Doctor
MAURICIO DE LOS REYES CABEZA CABEZA
JUEZ CUARENTA Y CUATRO (44) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ
j44cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co
E. S. D.

REF.	**Aporta dictamen pericial de especialista en cirugía general**
Radicado:	2020-0163
Proceso:	Verbal de Responsabilidad Médica
Demandantes:	Darío Alberto Alviar y otros
Demandados:	Clínica Partenón Ltda y Caja de Compensación Familiar Compensar – Compensar EPS

MARÍA CATALINA PACHÓN VALDERRAMA, mayor de edad, domiciliada en esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 1.019.050.274 de Bogotá D.C., y portadora de la tarjeta profesional número 251.617 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi condición de apoderada de la entidad denominada **CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**, en su programa de entidad promotora de salud - **COMPENSAR EPS**, por medio del presente escrito y en cumplimiento de lo dispuesto por el Despacho en auto del 28 de junio de 2024, notificado en estado electrónico del 2 de julio de 2024, me permito aportar dictamen pericial rendido por la especialidad de cirugía general.

En este sentido, junto con el presente memorial se adjunta dictamen pericial rendido por el especialista, Doctor Luis Felipe Cabrera, junto con su hoja de vida en ciento ochenta y dos (182) folios.

La literatura que sirvió de apoyo en la experticia del especialista se deja a su disposición a través del siguiente link, debido al peso de los documentos: https://we.tl/t-yFrO08QgE3

Del Señor Juez, con todo respeto,

MARÍA CATALINA PACHÓN VALDERRAMA
C.C. No. 1.019.050.274 de Bogotá D.C
T.P. No. 251.617 del C.S. de la J.

DICTAMEN PERICIAL ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

Se lleva a cabo el presente dictamen pericial a solicitud de COMPENSAR EPS para ser aportado dentro del proceso de responsabilidad civil adelantado en su contra bajo el radicado 2020-0163 y que cursa en el Juzgado 44 Civil del Circuito de Bogotá.

A. Identificación del perito

Nombre: Luis Felipe Cabrera Vargas
Cédula: 1122121748
Especialidad: Cirugía general
Dirección: Calle 157 Numero 13b-20 casa 10 Conjunto Almeria
Celular: 3114342746
Email: luis.felipe.cabrera.v@gmail.com

B. Metodología

Para llevar a cabo el presente dictamen pericial se procedió a una lectura y estudio detallado de las historias clínicas de la CLÍNICA PARTENÓN correspondientes a la señora LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.) sumado a la revisión y conocimiento de artículos científicos, protocolos y guías médicas relacionadas en la bibliografía y en el anexo a este documento.

C. Respuestas al cuestionario

A continuación procederé a dar respuesta a las preguntas formuladas por COMPENSAR EPS con respecto a la atención médica brindada a la paciente LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.):

1. Sírvase indicar, ¿si la medicina es una ciencia exacta o no? En caso afirmativo o negativo, explicar las razones de su respuesta.

La medicina no es una ciencia exacta ya que cada paciente es único, sin embargo si debe basarse en la evidencia, la cual provee unos porcentajes de probabilidad acerca de los posibles desenlaces, paraclínicos, imágenes, diagnósticos y tratamientos en términos de efectividad, mortalidad, morbilidad y predicción, pero nunca llegan a ser el 100%, eso quiere decir que siempre existirá un rango de falla o de pacientes que se salgan de la curva y se comporten de manera inusual, lo cual nuevamente hace que la medicina no sea una ciencia exacta.

La medicina ha sido definida corrientemente como "la ciencia que tiene por objeto la conservación y el restablecimiento de la salud" (2), o "el arte de prevenir, cuidar y asistir en la curación de la enfermedad" (3), o finalmente, "la ciencia de curar y precaver las enfermedades" (4). Se puede objetar esas definiciones precisando que la medicina no ha sido siempre una ciencia, es decir, "conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas" (4), y que difícilmente ha sido en algún momento sólo un arte, o sea, "la disposición o habilidad para hacer alguna cosa" o "el conjunto de reglas necesarias para hacer bien alguna

cosa" (4). Desde el tiempo de la Grecia clásica se ha pensado que los dos objetivos de la medicina son conservar la salud y curar las enfermedades. De allí las dos hijas del dios Esculapio, Hygieia y Panacea (5). Hygieia era la diosa de la conservación de la salud, mientras que Panacea lo era de la curación de las enfermedades. De sus nombres han derivado las palabras higiene y panacea; esta última para dar a entender "un medicamento que se supone eficaz para curar diversas enfermedades" (2-4). Más recientemente, Claude Bernard (6), en su genial obra "Introducción a la Medicina Experimental", propone también que los dos objetivos de la medicina son "conservar la salud y curar las enfermedades".

Sin embargo, no se debe olvidar que si la salud fuera un don garantizado no nos preocuparíamos por conservarla. Es debido a que enfermamos o, lo que es lo mismo, a que perdemos la salud, que surge en nosotros esa preocupación. Por la razón, pensamos que al definir la medicina se debe hablar de prevenir las enfermedades más bien que de conservar la salud. Teniendo en mente estas consideraciones, proponemos definir la medicina como el conjunto de conceptos, procedimientos y recursos materiales, con los que se busca prevenir y curar las enfermedades. En las civilizaciones primitivas de la antigüedad y las que aún existen en diversas partes del mundo, los conceptos han tenido o tienen un doble contenido, mágico-religioso y natural. El contenido mágico-religioso consiste en que se cree que las enfermedades son castigo de los dioses por pecados cometidos, o resultado de la entrada en el cuerpo del demonio o espíritus malignos, o de hechizos o brujerías, o finalmente de pérdida de parte del propio espíritu (5). Esto vale para las enfermedades internas, que no tienen alguna causa natural fácilmente perceptible (5).

Los procesos con obvia causa externa, p.ej., traumatismo o heridas recibidas durante el combate, aunque también pueden ser interpretados como resultado del castigo de los dioses, son abordados preferencialmente en forma natural (5).

De acuerdo con este doble enfoque conceptual, los médicos primitivos llevaron o llevan a cabo una serie de procedimientos y emplearon o emplean una serie de recursos tales como ceremonias con ofrendas o ritos para prevenir la ira de los dioses (una especie de medicina preventiva) o calmarla (medicina curativa), magia, encantamientos, exorcismos, pasaje de algún animal por la superficie del cuerpo y/o apertura de su abdomen para observar sus vísceras (en un intento diagnóstico) como lo son los métodos del "pasaje del cuy" de nuestros grupos primitivos o la "hepatoscopía" de la antigua civilización caldea (5), suministro de medicamentos naturales ya sea cocimientos o extractos de plantas o minerales, curación de heridas con bálsamos o emplastos, reducción de fracturas y fijación de los miembros fracturados con tabillas, etc (5).

A través del tiempo y con el progreso de la civilización y el avance cultural, los conceptos médicos se han ido haciendo más y más científicos los procedimientos más técnicos, y los recursos más tecnológicos, sin querer esto decir que la ciencia, la técnica y la tecnología lo son todo en medicina. Muchas veces conceptos médicos tienen la forma científica pero carecen de una comprobación estricta, como la ciencia lo que requiere. Y no se puede ni se debe ignorar que el efecto curativo del médico y sus medicinas tienen siempre un contenido de sugestión, conocido generalmente como el efecto placebo (7).

Termino citando a William Osler, quien en el año 1903, en una conferencia ante sus alumnos sobre 'La palabra clave en medicina' decía: 'Más que ningún otro, el médico puede ilustrar la segunda gran lección, que no estamos aquí para sacar de la vida cuanto más podamos para nosotros mismos, sino para intentar que la vida de los demás sea más feliz. Es imposible que

nadie tenga mejores oportunidades para vivir esta lección que las que vosotros vais a disfrutar'. (...) 'La práctica de la medicina es un arte, no un comercio; una vocación, no un negocio; una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza. Con frecuencia lo mejor de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con pociones y polvos, sino con el ejercicio de la influencia del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del prudente sobre el necio…' Y concluía, 'Se ha hecho mucho, pero mucho queda por hacer; un camino ha sido abierto, y las posibilidades para el desarrollo científico de la medicina parece que no tuvieran límite. Excepto en su aplicación, como médicos generales, no tendréis mucho que ver con esto. Vuestro es un deber más alto y sagrado. No penséis en encender una luz que brille ante los hombres para que puedan ver vuestras buenas obras; al contrario, pertenecéis al gran ejército de trabajadores callados, médicos y sacerdotes, monjas y enfermeras, esparcidos por el mundo, cuyos miembros no disputan ni gritan, ni se oyen sus voces en las calles, sino que ejercen el ministerio del consuelo entre la tristeza, la necesidad y la enfermedad'.

2. De acuerdo con la literatura científica, ¿en qué casos se encuentra indicada la realización de una cistectomía de ovario por la vía abierta, esto es a través de laparotomía?

Una masa anexial asintomática que tiene baja probabilidad de ser maligna (menos del 1%) puede ser manejada sin intervención. En mujeres con masas benignas sospechosas en quienes se elige un manejo no quirúrgico, se recomienda realizar un seguimiento a intervalos regulares con evaluaciones clínicas, estudios de imagen y de laboratorio.27,28 El propósito de un protocolo de seguimiento es detectar una enfermedad prevalente que fue pasada por alto por pruebas diagnosticas poco sensibles, con el propósito de identificar lesiones benignas que pueden progresar en algunos casos a ser biológicamente significantes (transición a cáncer) y para ayudar a evitar sobre-tratamientos de lesiones biológicamente insignificantes (quistes de ovario funcionales, inactivos, benignos). Existen pocos datos que comparen específicamente el tiempo o algún otro método de seguimiento en mujeres con masas anexiales que son manejadas sin un tratamiento quirúrgico. En ausencia de evidencia sobre cuando decidir sobre las opciones de seguimiento, el propósito de un protocolo de seguimiento debe ser analizado en el contexto de las entidades que entra en el diagnostico diferencial y los resultados que se esperan. Los quistes simples de ovario tienen un riesgo muy bajo de anidar un proceso maligno (menos del %). Si un quiste de ovario simple representa una neoplasia benigna (quistes de inclusión o funcionales) el potencial biológico y la historia natural del quistes simple de ovario ha sido caracterizada a través de estudios morfológicos, de epidemiología molecular y seguimiento con observación a intervalos regulares con pruebas de detección (imagen y laboratorio). En punto central a discutir en un debate sobre el manejo no quirúrgico de un quiste de ovario unilocular es si el cáncer epitelial de ovario se origina de un evento de novo o representa la transición de un quiste epitelial benigno pre-existente. Si un quiste epitelial de ovario benigno representa una lesión precursora o de alguna manera indica un mayor riesgo de malignidad, entonces el punto límite para decidir una intervención quirúrgica para una masa anexial quística simple dada podría ser enormemente influenciada por esta asociación. A través del estudio de las características histológica y genética de neoplasia ováricas epiteliales y de ovarios normales obtenidos de mujeres de alto riesgo con

antecedentes familiares de cáncer ovárico familiar, no se ha demostrado que las inclusiones serosas, la pseudo-estratificación epitelial, la metaplasia y los quistes de ovario epitelial benignos representan lesiones precursoras para un cáncer de ovario. Solo el cáncer epitelial borderline probablemente representa un precursor del carcinoma epitelial tipo I (de bajo riesgo y que se presenta frecuentemente en pacientes jóvenes) (Tabla 2).29,30 Así mismo la remoción quirúrgica de un quiste de ovario simple persistente no se asocia con una reducción en la frecuencia de muertes esperadas por cáncer ovárico con relación a otros tipos de cáncer y que el manejo no quirúrgico (solo observación) de un quiste de ovario unilocular menor de 10 cm no se asocia con evidencia de transformación maligna en periodo de observación prolongados.30 Aunque la duración y métodos de seguimiento así como el punto límite en el cual decidir una intervención es variable, se recomienda que el seguimiento de mujeres con un quiste ovárico unilocular sea realizado con ultrasonografía cada 3 a 6 meses en conjunto con la determinación seriada del antígeno CA-125.27,28,30 Los protocolos que utilizan la repetición de estudios ultrasonográficos cada 3 a 6 meses parecen ser igualmente seguros ya que los cánceres identificados durante el seguimiento son raros 8 menos del 1%). Aunque ya se sabe que la vigilancia se suspende cuando ocurre la desaparición de un quiste ovárico uniloculado durante el seguimiento, todavía no está bien establecido cuando detener o incrementar los intervalos de seguimiento con estudios de imagen en una paciente en quien el quiste ovárico simple uniloculado se ha mantenido estable en tamaño y características morfológicas o incluso ha disminuido de tamaño en las evaluaciones de seguimiento. Sin embargo si el propósito del seguimiento es detectar casos prevalentes de cáncer que fue pasado por alto por pruebas muy poco sensibles más que monitorizar una posible progresión de una lesión benigna a una neoplasia maligna, entonces una serie limitada de pruebas diagnósticas repetidas debería incrementar la sensibilidad diagnóstica de la prueba para excluir de manera seguirá un proceso maligno con una confiabilidad aceptable. Aunque no existen guías ben establecidas sobre este aspecto, en la opinión de un autor, uno o dos ultrasonidos realizados a intervalos de 3 a 6 meses dan una sensibilidad diagnóstica suficiente para el seguimiento de un quiste ovárico simple unilocular que es estable o disminuye de tamaño.3 Las determinaciones seriadas del antígeno CA125 pueden ser consideradas si otros indicadores clínicos sugieren un mayor riesgo de malignidad. Las pacientes evaluadas con esta estrategia pueden tener temores y concepciones erróneas acerca del seguimiento, por lo que es importante darle información clara y consistente, quizás reforzada con material audiovisual, para reafirmarle lo que se le ha informado sobre la biología de su quiste de ovario y la seguridad de este plan clínico de seguimiento y con ello darle tranquilidad y confianza. En caso de un cambio morfológico importante durante el seguimiento, puede ser necesaria la intervención quirúrgica. Desafortunadamente, el umbral (límite)n para definir lo que es un cambio morfológico importante no existe. Cuando se están estableciendo expectativas de una interpretación de los intervalos de seguimiento, es necesario considerar la historia natural de los quistes de ovario uniloculares definidos por estudios de seguimiento con ultrasonido tanto en mujeres pre y postmenopáusicas. Manejo de masas anexiales en mujeres en edad reproductiva Las masas anexiales en este grupo etario representan generalmente quistes funcionales o fisiológicos los cuales involucionan en un periodo variable de tiempo, frecuentemente en un promedio de 3 meses. En este grupo de pacientes es conveniente dividir

las masas anexiales en quísticas y no quísticas, ya que la mayoría de las masas quísticas simples (50-90%) se resuelven espontáneamente dentro de los dos ciclos menstruales siguientes.31 El manejo médico no ofrece ninguna ventaja sobre la observación sin intervención. Los anticonceptivos orales, utilizados durante tanto tiempo, no tienen ninguna utilidad para el manejo y resolución de quistes funcionales, aunque pueden ser de utilidad para el manejo del dolor e irregularidades menstruales asociadas y ayudar en la interpretación de los estudios de imagen, al suprimir la ovulación. 32,33 Las indicaciones para someter a una paciente a tratamiento quirúrgico incluyen:

a. Tamaño mayor de 8-10 cm.
b. Crecimiento en dos exploraciones subsecuentes (Clínica y ultrasonográfica).
c. Dolor.
d. Preocupación personal y familiar.
e. Falla en resolverse espontáneamente.
f. Hallazgo incidental durante un procedimiento quirúrgico diferente (Histerectomía).

En todos los casos se recomienda aplicar los principios de la cirugía oncológica, aún para los casos de apariencia benigna ya que una tercera parte de los tumores malignos tienen apariencia benigna.34 Los quistes gigantes deben de ser removidos completos y colocados en una endobolsa donde se aspiran, cuidando de no derramar líquido para facilitar su extracción. En el caso de masas no quísticas (sólidas o complejas) la mayoría de los autores recomiendan la laparotomía, ya que la laparoscopía puede dar falsos negativos en la identificación de tumores malignos en una tercera parte de las pacientes. Hasta donde sea posible en mujeres en edad reproductiva jóvenes, se debe de realizar quistectomía. No se recomienda la punción del quiste por su alta tasa de recurrencias. En premenopáusicas la anexectomía es una opción aceptable.35 En los endometriomas la exéresis de la cápsula tiene mejores resultados en cuanto a recurrencia que la coagulación de la pared.

