciente fue hospitalizado, en cuatro oportunidades, por haber presentado estenosis benigna de la anastomosis hepaticoyeyunal 4 años después de su cirugía, que se resolvió mediante terapia de dilatación percutánea.

Discusión

Desde el primer procedimiento de DPL, por Gagner en 1994[2], los grandes desafíos técnicos, el riesgo de complicaciones mayores y la complejidad anatómica[1] hicieron lenta la extensión de la realización del procedimiento. Luego, los primeros reportes de cirugía laparoscópica en patología periampular[2,3] decían que se podía afirmar que el abordaje de mínima invasión no era inferior a la cirugía abierta, otras calificaron el resultado como controversial[4].

Publicaciones posteriores han demostrado que la patología periampular es factible de tratarse por vía laparoscópica con resultados oncológicos adecuados[5]. Otros estudios demuestran que el sangrado ha sido mínimo, reduciendo así el uso de transfusiones que favorece el estado inmunológico del paciente, además han demostrado que a largo plazo puede ser una técnica factible y promisoria[6, 7, 12].

Estudios que comparan el costo y resultados[8] mostraron que tanto el tiempo de estancia hospitalaria y la morbilidad, en centros de gran volumen disminuyen notoriamente con el abordaje laparoscópico. Asimismo, los resultados oncológicos y sobrevida, se muestran al menos, equiparables al procedimiento abierto, en cuanto a adenocarcinoma de cabeza de páncreas[9]. De la misma forma, se ha estudiado la DPL para tumores de ampolla de Vater, en los que se muestra disminución de la mortalidad, menor sangrado intraoperatorio, con lo que las transfusiones también disminuyeron, concluyendo que los resultados oncológicos a corto y largo plazo tienen equivalencia con la cirugía abierta, haciendo hincapié, que los pacientes fueron seleccionados para realizar tal procedimiento quirúrgico[10].

En nuestro hospital, la cirugía laparoscópica se inició en 1993, con la colecistectomía y rápidamente abarcó patología inflamatoria de emergencia, continuó con cirugía colónica desde 1999 y las resecciones gástricas radicales se iniciaron en 2005. La cirugía pancreática resectiva se inició paralelamente, hasta llegar en 2014 a la DPL. Este entrenamiento laparoscópico, se aunó a la adquirida en la cirugía de duodenopancreatectomía abierta (DPA), iniciada en 1983, que incluyó parte del equipo actual de cirugía pancreática laparoscópica manteniendo así vigente el beneficio de la experiencia.

Los pacientes del presente reporte de seguimiento de casos fueron seleccionados por la factibilidad de resección y estadiaje pre operatorio. Tuvimos 4 pacientes con tumores de ampolla de Vater, con estadios IIB, de ellos, uno se encuentran libre de enfermedad actualmente y otro tuvo seguimiento hasta los 63 meses.

Asimismo, un paciente con tumor de cabeza de páncreas (estadio II B), logró una sobrevida que superó los 20 meses. Estos resultados están por encima de la sobrevida media de 11 a 20 meses reportada para esta patología[11].

Debemos además recalcar que los pacientes en mención, no requirieron de transfusiones intraoperatorias ni de reintervenciones quirúrgicas, lo cual podría ser beneficioso en el manejo oncológico consecuente a la cirugía.

El Hospital de Policía, es un centro de referencia nacional para sus asegurados, los pacientes operados en su mayoría no son de la ciudad capital. Ellos permanecieron hospitalizados hasta lograr su completa recuperación y continuar con cuidado mínimo en casa en su lugar de origen, lo que explica algunas estancias hospitalarias prolongadas.

Al parecer la cirugía de mínima invasión pancreática va ganando terreno y si bien aún no muestra ser el estándar de oro en duodenopancreatectomía, los equipos quirúrgicos deben lograr experiencia y destreza avanzada, de manera que esta área intrincada de la anatomía, pueda ser explorada y tratada con los beneficios demostrados[12].

La DPL requiere un grupo humano comprometido, cirujanos con experiencia en técnicas de cirugía laparoscópica de avanzada y cirugía pancreática[12]; la presente serie fue realizada en un hospital general, lo que refleja que puede realizarse en centros quirúrgicos que reúnan ambas experiencias, siendo una técnica segura, factible y reproducible. Los beneficios serán establecidos por los resultados que se obtengan en los centros especializados de alto volumen.

Tabla 1. Características clínicas y laboratoriales

Sexo	Edad (años)	Hb (mg/dL)	Albúmina (mg/dL)	Comorbilidad	Drenaje prequirúrgico
F	61	12.3	3.5	-	Si
M	51	11	2.8	DM II	Si
F	62	9.5	3.9	Paraplejia	-
M	68	10.2	3.9	Artritis reumatoide	-
M	53	10.9	3.9	-	-
M	69	12,5	3,5	-	SI

Tabla 2. Complicaciones posoperatorias

	Complicaciones	CLAVIEN DINDO	Estancia Días	Tratamiento	Sobrevida Meses
1 Ampuloma	**-**	-	**15**	**-**	**63 (P)**
2 Páncreas	**Fístula Pancreática (A) Retardo Vac. Gástrico (A)**	II	**27**	**QT/RT**	**24 (†)**
3 Ampuloma	**Insuf. Respiratoria, fístula biliar *Fallece***	V	**60**	**-**	**- (†)**
4 Páncreas	**-**	-	**15**	**-**	**9 (P)**
5 Ampuloma	**Fístula Gastroentérica**	II	**32**	**QT/RT**	**vivo**
6 Ampuloma	**Fistula entero cutánea. colección intraabdominal (Tratamiento Percutaneo)**	III a	**30**	**QT/RT**	**21 (†)**

(†) Fallecido

P Perdido durante su seguimiento

Tabla 3. Características tumorales y de resección

Diagnóstico	TNM	Estadio	Tamaño (cm)	Ganglios	Márgenes	Resección	Tiempo cirugía (hrs)
Adenoca. Amp	T2 N1 M0	IIB	3	1/10	Libres	R0	10
Ca. Ductal Panc.	T3 N1 M0	IIB	1.5	1/7	Posterior	R1	10.5
Adenoca. Amp	T2 N1 M0	IIB	6	3/4	Libres	R0	10
Ca. Ductal Panc.	T2 N1 M0	IIB	5	1/7	Libres	R0	11
Adenoca. Amp	T3 N1 M0	IIB	2	2/7	Libres	R0	10
Adenoca Amp	T3 N1 M0	IIB	2	1/7	Libre	R0	10

Conflictos de Intereses.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matsuoka L, Parekh D. The minimally invasive approach to surgical management of pancreatic diseases. *Gastroenterol Clin North Am*. 2012;41(1):77-101. doi:10.1016/j.gtc.2011.12.006
2. Gagner M, Pomp A. Laparoscopic pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. *Surg Endosc*. 1994;8(5):408-410. doi:10.1007/BF00642443
3. Mingjun Wang, He Cai, Lingwei Meng, Yunqiang Cai, Xin Wang, Yongbin Li, Bing Peng. Minimally invasive pancreaticoduodenectomy: A comprehensive review. International Journal of Surgery, 2016; 35: 139-146.
4. Conrad C, Basso V, Passot G, et al. Comparable long-term oncologic outcomes of laparoscopic versus open pancreaticoduodenectomy for adenocarcinoma: a propensity score weighting analysis. *Surg Endosc*. 2017;31(10):3970-3978. doi:10.1007/s00464-017-5430-3
5. Jiang YL, Zhang RC, Zhou YC. Comparison of overall survival and perioperative outcomes of laparoscopic pancreaticoduodenectomy and open pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*. 2019;19(1):781. doi:10.1186/s12885-019-6001-x.
6. Chen K, Zhou Y, Jin W, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy versus open pancreaticoduodenectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: oncologic outcomes and long-term survival. *Surg Endosc*. 2020;34(5):1948-1958. doi:10.1007/s00464-019-06968-8
7. Ke Chen, Xiao-long Liu, Yu Pan, Hendi Maher, Xian-fa Wang. Expanding laparoscopic pancreaticoduodenectomy to pancreatic-head and periampullary malignancy: major findings based on systematic review and meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2018; 18: 102 doi: 10.1186/s12876-018-0830-y
8. Tran, T.B., Dua, M.M., Worhunsky, D.J. *et al.* The First Decade of Laparoscopic Pancreaticoduodenectomy in the United States: Costs and Outcomes Using the Nationwide Inpatient Sample. *Surg Endosc* 2016; 30:1778-1783. https://doi.org/10.1007/s00464-015-4444-y
9. Stauffer JA, Coppola A, Villacreses D, et al. Laparoscopic versus open pancreaticoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma: long-term results at a single institution. *Surg Endosc*. 2017;31(5):2233-2241. doi:10.1007/s00464-016-5222-1
10. Chapman BC, Gleisner A, Ibrahim-Zada I, et al. Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: changing the management of ampullary neoplasms. *Surg Endosc*. 2018;32(2):915-922. doi:10.1007/s00464-017-5766-8
11. Chen H, He R, Shi X, et al. Meta-analysis on resected pancreatic cancer: a comparison between adjuvant treatments and gemcitabine alone. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1034. doi:10.1186/s12885-018-4948-7
12. Ialongo P, Milella M, Pascazio B et al. Laparoscopic management of pancreatic cancer. Our experience. *Ann Ital Chir* 2015. 86: 518-23.

ORCID iDs:

Erick Samuel Flórez Farfán ORCID 0000-0002-9902-3354

Juan Jaime Roberto Herrera Matta, ORCID 0000-0002-4226-1159

Sobrevida de pacientes sometidos a cirugía de control de daños

Gerson Montoya Cama[1,2], Vanessa Pineda-Borja[2], Yahaira Tatiana Carpio Colmenares[2], José Quijano Tasayco[1,2], Manuel Rodríguez Castro[1,2], Víctor Vásquez Morales[1,2], Javier Cieza Zevallos[2], Giuliano Borda-Luque[1,2]

1. Servicio de Cirugía General Hospital Nacional Cayetano Heredia
2. Universidad Peruana Cayetano Heredia

Correspondencia: gerson.montoya.cama@gmail.com

Introducción: La cirugía de control de daños se emplea en pacientes con trauma severo con el propósito de reducir su mortalidad. En nuestro país existe poca información relacionada a la sobrevida de estos pacientes. El objetivo de este estudio es describir la sobrevida de pacientes sometidos a cirugía de control de daños y analizar los factores que la influencian.

Materiales Y Métodos: Estudio analítico, longitudinal de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes sometidos a cirugía de control de daños por trauma abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre el 2007-2017. Se calculó la mortalidad y, según regresión logística y regresión multivariante de Cox, se exploraron los factores asociados a mortalidad. Se aceptó una significancia estadística de $p<0.05$.

Resultados: Se registraron 433 cirugías por trauma abdominal, 59 (13.6%) fueron cirugías de control de daños. La mortalidad fue 47.4%. Las variables relacionadas al riesgo de muerte fueron sangrado mayor a 2000cc, la presencia de hematoma retroperitoneal y el uso de más de un fármaco vasopresor.

Conclusiones: La presencia de hematomas retroperitoneales, sangrado mayor a 2000 cc y el uso de más de un fármaco vasopresor se relacionan con mayor mortalidad, siendo este último el que se relaciona con menor sobrevida en los pacientes sometidos a cirugía de control de daños.

Palabras Clave: Control de daños, laparotomía, trauma, supervivencia, mortalidad.

Introduction: Damage control surgery is performed for patients with severe trauma with the purpose of decreasing mortality. In our country there is scarce information regarding the survival of these patients. The aim of this study is to describe survival of patients who underwent damage control surgery and analyze influencing factors.

Materials And Methods: This is an analytic, longitudinal retrospective cohort study which included patients who underwent damage control surgery for abdominal trauma at Hospital Nacional Cayetano Heredia between 2007-2017. Mortality was calculated and, according to logistic regression and multivariate Cox regression analysis, factors associated to mortality were explored. A statistical significance of $p<0.05$ was accepted.

Results: 433 surgeries due to abdominal trauma were registered, 59 (13.6%) were damage control surgeries. Mortality was 47.4%. Variables related to the risk of death were bleeding greater than 2000 ml, retroperitoneal haematoma and the use of more than one vasopressor.

Conclusions: The presence of retroperitoneal haematoma, bleeding greater than 2000ml and use of more than one vasopressor are related with increased mortality; the former is related to smaller survival rate in patients who undergo damage control surgery.

Key words: Damage control surgery, laparotomy, trauma, survival, mortality.

Introducción

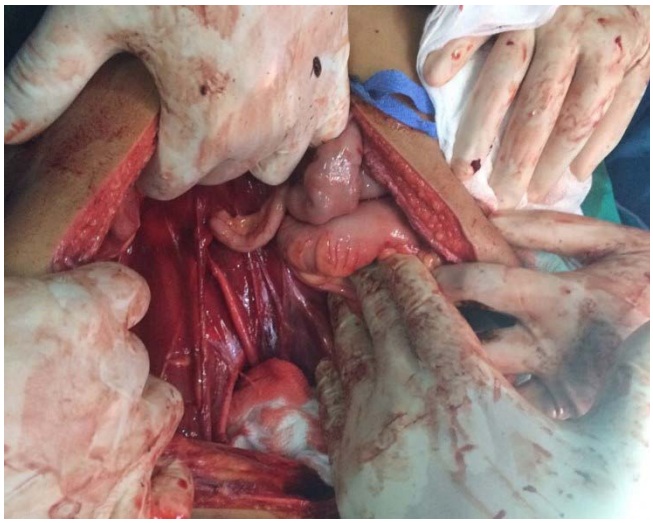
La cirugía de control de daños (CCD) es una práctica quirúrgica en el manejo de pacientes críticos con lesiones traumáticas de abdomen. Esta estrategia quirúrgica busca el control del sangrado y la contaminación abdominal en la laparotomía exploratoria seguida del manejo médico intensivo en la unidad de cuidados intensivos (UCI). La base fisiológica en la CCD es interrumpir el ciclo de acidosis, hipotermia y coagulopatía que conducen al agotamiento del paciente y posterior deceso [1].

Foto 1. Fase 0. Preoperatoria

Toracotomía de Resucitación en Sala de Trauma Shock (Emergencia)

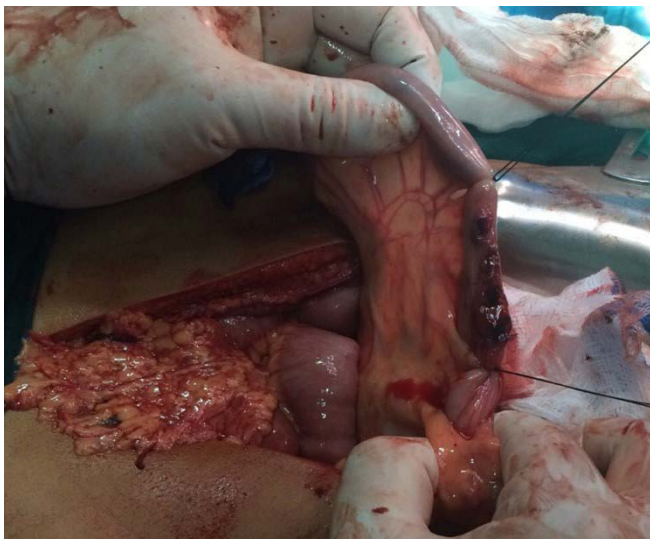
Actualmente el proceso de control de daños comprende 4 fases. La fase 0 ó Pre-hospitalaria, se inicia en la comunidad con la evaluación de los daños ocurridos durante la catástrofe y brinda el soporte vital básico de rescate al paciente hasta que este es referido prontamente a un centro hospitalario. Está fase continua en los ambientes de sala de emergencia que reciben al paciente en el hospital previniendo hipotermia e iniciando la reanimación (Foto 1). La fase 1 se desarrolla en sala de operaciones mediante una Laparotomía de Control de Daños (CCD) en la cual se realizan maniobras y procedimientos quirúrgicos necesarios para el control de la hemorragia y contaminación (Foto 2 y 3); se culmina el acto operatorio con el cierre diferido de pared abdominal a fin de reducir el tiempo operatorio y permitir una pronta atención en la Unidad de Cuidado Intensivos (UCI) (Foto 4) con el objetivo de estabilizar y restablecer fisiológicamente al paciente en la denominada Fase 2. Posteriormente, en la Fase 3 se planifica una o varias intervenciones quirúrgicas con el propósito de obtener la reparación definitiva de los daños temporalmente manejados en la CCD (Foto 5 y 6) [2].

Foto 2. Fase 1 de Cirugía de Control de daños



Manejo de lesiones vasculares retroperitoneales y empaquetamiento pélvico en paciente con trauma abdominal por arma de fuego

Foto 3. Fase 1 de Cirugía de Control de daños



Ligaduras aislando lesiones intestinales en paciente con trauma abdominal por arma de fuego en shock hipovolémico

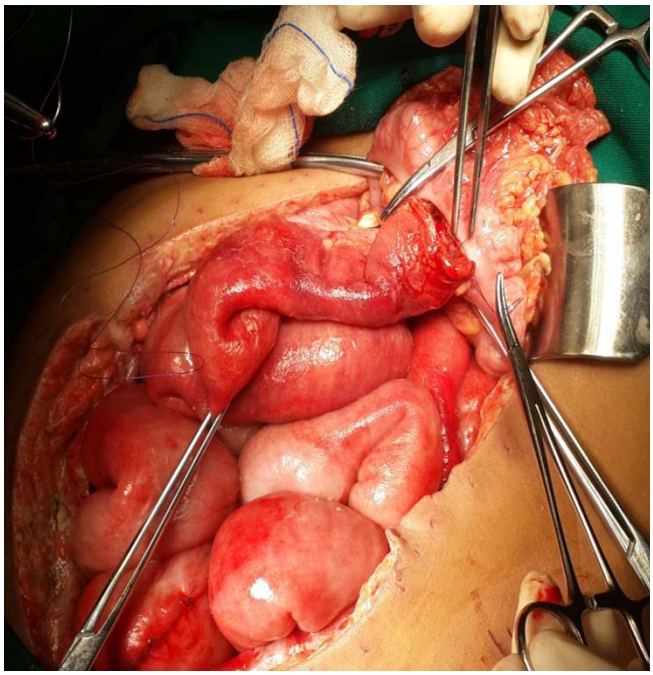
Las primeras publicaciones que relatan el uso de maniobras para el control de hemorragias profusas fueron reportes de casos de pacientes con lesiones hepáticas severas en la década de 1980 [3,4]. Rotondo y Schwab en 1993, acuñan el término "Control de Daños" (CD) estructurando un concepto que en la práctica

ya mostraba un incremento en la sobrevida de los pacientes con lesiones severas vasculares y viscerales por trauma (11% a 77%) [5]. En Latinoamérica Ordóñez et al. y Bejarano et al. reportan una prevalencia entre 8-10% a finales de la década de los 90[6,7] y en Perú, la frecuencia de CCD estimada en el Hospital Nacional Cayetano Heredia por Borda-Luque et al. se estimó en 6.74% en el año 2002[8], presentando un notable incremento en un estudio posterior realizado por Quijano et al. en el año 2012 en donde se reportó una prevalencia de 11.15% [9].

Foto 4. Fase 2 de Cirugía de Control de daños

Reanimación y procedimientos en Cuidados Intensivos Quirúrgicos

Foto 5. Fase 3 de Cirugía de Control de daños



Anastomosis primaria diferida ileocolónica en Fase 3, luego de ligadura intestinal realizada en la Fase 1

Foto 6. Fase 3 de Cirugía de Control de daños

Desempaquetamiento en paciente con trauma hepático severo por arma de fuego

Pese al beneficio en la reducción de muertes tempranas con CCD, la morbilidad y mortalidad que acontece en este escenario es alta, 76.9% y 54.2% respectivamente de modo que la sobrevida de los pacientes sometidos a CCD en las primeras 24-48 horas cae bruscamente a 50% [2,6,10,11]. Se han estudiado los factores que se asocian a mayor mortalidad encontrándose que la presencia de acidosis previa al ingreso al quirófano (OR: 4.43, IC 95% 1.51–13.02), evidencia de coagulopatía (OR: 9.40, IC 95% 1.64–54.05)[12], condiciones de hipotermia (35.51°C ± 0.55; p=0.014), shock hipovolémico (76mmHg ± 0.41; p=0.03) y la presencia de un sangrado profuso que requiera de múltiples transfusiones (18.7 unidades/24horas ± 0.32; p=0.002) reducen la sobrevida en estos pacientes[10,13]. Analizar la sobrevida de estos pacientes demanda observar la relación existente entre diversos factores propios del trauma, de los procedimientos quirúrgicos empleados, el manejo postoperatorio adecuado hasta culminar el proceso de control de daños; de modo que al realizar intervenciones en aquellas variables que se asocian a mortalidad, nos brinde la probabilidad de mejorar la sobrevida y calidad de vida de estos pacientes.

Este trabajo tiene por objetivo estudiar la sobrevida de los pacientes sometidos a CCD de daños en un hospital general de tercer nivel de atención y las variables más relevantes asociadas a mortalidad.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo de tipo cohortes. La población de estudio está constituida por pacientes sometidos a CCD por trauma abdominal en el Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los años 2007-2017. Se recolectaron los reportes operatorios de Laparotomías Exploratorias (LE) por trauma abdominal de todos los pacientes mayores de 14 años, excluyéndose aquellos con información incompleta en reportes operatorios o historias clínicas.

La información correspondiente a las variables en estudio, evolución y desenlace de cada paciente (fallecimiento o alta hospitalaria) fue recolectada de las historias clínicas y estructuradas en 6 grupos.