Manejo en pacientes postmenopáusicas

Lo mismo sucede para el manejo de masas anexiales en postmenopáusicas, en las cuales el estándar ha sido el manejo por laparotomía exploradora para asegurar una exposición adecuada de un posible cáncer de ovario. A finales de los años 80's se ha cuestionado este abordaje ya que algunas series han observado una alta tasa de masas benignas en este grupo de pacientes (hasta un 75% de estas masas son histológicamente benignas).36,37 En este grupo de pacientes está contraindicado realizar cistectomías, por lo que en todos los casos se debe realizar ooforectomía con biopsia transoperatoria y el ovario contralateral debe de ser removido si existen antecedentes familiares y si la paciente desea su remoción. En un gran estudio de seguimiento de 4 años de duración con vigilancia ultrasonográfica, 54 % de los quistes identificados inicialmente permanecieron sin cambios durante el seguimiento y 34% se resolvieron espontáneamente en un 1 año.28 Aunque un 12% desarrollaron cambios morfológicos, no hubo ningún caso de cáncer invasor identificado que fiera atribuido al quiste unilocular inicialmente identificado. Sin embargo, una incidencia del 8 al 12% anual de nuevos

quistes simples fue documentado en mujeres postmenopáusicas, lo que consistente con lo publicado previamente en la literatura.38 Estos hallazgos sugieren que un protocolo de seguimiento que utiliza estudios de imagen en múltiples intervalos puede incrementar la probabilidad de una intervención quirúrgica sin mejora necesariamente la capacidad diagnóstica, lo cual se relaciona con el objetivo final primario: detección del cáncer de ovario.

MASA ANEXIAL DE RIESGO INTERMEDIO PARA MALIGNIDAD (POSIBLE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA)

En mujeres en las que se detecta una masa anexial de riesgo intermedio para malignidad basados en su riesgo basal y los resultados de las pruebas de detección iniciales, es necesario realizar un mayor escrutinio para valorar el riesgo de una intervención quirúrgica comparado con observación y vigilancia. En estas pacientes existe un riesgo de malignidad que no debe ser pasado por alto (mayor al 1%) y debe ser estratificado basado en una evaluación cuidadosa de los factores de riesgo clínicos basales y los resultados de las pruebas diagnósticas. La mayoría de las masas anexiales de complejidad sonográfica intermedia son de origen benigno y frecuentemente son endometriomas, quistes hemorrágicos, hidrosalpinx y teratomas benignos. Sin embargo una pequeña proporción de estas masas anexiales serán malignas. El riesgo potencial de un proceso maligno y las consecuencias de un retardo en el diagnóstico y una posible intervención quirúrgica de una patología significante, si como los costos y la morbilidad potencial asociada con la cirugía si esta se realiza únicamente con propósitos diagnósticos, necesita ser considerado.

Cuando se está manejando una masa anexial de riesgo intermedio, el temor de un retardo en el diagnóstico de cáncer de ovario influye en la toma de decisiones. Por lo tanto, es adecuado entender las consecuencias potenciales del retraso en el diagnóstico. Las tasas de cura de una cáncer de ovario son mucho más altas cuando este se detecta en etapas tempranas; por lo que un retardo en el diagnóstico de un estadio I del cáncer de ovario no es deseable, particularmente en el caso de un cáncer epitelial de ovario. Sin embargo, es difícil diagnosticar un cáncer de ovario en etapa I, ya que la mayoría de ellos (79%) se encuentra en etapas avanzadas cuando ya han dado metástasis a otros órganos.39 En cambio todos los tumores borderline que se identifican se encuentran en etapas tempranas, por lo que se debe conocer las diferencias en la biología de estas dos entidades y entender que los programas de detección no son capaces de detectar masa con una biología indolente y que son relativamente estables. Así mismo las dificultades existentes para detectar el cáncer de ovario tipo II confinado al ovario han llevado a diseñar estudios clínicos con el objetivo de intentar estimar la historia natural preclínica del carcinoma seroso del ovario. El cáncer de ovario tipo II parece originarse como un evento de novo mas que la transformación maligna de una lesión benigna precursora; sin embargo, se estima que el 90% de la enfermedad confinada al ovario (y por lo tanto la oportunidad de detección temprana) ocurre en una lesión con dimensiones menores de 0.9 cm.40 Aun si esta lesión ya ha metastizado, se asume que el diagnóstico de cáncer de ovario epitelial en un momento temprano en el tiempo y con una menor masa tumoral mejorará la tasa de éxito del tratamiento. Sin embargo, la magnitud del efecto en la sobrevida

con esta detección temprana de un cáncer invasor no se encuentra completamente definida.39 En mujeres con masas benignas, existe también un beneficio teórico de la escisión quirúrgica en la ausencia de síntomas, entre las que se pueden incluir, la prevención de un cuadro agudo que requiere una intervención quirúrgica de urgencia. Una de las condiciones más común es la torsión anexial (frecuentemente asociada con neoplasias benignas, como el cistadenoma y el teratoma). Otra puede ser la ruptura espontánea de un quiste (como un teratoma quístico maduro un endometrioma). Las consecuencias potenciales de la torsión ovárica y la ruptura de un quiste, como la hemorragia y la peritonitis química en caso del teratoma, se encuentran bien descritas en la literatura. En el escenario de la ruptura espontánea de un teratoma quístico maduro, la fuga de material sebáceo puede dar como resultado una peritonitis química dramática, aunque esto no es frecuente que ocurra cuando la ruptura ocurre durante el manejo quirúrgico en el cual se tiene el cuidado de aspirar todo este material y evitar que se disemine a toda la cavidad abdominal.41 Realmente estos eventos son raros entre las mujeres con una masa anexial benigna, el riesgo real de torsión y ruptura espontánea atribuibles a una masa anexial se desconoce debido a que no se conoce la prevalencia real de las masas anexiales. Sin embargo, en el caso de quiste dermoide del ovario, la tasa de ruptura iatrogénica intraoperatoria reportada del 15% al 28% y la peritonitis asociada reportada en la literatura exceden por mucho el riesgo de ruptura espontánea.41 Aunque las neoplasias epiteliales benignas no parecen incrementar el riesgo de carcinoma epitelial del ovario, el teratoma quístico maduro y el endometrioma son entidades benignas que se asocian con un riesgo de transformación maligna del 0.17 al 1%, en las pacientes que se someten a cirugía por estas indicaciones.42 Sin embargo, se desconocen el riesgo real de una transformación maligna entre la las mujeres con estas condiciones y el impacto global de la escisión quirúrgica con propósitos preventivos.

MASA ANEXIAL DE ALTO RIESGO PARA MALIGNIDAD (REQUIERE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y REFERENCIA AL ONCÓLOGO)

Las masas anexiales sospechosas de malignidad por los hallazgos clínicos, de imagen y marcadores tumorales requieren exploración quirúrgica. Se ha demostrado que la sobrevida es mayor en pacientes con cáncer de ovario cuyo tratamiento inicial fue manejado por gineco-oncólogo comparado con el de un ginecólogo general.43,44 Por otra parte, el realizar una segunda intervención por una estadificación quirúrgica inicial inadecuada o una citorreducción tiene costos y morbilidad sustanciales. Para facilitar una evaluación inicial adecuada, el Colegio y la Sociedad de Oncólogos Ginecológicos han publicado unas guías para la referencia de mujeres con masas pélvicas que tienen altas probabilidades de ser un cáncer de ovario. Estas guías incluyen la siguiente lista de indicadores, que de estar presente en una mujer postmenopáusica requieren ser referidas al Oncólogo Ginecólogo:

a. Nivel elevado de CA-125
b. Ascitis
c. Masa pélvica nodular o fija
d. Evidencia de metástasis abdominal o a distancia

e. Historia familiar de cáncer de ovario o mama en uno o más familiares de primer grado
f. CA-125 mayor de 200 UI/mL

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA MASA ANEXIAL

Morbilidad y mortalidad quirúrgica Ante cualquier decisión con respecto a decidir realizar una cirugía anexial para el manejo de una masa anexial, debe entenderse el riesgo de morbilidad y mortalidad secundaria a la cirugía. Los riesgos de morbilidad y mortalidad quirúrgica están influenciados por una gran cantidad de variables como las características de la paciente, edad, co-morbilidades, tipo de abordaje quirúrgico (laparoscopia o laparotomía), extensión del procedimiento quirúrgico realizado y el diagnóstico (carcinoma o patología benigna) En Estados Unidos, el riesgo de mortalidad global identificado en casos de abordaje laparoscópico puede variar del 0.2 al 2.3% durante el manejo de una masa anexial; las tasas de riesgo de mortalidad son más altas para laparotomía, variando de un 0.6 al 14%.45 Aunque el riesgo de mortalidad identificado para laparoscopia parece ser bajo, las complicaciones operatorias como hemorragia, lesión a órganos y conversión a laparotomía se reportan en el 1.7 al 22% de las mujeres sometidas a laparoscopía por una masa anexial.45

Extensión de la cirugía

Si se decide llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, entonces el abordaje y extensión del procedimiento deben ser considerados cuidadosamente para disminuir el riesgo de morbilidad.

Tratamiento laparoscópico

Para muchos el manejo quirúrgico tradicional de las masas anexiales ha sido la laparotomía exploradora, aunque en las últimas dos décadas, con los avances en las técnicas laparoscópicas, se ha dado un incremento en la utilización de la laparoscopía en cirugía ginecológica. La principal preocupación con el abordaje laparoscópico para el manejo de la masa anexial es el riesgo de estar tratando un cáncer de ovario. Con los métodos de diagnóstico más recientes como la utilización del antígeno CA-125, el ultrasonido transvaginal, incluyendo el ultrasonido Doppler y las biopsias intra-operatorias por congelación, el tratamiento laparoscópico de las masas anexiales se considera seguro, ofreciendo a las pacientes una disminución en el riesgo de morbilidad, mortalidad y costos sin afectar la atención de la minoría de pacientes con masas anexiales malignas. Una de las principales ventajas del manejo laparoscópico de las masas anexiales, es evitar la laparotomía y el sobretratamiento, además de los beneficios ya conocidos de la laparoscopía como menor estancia hospitalaria, recuperación más rápida, disminución del dolor postoperatorio, menor formación de adherencias y menor costos para la paciente y el hospital. Ya que la mayoría de las masas anexiales son benignas, con una frecuencia de malignidad en premenopáusicas del 7-13% y del 8-45% en postmenopáusicas. La incidencia de cáncer de ovario no sospechado al momento de la laparoscopía es del 0.04%. 46 Un diagnóstico de certeza al momento de la

cirugía es la clave para el manejo exitoso de las masas anexiales en mujeres en edad reproductiva. Los indicadores más confiables de malignidad son la combinación de la exploración laparoscópica y las biopsias transoperatorias,47 aunque se ha reportado una discrepancia del 3% entre las biopsias transoperatorias por congelación con el diagnóstico histopatológico final. Por lo tanto, aunque la laparoscopía es segura y confiable para el diagnóstico y tratamiento de masa anexiales, siempre hay que tener en mente los principios de la cirugía oncológica.

Cáncer de ovario

Las indicaciones de laparoscopía en pacientes con cáncer de ovario son:

a. Estadificación.
b. Laparoscopía de segunda mirada.

La laparoscopía es muy atractiva para estratificar un cáncer de ovario, debido a la magnificación, ya que se puede explorar completamente la cavidad peritoneal. En manos experimentadas la laparoscopía puede ser una opción para estadificar un cáncer de ovario sin afectar el resultado.36 Pero aun la laparoscopía debe ser considerada únicamente en estudios bien diseñados. En lo que respecta a la laparoscopía de segunda mirada, este es el método más certero para evaluar el estado de la enfermedad en pacientes que han sido sometidas a estadificación y han recibido quimioterapia.

Riesgos de la laparoscopía en el manejo de las masas anexiales

a. Falla para reconocer una masa maligna.
b. Incapacidad para proceder a una laparotomía si se detecta un cáncer y por lo tanto retardo del tratamiento.
c. Ruptura y derrame del contenido del quiste.
d. Metástasis en los sitios de los puertos.
e. Diseminación intraperitoneal del tumor.

El principal riesgo es el manejo inadecuado del cáncer de ovario, ya que se ha reportado hasta un retardo del tratamiento de 4 semanas posterior al diagnóstico inicial, lo cual puede alterar desfavorablemente el resultado.34 El derrame del contenido de una masa quística es un problema tanto en la laparoscopía como en la laparotomía trátese de condiciones benignas o malignas. Por los ejemplos mencionados anteriormente, para el manejo de cistadenomas mucinosos (pesudo-mixoma peritoneal) y teratoma quístico benigno (peritonitis). El derrame de líquido de un quiste maligno cambia la estadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) de un Estadio Ia a Ic, sin embargo algunos estudios no han encontrado que este cambio en la estadificación afecte la tasa de recaídas o el pronóstico ya que la sobrevida a 5 años para paciente con estadio I de cáncer de ovario es similar en paciente con y sin ruptura intraoperatoria del quiste, sin embargo la ruptura espontánea si

afecta la sobrevida, por lo que se recomienda hasta donde sea posible evitar la ruptura y derrame del líquido del quiste (Tabla 7).48,49 Las metástasis de los sitios del puerto han sido reportadas tanto con laparotomía como con laparoscopía, la cual se ha dado en el 1% aproximadamente después de laparotomía y del 1-2% después de laparoscopía.50 El mecanismo es la contaminación directa por el procedimiento quirúrgico durante la extracción del tumor. Otro mecanismo propuesto es la influencia que pueda tener el CO2 utilizado para insuflación, aunque esto únicamente se ha observado en estudios de animales y estos modelos no son aplicables a los humanos.51

Cistectomía comparada con ooforectomía

La elección entre cistectomía ovárica y ooforectomía está en función de varios factores entre los que se incluyen el diagnóstico preoperatorio, edad de la paciente, deseo de fertilidad futura y la presencia de síntomas. En lesiones de bajo riesgo, como el cistadenomas, el teratoma maduro benigno o un endometrioma, la preservación ovárica mediante una cistectomía es un procedimiento razonable, especialmente en pacientes premenopáusicas. En el caso de una masa anexial de riesgo intermedio para malignidad en la cual el diagnóstico de un proceso maligno no puede ser excluido, se debe evaluar el riesgo de ruptura del quiste y el consecuente cambio de estadificación del tumor (de Ia a Ic) con el beneficio potencial de la preservación del ovario afectado y la afectación en la sobrevida a 5 años por el cambio de estadificación. Tabla 7. Sobrevida a 5 años libre de enfermedad en pacientes con cáncer de ovario Estadio Ia y Ic.

RUPTURA	N	Sobrevida a 5 años libre de enfermedad % (DE)
No	859	83.3 (1.4)
Antes de la cirugía	122	70.2 (4.6)
Durante la cirugía	89	71.6 (4.8)
Desconocido	475	75.4 (5.4)

En mujeres postmenopáusicas se recomienda la salpingo-ooforectomía unilateral con biopsia transoperatoria por congelación es una conducta aceptable como abordaje inicial y el procedimiento definitivo será dictado por el resultado de la biopsia transoperatoria.