- Características del paciente: edad, sexo.
- Características del trauma: tipo de trauma abdominal, número y tipo de lesiones intraabdominales, número y tipo de lesiones extra abdominales, Score de severidad de Injuria (ISS), Score Revisado de Trauma (RTS), Score de Severidad de Trauma e Injuria (TRISS).
- Injuria fisiológica: pH al ingreso, INR al ingreso, volumen de sangrado intraoperatorio, APACHE-II.
- Etapas de Control de Daños: Duración de las fases 1, 2 y 3, control de la hemorragia (empaquetamiento, ligadura vascular, maniobra de Pringle), control de contaminación (rafia intestinal, ligadura intestinal, ostomía, drenaje), cierre diferido de pared abdominal (laparostoma, cierre temporal de pared), número total de laparotomías, número de laparotomías exploratorias por resangrado o síndrome compartimental, paro cardiorrespiratorio.
- Manejo médico-intensivo: número de fármacos vasopresores, unidades de paquetes globulares (PG), plasma fresco congelado (PFC) y plaquetas transfundidas, volumen de fluidos infundido.
- Intervenciones post control de daños: número de cirugías adicionales por patologías extra abdominales, nutrición parenteral total (NPT).

Luego, se determinó la situación del paciente al finalizar el seguimiento como vivo o fallecido.

En el análisis estadístico se realizó la descripción de la población de estudio mediante medidas de tendencia central y se calculó la prevalencia de CCD y la mortalidad. Además, se elaboró una curva de sobrevida en base a una tabla de Kaplan-Meier.

Mediante análisis bivariado (chi cuadrado y T-student) se determinaron las variables con significancia estadística que luego fueron incluidas en el modelo de regresión logística binaria para generar un modelo estadísticamente significativo asociado a la situación vivo o muerto. Las variables cuantitativas sin distribución normal se convirtieron en variables categóricas para realizar este análisis. Se consideró significancia estadística con $p < 0.05$.

Finalmente, se realizó un análisis de regresión de Cox para determinar las variables que afectaron de forma significativa la supervivencia de los pacientes en función al tiempo. Se consideró significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados

Desde el 1 de enero del 2007 al 31 de enero del 2017 se realizaron 433 LE, 59 (13.6%) fueron CCD y la mortalidad fue de 47.4% (n=28). El promedio de días de hospitalización de los pacientes fue de 16.5 ± 3.71 días (mínimo-máximo: 0-129). La curva de supervivencia se presenta en el Gráfico 1.

Análisis descriptivo

Cincuenta y nueve pacientes fueron sometidos a CCD, 17 pacientes fueron excluidos por tener historia clínica incompleta. Se realiza el análisis en base a 42 pacientes, de los cuales 31 (73.8%) fueron varones, 11 (26.2%) mujeres. La edad promedio de 38 años (16-87). Veintitrés (54.8%) pacientes ingresaron por trauma abdominal penetrante (arma blanca o proyectil de arma de fuego) y 19 (45.2%) por trauma abdominal cerrado. Los valores promedio de los índices de trauma fueron: Score de severidad de Injuria (ISS): 43.57 (16-75), Score Revisado de Trauma (RTS): 6.51 (4-7.84) y Score de Severidad de Trauma e Injuria (TRISS): 61.62 (6-98.4). El pH promedio al ingreso fue 7.12 (6.8-7.38). El INR promedio fue 2.06 (1.13-3.81) y el APACHE-II promedio fue 21.19 (9-35). El promedio de pérdidas sanguíneas fue de 2357 ml (200-5000) **(**Tabla 1**)**.

Tabla 1. Características de la población de estudio

		N° (%)	Mediana
Características demográficas			
Edad (años)			38.19
Sexo	Femenino	31 (73.8%)	
	Masculino	11 (26.2%)	
Características del trauma			
Tipo de trauma	Cerrado	19 (45.2%)	
	Penetrante	23 (54.8%)	
Scores trauma	ISS		43.57
	RTS		6.51
	TRISS		61.62

N° Lesiones Intraabdominales	1	6 (14.3%)
	2	10 (23.8%)
	3	15 (35.7%)
	4	6 (14.3%)
	5	5 (11.9%)
N° Lesiones extra abdominales	0	17 (40.5%)
	1	16 (38.1%)
	2	7 (16.7%)
	3	2 (4.8%)
Injuria fisiológica		
Ph		7.12
INR		2.06
Sangrado (ml)		2357.14
APACHE-II		21.19

ISS: Score de Severidad de Injuria por sus siglas en inglés; RTS: Score Revisado de Trauma por sus siglas en inglés; TRISS: Score de Severidad de Trauma e Injuria por sus siglas en inglés.

La Fase 1 duró en promedio 113 minutos (40-240), la Fase 2 duró 53.45 horas (2-122) y la Fase 3 duró 121 minutos (50-255). Doce (28.5%) pacientes murieron durante la fase 1, nueve (21.4%) en la fase 2; en la Fase 3 no hubo fallecimientos. Los procedimientos quirúrgicos mayormente empleados para el control de la hemorragia fueron empaquetamiento (n=40; 95.2%), ligadura vascular (n=20; 47.6%) y maniobra de Pringle (n=6; 14.3%). En el control de la contaminación intestinal de la cavidad se emplearon rafias intestinales, (n=17; 40.4%), ostomías (n=11; 26.2%), ligaduras intestinales (n=11; 26.2%) y drenajes (n=2; 4.7%). Al término de la Fase 1, 28 (66.6%) pacientes fueron manejados con laparostoma y 11 (26.2%) con afrontamiento de piel temporal (sin aponeurosis). Durante el desarrollo de la primera fase, 14 (33.3%) pacientes presentaron paro cardiorrespiratorio (PCR) (Tabla 2).

En relación al manejo médico intensivo, 23 (54.7%) pacientes requirieron un fármaco vasopresor, 10 (23.8%) requirieron dos fármacos y 8 (19%) requirieron tres fármacos. El promedio de volumen de reposición de fluidos con suero fisiológico fue de 6436 ml y el promedio de uso de hemoderivados en la terapia transfusional fue 6.5 unidades de PG, 4.8 unidades de PFC y 5.3 unidades de plaquetas (Tabla 2).

Se realizaron 8 cirugías por recurrencia del sangrado, 6 cirugías por síndrome compartimenal y 7 cirugías adicionales por patologías no abdominales asociadas al trauma (Tabla 2).

Tabla 2. Características de las Cirugías de Control de Daños de la población de estudio

		N° (%)	Mediana
Fase 1: Laparotomía inicial			
Tiempo (min)			113.57
Procedimientos quirúrgicos	*Empaquetamiento*	40 (95.24%)	
	Maniobra de Pringle	6 (14.29%)	
	Ligadura vascular	20 (47.62%)	
	Rafía intestinal	17 (40.48%)	
	Ostomías	11 (26.19%)	
	Ligadura intestinal	11 (26.19%)	
	Drenaje	2 (4.76)	
	Laparostoma	28 (66.67%)	
	Cierre temporal de pared	11 (26.19%)	
Paro Cardiorrespiratorio		14 (33.33%)	
Fase 2: Estabilización en UCI			
Tiempo (horas)			53.45
N° de vasopresores	*0*	1 (2.38%)	
	1	23 (54.76%)	
	2	10 (23.81%)	
	3	8 (19.05%)	
Paquetes Globulares (unidad)			6.55
Plasma Fresco Congelado (unidad)			4.82
Plaquetas (unidad)			5.38
Fluidos (ml)			6435.88
Fase 3: Cirugía definitiva			
Tiempo (min)			121.96
N° total de LE	*1*	17 (40.48%)	
	2	18 (42.86%)	
	3	5 (11.9%)	
	4	1 (2.38%)	
	5	1 (2.38%)	
N° de LE no planificadas	*Resangrado*	8 (10.40%)	
	Síndrome Compartimental	6 (7.80%)	
Intervenciones Post Control de Daños			
N° de Cirugías adicionales (Patología extra abdominal)		7 (16.70%)	
NPT		11 (26.20%)	

LE: Laparotomía exploratoria; NPT: nutrición parenteral total.nutrición parenteral total.

La mayoría de lesiones fueron en intestino delgado (n=20; 47.6%), lesiones hepáticas (n=17; 40.4%), colon (n=13; 30.9%) y hematomas retroperitoneales (n=12; 28.5%) (Tabla 3).

Tabla 3. Lesiones intra y extra abdominales

	N°	%
Lesiones intraabdominales		
Int. Delgado	20	47.62
Hígado	17	40.48
Colon	13	30.95
Bazo	6	14.29
Páncreas	6	14.29
Estómago	4	9.52
Duodeno	4	9.52
Vía biliar	2	4.76
Vesícula Biliar	2	4.76
Recto	3	7.14
Les. Vascular		
Mediano Calibre	10 23.81	
Aorta	1 2.38	
Vena Cava	1 2.38	
Hematoma Retroperitoneal	12	28.57
Hematoma Pélvico	6	14.29
Riñón	4	9.52
Vejiga	2	4.76
Diafragma	5	11.9
Lesiones extraabdominales		
Tórax	15	35.7
Músculo-esquelético	8	19.0
TEC	7	16.7
Pelvis	6	14.3
Trauma Facial	1	2.4

TEC: traumatismo craneoencefálico.

Análisis Bivariado

Mediante análisis bivariado simple para la situación final definida como vivo o muerto se obtuvo significancia estadística para las variables: INR (p=0.02), APACHE-II (p=0.01), hematoma retroperitoneal (p=0.01), sangrado mayor a 2000 cc (p=0.004), número de vasopresores empleados (p=0.004), número de laparotomía exploratoria (p=0.002), pH (p<0.001), tiempo de la Fase 2 (p<0.001), y paro cardiorrespiratorio (p<0.001) (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Análisis bivariado de las variables cuantitativas de estudio

Variable	Vivos	Fallecidos	IC 95%	*p*
Características demográficas				
Edad (años)	38.15	38.23	[33.91-42.38]; [34.20-42.25]	0.99
Características del trauma				
ISS	41.10	45.82	[36.78-45.41]; [41.86-49.77]	0.42
RTS	6.80	6.24	[6.52-7.08]; [5.99-6.49]	0.15
TRISS	66.70	57	[59.2-74.2]; [50.1-63.9]	0.35
N° LIA	2.70	3	[2.39-3]; [0.82-5.18]	0.43
Injuria fisiológica				
Ph	7.20	7.04	[7.03-7.37]; [7.02-7.28]	<0.001
INR	1.81	2.38	[1.52-2.10]; [1.96-2.79]	0.02
Sangrado (ml)	1830	2836.36	[1596-2063];2605-3067]	0.004
APACHE-II	18.10	23.59	[16.66-19.54]; [21.45-25.73]	0.04
Cirugía de control de daños				
Fase 1 (min)	119.25	108.41	[106.31-132.18]; [98.46-118.35]	0.51
Fase 2 (horas)	66.83	31.17		<0.001
N° de vasopresores	1.20	1.95	[0.91-1.48]; [1.58-2.32]	<0.001
PG (unid)	7	6.14	[6.05-7.94]; [5.56-6.71]	0.43
PFC (unid)	5.3	3.73	[4.44-6.15]; [3.16-4.29]	0.125
Plaquetas (unid)	2	1.43	[1.3-2.69]; [0.67-2.18]	0.554
Fluidos (ml)	6027.15	6807.45	[5422.7-6632.2]; [6189.8-7.425]	0.37
Fase 3 (min)	115.5	165		0.157
N° total de LE	2.5	1.2	[2.1-2.8]; [1.0-0.1.4]	<0.001
N° de LE adicionales	0.4	0.27	[0.12-0.67]; [0.07-0.47]	0.44
N° de cirugías adicionales (patología no abdominal)	0.05	0.3	[0.007-0.6]; [0.04-0.55]	0.1

ISS: Score de Severidad de Injuria por sus siglas en inglés; RTS: Score Revisado de Trauma por sus siglas en inglés; TRISS: Score de Severidad de Trauma e Injuria por sus siglas en inglés; LIA: lesiones intraabdominales; LEA: lesiones extraabdominales; PG: paquete globular; PFC: plasma fresco congelado LE: laparotomía exploratoria.

Tabla 5. Análisis bivariado de las variables cualitativas de estudio

		Vivos n=20	Fallecidos n=22	*p*
Características demográficas				
Edad	*< 40*	13	15	0.83
	≥ 40	7	7	
Sexo	*Masculino*	14	17	0.59
	Femenino	6	5	
Características del trauma				
Tipo de Trauma	*Cerrado*	9	10	0.98
	Penetrante	11	12	
N° LIA	*≤ 2*	9	7	0.38
	> 2	11	15	
Hematoma Retroperitoneal		2	10	0.01
N° LEA	*≤ 1*	16	17	0.83
	> 1	4	5	
Injuria fisiológica				

pH	*< 7.2*	10	19	0.01
	≥ 7.2	10	3	
INR	*< 1.5*	7	3	0.17
	≥ 1.5	13	16	
Sangrado (ml)	*≤2000*	14	7	0.013
	>2000	6	15	
APACHE-II a	*< 15*	10	15	0.01
	≥ 15	9	2	
Cirugía de control de daños				
Fase 1	*Empaquetamiento*	20	20	0.17
	Maniobra de Pringle	4	2	0.31
	Lig. Vasculares	7	13	0.11
	Rafía intestinal	9	8	0.57
	Ostomías	4	7	0.38
	Lig. Intestinal	4	7	0.38
	Drenaje	2	0	0.13
	Laparostoma	14	14	0.66
	Cierre temporal	5	6	0.87
PCR		0	14	< 0.01
N° de vasopresores	*≤ 1*	16	8	0.004
	> 1	4	14	
N° total de LE	*≤ 2*	13	22	0.002
	> 2	7	0	
Intervenciones post control de daños				
NPT		7	4	0.22

a. Valor de corte establecido según Ordóñez CA, Ferrada R, Buitrago R. Cuidado Intensivo y Trauma. Editorial Distribuna. Colombia. 2003; 429-450.
LIA: lesiones intrabdominales; LEA: lesiones extraabdominales; PCR: paro cardiorrespiratorio; LE: laparotomía exploratoria; NPT: nutrición parenteral total.

Tabla 6. Modelo de regresión logística binaria

	B	**ES**	***p***	**OR**
Sangrado (ml)	1.679	0.828	0.043	5.358
Hematoma Retroperitoneal	2.384	1.033	0.021	10.843
Número de vasopresores	2.117	0.856	0.013	8.303
Constante	-2.184	0.781	0.005	0.113

β: error tipo beta; ES: error estándar; OR: odds ratio.

Análisis Multivariado

La regresión logística bivariada de las variables con significancia estadística definió el modelo final con las siguientes variables: sangrado mayor a 2000 cc (*p*=0.043; OR 5.35), presencia de hematoma retroperitoneal (*p*=0.021; OR 10.84) y el uso de más de un fármaco vasopresor (p=0.013; OR 8.30) (Tabla 6). Al realizar el análisis de supervivencia de Cox solo el uso de más de un fármaco vasopresor mostró significancia estadística (p=0.018) (Tabla 7)

Tabla 7. Modelo de regresión multivariante de Cox

	B	**ES**	***p***	**OR**
Número de vasopresores empleados	1.095	0.461	0.018	2.989

β: error tipo beta; ES: error estándar; OR: odds ratio.tipo beta; ES: error estándar; OR: odds ratio.

Discusión

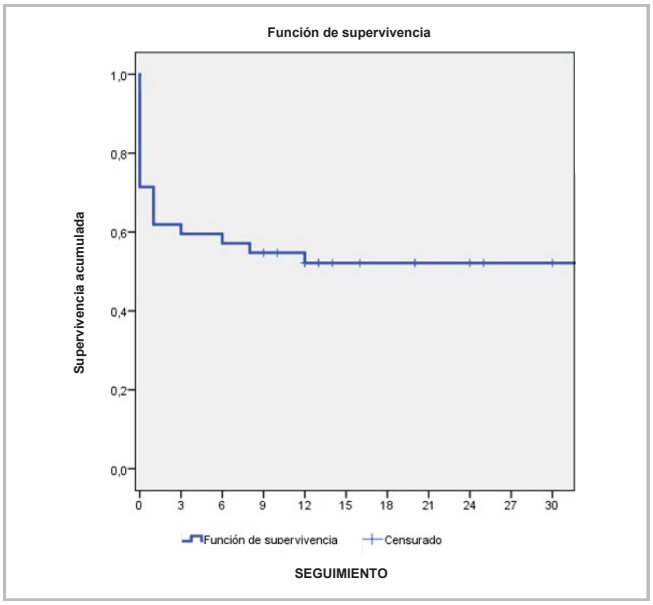
El enfoque de CCD en los últimos 20 años ha cobrado gran importancia en los protocolos de manejo médico-quirúrgico en el trauma, esto resulta en una frecuencia creciente de su empleo por los cirujanos en distintas instituciones en el mundo, así como una creciente publicación de estudios observacionales, series y reportes de casos [11,14]. Nuestra prevalencia en CCD fue de 13.6% (n=59), creciente en comparación a estudios publicados en nuestra institución por Borda-Luque et al. y Quijano et al. en el año 2002 y 2012 respectivamente; esto denota un cambio en el enfoque del manejo del trauma que va acorde con lo realizado en otros países. Existen diferencias en casuística y prevalencia con respecto a lo publicado en Latinoamérica (Colombia), donde Ordóñez C et al. y Bejarano et al. han reportado prevalencias crecientes (8-10%) de la década de 1990-2000, hasta de 33% en la actualidad[14]. Específicamente, la prevalencia de CCD por laparotomía en trauma es de aproximadamente 30%, en un estudio realizado por Kang et al. fue de 24.5%[15]. La evidente diferencia en casuística y prevalencia de CCD puede deberse principalmente a la presencia de un sistema de emergencias y desastres organizado mediante un registro informático disponible en los centros hospitalarios, estaciones policiales y entidades involucradas en la fase pre-hospitalaria, permitiendo de esta manera una eficiente referencia del paciente con trauma a un centro hospitalario especializado en trauma. En el caso de Perú, para la atención de emergencias y urgencias se cuenta con el servicio de atención móvil de urgencia (SAMU), aún no se cuenta con un sistema de atención de emergencia ni centros hospitalarios especializados en trauma.

La mortalidad de 47.4% hallada en el estudio coincide con la mortalidad en trauma registrada a nivel mundial (27-63%)[10]. En relación a la supervivencia, el Gráfico 1 muestra que esta desciende bruscamente desde 100% hasta 70% en las primeras 24 horas y hasta 60% al cumplir las 48 horas; este comportamiento de mortalidad también fue observado en estudios realizados en Colombia [6,7,16].

En la literatura, los criterios para realizar una laparotomía de CCD se basaban en pH, temperatura, shock, transfusión de paquetes globulares, pérdida de sangre, concentración de lactato y/o coagulopatía. Actualmente, los indicaciones más comunes de CCD son hipotermia pre o intraoperatorio (temperatura< 34 °C), acidosis (pH

<7.2) y/o coagulopatía. Otras indicaciones incluidas son 5 patrones de lesión diferentes, incapacidad de control de sangrado mediante métodos convencionales, administración de gran volumen de paquetes de glóbulos rojos (>10 unidades), incapacidad para cerrar la pared abdominal sin tensión, desarrollo de sindrome compartimental durante el intento de cierre de pared abdominal, y necesidad de reevaluar el grado de viabilidad intestinal[17]. La población estudiada tuvo características demográficas y de injuria fisiológica similares a anteriores estudios. Los valores promedio de pH, INR y APACHE-II hallados traducen acidemia moderada, coagulopatía y alta probabilidad de muerte en este grupo de pacientes [6,9,17,18].

Gráfico 1. Supervivencia de los pacientes sometidos a Cirugía de Control de Daños entre los años 2007-2017



Los valores obtenidos en los Scores de Trauma describen que hubo mayor compromiso anatómico (ISS), similar compromiso fisiológico (RTS) y probabilidad de sobrevida (TRISS) de 60% en comparación con las poblaciones estudiadas por Borda-Luque et al y Quijano et al. Al momento de observar su asociación con la mortalidad, no alcanzaron significancia estadística. Se conoce que el ISS basa su valoración en la evaluación del compromiso de sistemas y el RTS valora el compromiso fisiológico en función de la presión arterial, puntaje obtenido en la escala de Glasgow y frecuencia respiratoria, ambos scores incluídos en el TRISS predicen mortalidad; a pesar de ello, en este estudio no hubo asociación estadística con el riesgo de muerte, lo cual no significa que sean variables sin significancia clínica, puesto que se ha demostrado su gran importancia en la evaluación de prioridades durante la atención primaria en control de daños [19,22].

Las variables asociadas a mortalidad en la regresión logística fueron la presencia de hematoma retroperitoneal, volumen de sangrado mayor a 2000 cc y el uso de más de un fármaco vasopresor. Esto se explicaría por el difícil abordaje quirúrgico y sangrado importante de las lesiones localizadas en el retroperitoneo, dado que la mayoría de estas lesiones son de índole vascular y su manejo dependerá de la causa que lo originó y la progresión de esta en el intraoperatorio [23]. La persistencia del sangrado en este tipo de lesiones perpetúa un estado de hipoperfusión asociado a falla multiorgánica progresiva, lo que resulta en el uso de más fármacos vasopresores para hacer sostenible el estado hemodinámico [24]. La presencia de estos dos factores con significancia intraoperatorio [23] estadística en la regresión logística, significa el incremento de la mortalidad específicamente en esta etapa de control de daños Fase 1 por lo que su control debe darse de manera eficiente y oportuna en este periodo.