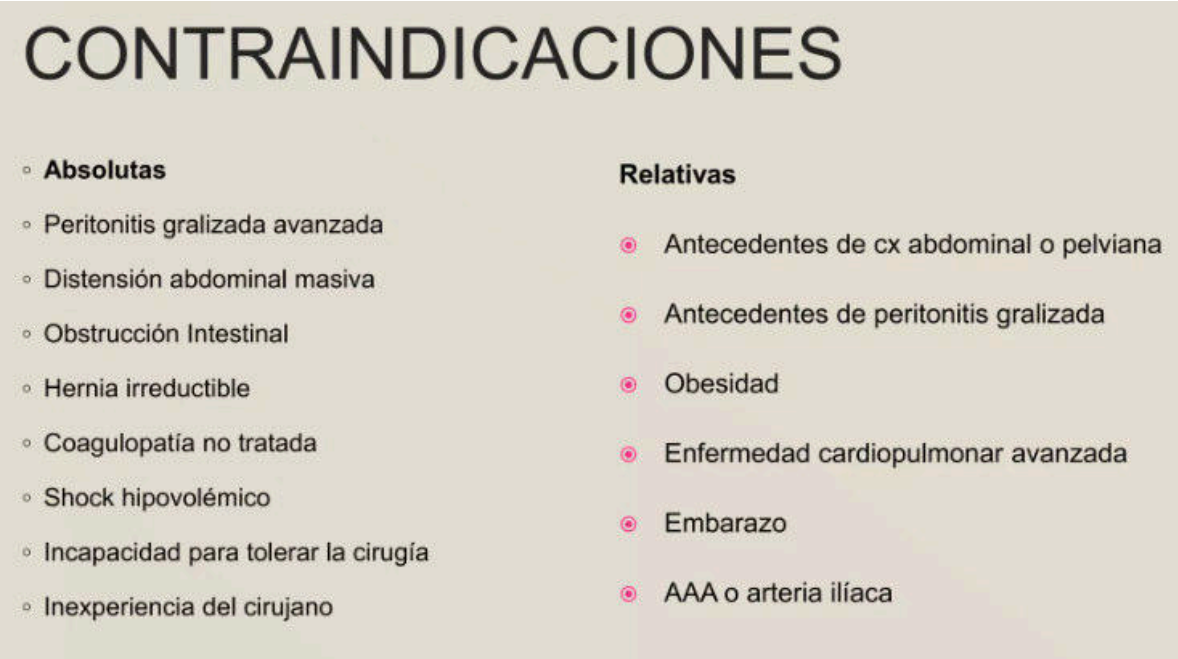
CONDUCTA A SEGUIR EN CASO DE UN OVARIO CONTRALATERAL NORMAL

En la mujer premenopáusica, la remoción quirúrgica de un ovario contralateral normal tiene una reducción mínima en el riesgo de desarrollar cáncer en el futuro y además existen varios argumentos clínicos a favor de la preservación del ovario contralateral normal. Además de los

beneficios conocidos sobre el impacto en la calidad de vida de la preservación de la función ovárica y de los efectos de la menopausia quirúrgica en el riesgo de mortalidad global subsecuente asociada al incremento en el riesgo cardiovascular y la fractura de cadera.52 La preservación del ovario contralateral es deseable en el caso de una masa unilateral benigna o un proceso bilateral benigno susceptible de ser manejado con cistectomía. No parece existir un beneficio oncológico apreciable de remover ovario en mujeres premenopáusicas con un tumor de células germinales, estromal o epitelial borderline estadio I.53-55

3. Conforme a su respuesta anterior, sírvase indicar ¿si la vía abierta era la indicada y pertinente para el caso de la cirugía practicada a la señora LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.) el 31 de enero de 2018? Explique su respuesta

Si, ya que la paciente presentaba una cirugía abdominal abierta previa, la cual es un factor de riesgo para presentar adherencias intestinales postoperatorias, tal como se evidencio en la cirugía de esta paciente y aumentar el riesgo de lesiones intestinales y colorrectales iatrogénicas inadvertidas durante la laparoscopia al disminuir y dificultar la obtención de un adecuado campo operatorio, convirtiéndose en una contraindicación relativa para el abordaje mínimamente invasivo, haciendo que el mejor abordaje de entrada para esta paciente fuera la cirugía abierta (laparotomía).



La cirugía laparoscópica tiene unas características, como son la visión bidimensional, la utilización de instrumental muy largo y la ausencia de tacto directo de los tejidos, que la diferencian básicamente de la cirugía convencional y que obligan al cirujano a un proceso de adaptación y aprendizaje; la falta de éste es lo que ha llevado a responsabilizar a la técnica de complicaciones debidas a sus ejecutores[1].

Complicaciones propias de la laparoscopia[2-8]

Derivadas de la introducción de la aguja de insuflación y de los trocares

Lesión de los vasos de la pared abdominal. Esta complicación es relativamente frecuente, se produce fundamentalmente con la introducción de los trocares y en especial con aquellos que poseen aristas cortantes, que por otra parte tienen la ventaja de requerir una menor presión para su introducción en la cavidad abdominal que los de punta cónica, menos causantes de esta complicación. La solución de la misma suele ser la compresión de la pared, bien directamente con la vaina, bien con la introducción de la camisa fijadora de la vaina que posee un mayor diámetro. Es infrecuente que se tenga que ampliar la herida para realizar una hemostasia directa del vaso sangrante. Es aconsejable la transiluminación de la pared para visualizar los vasos de mayor calibre con el fin de evitar su lesión así como la punción en el trayecto teórico de la arteria epigástrica. En nuestra experiencia de más de 2.500 procedimientos laparoscópicos en tres ocasiones la lesión de estos vasos ha condicionado una reintervención en el postoperatorio inmediato por hemorragia, que en todos los casos se ha llevado a cabo por vía laparoscópica, y ha sido solucionada con pequeñas ampliaciones de la herida correspondiente al punto de hemorragia.

Lesión de grandes vasos. La aparición de esta temida complicación suele ser debida a lesiones sobre la bifurcación aórtica o la cava produciéndose un gran hematoma retroperitoneal que obliga a la laparotomía urgente. La incidencia de esta complicación es afortunadamente baja, cifrándose en 0,05% en las grandes series multicéntricas pero frecuentemente mortal, por ello la introducción de la aguja y del primer trocar debe hacerse con sumo cuidado y con maniobras suaves. En la laparotomía hay que comprobar la existencia de herida vascular en la cara posterior del vaso a la altura de la herida anterior, y suturarla en su caso. No tenemos complicaciones de este tipo en nuestra serie.

Lesión de víscera hueca. Ésta puede ser en estómago, intestino delgado o colon. Puede producirse con mayor frecuencia cuando existe una cirugía previa abdominal, que implica la posible existencia de adherencias del tubo digestivo a la pared anterior, lo que aconseja la punción con la aguja de Veress lejos de la cicatriz laparotómica, en un cuadrante superior, normalmente el izquierdo o mejor, la colocación de un trocar de Hasson bajo visión directa. Esta lesión puede pasar desapercibida, lo que aumenta su gravedad al ser diagnosticada tardíamente. Nosotros hemos tenido un caso de lesión de este tipo, que se identificó y fue suturada por vía laparoscópica, en una paciente con laparotomía media y una lesión tardía de intestino delgado que drenó por el orificio umbilical, en una enferma sin cuadro adherencial, probablemente una lesión por bisturí eléctrico.

– Tracto gastrointestinal. Las lesiones del tracto gastrointestinal ocurren en 1-2 ‰ de los procedimientos laparoscópicos.

– Las lesiones gástricas sólo pueden producirse si hay una distensión gástrica, casi siempre por error en la intubación anestésica. Si por la aerofagia que presenta la paciente, y la hipoxia por la falta de ventilación se detecta la punción inadvertida de la aguja de Veress, no se requiere más tratamiento que colocar una sonda nasogástrica y venoclisis.
– Las lesiones intestinales (delgado y grueso) son poco frecuentes, pero pueden ocurrir incluso en manos expertas (sobre todo en presencia de síndrome adherencial). El test de aspiración por la aguja de Veress puede evidenciar la salida del contenido intestinal, o puede detectarse la salida de gases por el ano. La retirada de la aguja no comporta riesgo de peritonitis, pero requiere irrigación profusa de la zona con aspiración y una simple profilaxis con anaerobicidas. A menudo (40-50%) la perforación puede pasar inadvertida y mostrarse en el post-operatorio de forma solapada como íleo paralítico, fiebre o incluso estados de sepsis, sin que la clínica de peritonismo abdominal sea aparente (y, consecuentemente, de difícil diagnóstico). Así, en cualquier caso de evolución desfavorable a las 48-72 horas del post-operatorio es necesario sospechar la complicación y recurrir a exploraciones como la ecografía o el TAC para valorar entre otros signos la presencia de líquido intraabdominal libre.
– Lesiones vesicales. La vejiga soporta bien los traumas con agujas. No obstante, previamente a cualquier maniobra resulta preceptivo el sondaje y vaciado de la misma

Es una de las complicaciones más serias, porque puede no ser diagnosticada en el quirófano lo que incrementa el riesgo de peritonitis fecal y muerte.

• Lesiones de intestino grueso Complicación rara (0,1%) y si se produce afecta sobre todo al colon descendente. Un neumoperitoneo insuficiente y la existencia de adherencias que lo desplazan a la línea media favorecen su lesión. El olor fétido es el primer síntoma y la visualización de la luz intestinal es concluyente. Si el diagnóstico no es inmediato, la clínica se instaura a las pocos días con un cuadro de dolor abdominal y contractura de abdomen. Estaría indicada la laparotomía para llegar al diagnóstico, previa cobertura antibiótica y la colaboración de un cirujano digestivo. La gravedad del cuadro depende del grado de aseptización del intestino. La reparación o resección debe ir seguida de una ileostomía si la lesión afecta al colon ascendente, o de una colostomía en las demás localizaciones. El cierre debe hacerse dejando drenajes. El cierre de la colostomía o ileostomía se practica varios meses después.

• Lesiones de intestino delgado Aunque las causas que provocan una lesión intestinal por el trócar son las mismas que hemos mencionado al referirnos al intestino grueso, debemos diferenciarlas porque su frecuencia es mayor (0,16 a 0,18% de las laparoscopias) y porque el tratamiento y la gravedad de las mismas son diferentes. Las lesiones pueden ser sólo de la serosa, afectar parcialmente a la muscular, perforar la pared o provocar una perforación doble. El tratamiento puede ir, desde la observación clínica sin actuación inmediata, a la laparotomía para confirmar la extensión de las lesiones y su sutura si es posible. Si la perforación es amplia o si afecta a la irrigación sanguínea de la zona es mejor hacer una resección del segmento y anastomosis inmediata. Es aconsejable al menos la supervisión de un cirujano general. Si la lesión no se ha diagnosticado en el acto, o se ha optado por la observación y la paciente inicia

un cuadro clínico de dolor, defensa abdominal y fiebre, la laparotomía debe ser inmediata y proceder en función de los hallazgos, que consistirá en resecar las zonas necróticas o no vascularizadas y recabar la presencia de un cirujano digestivo. No hay que olvidar que en estas circunstancias la peritonitis es grave y puede poner en peligro la vida de la enferma.

Lesión de víscera solida. Es infrecuente, se descubre una vez introducida la óptica y no suele revestir gravedad ya que suele tratarse de punciones superficiales del hígado, que paran espontáneamente de sangrar.

Hernias de los orificios de los trocares. Complicación poco frecuente en los orificios de 5 y 10 mm en situación lateral, sobre todo si se han realizado de forma oblicua. Pueden aparecer si es necesaria la ampliación del orificio para la extracción de la pieza, sobre todo en la zona umbilical, por lo que aconsejamos la sutura de la aponeurosis de los trocares de la línea media. Hemos tenido cuatro eventraciones por trocares.

En resumen, la utilización de trocares de un solo uso con dispositivo de seguridad que salta en cuanto cesa la resistencia que ofrecen los tejidos y el sumo cuidado en la punción con la aguja de Veress favorecen la disminución de todo este grupo de complicaciones.

Derivadas del neumoperitoneo

Insuflación del gas en la pared abdominal, mesenterio, epiplón o retroperitoneo. La insuflación del CO_2 en el epiplón, mesenterio o retroperitoneo produce un enfisema que no tiene mayor repercusión y que desaparece rápidamente. Cuando esta insuflación se produce en la pared abdominal causa un enfisema subcutáneo, que si bien no tiene trascendencia clínica sí puede dificultar la consecución del neumoperitoneo. Es conveniente estar muy atentos a las presiones que marca el insuflador y que nos advierten de la incorrecta colocación de la aguja.

Dolor en los hombros. Parece estar relacionado con la irritación de los diafragmas por el CO_2, y por la rápida insuflación del mismo en la cavidad abdominal; por ello se aconseja no utilizar flujos en la instauración del neumoperitoneo superiores al 1 o 1,5 l por minuto, y a ser posible no superar los 13 mmHg de presión. Este dolor es fácilmente combatible con analgésicos y desaparece en 48 h.

Embolia gaseosa. Producida por la insuflación directa en un vaso venoso de gran calibre, o por la existencia de boquillas venosas producidas en las amplias disecciones, se trata de una grave complicación que se produce en uno de cada 65.000 procedimientos laparoscópicos y que obliga a una rápida descompresión de la cavidad abdominal seguida de las maniobras de recuperación cardiorrespiratorias.

Neumotórax. Se presenta en un 4% de los pacientes a los que se les ha sometido a un procedimiento por vía laparoscópica. Su mecanismo de aparición no está claro, se invoca tanto al barotrauma de la insuflación del neumoperitoneo, como a posibles defectos diafragmáticos

que posibilitan su establecimiento. En la gran mayoría de las ocasiones no precisan de terapéutica alguna.

Problemas respiratorios. La hipercapnia que tiene lugar durante la cirugía laparoscópica se debe a la suma de dos factores: el aumento del espacio muerto, debido a la existencia de alvéolos bien ventilados pero deficitariamente perfundidos y a la absorción del CO2 a través del neumoperitoneo. La medición del CO2 expirado (ETCO2) será un buen método de control no invasivo.

La saturación de O2 no parece estar alterada por el neumoperitoneo; por otra parte, sí se encuentra elevada la presión-pico (máxima presión producida en la vía aérea en cada ciclo respiratorio). Asimismo, se produce una discreta acidosis metabólica, que se hace más evidente cuanto mayor es la repercusión hemodinámica.

Repercusiones hemodinámicas. Al inicio de la insuflación se produce un aumento de la presión venosa central (PVC), de la presión arterial media y del débito cardíaco, pero una vez establecida la presión media de trabajo (12-14 mmHg) ésta es superior a la de la vena cava, con lo que la PVC disminuye al igual que el débito cardíaco.

La hipoxia, la hipercapnia y la disminución del gasto cardíaco pueden constituir los factores más importantes en la aparición de trastornos del ritmo cardíaco. Un adecuado control de la ventilación ayuda a minimizar estos problemas.

Complicaciones derivadas del uso del material quirúrgico laparoscópico

La utilización de instrumental dentro de la cavidad abdominal debe realizarse siempre bajo visión de la óptica, para evitar lesiones en los distintos órganos abdominales, por lo que seguiremos todo su recorrido desde su entrada en la cavidad. Las lesiones producidas por un incorrecto uso o movilización incontrolada del instrumental quirúrgico pueden pasar desapercibidas con lo que aumenta su gravedad.

Comentario aparte merece la electrocoagulación, que se utiliza con el disector, la tijera o las pinzas de hemostasia. Su uso inadecuado puede producir lesiones térmicas en lugares no deseados (diafragma, tubo digestivo, vía biliar, etc.). Es importante comprobar la integridad del aislante en toda la longitud del instrumental para evitar lesiones de electrocoagulación fuera del campo visual de la óptica, y tener en el mínimo la potencia de corte del electrobisturí para evitar lesiones agudas.

4. Sírvase indicar, ¿en qué consiste la presencia de adherencias peritoneales?

Las adherencias intraperitoneales son formaciones fibrosas de orígenes congénitos o adquiridos, siendo las postoperatorias las más frecuentes. Las adherencias se establecen entre vísceras, omentos y la pared abdominal, revistiendo distintas formas. Una de las formas es la

denominada brida. Se entiende como brida a una formación fibrosa en banda o cuerda que forma un puente entre dos estructuras. Las bridas son frecuentes pero el término de adherencias abarca a todas las formas que puedan encontrarse. Su interés clínico deriva que es la causa más frecuente de reoperaciones por obstrucción del tubo digestivo superando el 50%14-37 y las recidivas son un desafió no totalmente resuelto y tienen un alto costo. CLASIFICACIÓN Las adherencias postoperatorias son las más frecuentes (alrededor del 80%) seguidas por las de causa inflamatoria (Diverticulitis, enfermedad de Crohn, procesos ulcerativos, etc.) y las de origen congénito que son poco frecuentes.