Finalmente, el modelo de regresión de Cox realizado describió que el uso de más de un vasopresor se relacionó con 2.9 veces más riesgo de muerte y disminuyó la supervivencia de estos pacientes hasta un 35% aproximadamente, comparado con el 65% alcanzado por aquellos pacientes que usaron solo un fármaco vasopresor. Se ha descrito que el uso de vasopresores está indicado cuando no se logra una respuesta hemodinámica adecuada a pesar del control quirúrgico del sangrado y de la terapia transfusional oportuna[25]. En este estudio las técnicas quirúrgicas empleadas y la terapia transfusional son factores que no influyen en la sobrevida, por lo que la demanda de más fármacos vasopresores en estos pacientes pudo deberse a la magnitud del sangrado y la gravedad de sus lesiones; como consecuencia de ello, la morbilidad asociada al uso de más vasopresores tiene un impacto que trasciende en el tiempo y se expresa en la menor sobrevida de estos pacientes [26].

La principal limitación de este estudio es que, por tratarse de un estudio retrospectivo, los datos obtenidos dependen de la calidad del registro de la información en las historias clínicas y reporte operatorio. Se sugiere la posibilidad de realizar estudios similares de carácter prospectivo en el futuro.

Se concluye que la prevalencia de cirugía de control de daños en nuestro medio es de 13.6% y presenta una tasa de mortalidad de 47.4%.
La presencia de hematomas retroperitoneales, sangrado mayor a 2000 cc y el uso de más de 1 fármaco vasopresor se relacionan con mayor mortalidad. El uso de más de 1 fármaco vasopresor se relaciona con menor supervivencia en los pacientes sometidos a cirugía de control de daños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cirocchi R, Montedori A, Farinella E, Bonacini I, Tagliabue L, Abraha I. Damage control surgery for abdominal trauma. Cochrane Database Syst Rev. 2013;2013(3):CD007438
2. Waibel BH, Rotondo MM. Damage control surgery: it's evolution over the last 20 years. Rev Col Bras Cir. 2012;39(4):314-321
3. Baracco-Gandolfo V, Vidarte O, Baracco-Miller V, del Castillo M. Prolonged closed liver packing in severe hepatic trauma: experience with 36 patients. J Trauma. 1986;26(8):754-756
4. Feliciano DV, Mattox KL, Jordan GL Jr. Intra-abdominal packing for control of hepatic hemorrhage: a reappraisal. J Trauma. 1981;21(4):285-290
5. Rotondo MF, Schwab CW, McGonigal MD, et al. 'Damage control': an approach for improved survival in exsanguinating penetrating abdominal injury. J Trauma. 1993;35(3):375-383.
6. Ordóñez CA, Ferrada R, Buitrago R. Cuidado Intensivo y Trauma. Editorial Distribuna. Colombia. 2003; 429-450.
7. Bejarano W, Pérez M, García A, Ordóñez CA, et al. . Laparotomía Abreviada en Trauma. Presentado en II Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Medicina Critica y Cuidado Intensivo. Colombia, 1999.
8. Borda-Luque G, Rodríguez M, Betalleluz J. Cirugía de Control de Daños en Trauma. Libro Resumen: Primer Congreso Latinoamericano de Residentes de Cirugía General. Venezuela. 2003
9. Quijano J, Castillo M, Rodríguez M, Borda-Luque G. Control de daños en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2007 – 2012 en Lima-Perú. [Tesis de Post-grado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Peru. 2012
10. Kapan M, Onder A, Oguz A, et al. The effective risk factors on mortality in patients undergoing damage control surgery. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17(12):1681-1687.
11. Harvin JA, Wray CJ, Steward J, et al. Control the damage: morbidity and mortality after emergent trauma laparotomy. Am J Surg. 2016;212(1):34-39
12. Aoki N, Wall MJ, Demsar J, et al. Predictive model for survival at the conclusion of a damage control laparotomy. Am J Surg. 2000;180(6):540-545.
13. Timmermans J, Nicol A et al. Predicting mortality in damage control surgery for major abdominal trauma. S Afr J Surg. 2010;48(1):6-9.
14. Ordóñez CA, Pino LF, Tejada JW, et al. Experience of two first level hospitals in the southwest region of Colombia on the implementation of the Panamerican Trauma Society International Trauma Registry. Rev Col Bras Cir. 2012;39(4):255-262.
15. Kang WS, Jo YG, Park YC. Quality Improvement of Damage Control Laparotomy: Impact of the Establishment of a Single Korean Regional Trauma Center. World J Surg. 2019;43(11):2814-2821
16. Bejarano W, Currea D, García A, Ferrada R, et al. Laparotomía de Salvamento. Congreso Nacional de Cirugía. Colombia. 1996.
17. Roberts DJ, Bobrovitz N, Zygun DA, et al. Indications for Use of Damage Control Surgery in Civilian Trauma Patients: A Content Analysis and Expert Appropriateness Rating Study. Ann Surg. 2016;263(5):1018-1027.
18. Kisat M, Zafar SN, Hashmi ZG, et al. Experience of damage control trauma laparotomy in a limited resource healthcare setting: A retrospective Cohort Study. Int J Surg. 2016;28:71-76.
19. Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma. 1974;14(3):187-196.
20. Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A revision of the Trauma Score. J Trauma. 1989;29(5):623-629
21. Boyd CR, Tolson MA, Copes WS. Evaluating trauma care: the TRISS method. Trauma Score and the Injury Severity Score. J Trauma. 1987;27(4):370-378.
22. Gélvez S, Ordóñez C, Badiel M et al. Evaluation of the ISS and NISS injury severity scores in patients with severe penetrating trauma. Rev Colomb Cir 2009; 24: 229-35
23. Mattox KL, Moore EE, Feliciano DV. Trauma. 7th Edition. McGraw-Hill. New York. 2012.
24. Velmahos GC, Chahwan S, Falabella A, Hanks SE, Demetriades D. Angiographic embolization for intraperitoneal and retroperitoneal injuries. World J Surg. 2000;24(5):539-545.
25. Spahn DR, Bouillon B, Cerny V, et al. Management of bleeding and coagulopathy following major trauma: an updated European guideline. Crit Care. 2013;17(2):R76.
26. Gamper G, Havel C, Arrich J, et al. Vasopressors for hypotensive shock. Cochrane Database Syst Rev. 2016;2(2):CD003709.

ORCID iDs:

Gerson Montoya Cama, ORCID 0000-0002-0116-2293
Vanessa Pineda-Borja, ORCID 0000-0003-0547-7249
Yahaira Carpio Colmenares, ORCID 0000-0002-1735-5209
José Quijano Tasayco, ORCID 0000-0003-2801-7501
Manuel Rodríguez Castro, ORCID 0000-0002-2137-4840
Víctor Vásquez Morales, ORCID ID 0000-0001-6851-9798
Javier Cieza Zevallos, ORCID ID 0000-0002-9023-6417
Giuliano Borda-Luque, ORCID 0000-0001-7150-5573

Mucocele apendicular simulador de masa anexial

Patricia López Penza[1], Nicolás Sánchez Rosas[2], Carlos Costa Paz[3]

1. Cirujano General. Sanatorio Cantegril. Maldonado. Uruguay
2. Residente Cirugía General. Sanatorio Cantegril. Maldonado. Uruguay.
3. Ginecólogo. Sanatorio Cantegril. Maldonado. Uruguay.

Correspondencia: patricialopezpenza@hotmail.com

Resumen

El término mucocele apendicular (MA) hace referencia al aspecto macroscópico de la dilatación quística de la luz apendicular, de etiología obstructiva. Es una enfermedad rara; se presenta como una apendicitis aguda o en forma incidental. Puede corresponder desde una enfermedad benigna a maligna. La resección apendicular debe ser completa, evitando la ruptura del mucocele.

Presentamos el caso clínico de una paciente con MA que simulaba por la imagenología una masa de origen ginecológico, cuyo diagnóstico definitivo fue intraoperatorio y de certificación anatomopatológica.

Palabras Claves: apéndice, mucocele apendicular, apendicitis, masa abdominal, hemicolectomía

Abstract

Appendiceal mucocele (MA) refers to the macroscopic appearance of cystic dilatation of the appendiceal lumen, of obstructive etiology. It is a rare disease; it presents as acute appendicitis or as an incidental finding. It can correspond from a benign to a malignant disease. Appendiceal resection must be complete, avoiding rupture of the mucocele.

We present the clinical case of a patient with MA who simulated a mass of gynecological origin through imaging, whose definitive diagnosis was intraoperative and pathological certification.

Key Word: appendix, appendiceal mucocele, appendicitis, abdominal mass, hemicolectomy

Introducción

En 1842, el patólogo austríaco Carl Freiherr Von Rokitansky describe por primera vez el MA[1]. Su incidencia es del 0.2-0.3% de las apendicetomías y del 8-10% de los tumores apendiculares[2]. Higa y Aho desaconsejan el uso del concepto MA, proponen denominarlo en función del estudio histopatológico del apéndice[2,3].

Caso clínico

Mujer de 53 años, sana. En control ginecológico, la ecografía transvaginal muestra una masa ovoidea, sólida, heterogénea, 116 mm x 50 mm x 42 mm de L, AP y T, sin determinar si el origen es anexial o uterino. Se complementa con tomografía de abdomen-pelvis multicorte con y sin contraste intravenoso, cuyos hallazgos son compatibles con los ecográficos (Figura 1). Los marcadores biotumorales: CEA, Ca 19-9 y CA 125 con valores normales. Con planteo de masa pelviana de origen ginecológico, se realiza laparoscopía exploradora. En el intraoperatorio se halla una masa sólida blanquecina a nivel apéndice cecal, hallazgo macroscópicamente de MA. Anexos normales. Se convoca a equipo de cirugía, él compromiso incluía la base apendicular por lo que se realiza una hemicolectomía derecha video asistida, anastomosis extracorpórea por mini incisión transversal en flanco derecho (Figura 2), ileotransversoanastomosis laterolateral mecánica. Buena evolución clínica. Alta al 5º día postoperatorio. Anatomía Patológica: neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado, compromiso mucoso y submucoso en toda su extensión, mucina acelular que se extiende hasta la subserosa (pT3). Ganglios 0/12 (Figura 3).

Figura1. Tomografía abdominal con contraste intravenoso: masa anexial derecha hipodensa, de paredes finas.

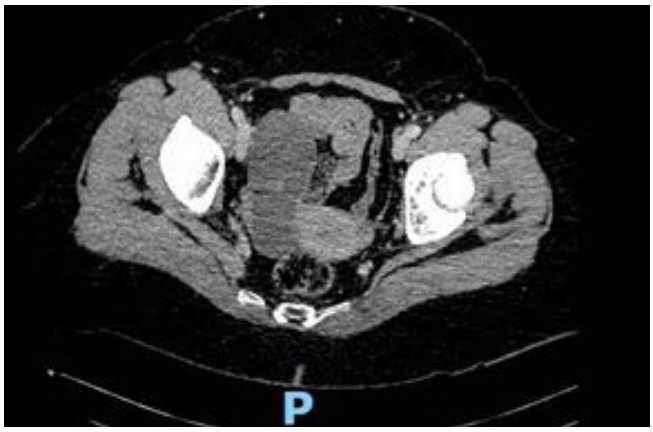
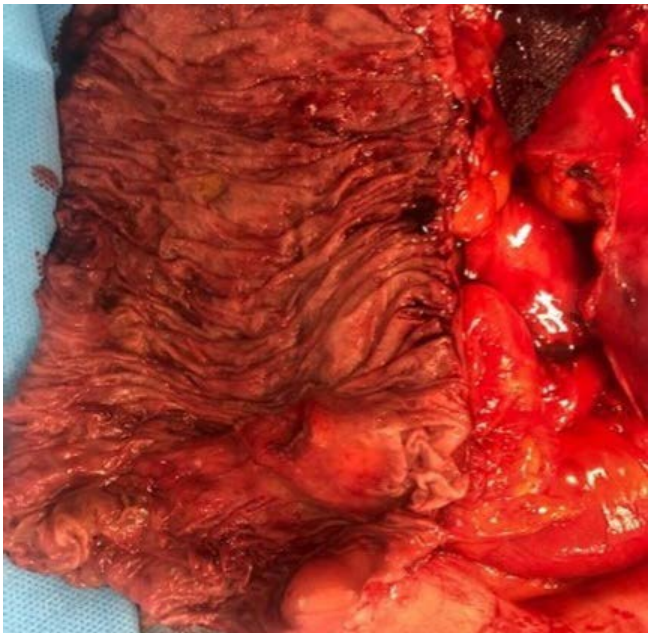


Figura 2. Exteriorización de la pieza: Mucocele Apendicular.

Figura 3. Pieza macroscópica de anatomía patológica. Círculo superior: Válvula ileocecal; Círculo inferior: límite macroscópico proximal del mucocele apendicular.



Discusión

La acumulación de la secreción mucosa en la luz apendicular produce su obstrucción, definiendo una patología poco frecuente del apéndice como es el MA.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres 4; la edad promedio de presentación es de 55 años, más del 75% de los casos entre la quinta y sexta décadas de la vida[5].

Su forma de presentación es desde un hallazgo incidental en un estudio de imagen por otra etiología, una intervención quirúrgica, un cuadro clínico de dolor en fosa ilíaca derecha, masa abdominal a dicho nivel, o clínica de una apendicitis aguda. Incluso en un control ginecológico, como fue en el caso de nuestra paciente, pero interpretado de origen anexial. La incidencia de asintomáticos es del 25 al 50%[4]; en un 10-15 % de todos progresan a un pseudomixoma peritoneal [3,4,6].

Anatomopatológicamente, se dividen en 4 subtipos [7,8]:

1. Mucocele simple o de retención (15-20%), epitelio sin cambios proliferativos.
2. Mucocele por hiperplasia mucosa (5-25%), leve dilatación del apéndice.
3. Mucocele secundario a cistoadenoma mucinoso (CAM) o neoplasia mucinosa apendicular de bajo grado (50%), con gran producción de mucina.
4. Mucocele en relación con cistoadenocarcinoma mucinoso (CACM) (11-20%), displasia celular de alto grado, con invasión glandular y estromal.

Los CAM o CACM son los que presentan mayor luz apendicular, en casi todos los casos mayores de 6-8 cm^2. El diámetro ecográfico mayor de 15 mm se correlaciona con una sensibilidad del 83% y una especificidad del 92% con MA[9]. El MA se visualiza como una masa de paredes finas, con o sin calcificaciones, anecoica o heterogénea, consistencia similar al agua, el grado de ecos internos está relacionado con la cantidad de mucina, con septos en su interior. Destacamos una importante característica: la ausencia de inflamación o absceso periapendicular[7]. La tomografía es la imagen de elección para su diagnóstico y determina las relaciones con órganos adyacentes. La presencia de calcificaciones es muy típica, pero puede estar ausente hasta en un 50 % de los casos dificultando el diagnóstico[7]. El diagnóstico radiológico preoperatorio puede ser confundido con una tumoración ovárica, los tumores apendiculares deben incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas anexiales derecha. La resonancia magnética nuclear no es frecuentemente solicitada, muestra una masa quística cuya intensidad de señal depende de su contenido. Las imágenes ponderadas en T2 presenta alta intensidad de señal

por su alto contenido líquido y baja intensidad en T1; el alto en mucina determina una alta señal en T2 y T1[7]. Puede asociarse cáncer de colon del 11-20% de los casos, por lo que algunos autores recomiendan realizar una fibrocolonoscopía[4,6]. Los marcadores tumorales en el estudio de una masa pelviana pueden encontrarse dentro de la normalidad. Las complicaciones son raras, incluyen: obstrucción intestinal, hemorragia digestiva y el pseudomixoma peritoneal, cuando hay diseminación peritoneal de material mucinoso.

El tratamiento del MA es quirúrgico, no se contempla el tratamiento conservador por el potencial de progresar a CACM. Es importante la resección completa, evitar su rotura y el contacto con los tejidos circundantes. Un punto clave es la extensión de la exéresis, no existe un acuerdo al respecto de la cirugía más adecuada. Esto implica desde una apendicetomía hasta la hemicolectomía derecha, recordando que el tipo histológico será obtenido en el postoperatorio por el estudio de la pieza de resección, lo que pautará finalmente el tratamiento. La apendicectomía con la linfadenectomía del apéndice es aceptada para el quiste de retención y la hiperplasia de la mucosa. De corresponder a una CACM la cirugía propuesta es la hemicolectomía derecha. La vía de abordaje es un continuo debate. La vía laparotómica es universalmente aceptada, la laparoscópica sigue siendo un punto árido, existiendo contradicción de la literatura al respecto. Se acepta que permite evaluar toda la cavidad abdominal en busca de diseminación, con una recuperación más rápida y mejor cosmética[5].

Rangarajan[10] en su serie laparoscópica uso pinzas atraumáticas, abordaje «non-touch» y extracción en bolsa, con excelentes resultados. La extracción apendicular debe realizarse en bolsa, minimizando riesgo de rotura y contaminación parietal; de realizar una hemicolectomía la protección del plano muscular en la extracción de la lesión.

Paul Sugarbaker[11] plantea un algoritmo de decisión terapéutico: "un MA íntegro, no fisurado ni roto, es por sí un proceso benigno y no supone ningún riesgo para el paciente; si se rompe producirá salida de su contenido a la cavidad peritoneal, ya sea moco simple acelular o bien con células epiteliales con grado variable de atipia, pudiendo necesitar una cirugía oncológica con quimioterapia hipertérmica intrabdominal intraoperatoria y posterior control" o un CACM con un algoritmo similar. La supervivencia en el mucocele simple, la hiperplasia mucosa y el CAM es del 91% de los casos a los 10 años, en CACM sin afectación peritoneal, disminuye al 25% a los 5 años[12].

El rol del anatomopatólogo es fundamental en: el estudio de la pieza, la búsqueda de fisuras inadvertidas y el análisis de la mucina. El informe definitivo determinará la necesidad de realizar tratamiento complementario.

Conclusión

El MA es una patología con potencial maligno, por lo que contar con el diagnóstico preoperatorio correcto nos permite planificar la técnica quirúrgica. El tipo de procedimiento es de decisión intraoperatoria, dependiendo del grado de compromiso de la base apendicular, siendo en definitiva de certificación anatomopatológica pudiendo implicar una reintervención. El pronóstico se basa en el tipo histológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rokitansky C, Swaine W, Parry J, et al. A manual of pathological anatomy. Philadelphia: Blanchard & Lea; 1855.
2. Jiménez C, Ramírez J, Carrasco M, et al. Mucocele apendicular. Actualización del tratamiento en una patología poco conocida. Cir Andal 2009; 20: 203-6.
3. Higa E, Rosal J, Pizzimbonoo C, et al. Mucosal hyperplasia, mucinous cystadenoma and mucinous cystadenocarcinoma of the appendix. Cancer 1973; 32:1525-41. DOI: 10.1002/1097-0142(197312)32:6<1525: aid-cncr2820320632>3.0.co;2-c
4. Ruiz J, García D, Morales V, et al. Mucocele of the appendix. World J Surg 2007; 31(3): 542-8. DOI: 10.1007/s00268-006-0454-1
5. Serrano P, Pérez-Bedmar J, Larrañaga E. Mucocele apendicular. Revisión de la literatura y aportación de 8 casos. Rev Esp Enferm Dig 1989; 76: 35-41.
6. Stocchi L, Bruce G, Dirk R, et al. Surgical treatment of appendiceal mucocele. Arch Surg 2003; 138:585–90.
7. Faure M, Salgado R, Op de Beeck B, et al. Mucocele of the appendix: case report and review of literature. JBR–BTR 2014; 97: 217-21.
8. Ensuncho C, Osorio C, Marrugo Á, et al. Obstrucción intestinal parcial producida por

mucocele apendicular con fistula a íleon proximal. Rev Colomb Cir 2016 31(1):61-4.
9. Lien W, Huang S, Chi CL, et al. Appendiceal outer diameter as an indicator for differentiating appendiceal mucocele from appendicitis. Am J Emerg Med 2006; 24:801–5. DOI: 10.1016/j.ajem.2006.04.003.
10. Rangarajan M, Palanivelu C, Kavalakat A, et al. Laparoscopic appendectomy for mucocele of the appendix: report of 8 cases. Indian J Gastroenterol 2006; 25: 256-7.
11. Dhage-Ivatury S, Sugarbaker P. Update on the surgical approach to mucocele of the appendix. J Am Coll Surg 2006; 202(4): 680-4.
12. Roberge R, Park A. Mucocele of the appendix: an important clinical rarity. J Emerg Med 2006; 30:303-6.

ORCID iDs:
Patricia López Penza, ORCID 0000-0003-0951-6831
Nicolás Sánchez Rosas, ORCID 0009-0009-9570-7554
Carlos Costa Paz, ORCID 0000-0003-2078-0027

Síndrome de Bouveret

Jenner Betalleluz Pallardel[1]; Gustavo Ortiz Galván[2], Jhoanna Ferrando Sánchez[1]

1. Cirujano General del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa- Lima
2. Cirujano General del Hospital Julio César Demarini- Junín

Correspondencia: Jennerbetalleluz@yahoo.com

Resumen
El Síndrome de Bouveret es una patología poco común, caracterizada por una obstrucción causada por la impactación de un cálculo biliar en el tracto gastrointestinal superior a nivel gastroduodenal. Se reporta el caso de una paciente mujer de 52 años con historia de litiasis vesicular que llega a emergencia con signos y síntomas de obstrucción intestinal alta de origen biliar confirmado por endoscopía y tomografía. Se realizó extracción de cálculos por duodenotomía y gastrostomía, exclusión pilórica, gastroenteroanastomosis y enteroentero anastomosis en Y de Roux. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta a los 9 días.
Palabras claves: síndrome de Bouveret, íleo biliar, fistula bilioentérica

Abstract
Bouveret's syndrome is an uncommon pathology, characterized by an obstruction caused by impaction of gallstone in the upper gastrointestinal tract at the gastroduodenal level. The case of a 52-year-old female patient with a history of gallstones who comes to the emergency with signs and symptoms of upper intestinal obstruction of biliary origin confirmed by endoscopy and tomography is reported. Stone extraction was performed by duodenotomy and gastrotomy, pyloric exclusion, gastroenteroanastomosis and Roux-en-Y anastomosis. The patient evolves favorably, being discharged after 9 days.
Key Words: Bouveret síndrome, biliary ileus, bilio enteric fistula

Introducción

El íleo biliar se produce cuando un cálculo biliar pasa a través de una fistula hacia el tracto gastrointestinal superior y causa obstrucción, con mayor frecuencia en las proximidades de la válvula ileocecal. Es considerado una causa rara de obstrucción intestinal ya que solo se presenta entre 1 a 4% de casos. La mortalidad asociada al ileo biliar se encuentra entre 12 a 27%[1].