EPIDEMIOLOGÍA

Las adherencias peritoneales son bastantes frecuentes, se producen en el 60% de las operaciones abdominales y solo una cantidad inferior pero importante produce complicaciones. En estados Unidos es responsable de 117 internaciones por 100.000 habitantes por año. Entre un 20 a 35% de las operaciones abdominopélvicas reconocen como causa adherencias. Ellis 11 señala un 34,6% sobre 29790 pacientes con cirugía abdominal o pélvica fueron readmitidos y estos tuvieron un promedio de 2,1 veces de internación en un lapso de 10 años por desordenes relacionados a adherencias. La mayor parte de las estadísticas muestran una mayor frecuencia en mujeres, lo que seria debido a adherencias por patologías abdominopélvicas propias del sexo femenino30 .

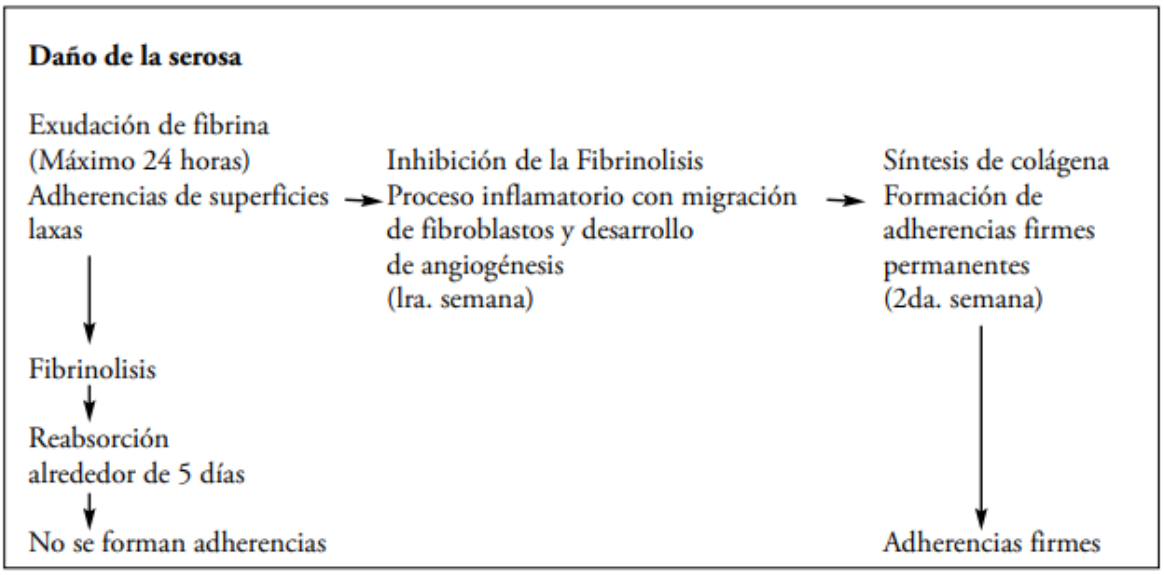
ETIOPATOGENIA

Las adherencias reconocen en su origen un daño del peritoneo que puede ser debido a distintos causas (Ver Cuadro Nro. 2). La injuria quirúrgica es una de las causas más frecuentes, la que se manifiesta en zonas de resección y en las anastomosis, las que están agravadas cuando hay filtración en las mismas. La falta de irrigación por secciones vasculares produce zonas de isquemia. Las agresiones cuando se producen sobre vísceras predisponen en mayor grado a la formación de adherencias que las lesiones del peritoneo parietal 16 . La injuria del peritoneo también se ve favorecida cuando se utilizan sustancias como el yodo (povidona) 22 . La injuria térmica por uso indebido del electrobisturí, la exposición prolongada de vísceras a la sequedad y acción calórica de una fuente de luz son también causas de lesiones peritoneales. Los cuerpos extraños es una causa frecuente. Entre estos tenemos el talco, la pelusa o hilos de la gasa, y otros olvidados por el cirujano (oblitos). Las infecciones previas o postoperatorias del peritoneo son causa frecuente de adherencias. Las enfermedades inflamatorias del intestino, especialmente el Crohn es frecuente causa de formación de adherencias. Las radiaciones utilizadas en el tratamiento oncológico producen procesos inflamatorios, y adherencias entre asas intestinales siendo frecuente encontrar verdaderos ovillos o conglomerados de asas.

Zonas isquémicas	Sitios de las anastomosis y resecciones
Cuerpos extraños	Talco, restos de gasa, suturas no reabsorvibles
Infecciones	Peritonitis, tuberculosis, etc
Enfermedades inflamatorias	Enfermedad de Crohn
Radiaciones	Tratamientos oncológicos
Peritonitis esclerosantes	Inducidos por drogas (betabloqueantes ej. practolol) Diálisis peritoneal

Cuadro Nro. 2. Causas de adhesiones peritoneales

Las peritonitis esclerosantes y encapsulantes son poco frecuentes, revisten gravedad por la formación de membranas, complicaciones y la gran mortalidad en el tratamiento quirúrgico cuando esta indicado. Se considera que los betabloqueantes (practolol) son inductores y es frecuente encontrarla en pacientes sometidos a diálisis peritoneal 7-35 . La experiencia clínica muestra que hay pacientes con tendencia a formar adherencias en mayor proporción que otros ante una misma agresión quirúrgica. Se ha sugerido alteraciones genéticas de los fibroblastos entre los que hacen adherencias o no31 . Las causas de este comportamiento distinto en los individuos son desconocidas. La actividad del sistema fibrinolítico tiene su importancia en la reabsorción y organización de las adherencias 16 . Este poder fibrinolítico se encuentra alterado cuando factores agresivos producen isquemia de los tejidos 10 por aplastamiento, suturas o ligaduras. La fibrina es uno de los elementos que cubre las superficies junto con un exudado inflamatorio, que es invadido por crecimiento vascular y la acción de fibroblastos que producen colágeno y desarrollo de adherencias. Los pasos y tiempos en que se desarrollan están esquematizados en el Cuadro Nro 3. La fibrinolisis que contribuiría a que no se formen adherencias se encontraría disminuida. Entre estos elementos se considera que un inhibidor de la actividad plasminogeno estaría disminuido, esto fue estudiado en humano en mujeres con o sin endometriosis 15 . La formación de adherencias hay que verlo tambien como un hecho positivo en los procesos de defensa y reparación. Contribuye a bloquear lesiones, evita que ciertos procesos patológicos se expandan, con los vasos de neoformación puede contribuir a mejorar la irrigación.



Cuadro Nro. 3. Mecanismo de la formación de adherencias.

ASPECTOS CLÍNICOS

Los síntomas no guardan relación con la cantidad de adherencias sino con la disposición que tienen y trastornos mecánicos que desencadenan. Afortunadamente la gran mayoría de pacientes con adherencias son asintomáticos. Las manifestaciones principales son: obstrucción intestinal y dolor. Obstrucción intestinal. Es la complicación más frecuente y se produce por alteraciones en el tránsito que puede ser en un sector o varios. Los mecanismos pueden ser por angulación, constricción o porque las adherencias han producido una torsión o encarcelamiento del intestino (Fig. 1). En estos últimos casos podemos tener isquemia del intestino y la necesidad imperiosa de tratamiento quirúrgico.

La presentación de la obstrucción puede ser aguda, pero también puede ser intermitente, mejorando generalmente cuando el paciente disminuye la ingesta. El dolor acompaña a la distensión abdominal, ruidos hidroaéreos que indican el pasaje del contenido intestinal en zonas estrechadas mejorando la sintomatología. Formas dolorosas. El dolor puede ser la manifestación más importante como ocurre en las adherencias ginecológicas ocasionando un dolor pélvico crónico, que puede ir acompañado de dispareunia e infertilidad.

5. Por favor señale ¿en qué consiste y cuáles son los riesgos inherentes a la cirugía de cistectomía de ovario?

La tasa de mortalidad operatoria en las intervenciones ginecológicas es baja, inferior al 1%. Un estudio retrospectivo de 1,45 millones de pacientes halló una mortalidad del 0,2% en los primeros 30 días de ingreso (5,1% en pacientes oncológicos *versus* 0,1% en pacientes sin cáncer)[1].

La tasa de complicaciones asociadas a la cirugía varía entre el 0,2y el 26%[2]. Las complicaciones más frecuentes de la cirugía ginecológica están relacionadas con el daño visceral (vejiga, recto, uréteres) y de los grandes vasos pélvicos. Son más frecuentes en la cirugía oncológica o cuando la anatomía está distorsionada debido a infección o a endometriosis. El factor más importante que determina el éxito de su tratamiento, es el reconocimiento precoz de las complicaciones. Por ello, es tan importante la observación sistemática y cuidadosa del post-operatorio, particularmente: pulso, presión sanguínea, función respiratoria, temperatura, diuresis, hemograma, etc.

Harris[3] publicó la evolución histórica de las complicaciones asociadas a la histerectomía describiendo una disminución en la tasa de transfusiones, la de infecciones del tracto urinario y un incremento en la tasa de lesiones vesicales. Asimismo, ha identificado cuatro factores asociados con una mayor tasa de complicaciones: edad, enfermedad médica preexistente, obesidad y cáncer. Se realiza la descripción de las complicaciones en la cirugía ginecológica generales (abierta), haciendo paréntesis en aquellas complicaciones propias de la vía de acceso (endoscópica y vaginal).

Hemorragia post-quirúrgica

La hemorragia postoperatoria puede manifestarse como una pérdida sanguínea por los drenajes o por hipovolemia manifestada con mareos-hipotensión o en control analítico, a las 4 -6 horas post intervención.

Hemorragia precoz

Puede producirse durante las primeras 24 horas (habitualmente durante las primeras 8-10 horas) en la pared abdominal, la cavidad abdominal, vagina, tejidos blandos de la pelvis, vejiga o de varios sitios al mismo tiempo. Se debe sospechar un hematoma de la pared abdominal si existe un dolor local, intenso, que puede deformar la pared. En hematomas pequeños es habitual una actitud expectante. Los hematomas grandes, sobre todo si son progresivos, requieren intervención inmediata con ligadura vascular si es posible, limpieza y drenaje.

• Hemorragia vaginal

Es más frecuente después de la histerectomía vaginal que de la abdominal. Suele comenzar varias horas después de la intervención y proceder de la rama cervical o vaginal de la arteria uterina, de los ángulos vaginales de la incisión o de las incisiones de la colporrafia. El taponamiento suele ser útil si el sangrado es leve pero si el sangrado es arterial es necesaria una exploración bajo anestesia.

• Hemorragia extraperitoneal

La hemorragia en el tejido conjuntivo pélvico es difícil de tratar. Se caracteriza por una masa tensa y elástica en la pelvis, tumefacción a nivel del ligamento inguinal y una matidez sobre todo en los flancos. Afortunadamente suelen ceder espontáneamente. El sangrado suele ser venoso y su origen difícil de localizar. Generalmente es suficiente con la evacuación del hematoma y eliminación del tejido necrótico.

• Hemorragia vesical

Suele producirse en intervenciones urológicas, por la colocación de un drenaje supra púbico o la lesión del órgano durante la cirugía. Se suele controlar con medidas conservadoras (sonda vesical, y lavados vesicales continuos). Si no fuese suficiente se debe tratar con una cistotomía suprapúbica.

Hemorragias tardías

Ocurren habitualmente entre el 7º y 21º días; habitualmente son hemorragias del muñón vaginal después de una histerectomía. Las causas más frecuentes son: reabsorción de los hilos de sutura, necrosis de los tejidos locales, tromboflebitis séptica, tratamiento anticoagulante y ocasionalmente coito antes de la cicatrización. Es recomendable la exploración bajo anestesia para localizar el punto sangrante. La intervención puede ser dificultosa por la friabilidad y debilidad de los tejidos. En casos excepcionales es necesario realizar una laparotomía y ligar la arteria uterina en su origen.

Complicaciones infecciosas

Las infecciones postoperatorias, aunque han disminuido en su gravedad siguen siendo frecuentes, graves para el paciente y onerosas para el sistema. Hay que tener en cuenta que las operaciones con apertura de la vagina están asociadas a la contaminación con las bacterias residentes en aquella. Muchas de las infecciones postoperatorias son polimicrobianas y están causadas por microbios residentes en la vagina, así como por gérmenes anaerobios.

La profilaxis antibiótica ha sido ampliamente adoptada en ginecología, sobre todo después de que diferentes estudios prospectivos en la década de los 80 han demostrado su efectividad para reducir la tasa de infecciones postoperatorias. Una compilación de 16 de estos estudios demostró que la tasa de infecciones tras histerectomía vaginal pasó del 32 al 6% cuando se administraba profilaxis[4] y otro metaanálisis de 25 estudios demostró que dicha tasa pasaba del 21 al 9% en casos de histerectomía abdominal (Evidencia I)[5].

Los agentes usados con más frecuencia en ginecología para la profilaxis antibiótica son las cefalosporinas. Son efectivas, bactericidas, no tóxicas y baratas. Ningún estudio ha demostrado que antibióticos más recientes (y más caros), sean más efectivos 4. Es suficiente una dosis administrada durante las dos horas previas a la incisión, sin que haya evidencia (excepto para aquellas intervenciones que se alargan en el tiempo) de mayor eficacia de dosis repetidas.

Infecciones postoperatorias precoces

El primer signo de infección suele ser la fiebre precoz elevada. La fiebre que aparece en las primeras 24-48 horas después de la intervención, habitualmente no se debe a infección, puede tener un origen inespecífico y no ser determinado con certeza y, por lo tanto, el tratamiento antibiótico no debe instaurarse solamente por la fiebre 6. Otras causas de fiebre incluyen la atelectasia, la neumonía por aspiración, la infusión de

líquidos contaminados, las lesiones ureterales o intestinales o infecciones preexistentes del útero, pelvis o tracto urinario. La infección de los tejidos quirúrgicos por el estreptococo hemolítico y más raramente fascitis necrotizante.

Infecciones postoperatorias tardías

Aparecen varios días después de la intervención siendo los signos de localización más evidentes. Los procesos que se pueden presentar son: infección de la herida quirúrgica, infecciones pélvicas, abscesos pélvicos, tromboflebitis pélvica séptica, infecciones de los catéteres, infecciones del tracto urinario, bronconeumonía y fiebre medicamentosa.

Infecciones pélvicas

Los abscesos pélvicos suelen ser secundarios a celulitis de la cúpula vaginal .Los síntomas suelen presentarse a los 5-10 días después de la cirugía y consisten en fiebre y dolor abdominopélvico. Suele existir leucocitosis con desviación izquierda y el tacto vaginal provoca dolor a la paciente; puede existir secreción purulenta a través de los bordes de la herida quirúrgica. La ecografía o el TAC suele confirmar o descartar la presencia de un absceso. El tratamiento consiste en antibioticoterapia (ampicilina asociada a un aminoglucósido-en general la gentamicina, añadiendo anaerobicidas-clíndamicina o metronidazol, en función de los hallazgos en cada paciente) y drenaje de la colección purulenta (vía vaginal o percutánea, en función de su localización).

Infecciones urinarias

Su frecuencia puede alcanzar el 40% sin profilaxis antibiótica 7. La mayoría son leves, siendo rara la pielonefritis. El tratamiento consiste en la antibioticoterapia adecuada.

Infecciones respiratorias

La neumonía postoperatoria no es frecuente, debido a que la mayoría de pacientes suelen tener una buena condición preoperatoria y al frecuente uso de la anestesia locorregional. Se consideran factores de riesgo la intubación orotraqueal y anestesia general, obesidad, edad avanzada, enfermedades previas y uso de tabaco. Su prevención incluye la movilización precoz, la estimulación de la paciente a toser y a realizar respiraciones profundas.

Flebitis

La incidencia de infecciones secundarias a catéteres endovenosos puede ser hasta del 30%. Su prevención incluye su colocación estéril, bajo indicación estricta, reemplazo cada tres días y retirada precoz. El tratamiento es sintomático. Cuando existe evidencia de infección sistémica es útil el uso de antibióticos con actividad antiestafilocócica.

Sepsis

La sepsis es una respuesta sistémica a la infección. Se considera severa cuando existe algún signo de disfunción orgánica (como acidosis metabólica, encefalopatía, oliguria, hipoxemia, hipotensión, o alteraciones de la coagulación). Cuando la respuesta sistémica es muy importante puede producir un shock o incluso, cuando falla la perfusión orgánica, se produce el llamado síndrome de sepsis o síndrome orgánico múltiple. La sepsis está producida por los mismos gérmenes que producen las infecciones descritas antes, por lo que suele tratarse de infecciones polimicrobianas en las cuales las bacterias y sus toxinas han alcanzado el torrente circulatorio y circulan por él. El tratamiento se inicia con la erradicación precoz y agresiva de la fuente de infección, con antibióticos sistémicos y cirugía si está indicada, así como la puesta en marcha de todas las medidas de soporte orgánico necesarias. Cuando existe evidencia de fallo orgánico es obligado el ingreso en una unidad de vigilancia intensiva.

Complicaciones digestivas

Íleo paralítico y obstrucción intestinal

En la mayoría de casos el aparato digestivo recupera su función normal al tercer día del post-operatorio; de hecho se calcula que el intestino delgado recupera su funcionalismo en 6 a 12 horas, el estómago en 12 a 24 horas y el intestino grueso en 48 a 72 horas[8], aunque la manipulación excesiva del intestino durante la cirugía, el uso de narcóticos y otras circunstancias pueden alargar estos periodos. Sin embargo, el inicio precoz (a las 6 horas de la intervención) de la ingesta hídrica o dieta ligera no se ha asociado con un aumento de la incidencia de íleo paralítico[9]. El íleo implica disminución o ausencia de la función propulsiva intestinal debido a parálasis u obstrucción mecánica. Si persiste, el intestino comienza a distenderse y su contenido queda secuestrado con gran pérdida de agua, electrolitos y albúmina ocasionando hipovolemia, elevación del diafragmática, insuficiencia respiratoria y shock. Se produce en el 2% de todas las histerectomías abdominales por patología benigna y sólo en el 0,2% de las vaginales, aunque puede llegar al 4% cuando se tienen en cuenta todas las cirugías[10]. La obstrucción intestinal tiene una incidencia del 0,1-1% y puede aumentar hasta el 20% cuando se añaden factores de riesgo como cirugía oncológica o radioterapia postoperatoria[11]. Las adherencias son la causa más frecuente de la obstrucción intestinal, tanto cuando ésta se localiza a nivel del intestino grueso (30%) como cuando se localiza a nivel del intestino delgado (60%). Existen datos que sugieren que la histerectomía es una de las operaciones previas más frecuentes en estas pacientes. El pronóstico depende de la duración del íleo. Es importante el diagnóstico y tratamiento precoces. Se distingue durante el periodo postoperatorio entre el íleo temprano y el tardío. Dependiendo de la causa y de los síntomas en: a) íleo mecánico (obstrucción intestinal); b) íleo paralítico, funcional o dinámico y c) íleo mixto.

• Diagnóstico

Los síntomas de un íleo funcional son: dolor abdominal, sensación de plenitud, distensión de la porción superior del abdomen, vómitos y náuseas. No hay ruido intestinal y la percusión de la pared demuestra la existencia de líquido. En la radiografía de abdomen puede observarse dilatación de asas de intestino delgado con

ausencia de gas en las asas posteriores a la obstrucción (en caso de que exista). Asimismo, en casos de obstrucción, suele existir leucocitosis con desviación izquierda.

La obstrucción por estrangulamiento de un asa producida por adherencias intraperitoneales ocurre entre el 5º-7º día. El cuadro clínico puede asociarse con una obstrucción parcial o completa (íleo mecánico). Los síntomas son dolor cólico abdominal, vómitos y un aumento de los ruidos peristálticos con sonidos metálicos. Si se produce la encarcelación del asa aparecen de forma aguda.

• Tratamiento

- Descompresión del estómago e intestino con una sonda nasogástrica conectada a aspiración.

- Cuando la atonía postquirúrgica es más prolongada es conveniente realizar radiografía de abdomen en vacío ortostática.

- Corregir cualquier trastorno del equilibrio hidroelectrolítico y mantener un equilibrio ácido-base adecuado.

- Estimulación del peristaltismo con agentes colinérgicos. También se pueden administrar laxantes o enemas.

- Si las medidas conservadoras y la aspiración gastrointestinal no mejoran el cuadro en 48 horas será conveniente realizar nueva cirugía para buscar y solucionar la causa del íleo.

Lesiones intestinales quirúrgicas

La posibilidad de una lesión quirúrgica del intestino en el curso de una intervención ginecológica siempre está presente, pero el riesgo aumenta en casos de endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, cáncer, adherencias importantes o pacientes con antecedentes de radioterapia.

Si se identifica la lesión en el acto operatorio, debe procederse a su corrección quirúrgica. Si no se ha identificado, pero tras la intervención aparecen signos de sospecha de lesión intestinal (colecciones líquidas, abscesos, íleo que no responden al tratamiento conservador, etc...), debe plantearse la reintervención urgente si hay algún signo de sepsis o antecedentes de radioterapia. Si no hay signos de sepsis se puede intentar el tratamiento conservador, con aspiración de las secreciones, colocación de drenajes si es posible y seguimiento cuidadoso.

Dehiscencias y evisceración

Estos términos implican la separación sintomática o asintomática de los bordes de las incisiones quirúrgicas, con o sin signos de infección. Existen algunos síntomas y signos prodrómicos, especialmente un drenaje seroso o serosanguinolento por la herida. La incidencia es del 0 al 3%.

Para producirse una dehiscencia es preciso que exista una infección, junto con factores mecánicos asociados a complicaciones abdominales y pulmonares. Los factores son: tipo de incisión y técnica de sutura utilizada; demasiadas suturas excesivamente juntas o con tensión excesiva; aumento de presión intraabdominal (tos, vómito, íleo), las complicaciones de la herida (abscesos sobre todo si hay peritonitis, hematoma o serosa), o la obesidad mórbida. La edad, caquexia, déficit vitamínico, anemia y ciertos medicamentos tienen una implicación más controvertida.

La elección de la incisión y de la técnica de cierre apropiada ayudan a prevenir la dehiscencia y eventración. Las características de las pacientes nos orientarán para tomar medidas convenientes para prevenir la complicación (material de reabsorción lento o no reabsorbible, suturas y descarga, si hay infección se deja piel y grasa abierta...). La identificación y tratamiento precoz es muy importante.

El manejo incluye el tratamiento de los factores contribuyentes tales como la peritonitis y el cierre de la incisión tan rápidamente como sea posible. Si protruye el intestino debe ser inmediatamente cubierto con una compresa estéril y húmeda. Una faja evitará que aumente la dehiscencia hasta que la paciente se lleve de nuevo al quirófano.

Complicaciones tromboembólicas

Se calcula que hasta el 20% de las muertes postoperatorias son debidas a embolismo pulmonar.

Trombosis venosa

Este proceso constituye la causa subyacente de la mayoría de casos de tromboembolismo pulmonar. En cirugía ginecológica las venas que con mayor frecuencia lo presentan son las de las piernas y las de la pelvis. El diagnóstico es en ocasiones complicado: menos de la mitad de las pacientes con dicho proceso presentan síntomas, y sólo el 40% de las pacientes con sospecha clínica ven confirmado su diagnóstico por ecografía Doppler. El tratamiento se debe realizar con heparina, idealmente en infusión continua después de una dosis de carga de 5.000-10.000 unidades. Se debe monitorizar el tiempo de cefalina hasta conseguir mantenerlo entre 1,2 y 2 veces el control. La heparina debe mantenerse durante 5-7 días y posteriormente se pasará a anticoagulantes orales o heparina de bajo peso molecular durante 3 a 6 meses si no existen otros factores de riesgo.

Tromboembolismo pulmonar

El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha dado que tanto los síntomas como los signos no son ni sensibles ni específicos: disnea, dolor pleural, angustia, taquicardia, cianosis, síncope, tos, hemoptisis, fiebre, hipotensión y otros. Las pruebas complementarias básicas incluyen radiografía de tórax, ECG (aparición de una onda S en DI, una onda Q en V3 e inversión de T en V3, aunque en general es normal) y una gasometría (que en casos severos puede mostrar una disminución de la Pa O_2,

aumento de la $PaCO_2$ y disminución del pH). El diagnóstico definitivo se obtiene con una gammagrafía de ventilación-perfusión o con un angiograma pulmonar con TAC.

El tratamiento requiere ingreso en UCI y anticoagulación a dosis plenas, que debe administrarse mediante una pauta similar a la descrita para la trombosis venosa profunda[12].

Complicaciones urinarias

Las cifras de lesión vesical y ureteral son más altas durante los procesos oncológicos o en cirugías por procesos benignos altamente específicos.

Se calcula que más del 75% de las lesiones ureterales son debidas a la cirugía ginecológica, siendo más del 70% de estas intervenciones histerectomías abdominales. Se calcula que se produce una lesión vesical en algo menos del 2% de las histerectomías abdominales y en algo menos del 0,5% de las vaginales. Los procedimientos laparoscópicos parecen tener una cifra más alta de daño ureteral que la cirugía abierta.

Lesión vesical

Si se sospecha lesión durante la intervención, ésta puede ser localizada a través de inyección intravenosa de índigo carmín, o de forma retrógrada con instalación de azul de metileno a través de una sonda uretral. Daños menores pueden requerir el uso de la cistoscopia. En caso de que se compruebe la lesión durante el mismo acto operatorio es necesaria la reconstrucción inmediata, con una o dos suturas continuas de material reabsorbible y dejar la sonda vesical de cuatro a siete días.

Lesión ureteral

Para prevenir su lesión es fundamental conocer bien la anatomía y los lugares en que es más frecuente la misma, en general a nivel del ligamento infundíbulo-pélvico, a nivel de los ligamentos útero-sacros y a nivel de la arteria uterina. Tanto la práctica de pielografía endovenosa como la colocación de catéteres ureterales de forma preoperatoria para prevenir estas lesiones no debe hacerse de forma rutinaria, sino en función de las características de cada paciente[13]. La mejor opción ante sospecha es la visualización directa de los uréteres. Si no es posible (vía vaginal, obesidad...) puede realizarse cistoscopia para demostrar la salida de colorante azul a través de los uréteres previa administración endovenosa de 5 ml de índigo carmín. La comprobación de lesión en el acto operatorio requiere su reconstrucción inmediata. Si se sospecha la lesión en el postoperatorio hay que realizar una pielografía intravenosa. En caso de que ésta nos confirme la sospecha, debe resolverse con urgencia solicitando la ayuda de un urólogo experimentado.

Formación de fístulas

Tracto urinario

La mayoría de las fístulas ocurren tras histerectomías por procesos benignos, dado que estos procedimientos son más frecuentes que la cirugía del cáncer. Sin embargo, el riesgo de fístula es más alto tras la histerectomía radical debido a la propia cirugía, a la presencia del tumor y en algunos casos a los cambios inducidos tras radioterapia.

Las fístulas vesicales o ureterales ocurren en menos del 1% de las cirugías radicales. La fístula se localiza por cistoscopia, pielografía endovenosa y estudios retrógrados del uréter. En las fístulas grandes la paciente habitualmente refiere pérdida espontánea de orina. En estos casos las fístulas son fácilmente visibles mediante examen con espéculo, pero las pequeñas pueden ser difíciles de detectar. La instilación de carmín índigo o azul de metileno en la vejiga puede ser útil en los casos en que el diagnóstico no está claro y permite distinguir entre fístulas vesicovaginales y ureterovaginales. Se colocan algodones sueltos en toda la longitud de la vagina y se indica a la paciente que camine durante unos 10 ó 15 minutos. Si el algodón más externo se tiñe la paciente tiene, con más probabilidad, incontinencia de estrés o de urgencia. Si hay una fístula ureterovaginal, el algodón más interior está húmedo pero no coloreado. La tinción de los algodones superiores sugiere una fístula vesicovaginal[14]. Las fístulas pequeñas no asociadas con radiación o cáncer pueden cicatrizar espontáneamente. Más del 30% de las fístulas ureterovaginales cierran solas y no requieren cirugía, si no hay signos de obstrucción Las fístulas pequeñas vesicovaginales postquirúrgicas también suelen cerrar espontáneamente con el uso continuo durante 4 a 6 semanas de sonda urinaria.

Si su diagnóstico no es precoz (48-72 horas) se debe demorar la reparación de tres a cuatro meses, hasta que se complete la demarcación del tejido cicatricial.

Tracto gastrointestinal

Las fístulas gastrointestinales tras la cirugía ginecológica son unas complicaciones raras. Suelen debutar a los 10-14 días de la intervención, con picos febriles sin foco claro y sin respuesta a los antibióticos. El diagnóstico es radiográfico, tras la inyección de contraste en la fístula y la realización de series de intestino delgado y grueso. Si la fístula drena al exterior y en pequeña cantidad, la nutrición parenteral contribuye a la cicatrización. Si ésta no ocurre, se debe realizar laparotomía para su reparación. Las fístulas rectovaginales pueden aparecer tras histerectomías y cirugías de prolapso y suelen localizarse en la mitad superior de la vagina. La mayoría se descubren cuando se separan los labios y se examina la vagina con un espéculo, y a menudo ésta contiene material fecal. Si son pequeñas puede ayudar a su diagnóstico el taponamiento del recto con el balón de un catéter de Foley seguido de la instilación en el recto de azul de metileno, índigo carmín o aire. Se recomienda el estudio radiográfico de la fístula (fistulografía). La reparación de la fístula sólo debe acometer cuando la reacción inflamatoria alrededor de la lesión se ha solucionado por completo, lo que conlleva un mínimo de 3 meses, pudiendo durar hasta 12 meses.

6. Explique, si la presencia de adherencias peritoneales en el caso de la paciente ¿aumentó el riesgo quirúrgico propio de la realización de una cistectomía de ovario?

Si, ya que las adherencias peritoneales e intestinales postoperatorias que presentaba la paciente secundarias a su primera intervención quirúrgica, dificultan la disección quirúrgica, disminuyen el campo operatorio, aumenta el riesgo de lesiones inadvertidas de intestino delgado y de colon, prolongando el tiempo quirúrgico y elevando el riesgo de sangrado intra y postoperatorio.
Más de la mitad de las mujeres en los países desarrollados se someten a una cirugía abdominal durante su vida, lo que provoca un riesgo de desarrollar síntomas relacionados con las adherencias [1 , 2 , 3]. En el registro nacional escocés, casi 10.000 y 25.000 mujeres anualmente se registraron para someterse, respectivamente, a su primera operación ginecológica o abdominal, lo que se traduce en una incidencia respectiva de 3,15 y 9,06 por 1000 personas-año [1]. Considerando la esperanza de vida escocesa de 81,1 años, una de cada cuatro y tres de cada cuatro mujeres se someterán, respectivamente, a una cirugía ginecológica o abdominal [4]. Esto parece representativo de la sociedad occidental, ya que en los Estados Unidos el riesgo de cirugía abdominal fue del 57% en un estudio post-mortem.

Después de una cirugía abdominal abierta, se desarrollan adherencias en hasta el 90% de los pacientes [5]. Después de los procedimientos laparoscópicos, la incidencia podría ser menor, es decir, del 54% al 70% de los pacientes [6]. Las adherencias causan un riesgo de por vida de complicaciones, como obstrucción del intestino delgado, dolor abdominal crónico, subfertilidad femenina y dificultades durante las reoperaciones. Considerando la alta incidencia de cirugías abdominales y ginecológicas, la carga de complicaciones relacionadas con adherencias en las mujeres es alta. En ginecología, los factores que pueden afectar la formación de adherencias comprenden endometriosis, radioterapia previa, malignidad, inflamación abdominal concomitante, infección y cuerpos extraños [7]. Sin embargo, no se sabe si estos factores de riesgo también afectan la incidencia de resultados clínicamente relevantes [7]. Estimar el efecto de estos y otros factores de riesgo sobre las complicaciones relevantes relacionadas con las adherencias es importante para los procedimientos de consentimiento informado, la toma de decisiones y la aplicación de estrategias de prevención de adherencias en la cirugía ginecológica [8].