El síndrome de Bouveret es una patología incluida en la definición de íleo biliar, ocasionada por el paso y la impactación de un lito de gran tamaño, a través de una fístula colecistoduodenal causando una obstrucción del lumen duodenal[2, 3].

Se produce luego de un proceso inflamatorio (colecistitis) que contribuye, dependiendo del diámetro del cálculo biliar, a la ulterior formación de una fístula bilioentérica[4,5]. Se presenta con mayor prevalencia en el sexo femenino en una relación de 6 a 1 respecto al sexo masculino. Es más común en personas mayores de 60 años[2].

Entre las fístulas bilioentéricas, la fístula colecistoduodenal es la más frecuente, con menor frecuencia se encuentran otras variantes como: fístula colecistocólica, colecistogástrica y coledocoduodenal. El comportamiento de las fístulas dependerá del tamaño del lito, su localización y continuidad con el tracto digestivo[5].

La presentación de la enfermedad usualmente es posterior a cuadros de colecistitis que conllevan a formación de adherencias entre la vesícula biliar y el tracto digestivo, lo cual condiciona que la presión de un cálculo de gran tamaño, usualmente mayor de 2 cm, ocasione una fístula colecistoentérica. El lito se moviliza obstruyendo el duodeno, que es lo que caracteriza al síndrome de Bouveret [2, 6].

Caso clínico

Se reporta el caso de una mujer de 52 años de edad, procedente del departamento de Junín con antecedentes de Diabetes Mellitus y Litiasis Vesicular.

La paciente fue admitida por emergencia con un tiempo de enfermedad de 4 días, de inicio insidioso y curso progresivo de dolor abdominal a predominio de epigastrio e hipocondrio derecho, hiporexia, sensación de distensión abdominal, náuseas y vómitos postprandiales. Al examen abdominal presentó ruidos hidroaéreos presentes, dolor en hipocondrio derecho y epigastrio. El hemograma evidenció 13300/mm^3 leucocitos con 1% de abastonados, 350000/mm^3 plaquetas, glucosa 129 mg/dL, bilirrubina total 2.63mg/dl, bilirrubina directa 0.40mg/dl, TGO 17 U/L, TGP 21 U/L y fosfatasa alcalina 246 U/L.

En la ecografía abdominal se evidencia vesícula biliar con 5mm de pared, imagen hiperecogénica de 21 x 7mm y otra de 5 x 3mm, continuidad con antro gástrico, con probable penetración a ese nivel, cámara gástrica distendida con contenido de imagen hiperecogénica de sombra acústica de 25 x 18mm, se evidencia también liquido libre perihepático adyacente a lóbulo izquierdo.

Se realizó una endoscopía alta, en la cual se evidencia el estómago con abundante contenido bilioso, múltiples cálculos que obstruyen el paso del endoscopio en la segunda porción del duodeno (Figura 1).

Figura 1: Endoscopia alta. Cálculos en segunda porción de duodeno

Figura 2. Dos cálculos en cámara gástrica. TEM Abdomen. Corte Axial

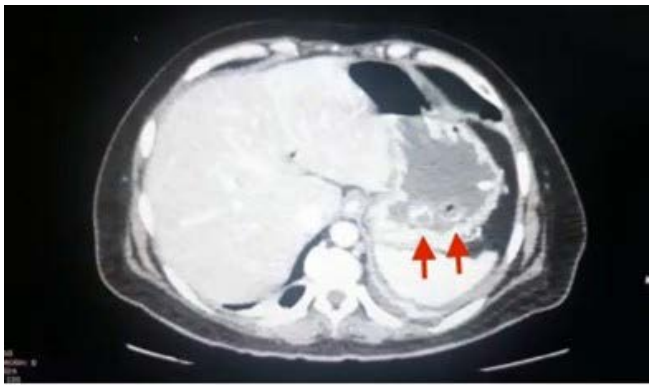


Figura 3. Cálculo enclavado en segunda porción de duodeno. TEM Abdomen. Corte Axial

Figura 4. Cámara gástrica distendida, cálculos en segunda porción de duodeno. TEM Abdomen. Corte Coronal.

La paciente es referida a Lima, con los diagnósticos de obstrucción intestinal por íleo biliar, colecistitis aguda con fistula bilioentérica y diabetes mellitus compensada.

Al examen físico se evidencia un abdomen con ruidos hidroaéreos presentes, timpanismo hacia hemiabdomen superior, dolor a palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. En el hemograma se encuentra 9720/mm^3 leucocitos con 2% de abastonados, 297000/mm^3 plaquetas, hemoglobina 11.1 gr/dL, glucosa 102 mg/dL, bilirrubina total 0.5mg/dl, bilirrubina directa 0.1mg/dL, AST 17 U/L, proteínas totales 6.3 g/dL, albúmina 3.35g/dL.

En la tomografía computarizada se evidencia vesícula biliar de paredes engrosadas con alteración de los planos grasos adyacentes y aire en su luz, secundario a fístula biliodigestiva que comunica vesícula con primera porción de duodeno. Presencia de tres cálculos en la segunda porción del duodeno que miden 5 x 3.6 cm (el más distal y causante de la obstrucción) otro de 2.4 cm y otro de 1.5 cm. Así mismo, se evidencian dos imágenes de similares características a nivel de la luz gástrica que miden 2.5 cm cada una. (Figura 2, 3 y 4).

La paciente ingresa a sala de operaciones, realizándose liberación de adherencias periduodenales, duodenotomía en segunda porción distal de aproximadamente 6 cm, extracción de tres cálculos, rafía de duodeno con ácido poliglicólico 3/0 puntos separados, gastrotomía con extracción de dos cálculos, exclusión pilórica con ácido poliglicólico 0 surget, enterotomía en yeyuno a 40 cm del ángulo de Treitz, se realiza gastroenteroanastomosis retrocólica y anastomosis yeyuno-yeyunal con sutura lineal (Figura 5).

Los hallazgos intraoperatorios fueron plastrón firme de epiplón a vesícula biliar y al duodeno a nivel de la fístula colecistoduodenal, edema de pared duodenal, cálculo de aproximadamente 5 cm de longitud mayor enclavado firmemente en la segunda porción de duodeno distal, dos cálculos de 2.5 y 1.5 cm proximales a éste y dos cálculos de 2.5cm aproximadamente a nivel de la luz del estómago (Figura 5 y 6).

Figura 5. Extracción de cálculo biliar de segunda porción de duodeno

Figura 6. Cálculos biliares extraídos de la intervención quirúrgica, dos de cámara gástrica (lado derecho) tres del duodeno (lado izquierdo). El lito causante de la obstrucción duodenal es el más grande (aproximadamente 5cm de diámetro mayor)

La paciente tuvo indicación de NPO por 4 días, se le inició nutrición enteral por sonda nasoyeyunal desde el cuarto día post operatorio, inicio de dieta líquida amplia al séptimo día con adecuada tolerancia oral, siendo dada de alta al noveno día postoperatorio.

Discusión

El presente caso de Síndrome de Bouveret tiene la particularidad de comprender cinco cálculos que migraron desde la fístula colecistoduodenal, quedando tres en duodeno y otros dos cálculos migraron hacia la cavidad gástrica a través del píloro debido a la distensión y presión generada por el cálculo impactado en segunda porción del duodeno. La etiopatogenia principal es una colecistopatía calculosa que a través de episodios de inflamación de la vesícula a repetición que generaron adherencias hacia el intestino, el cálculo erosiona la pared vesicular formando la fístula bilioentérica, con posterior

migración del lito hacia el tracto gastrointestinal causando obstrucción intestinal[4].

Las manifestaciones clínicas del síndrome de Bouveret son variables, las más comunes son síntomas de obstrucción intestinal alta como dolor abdominal a predominio del hemiabdomen superior, náuseas, vómitos; también podrían presentarse deshidratación, fiebre, pérdida de peso y de manera más inusual hematemesis por erosiones de arteria celiaca o duodenal[7, 8, 9].

Los exámenes de laboratorio pueden evidenciar leucocitosis, alteraciones hidroelectrolíticas, alteraciones acido-base, datos de insuficiencia renal, producto de la deshidratación consecuente. Con menor frecuencia pueden encontrarse resultados de insuficiencia hepática, elevación de bilirrubina directa, elevación de transaminasas o amilasa[1, 2, 6].

Los estudios de imágenes que pueden apoyar al diagnóstico son muy variados, entre ellos están la radiografía abdominal, la serie gastroduodenal, el ultrasonido, la tomografía computarizada, la esofagogastroduodenoscopía y la colangioresonancia magnética [2, 5, 9, 12].

Si bien es cierto la radiografía de abdomen es el método más accesible, solo en el 10% de los casos se llega a obtener la triada de Rigler consistente en signos de obstrucción intestinal, neumobilia y calculo biliar ectópico[2,13]. La tomografía abdominal puede identificar con mayor precisión la triada de Rigler, tal como sucedió en el presente caso, con la ventaja adicional de localizar la totalidad de cálculos involucrados.

La endoscopía alta permite la visualización directa del cálculo, teniendo tanto utilidad diagnóstica como terapéutica, dependiendo del diámetro de cálculo[14].

Debido a la baja incidencia de casos de Síndrome de Bouveret no se cuenta con un tratamiento estandarizado, el tratamiento hasta la fecha es controversial[10, 14].

El objetivo del tratamiento es la resolución de cuadro de obstrucción intestinal removiendo el cálculo impactado.

La gran mayoría de pacientes con casos de íleo biliar se presenta en personas de edad avanzada y con comorbilidades por lo cual resulta controversial cuál es el mejor manejo quirúrgico para su resolución. El objetivo inmediato de la emergencia es la realización de una enterotomía con extracción del cálculo causante. Respecto al tratamiento de la fistula biliodigestiva y colecistectomía, es recomendable solo realizarla en casos seleccionados ya que conlleva a mayor tiempo quirúrgico y probabilidad de aumentar morbimortalidad, pudiendo diferirse para una segunda intervención programada[2,10,14].