En un estudio realizado por Toneman y colaboradores utilizando los datos del registro escocés, se establecieron los factores de riesgo de consecuencias clínicamente relevantes a largo plazo relacionadas con las adherencias. Con base en esta cohorte nacional, se construyeron nomogramas para proporcionar un modelo de predicción basado en evidencia para el riesgo de readmisión relacionada con adherencias y reoperaciones en la mujer individual que se somete a una cirugía ginecológica inicial. El valor predictivo fue de moderado a bueno.

El riesgo de reingreso por complicaciones relacionadas con adherencias fue 10 veces mayor después de procedimientos con histerectomía en comparación con cirugías que conservan el útero, y más de 6 veces mayor cuando las mujeres recibieron radioterapia previa en comparación con ninguna historia de radioterapia. Las reoperaciones fueron más frecuentes

después de la histerectomía y las operaciones con colocación de malla. Después de la cirugía transvaginal, una de cada diez mujeres fue readmitida por complicaciones relacionadas con adherencias, en comparación con casi una de cada cinco después de la laparotomía o la laparoscopia. Es notable el bajo impacto en los reingresos y reoperaciones relacionados con adherencias encontrados para los factores endometriosis y la necesidad de adhesiólisis durante la cirugía inicial.

n comparación con la cohorte SCAR original de hace dos décadas, la tasa general de readmisiones después de la cirugía ginecológica laparoscópica y abierta sigue siendo en gran medida la misma [8]. Los estudios SCAR introdujeron el uso de readmisiones y reoperaciones como una medición de resultados de la morbilidad a largo plazo de las adherencias. La mayoría de los estudios sobre los resultados a largo plazo de las adherencias se centran en una sola complicación, por ejemplo, la obstrucción del intestino delgado [18 , 19]. Después de la cirugía ginecológica abierta, la obstrucción del intestino delgado se informa en el 7-18% de las operaciones, lo que es comparable al 3-14% de las readmisiones relacionadas con adherencias en este estudio. Después de la histerectomía transvaginal, la tasa de obstrucción del intestino delgado informada es del 2%, en comparación con el 1-10% de las readmisiones relacionadas con adherencias en este estudio [19 , 20].

Los resultados de nuestro estudio muestran que la carga de adherencias después de una cirugía ginecológica sigue siendo muy alta. Un riesgo que a menudo se subestima en la práctica clínica, como lo demuestra una prueba de conocimientos en una encuesta sobre adherencias entre ginecólogos [21]. Además, solo el 40% de los ginecólogos informa a las pacientes sobre el riesgo de adherencias de manera rutinaria para algunas cirugías, y solo el 20% informa a las pacientes de manera rutinaria para todas las cirugías [22].

Un hallazgo notable es la alta incidencia de readmisiones relacionadas con adherencias en el grupo laparoscópico. Además, solo el 15% de los procedimientos se realizaron por vía laparoscópica, lo que es bajo en comparación con otros estudios, e incluso los estudios SCAR originales [8 , 23 , 24]. Sin embargo, el estudio SCAR original también incluyó laparoscopias diagnósticas en las que no se realizó ningún procedimiento ginecológico adicional. El alto número de readmisiones relacionadas con adherencias después de la laparoscopia podría atribuirse parcialmente a la combinación de casos y no está completamente cubierto por los códigos OPCS-4 e ICD-10, lo que contribuye a este resultado. Además, un número relativamente grande de procedimientos mínimamente invasivos se realizaron por vía transvaginal, lo que indica que los casos más simples pueden haberse realizado por vía transvaginal dejando las resecciones mínimamente invasivas más grandes para la cirugía laparoscópica. Estudios previos en otros campos de la cirugía han demostrado un menor riesgo de formación de adherencias después de la laparoscopia en comparación con la cirugía abierta. Sin embargo, estudios colorrectales han demostrado que hasta el 48% de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica desarrollan adherencias en el área de disección [

25], lo que indica que las adherencias aún pueden ser problemáticas en caso de una disección laparoscópica más grande.

En este estudio, la endometriosis solo afectó el riesgo de readmisión relacionada directamente con adherencias. La endometriosis como indicación para cirugía inicial no fue un factor de riesgo significativo para reoperación y readmisión posiblemente relacionada con adherencias después de cirugía ginecológica. Esto podría explicarse por el bajo número de endometriosis reportadas en los códigos ICD-10. En la literatura reciente, la endometriosis se propone como un factor para aumentar indirectamente la formación de adherencias después de la cirugía [26]. Las vías endocrinas perturbadas, las respuestas inflamatorias y la remodelación tisular incluso aumentan el riesgo de formación de adherencias sin cirugía [27].

Estudios previos sobre los factores de riesgo para la formación de adherencias a menudo evalúan los riesgos intraoperatorios [19 , 28]. Nuestro estudio aborda una importante brecha de conocimiento en la predicción preoperatoria del riesgo de readmisión o reoperación después de la cirugía ginecológica. Algunas de las variables que contribuyen a un mayor riesgo de readmisión o reoperación se confirmaron en estudios previos y la histerectomía mínimamente invasiva resultó en menos complicaciones relacionadas con las adherencias. Además, la malignidad planteó un factor de riesgo significativo para las complicaciones relacionadas con las adherencias [18]. Un estudio previo mostró que la radioterapia es un factor de riesgo para la formación de adherencias, aunque otros posibles factores de confusión no se tomaron en consideración en ese estudio [29].

Los modelos de predicción construidos se pueden utilizar para un mejor asesoramiento preoperatorio de los pacientes y pueden ayudar al proceso de toma de decisiones compartida. Un análisis de riesgo personalizado del riesgo individual de reingresos relacionados con adherencias puede ayudar a evaluar los beneficios y riesgos de una operación. El modelo también podría guiar al cirujano en el uso de barreras antiadherencias cuando se calcula un alto riesgo preoperatorio de complicaciones relacionadas con adherencias o reoperaciones. En estudios futuros, el modelo podría refinarse aún más con factores peri e intraoperatorios para guiar el uso de barreras antiadherencias. Por lo general, las barreras se instalan al final del procedimiento quirúrgico, lo que permitiría reevaluar su necesidad al final de la cirugía teniendo en cuenta el curso operatorio. Todavía es necesario definir valores de corte para el uso rentable de barreras antiadherencias [30].

7. Conforme a la historia clínica y a la descripción quirúrgica de la cirugía practicada el 31 de enero de 2018, por favor informe ¿si durante el procedimiento se identificaron lesiones a los órganos de la cavidad abdominal?

No se identificaron lesiones de intestino delgado ni grueso según la descripción quirúrgica de la historia clínica revisada, sin embargo si se describen múltiples adherencias peritoneales

Zuhlke III - IV a útero, colon y epiplón mayor, que como se describe previamente basado en la evidencia aumenta el riesgo de lesiones intestinales inadvertidas.

Tabla 1 – Clasificación macroscópica de las adherencias según Zühlke *et al.* (grado, tipo de adherencia)

0	Ausencia de adherencias
I	Adherencias transparentes y bien disecables por disección roma
II	Disección roma a veces posible. Es necesario a veces cortar la adherencia, que empieza a mostrar una organización vascular
III	Adhesiolisis posible solo cortando las adherencias. Se evidencia una clara vascularización de estas
IV	Adhesiolisis posible solo cortando las adherencias. Vísceras abdominales firmemente pegadas a las adherencias. Daño visceral difícilmente prevenible

Fuente: Zühlke *et al.*[32].

8. De acuerdo con su experiencia y la literatura científica, sírvase señalar ¿si la evolución postoperatoria inmediata de la señora LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.) permitía considerar o prever que existía una lesión intestinal a nivel del recto sigmoide?

No, ya que la paciente tolero la vía oral, tiene mínimo dolor abdominal aceptable para el postoperatorio inmediato, no tenía fiebre, no tenía taquicardia, no presentó hipotensión, no tenía signos de irritación peritoneal, por lo cual no tenía indicación de realizar paraclínicos en sangre o imágenes como una tomografía de abdomen con doble contraste para poder detectar esta lesión.

Existen algunos marcadores para detectar lesión intestinal o isquemia intestinal (intestino delgado o colon) descritos en la literatura científica, especialmente en pacientes con isquemia mesentérica.

En contraste con los marcadores de daño miocárdico o hepático, precoces y precisos para el diagnóstico de isquemia en estos órganos, los marcadores serológicos de isquemia intestinal ofrecen una información más pobre, menos exacta y quizá menos útil. Entre las explicaciones de este fenómeno, destaca la complejidad del intestino, formado por varios tejidos (capas mucosa, submucosa y muscular), que alteran la concentración sanguínea de distintas moléculas. En segundo lugar, hay que recordar que las moléculas liberadas por el intestino pasan al sistema portal (muchas de ellas son aclaradas por el hígado sin llegar a la circulación sistémica) y, por último, también en relación con el hígado, ocurre que varios marcadores de daño intestinal son expresados también por el tejido hepático, lo que hace difícil discernir el origen de la molécula cuando se detecta en sangre periférica ([7]). Así, en la búsqueda de nuevos

marcadores para alcanzar un diagnóstico precoz, la molécula ideal ha de ser tejido-específica, metabólicamente estable, indicadora de daño actual, específica para isquemia y altamente sensible ([5]). La integridad estructural de la proteína ha de mantenerse durante la circulación portal y tras el metabolismo hepático, de forma que sea valorable en las muestras de sangre venosa periférica. Y puesto que la isquemia comienza en la mucosa y se extiende hacia la serosa, una proteína derivada de la capa mucosa será superior como marcador precoz que otra derivada de la seromuscular ([1]). Además, es preciso una alta sensibilidad para excluir el diagnóstico, así como una especificidad suficiente para proceder a la realización del angio TC.

Hay que tener también en cuenta que la utilidad práctica de los marcadores para detectar isquemia intestinal depende de la prevalencia de esta entidad en los distintos ámbitos clínicos. Así, en ámbitos con baja prevalencia el uso de marcadores muy específicos puede resultar útil para discriminar falsos positivos, mientras que allí donde la prevalencia de isquemia intestinal es mayor (cirugías con clampaje prolongado o uso de inotrópicos a altas dosis) el uso de marcadores muy sensibles (dímero D o D-lactato) puede resultar apropiado para minimizar la tasa de falsos negativos ([7]).

Hasta ahora, se ha visto que ninguno de los marcadores usados tradicionalmente para detectar isquemia intestinal (lactato, láctico deshidrogenasa, creatina-cinasa, recuento leucocitario o exceso de bases) tiene buena capacidad diagnóstica ([5]), pues se asocian a inflamación sistémica y activación macrofagocitaria, lo que indica una progresión avanzada de la isquemia visceral ([6]). Además, se ha demostrado que los marcadores de daño muscular (láctico deshidrogenasa [LDH] y creatina-cinasa [CK]) se elevan por igual tanto en pacientes con isquemia intestinal como sin ella ([5],[9]). Se ha hecho necesario, por tanto, profundizar en la búsqueda de otras alternativas.

Lactato

En cuanto al lactato sérico, ha sido reconocido como marcador de daño intestinal durante más de 50 años. Esta molécula se produce en estados de anaerobiosis por la acción de la enzima láctico deshidrogenasa (LDH) sobre el piruvato generado en la glicolisis, con lo que las células obtienen así su energía (ATP). Sucesivamente, este lactato resultante es recogido de los tejidos periféricos para ser reconvertido en piruvato y glucosa en el hígado mediante el ciclo de Cori. En estados de *shock* o de sepsis, la disfunción hepática explica que el lactato se acumule en la sangre por falta de utilización más que por aumento de producción en el contexto de hipoxia tisular ([10]), por lo que actualmente se sostiene que el lactato es un marcador inespecífico de hipoperfusión tisular y que solo se eleva significativamente en fases avanzadas de la isquemia intestinal ([10]). Así, lo que queda claro a día de hoy con respecto al lactato es su valor pronóstico. La disminución de sus niveles es un indicador de éxito tras el tratamiento ([6]).

Con todo, se ha llamado recientemente la atención sobre la diferenciación entre los esteroisómeros L y D, moléculas con la misma composición química, que difieren en la disposición tridimensional de los grupos atómicos en el espacio ([6]). Por un lado, el L-lactato aparece en todas las células como producto de la glicolisis en condiciones de hipoxia. La elevación temprana no suele ser valorable debido a que está sujeta a una intensa

metabolización hepática que explica su ausencia a nivel sistémico incluso en procesos de isquemia intestinal extensa. Cuando se detecta, suele indicar un estado avanzado de hipoperfusión con infarto transmural y acidosis metabólica ([6]). Por tanto, no debe usarse como marcador diagnóstico precoz ([1]). Su incremento funciona más como indicador pronóstico desfavorable que como marcador diagnóstico ([11]).

Por otro lado, el D-lactato, un producto de la fermentación bacteriana llevada a cabo por la flora intestinal, se acumula en sangre cuando escapa por una barrera intestinal debilitada por la isquemia. Además, su vida media, mayor que la de otros compuestos (como el lipopolisacárido) liberados al torrente por interrupción de la mucosa, lo hace un buen candidato como marcador de isquemia intestinal. Sin embargo, aun siendo una molécula de exclusivo origen intestinal, se ha visto que se eleva en múltiples contextos, como en la cirugía de *bypass* gástrico, en el síndrome de intestino corto, en personas con abundante ingesta glucídica y en aquellas que usan probióticos ([11]). Así, mientras algunos estudios indican que tiene escaso valor discriminatorio para detectar isquemia intestinal ([2,5]), otros han demostrado su utilidad en el contexto de la cirugía de aorta, con una elevación significativa de D-lactato en las dos horas siguientes a la cirugía en aquellos pacientes que desarrollaron colitis isquémica confirmada histopatológicamente, además de observarse cómo la elevación se mantuvo durante los dos días siguientes a la cirugía frente a quienes no desarrollaron esta complicación ([3]). Se ha descrito una sensibilidad superior al 80 % para valores por encima de 0,2 mmol/L ([7]).

Dímero D

En cuanto al dímero D, conocido marcador de fibrinólisis, se usa para detectar procesos trombóticos. Ha demostrado una alta sensibilidad (96-100 %) para detectar isquemia mesentérica, además de ser un marcador de elevación precoz ([1]). Sin embargo, su especificidad es baja (40 %), y a pesar de su alta sensibilidad, su utilidad para descartar isquemia cuando resulta negativo es aún motivo de controversia ([6]). No obstante, la Sociedad Europea de Cirugía Vascular (ESVS) recomienda su medición como prueba de exclusión para isquemia mesentérica aguda en pacientes con dolor abdominal agudo ([12]). Se ha demostrado una sensibilidad del 90 % (y una especificidad del 23 %) para valores de dímero D por encima de 0,2 mg/L ([2]). No obstante, la determinación del dímero D carece de valor para el diagnóstico de la isquemia intestinal posoperatoria, ya que se encuentra siempre elevado como consecuencia del trauma quirúrgico.

Procalcitonina

El marcador procalcitonina (PCT) parece ser también prometedor como indicador diagnóstico de isquemia mesentérica aguda. Se trata de un precursor de la calcitonina y se piensa que se libera desde el parénquima hepático en situaciones patológicas ante la estimulación por endotoxinas bacterianas, factor de necrosis tumoral e interleucina-6. Se usa como marcador de infección bacteriana porque su secreción por el parénquima hepático es estimulada por la endotoxina. De hecho, cuando se prescinde de la PCT, la distinción entre infección bacteriana e

inflamación no bacteriana puede resultar difícil, ya que en ambas condiciones se eleva el recuento leucocitario y el nivel de proteína C reactiva. En el caso de la isquemia intestinal, la endotoxina se eleva en sangre debido a una alteración de la barrera intestinal, lo que se refleja en un incremento de los niveles de PCT ([4]). Se ha demostrado su capacidad para discriminar pacientes con isquemia intestinal, además de ser marcador de necrosis, de extensión de la lesión y de mortalidad ([5,13,14]). Tiene un alto valor predictivo negativo (> 80 %) para descartar colitis isquémica tras cirugía de aorta. Se sabe incluso que valores de PCT por encima de 2,0 ng/mL en el segundo día posoperatorio asocian una sensibilidad del 100 % (con una especificidad del 83,9 %) para detectar colitis isquémica. Se recomienda la colonoscopia para la detección precoz de complicaciones isquémicas en aquellos pacientes sometidos a una cirugía de aorta con niveles de PCT sérica por encima de 2,0 ng/mL en el segundo día posoperatorio ([4]).

Glutatión S-transferasa

La glutatión S-transferasa (GST) es un enzima citosólica involucrada en procesos de detoxificación. Actúa como marcador de estrés oxidativo y se libera por varios tejidos en respuesta a la isquemia, entre ellos el intestino y el hígado. Aunque algunos estudios con animales han arrojado algún dato esperanzador, no se han conseguido los mismos resultados en cohortes con humanos, con lo que su utilidad clínica permanece en entredicho. Es necesaria mayor investigación al respecto ([6,7]).

Proteína ligadora de ácidos grasos intestinales

Específica del tejido intestinal, la proteína ligadora de ácidos grasos intestinales (I-FABP) es quizá el marcador más prometedor ([5]). Se trata de una proteína citosólica de los enterocitos de la vellosidad intestinal. La pérdida de integridad de la membrana celular en respuesta a la malperfusión conlleva la rápida liberación de esta proteína a la circulación sistémica, y puesto que es excretada por el riñón, puede detectarse tanto en plasma como en orina. Se ha registrado una favorable sensibilidad (90 %) y especificidad (89 %) para la detección temprana de isquemia mesentérica aguda ([6]) y se ha sugerido que la medición de I-FABP en orina pueda mejorar la agudeza diagnóstica ([1]).

En el contexto de la reparación abierta de aneurisma de aorta, niveles elevados de I-FABP plasmático al final de la cirugía demostraron una sensibilidad del 100 %, con una especificidad del 98,1 % para la detección de isquemia intestinal ([15]). En dicho estudio, durante la cirugía de reparación del aneurisma, el I-FABP se elevó en todos los pacientes, alcanzando el mayor pico al final del procedimiento. La función renal no se asoció con las oscilaciones en los niveles plasmáticos. Sin embargo, en los pacientes que desarrollaron necrosis intestinal, el pico de I-FABP fue mayor y la concentración plasmática seguía elevada el primer día después de la cirugía, mientras que en aquellos que no desarrollaron necrosis los niveles de I-FABP volvieron al valor basal el primer día posoperatorio. Estos resultados indican que la medición de I-FABP en el primer día posoperatorio puede ayudar a identificar aquellos pacientes que se beneficiarían de una relaparotomía o una laparoscopia exploradora,

adelantando la indicación entre 24 y 48 horas frente a la decisión basada únicamente en criterios clínicos exploratorios. Por otra parte, el uso del I-FABP junto con parámetros de hipoxia, como el ascenso del lactato y la disminución del pH sérico, puede ayudar a definir el origen intestinal de la hipoxia en estos pacientes ([15]).

Péptido similar al glucagón de tipo 1

Por último, cabe mencionar la hormona intestinal péptido similar al glucagón de tipo 1 (GLP-1). Es una hormona producida por las células L enteroendocrinas del epitelio del íleon distal y del colon. El interés clínico que ha suscitado en los últimos años radica en su potencial terapéutico sobre la diabetes de tipo 2, ya que como incretina tiene un papel insulinotrópico sobre las células beta del páncreas, estimulando la biosíntesis de insulina e inhibiendo la producción de glucagón. Además, retrasa el vaciamiento gástrico e induce saciedad, lo que disminuye la ingesta alimentaria. Su secreción es estimulada fundamentalmente por los nutrientes ingeridos al contacto con receptores de membrana en la superficie de las células L. Sin embargo, se observó que la elevación posprandial de GLP-1 en plasma antecede a la llegada del alimento al intestino distal, donde se encuentran las células L. Esta discrepancia fue la que llevó al descubrimiento de otros mecanismos implicados en la secreción de esta hormona. En la célula L se encontraron receptores con capacidad para reconocer neurotransmisores, otras hormonas y moléculas inflamatorias. Así, más allá de su papel en el metabolismo de la glucosa, el GLP-1 podría tener otras funciones, particularmente en relación con la inflamación enteral. De hecho, el lipopolisacárido, molécula proinflamatoria presente en la superficie de las bacterias gramnegativas, estimula directamente la secreción de GLP-1 al activar el receptor de tipo toll (TLR-4) de las células L enteroendocrinas, fenómeno que ocurre rápidamente tras la instauración de la isquemia intestinal ([8]). Y es que conforme la barrera intestinal comienza a desintegrarse en respuesta a la isquemia, el lipopolisacárido endoluminal va ganando mayor acceso a las células enteroendocrinas del epitelio, lo que estimula la secreción de GLP-1. Se trata de un proceso que ocurriría incluso antes de la necrosis de la mucosa, como respuesta fisiológica de la célula epitelial al contacto con los contenidos de la luz intestinal, que normalmente se mantienen a cierta distancia del epitelio por el glicocálix que secreta la propia célula. La secreción de GLP-1 se diferencia, por tanto, de otros marcadores en estudio, los cuales se liberan únicamente tras la muerte celular (I-FABP) o cuando ya está en marcha la inflamación sistémica (D-lactato o procalcitonina).

Biomarcadores para la detección precoz de la isquemia intestinal	Grado de validez
Láctico deshidrogenasa (LDH)	+
Creatina-cinasa (CK)	+
L-lactato	+
D-lactato	+++
Dímero D	+++*
Procalcitonina (PCT)	+++
Glutatión S-transferasa (GST)	++
I-FABP	++
GLP-1	++

*+: inespecífico; ++: en estudio; +++: en experimentación; I-FABP: proteína ligadora de ácidos grasos intestinales; GLP-1: péptido similar al glucagón de tipo 1. *Tiene validez en el contexto de aquellos pacientes con dolor abdominal agudo sin cirugías previas, ya que en el periodo posoperatorio los niveles de dímero D normalmente están elevados por la activación de la fibrinólisis (falso positivo).*

9. Por favor precise al Despacho, si en su consideración ¿el egreso brindado el mismo 31 de enero de 2018 fue adecuado?

Si fue adecuado, ya que la paciente presentó una adecuada evolución clínica postoperatoria, tolero la vía oral y no presentaba fiebre, taquicardia, hipotensión, dolor abdominal, signos de irritación peritoneal o emesis. Este tipo de alta temprana el mismo día en cistectomía de ovario, está sustentada por estudios como el de Eltabbakh y colaboradores desde el 2008, con treinta y tres pacientes consecutivas fueron sometidas a cirugía laparoscópica durante 7 años. La edad media (rango) y el índice de masa corporal fueron 45,2 (17-73 años) y 30 (21-42), respectivamente. La cirugía laparoscópica fue exitosa en 31 (93,9%) pacientes. El procedimiento se convirtió a laparotomía en 2 pacientes secundaria a adherencias. No hubo complicaciones operatorias ni postoperatorias. El tiempo operatorio medio (rango), EBL y estancia hospitalaria fueron 82 (45-125 min), 89 (20-250 mL) y 0,94 (0-4 días), respectivamente. Veintitrés (70%) pacientes fueron dadas de alta a domicilio el mismo día de la cirugía. Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: salpingooforectomía unilateral (SO) (n=16), SO bilateral (n=4), cistectomía ovárica (n=2) e histerectomía vaginal asistida por

laparoscopia y SO bilateral (n=9). Los quistes se extrajeron tras aspiración a través de la vagina (n=11), incisión en el cuadrante inferior (n=5) o incisión umbilical (n=15). Los hallazgos patológicos incluyeron cistoadenoma seroso (n=11), cistoadenoma mucinoso (n=6), dermoide (n=6), endometriosis (n=5), quiste benigno revestido de epitelio (n=3) y tumores ováricos limítrofes (n=2).

10. Precise ¿en qué consiste la peritonitis y cuál es su tasa de mortalidad?

La peritonitis es la presencia de pus en la cavidad peritoneal. De acuerdo con su ubicación, la peritonitis puede ser localizada o generalizada; de acuerdo con su evolución, aguda o crónica; en cuanto a su patogenia, puede ser infecciosa o aséptica, y de acuerdo a su origen, primaria, secundaria o terciaria. La peritonitis secundaria generalmente se origina por la ruptura de una víscera hueca y el contacto directo del peritoneo con sustancias contaminadas que provienen del tracto urogenital, gastrointestinal o de los órganos asociados al peritoneo 1,2. A nivel mundial, la peritonitis secundaria representa el 2,5 % de los ingresos a los servicios de urgencias de pacientes en estado crítico. En algunas regiones de América, su incidencia se encuentra entre 5,8 y 10 % del total de pacientes hospitalizados, representando cerca del 20 % de los pacientes que tienen algún tipo de infección. En Colombia no encontramos reportes oficiales de frecuencia de la peritonitis como una entidad, sino de cada una de sus causales de forma independiente 2-5. Las principales causas de peritonitis secundaria informadas a nivel global son la obstrucción intestinal y la apendicitis. En países con economías estables, la causa más frecuente es la apendicitis. En Colombia, se ha reportado que las principales causas de peritonitis secundaria se deben a apendicitis, colecistitis y perforaciones intestinales mal tratadas, convirtiéndose así en un problema de salud pública, como generalmente ocurre en los países subdesarrollados 1,3,6. El éxito del manejo de esta entidad, se encuentra en el control temprano y óptimo de la causa, mediante la intervención quirúrgica adecuada y la antibioticoterapia apropiada, después de iniciado el tratamiento antibiótico empírico 1-3. Los factores relacionados con un mayor riesgo de mortalidad por la enfermedad son incremento de resistencia antibiótica de los agentes etiológicos, control inadecuado de la fuente infecciosa principal, severidad inicial del cuadro, candidiasis, mayor edad, hipoalbuminemia, trombocitopenia, aumento del puntaje APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II) y el puntaje SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), entre otros.

A nivel mundial la etiología infecciosa es considerada la principal causa de la peritonitis secundaria, dato que concuerda con los resultados de este estudio, pero que difiere de la principal causa encontrada en estudios latinoamericanos, donde la obstrucción intestinal es la causa más frecuente de la enfermedad 6,7. La clave del éxito en el tratamiento de la peritonitis secundaria se encuentra en el control temprano y óptimo de la fuente, la intervención quirúrgica adecuada y sin retrasos, y la antibioticoterapia apropiada. En la presente investigación se observó un peor pronóstico en los pacientes que tardaron más de 24 horas entre el inicio de los síntomas y su atención y más de 48 horas hasta su intervención, por lo

que es fundamental contar con los recursos necesarios y el personal capacitado en la atención medica básica de este grupo de pacientes 2-4.

La mortalidad por peritonitis secundaria en el mundo es del 60 %, mientras que en Latinoamérica el porcentaje varía entre 15-19,5 %. Según el ministerio de protección social, la mortalidad global de algunos centros de salud colombianos para la peritonitis secundaria severa es menor de 20 %, un porcentaje similar al resto de países subdesarrollados. La mortalidad en este estudio ocurrió en el 30,7 % de la población, siendo cerca de dos veces superior a lo documentado en Sudamérica y 1,5 veces mayor a lo reportado en el país. Estos datos pueden relacionarse con los tiempos prolongados entre el inicio de la sintomatología y la consulta a un centro de salud, ya que un 72,4 % de los pacientes consultaron después de 24 horas del inicio del cuadro, comportamiento que puede ser explicado por aspectos idiosincráticos de la región, donde se opta por medicinas alternativas y automedicación antes de consultar a un profesional sanitario, además de las condiciones geográficas que no permiten una consulta oportuna 10,11. Los estudios relacionados con este tema son escasos, y la mayoría se enfocan en la caracterización de la enfermedad, pero no en evaluar los factores que se asocian a la mortalidad. No se encontraron investigaciones previas sobre asociación entre valores disminuidos de hemoglobina y mortalidad por peritonitis secundaria, hallazgo propio de este artículo. El diseño de la investigación tuvo como limitación que, al ser de una sola cohorte, no fue posible realizar un análisis comparativo con otros grupos de características similares. La falta de datos se debe considerar como una limitante importante ya que fue el factor que generó la mayor pérdida de pacientes. La ejecución del estudio tiene como ventaja que a corto plazo y con una mínima inversión, permitió obtener información que puede determinar los parámetros a evaluar en los posteriores estudios y el desarrollo de nuevas hipótesis frente a los factores asociados a mortalidad por la peritonitis secundaria, así como la formulación de estrategias que reduzcan esta condición.

11. Por favor indique ¿cuál es el tratamiento médico a seguir cuando se identifica un cuadro de peritonitis como el presentado por la señora LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.)?

Al revisar la historia clínica de la paciente en cuestión, se puede observar que desde el momento de la primera valoración durante el reingreso de la paciente, el médico de urgencias identifica que esta cursa con una sepsis de origen intraabdominal secundaria a una peritonitis por posible lesión de víscera hueca y traslada a paciente de forma oportuna a reanimación, solicita la valoración urgente por cirugía general, inicia antibiótico temprano y reanimación volumétrica más toma de paraclínicos y gases arteriales. Rápidamente la cirujana identifica el estado crítico de la paciente y solicita traslado inmediato a salas de cirugía para drenaje y control del foco séptico intraabdominal. Por lo cual basado en las guías del surviving sepsis del 2016, se prestó un adecuado manejo para el cuadro ominoso de esta paciente.

Sepsis**,** se define como la presencia de un SIRS de causa infecciosa. Una infección se define como la invasión por microorganismos patogénicos (o potencialmente patogénicos) de un

tejido, fluido o cavidad previamente estéril. La conferencia de consenso de 2001 también comenta que la definición anterior no es perfecta, porque a veces la cavidad no se encontraba estéril y/o la manifestación clínica se debe a toxinas; no obstante, en ambos casos el diagnóstico de sepsis también es posible. Debemos agregar que muchas veces la infección no se podrá confirmar, a pesar de lo cual la sepsis puede ser igualmente planteada y tratada si existe una sospecha clínica importante 10.

Sepsis quirúrgica

Es definida como un cuadro de SIRS más una infección que requiere de una intervención quirúrgica para el control de la fuente. Algunos autores amplían el concepto a la sepsis postoperatoria, definiéndola como SIRS más una infección dentro de los 14 días de un procedimiento quirúrgico mayor[11].

Sepsis

Es definida como una sepsis asociada a hipoperfusión tisular o disfunción orgánica. Los criterios recomendados por la Surviving Sepsis Campaign del año 2012[12] son:

- Hipotensión inducida por sepsis (presión arterial sistólica < 90 mmHg, presión arterial media < 60 mmHg o una caída > 40 mmHg de la presión sistólica basal).
- Lactato sobre el límite superior del laboratorio.
- Diuresis menor a 0,5 ml/kg/h por más de 2 h a pesar de una adecuada reanimación con fluidos.
- Creatinina mayor a 2,0 mg/dl.
- Relación PaO_2/FiO_2 menor a 250 en ausencia de neumonía (o menor a 200 en presencia de neumonía).
- Bilirrubina mayor a 2 mg/dl.
- Plaquetas menores a 100.000/ul.
- Coagulopatía (INR mayor a 1,5).

Shock séptico

Es definido como sepsis severa más hipotensión (definida más arriba), a pesar de una reanimación adecuada con fluidos. Se deben excluir también otras causas de hipotensión (hemorragia, embolia pulmonar masiva, infarto miocárdico, etc.) porque ellas requieren un tratamiento diferente 10.

Complicaciones

Lesión renal aguda, coagulopatía, sangrado, hígado de shock, falla hepática

fulminante, isquemia mesentérica, encefalopatía, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, falla ventilatoria, entre otras que puedan ocurrir.

12. Señale, si en su consideración ¿la atención médica brindada a la señora LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.) al momento de su reingreso a la Clínica Partenon el 2 de febrero de 2018, fue oportuno, pertinente y adecuado? Explique su respuesta

Si fue oportuna y adecuada, tal como lo confirma la evidencia en el manejo de la sepsis de origen intra abdominal.