Es importante también un adecuado estudio de imágenes preoperatorio a fin de localizar los cálculos migrados y así evitar una obstrucción posterior postoperatoria por un lito no identificado.

Conclusión

El síndrome de Bouveret es una causa poco común de obstrucción intestinal, la cual requiere una alta sospecha en pacientes adultos mayores y con antecedentes de litiasis vesicular y que se presentan con cuadro de obstrucción intestinal alta. Las imágenes o procedimientos endoscópicos son importantes para definir el diagnóstico.

El manejo debe ser individualizado para cada paciente, teniendo como objetivos la identificación del cálculo o cálculos involucrados, la resolución de la obstrucción intestinal mediante una enterotomía y extracción del cálculo biliar como manejo quirúrgico inicial. Es recomendable que la reparación de la fistula bilioentérica y la colecistectomía se realicen de manera diferida y programada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xin-Zheng Dai, Guo-Qiang Li, Feng Zhang, Xue-Hao Wang, and Chuan-Yong Zhang; 1Gallstone ileus: Case report and literature review; World J Gastroenterol. 2013 Sep 7
2. Sofía Madrigal Jiménez Giovanny Herrera Mora; Síndrome de Bouveret, Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD, V.9 N.1: 7-10 ISSN-2215 2741, Diciembre 2018
3. John Ong , Carla Swift , Sharon Ong; Bouveret's Syndrome: Sense and Sensitivity, J Community Hosp Intern Med Perspect 2018 Jun 12;8(3):170-171
4. Farzad Alemi , Natalie Seiser , Subhashini Ayloo; Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus, Surg Clin North Am 2019 Apr;99(2):231-244
5. Said Umer , Usman Ismat Butt , Asad Ali

Toor , Zeeshan Razzaq , Muhammad Waris Farooka , Shazia Noreen , Abeeda Butt , Henry Paul Redmond; Gallstone Ileus With Cholecysto-Duodenal Fistula In An Elderly Male; Case Report, Pub Med, Oct-Dec 2018;30(4):614-416.

6. S V Kharitonov , I B Rannev , S S Kharitonov ; Gallstone ileus: diagnosis and treatment, National library of Medicine, Pub Med, 2018;(10):39-43.
7. Márcia Cristina de AlencastroI; Kaio Toledo CardosoII; Cecília Araújo MendesII; Yuri Longatto Boteon; Acute intestinal obstruction due to gallstone ileus, Rev. Col. Bras. Cir. vol.40 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2013.
8. Darren Karadimos 1, Simon Keelan 2, Mandivarira Maundura 2, Andrew Hardley 2 ; 8Impacted duodenal gallstone presenting as gastric outlet obstruction: a rare case of Bouveret syndrome, Case Report, Pub Med, ANZ J Surg 2020 Mar;90(3):379-381.
9. Ya-Bin Yu 1, Yan Song 1, Jian-Bo Xu 1, Fu-Zhen Qi 1 ;Bouveret's syndrome: A rare presentation of gastric outlet obstruction, Exp Ther Med 2019 Mar;17(3):1813-1816.
10. Liliana Bordeianou, MD, MPH Daniel Dante Yeh, MD; Management of small bowel obstruction in adults, 2021 UpToDate.
11. Seng-Ian Gan, MD, FRCP(C); Gastric outlet obstruction in adults.
12. Bing Lun Chow 1 2, Khawaja Zia 1, Stuart Scott 1, Mariasoosai Pathmarajah 1 ; The curious case of biliary emesis and bowel obstruction from Bouveret syndrome, BMJ Case Rep 2019 Aug 28;12(8):e230194.
13. Marcos I Salazar-Jiménez 1, Javier Alvarado-Durán 2, Mónica R Fermín-Contreras 3, Fernando Rivero-Yáñez 1, Arianne I Lupian-Angulo 1, Antonio Herrera-González 1 ; Gallstone ileus, surgical management review, Cir Cir 2018;86(2):182-186.
14. Giancarlo Micheletto 1 2, Guglielmo Niccolò Piozzi 3, Valerio Panizzo 1, Elisa Reitano 3, Domenico Tringali 1, Key Points for Cholelithiasis and Gallstone Ileus Prevention Following Biliointestinal Bypass, Am J Case Rep 2019 Jul 10;20:993-997.
15. Jesica Martín-Pérez 1, Luciano Delgado-Plasencia 2, Alberto Bravo-Gutiérrez 1, Nieves Lorenzo-Rocha 1, Guillermo Burillo-Putze 3, Vicente Medina-Arana, Enterolithotomy and early cholecystectomy, an application of damage control surgery for patients with gallstone ileus, Cir Mar-Apr 2015;83(2):156-60
16. Martin F. Intestinal obstruction due to gall-stones: with report of three successful cases. Ann Surg. 1912;55(5):725-43.
17. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg. 1994;60(6):441-6.
18. Lobo DN, Jobling JC, Balfour TW. Gallstone ileus: diagnostic pittfalls and therapeutic successes. J Clin Gastroenterol. 2000;30(1):72-6.

ORCID iDs:
Jenner Betalleluz Pallardel, ORCID 0000-0002-3142-504X
Gustavo Ortiz Galván, ORCID 0009-0006-5675-281X
Jhoanna Ferrando Sánchez, ORCID 0009-0005-8288-0658

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Consultar Estilo Vancouver

Los artículos y la autorización para su publicación así como la cesión de derechos de autor a la SCGP. Se remiten a la SCGP., en original y dos copias; escritos en computadora a espacio y medio y tamaño de la fuente 12 puntos (inclusive las referencias). Los artículos podrán remitirse, también, vía correo electrónico al editor. Los manuscritos deben adecuarse a los Requerimientos Uniformes para el Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas desarrollados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (N. Engl. J. Med .1997; 336: 309-315).

Los artículos originales deberán contener los siguientes rubros: introducción, material y métodos, resultados y discusión. Los artículos de revisión: introducción, desarrollo del tema y conclusiones. Los casos clínicos: introducción, presentación del caso y discusión. Todos los artículos deberán tener una página inicial, resumen y referencias bibliográficas. Su extensión máxima será de 10 páginas para revisiones, 08 para trabajos originales, 05 para casos clínicos, 3 para comunicaciones breves y 2 para notas o cartas al editor. La página inicial, separable del resto y no numerada deberá contener: a) El título del artículo: debe ser breve y dar una idea exacta del contenido del trabajo. b) El nombre de los autores (nombre, primer y segundo apellido), el título profesional o grado académico y el lugar de trabajo de cada uno de ellos. c) El resumen de no más de 150 palabras. d) El o los establecimientos o departamento donde se realizó el trabajo, y los agradecimientos y fuente de financiamiento, si la hubo.

Las tablas, figuras y cuadros deben presentarse en hojas separadas del texto, indicando en éste, la posición aproximada que les corresponde. Las ilustraciones se clasificarán como figuras y se enviarán en la forma de copias fotográficas o diapositivas en blanco y negro o color, preferentemente de 12 a 17 cms. de tamaño (sin exceder 20 x 24 cms). Los dibujos y gráficos deberán ser de buena calidad profesional. Las leyendas correspondientes a las figuras se presentarán en una hoja separada y deberán permitir comprender las figuras sin necesidad de recurrir al texto. En el dorso de cada ilustración se debe anotar, con lápiz carbón o papel adhesivo fácil de retirar, el número de la figura, una flecha que indique su orientación y el apellido del primer autor. Los cuadros o tablas, se enviarán en una hoja separada, debidamente numerada en el orden de aparición del texto, en el cual se señalará su ubicación. De enviarse el trabajo por vía electrónica las fotos deberán estar en formato jpg. El envío del manuscrito implica que éste es un trabajo aún no publicado, excepto en forma de resumen, y que no será enviado simultáneamente a ninguna otra revista. No genera ningún derecho en relación al mismo. Los manuscritos aceptados serán propiedad de la SCGP. Podrán ser publicados mencionando la fuente y con autorización de la SCGP. Los manuscritos originales recibidos no serán devueltos.

El Comité Editorial evaluará los artículos y decidirá sobre la conveniencia de su publicación. En algunos casos podrá aceptarlo con algunas modificaciones o sugerir la forma más adecuada para una presentación nueva.

El nombre del autor (es) ,en máximo de seis ; título profesional y posición actual se deberán escribir en la primera página junto con el título del artículo, seguido por los coautores, en orden de importancia, en número máximo de seis.

El título debe ser corto, específico, claro y hacer referencia al trabajo o hallazgos presentados. Cada artículo tendrá un resumen donde se describan la metodología y los hallazgos más importantes; irá al comienzo del artículo y hace innecesario otro extracto dentro del texto. Además, este resumen debe estar en inglés (abstract). También, debe llevar máximo 4 palabras clave en español y en inglés.

Todas las referencias se enumeran consecutivamente de acuerdo con el orden en que aparezcan en el texto. Para las citas de las revistas se incluirá en su orden: apellido e iniciales del nombre del autor (es); si son 6 ó menos se citan todos; si son más de 6, se mencionan los 3 primeros y después la abreviatura et al.; título del artículo, nombre de la revista (destacado) y según las abreviaturas aceptadas por el Índex Medicus (consultar), año de publicación, volumen (destacado) y número de la primera y última páginas del trabajo consultado.

Los cuadros, las gráficas y las fotografías deben ser originales del autor (es). Si son modificaciones o reproducciones de otro artículo, es necesario acompañar el permiso del editor correspondiente.

La Revista "Cirujano" y la SCGP no se responsabilizan por ningún acto directa o indirectamente relacionado con la publicación y difusión de los artículos remitidos y/ o publicado.

INFORMACIÓN PARA LOS CONTRIBUYENTES

Cirujano es la Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, a la que se puede contribuir de diferentes formas: Trabajos de investigación y artículos originales. Que incluye investigaciones y trabajos inéditos de interés para los Cirujanos generales. La presentación deberá seguir las normas de la literatura médica científica mundíal según el Estilo Vancouver del Comité Internacional de Editores de revistas médicas.

Revisión de temas. Se realizan por invitación del Comité Editorial e Incluyen diferentes temas de interés en Cirugía General, Reportes Clínicos, casos con relevancia clínica o quirúrgica que ameriten su publicación.

Comunicaciones breves. Son notas cortas sobre un tema quirúrgico en particular o comentario de algún problema reciente. La bibliografía se debe limitar a un máximo de 10 citas.

Revistas de Revistas, Son artículos de excepcional interés aparecidos en otras revistas. Siempre se mencionará que son una publicación previa, y se incluirá el permiso del editor respectivo.

Las contribuciones se deben dirigir a la SCGP.

Los artículos que aparezcan en la revista son de exclusiva responsabilidad del autor (es) y no necesariamente reflejan el pensamiento del Comité Editorial ni de la SCGP. La Revista se reserva el derecho de publicar los artículos que lleguen al Comité Editorial. Los derechos de reproducción pertenecerán a la SCGP. Se puede reproducir los artículos publicados, previa autorización de la SCGP, realizando, en todos los casos, mención expresa de la fuente.