Manejo de la sepsis quirúrgica

El manejo comienza con el reconocimiento precoz de un paciente con cuadro clínico de SIRS, buscando la presencia de falla orgánica y de *shock.* Ello permitirá desplegar oportunamente las bases del tratamiento, el que debe comenzar en el lugar donde se encuentre el paciente (servicio de urgencias, sala de hospitalización, unidad de paciente crítico, etc.) y continuar en forma secuencial durante su hospitalización. El enfrentamiento protocolizado de la sepsis severa puede generar una mejoría significativa en las posibilidades de supervivencia de los pacientes. Semejante a lo que ocurre en el trauma, infarto agudo al miocardio o accidente vascular encefálico, el tratamiento adecuado en las primeras horas de una sepsis severa o *shock* séptico influirá en su desenlace[16].

***Bundle* de reanimación inicial**

La estrategia del *bundle* consiste en incorporar un pequeño grupo de medidas basadas en evidencia, para mejorar diferentes procesos del cuidado de los pacientes críticos. El *bundle* de reanimación de la sepsis severa tiene como objetivo estandarizar la atención inicial y asegurar que los enfermos reciban las intervenciones básicas que han demostrado mejorar los desenlaces.

Las últimas recomendaciones internacionales sobre manejo de la sepsis fueron elaboradas en 2012[12] y consisten en dos secuencias de intervenciones expuestas en la Tabla 1.

Tabla 1. *Bundle* de reanimación inicial de la sepsis, adaptado de las guías Surviving Sepsis campaign 2012[12]

Implementar en las primeras 3 h de reconocido un cuadro de sepsis severa: 1. Medir lactato plasmático 2. Tomar hemocultivos antes de iniciar la administración de antibióticos 3. Administrar antibióticos de amplio espectro 4. Administrar 30 ml/kg de cristaloides ante la presencia de hipotensión o lactato ≥ 4 mmol/L
Completar en las primeras 6 h 5. Iniciar noradrenalina cuando la hipotensión no responda a cristaloides, para mantener una presión arterial media (PAM) ≥ 65 mmHg 6. Si la hipotensión persiste a pesar de los cristaloides y/o el lactato inicial es ≥ 4 mmol/L - Medir la presión venosa central (PVC)* - Medir la saturación venosa central de oxígeno ($SvcO_2$)* 7. Volver a medir lactato plasmático si el valor inicial fue elevado*

* Los objetivos de la reanimación son una PVC ≥ 8 mmHg, una $SvcO_2$ ≥ 70% y una normalización del lactato.

Cultivos y antibióticos

Se deben tomar cultivos apropiados antes del inicio de los antibióticos. Se recomiendan al menos dos hemocultivos, cultivos de accesos venosos de más de 48 h de antigüedad y otros cultivos según el caso (orina, secreciones respiratorias, heridas, líquido intraperitoneal, tejidos, etc.). Si la toma de los cultivos demorara más de 45 min, se debe privilegiar la administración de antibióticos antes de los cultivos[12].

La administración precoz de antibióticos de amplio espectro por vía intravenosa es otro pilar del manejo inicial. Deben ser administrados idealmente durante la primera hora del diagnóstico de la sepsis severa, debido a que se ha estimado que cada hora de retraso en su inicio se asocia a un aumento de la mortalidad, la que en un reporte puede llegar hasta el 7,6%[17]. Otro estudio realizado en 44 unidades de cuidados intensivos de Alemania evaluó a 1.011 pacientes con sepsis severa y concluyó que los pacientes que fallecieron recibieron los antibióticos más tarde que los sobrevivientes[16]. Recientemente, un reporte multinacional que incluyó 18.000 pacientes con sepsis severa confirmó la relevancia clínica de la administración precoz de antimicrobianos[18].

Se sugiere el uso de un esquema asociado que sea sinérgico y que cubra el mayor espectro

posible, dada la posible fuente de infección y considerando además condiciones comórbidas del paciente y uso reciente de antimicrobianos. Existe evidencia de que la inapropiada selección de antimicrobianos se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad[16,19].

Administración de fluidos

La hipovolemia es un elemento crucial en las primeras horas de una sepsis severa y la reposición de fluidos constituye actualmente el pilar fundamental de esta fase. Le elección del fluido ideal para reanimación siempre ha sido controversial, a pesar de que actualmente contamos con más información para decidir.

Los hidroxietilalmidones (HES) eran recomendados para el manejo de la sepsis severa. No obstante, 3 estudios controlados y randomizados recientemente publicados, compararon mortalidad al utilizar soluciones de hidroxietilalmidones (HES) 130/0,4 y cristaloides en reanimación. Sus resultados principales son los siguientes:

1) Estudio CRYSTMAS (*Assessment of hemodynamic efficacy and safety of 6% hydroxyethylstarch 130/0.4 vs 0.9% NaCl fluid in severe sepsis*): no demostró un ahorro clínicamente significativo de cristaloides con el empleo del almidón. Adicionalmente, aunque no existió una diferencia significativa en la mortalidad entre HES 130/0,4 y cloruro de sodio 0,9%, se apreció una tendencia a mayor mortalidad con HES (31% vs 25,3%; p = 0,37)[20].

2) Estudio 6S (*Scandinavian Starch for Severe Sepsis/Septic Shock*): encontró mayor mortalidad en pacientes con sepsis severa y *shock* séptico al utilizar HES 130/0,42 comparado con Ringer acetato (51% vs 43%; p = 0,03); es importante destacar que incluyó una cohorte de pacientes más graves que otros estudios[21].

3) Estudio CHEST (*Crystalloid versus Hydroxyethyl Starch Trial*): no encontró diferencias en mortalidad al comparar HES 130/0,4 y cloruro de sodio 0,9% (18% vs 17%; p = 0,26); sin embargo, la necesidad de terapia de reemplazo renal fue mayor en el grupo que recibió HES (7% vs 5,8%; p = 0,04). Es importante destacar que este estudio no tuvo el poder estadístico para poder establecer una diferencia en mortalidad[22].

Otros estudios randomizados muestran un aumento del 60% en el riesgo de falla renal aguda al utilizar HES[23,24]. La conclusión actual es que existen datos preocupantes con respecto a la administración de HES en la sepsis (mayor mortalidad y falla renal) y en este contexto la *Surviving Sepsis Campaign* 2012 recomienda no utilizar HES en pacientes con sepsis severa o *shock* séptico[12].

Otros coloides sintéticos, como las gelatinas, no han sido tan extensamente evaluados como los HES en la sepsis. La recomendación más clara que existe al respecto fue publicada por la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos en 2012, quienes sugieren no utilizar gelatinas en pacientes con riesgo de falla renal aguda (como en el caso de sepsis)[25].

El uso de albúmina también ha sido evaluado. El estudio SAFE (*Saline versus Albumin Fluid Evaluation*) mostró que era igualmente efectiva que el cloruro de sodio 0,9% para la

reanimación de pacientes críticos[26]. Un metanálisis recientemente publicado no encontró una reducción significativa de la mortalidad al utilizar albúmina en adultos con sepsis, comparado con otros fluidos (cristaloides o coloides); los autores concluyeron que la albúmina parece ser segura en la sepsis, pero su uso no tendría ventajas[27]. Recientemente, el estudio ALBIOS (*Albumin Italian Outcome Sepsis*) aleatorizó a 1.818 pacientes con sepsis severa a recibir albúmina (con un objetivo plasmático de 3 mg/dl) o cloruro de sodio 0,9%, sin encontrar diferencias de mortalidad, disfunción de órganos, estadía en UCI, ni estadía en el hospital[28]. La recomendación actual es utilizar albúmina sólo en pacientes que requieren grandes cantidades de cristaloides y no se recomienda su empleo sólo para corregir la hipoalbuminemia[12]. No se deben utilizar soluciones glucosadas (como solución glucosalina, dextrosa 5% con electrolitos u otras) para reponer la volemia.

Se recomienda administrar 30 ml/kg de cristaloides (Ringer lactato o cloruro de sodio 0,9%) en los primeros 30 a 60 min de manejo del paciente con hipotensión por sepsis. Se debe administrar fluidos hasta lograr una presión venosa central (PVC) $\geq$ 8 mmHg, por lo que algunos pacientes pueden requerir mayores volúmenes en esta fase inicial. No obstante, es ampliamente reconocido que los índices estáticos basados en la determinación de la precarga ventricular como la PVC no pueden predecir la respuesta hemodinámica al aporte de fluidos. En la UCI, considerando que la mayoría de los pacientes se encuentran en ventilación mecánica se prefiere el empleo de índices dinámicos (variabilidad del volumen sistólico, variabilidad de la presión de pulso o la prueba de elevación de las extremidades inferiores) para identificar aquellos pacientes cuyo índice cardíaco y presión arterial media (PAM) son dependientes de precarga. Sin embargo, la PVC es una medición que en general se encuentra fácilmente disponible y por ello puede servir como un elemento de orientación inicial para descartar que un paciente se encuentre francamente hipovolémico en las primeras horas de la reanimación[8].

En caso de no poder medir la PVC, se puede administrar fluidos guiados por parámetros clínicos. Recientemente el estudio ProCESS (*Protocol-based Care for Early Septic Shock*) demostró que se pueden conseguir los mismos resultados administrando fluidos guiados por PVC o por parámetros clínicos durante las 6 primeras horas el manejo de la sepsis severa[29]. El grupo tratado con parámetros clínicos recibía fluidos hasta corregir la hipotensión o hasta que el paciente presentara signos de sobrecarga de fluidos (distensión yugular, crépitos a la auscultación pulmonar o disminución de la saturación arterial de oxígeno). No obstante, es importante destacar que en el estudio ProCESS los enfermos fueron identificados precozmente y que 76% de los pacientes recibieron antibióticos antes de 3 h y 97% antes de las primeras 6 h, por lo que sus conclusiones son aplicables sólo en este contexto.

En contraparte, debe evitarse caer en la tentación de guiar o perpetuar la administración de fluidos solamente por un valor aislado de PVC o índice dinámico, sin tomar en cuenta el contexto general. A diferencia de lo que ocurre en la fase precoz de la reanimación, donde el aporte de fluidos ha mostrado generar una respuesta predecible en la perfusión global, la administración tardía de fluidos (> 48 h) no mejora la microcirculación, e inclusive algunos investigadores han observado que un balance hídrico positivo y un nivel de PVC > 12 mmHg,

se asocia a mayor riesgo de muerte[8].

Vasopresores e inótropos

Si el paciente no logra una PAM ≥ 65 mmHg a pesar de la administración de fluidos descrita anteriormente se deben iniciar precozmente vasopresores. Esto puede ser incluso antes de completar los 30 ml/kg de cristaloides si el paciente se encuentra profundamente hipotenso[12].

La noradrenalina es la droga de primera elección. Aumenta la presión arterial principalmente por su efecto vasoconstrictor y tiene un leve efecto inótropo positivo. La noradrenalina tiene una clara ventaja por sobre la dopamina como droga de elección en *shock* séptico, ya que esta última se asocia a 12% más mortalidad y el doble de arritmias que la primera[30]. Por lo tanto, la dopamina se encuentra recomendada actualmente sólo en aquellos raros casos de pacientes con marcada bradicardia[12].

La adrenalina es la droga de segunda opción. Estudios iniciales mostraban un efecto deletéreo en la circulación esplácnica y aumento de los niveles de ácido láctico. Sin embargo, si se le compara con noradrenalina no se observa una diferencia clínica en mortalidad (RR 0,96; IC 0,77-1,2)[12].

Otros vasopresores (fenilefrina y vasopresina) quedan reservadas para pacientes seleccionados y tienen poca relevancia en el manejo inicial de la sepsis severa[12].

Los vasopresores deben administrarse idealmente por una vía venosa central. Sin embargo, durante el manejo inicial se podrían administrar por una vía venosa periférica segura si el paciente lo requiere[31]. Se prefiere contar con medición de presión arterial invasiva[12], pero el manejo inicial se puede realizar con medición de presión arterial no invasiva si no es posible la instalación de una línea arterial.

La dobutamina es el inótropo de elección. Su indicación principal es la disfunción miocárdica séptica, la que es difícil de diagnosticar durante el manejo inicial donde el gasto cardíaco puede estar disminuido, normal o elevado[12]. También se ha utilizado dobutamina cuando existen signos persistentes de hipoperfusión, aunque esa indicación se encuentra actualmente cuestionada[32].

La recomendación actual para el manejo inicial es utilizar precozmente una droga con efecto vasopresor e inótropo (noradrenalina o adrenalina) si el paciente no logra una PAM ≥ 65 mmHg a pesar de una administración adecuada de fluidos (guiados por PVC, parámetros dinámicos o clínicos)[12].

Control del foco

Hasta hace algún tiempo, la resolución del foco séptico era el objetivo primario y primordial al enfrentar a un paciente con una sepsis quirúrgica severa. Lo que se hacía y enseñaba era que el paciente había que operarlo a la brevedad y la cirugía debía ser lo más breve posible. Era proverbial entre los antiguos cirujanos el "tajo y mecha", para significar llegar rápido al foco y

dejar un drenaje. Con alguna frecuencia, a veces alarmante, los pacientes fallecían en el quirófano, o salían de él con falla renal o falla multiorgánica que ocasionaba un mal desenlace.

Una de las claves, quizás la más trascendente, de los mejores resultados que hoy se obtienen frente a estos pacientes críticos, está dada por el manejo inicial ya mencionado más arriba, que se inicia en la sala de urgencias y se continúa en unidades críticas.

Disponemos entonces, los cirujanos y los médicos intervencionales, de un espacio de tiempo acotado que permite compensar al paciente en su condición de gravedad, para luego proceder al control del foco séptico. Esta ventana de tiempo permite además realizar las imágenes que nos aproximan al diagnóstico etiológico correcto.

Bloos y cols[16], refieren que aquellos casos en los que el control del foco fue realizado en un período de tiempo superior a 6 h, la mortalidad fue significativamente mayor que en el grupo con control del foco menor a dicho lapso (42,9% vs 26,7%; $p < 0,001$). Concluyen que el tratamiento del foco antes de las seis horas de iniciada la sepsis severa puede disminuir notoriamente la mortalidad.

Sartelli y cols[33], realizaron un estudio multicéntrico en Europa incluyendo 2.152 pacientes con infecciones intraabdominales complicadas, 282 de ellos con sepsis severa y *shock* séptico. Entre los predictores de mortalidad se menciona el control tardío del foco, estableciendo el límite en 24 h (OR = 2,6; IC 95% 1,8-3,5; $p < 0,0001$).

Las Guías de la *Surviving Sepsis Campaign* 2012 recomiendan el control de la fuente de infección dentro de las 12 h del diagnóstico, prefiriendo la técnica menos invasiva posible en pacientes graves (por ejemplo, drenaje percutáneo en vez de quirúrgico de un absceso)[12].

El tratamiento del foco puede ser quirúrgico o intervencional, dependiendo de la elección juiciosa de los equipos médicos y ponderando riesgos y beneficios. Las causas más frecuentes de infección intraabdominal se enumeran en la Tabla 2[33]. Aparte de la alta prevalencia de la patología apendicular y biliar, destaca la sepsis postoperatoria y la patología de colon. La sepsis postoperatoria está muy relacionada con la cirugía gastrointestinal. La prevención de la sepsis postoperatoria mediante una técnica quirúrgica adecuada y decisiones correctas tomadas por el cirujano, dependiendo de los hallazgos, continúa siendo el factor más importante que puede influir en la morbilidad y mortalidad de esta cirugía.

Tabla 2. Causas más frecuentes de infección intraabdominal[33]

Origen del cuadro	n	(%)
Apendicitis	798	(37%)
Post-operatorio	342	(15,9%)
Colecistitis	289	(13,4%)
Diverticulitis	166	(7,7%)
Perforación colon no diverticular	158	(7,3%)
Perforación gastroduodenal	156	(7,3%)
Perforación intestino delgado	103	(4,8%)
Otros	140	(6,5%)
Total	2.152	(100%)

Debe destacarse la necesidad, durante la cirugía, de la evaluación temprana y clara del estado del paciente y de su deterioro fisiológico. Si el daño fisiológico es estimado como severo, la intervención quirúrgica debe ser abreviada. El concepto de cirugía de control de daños fue instituido inicialmente en trauma, pero ha evolucionado para incluir a pacientes críticamente enfermos con sepsis quirúrgica.

Cuando los pacientes progresan desde un SIRS a una sepsis severa o *shock* séptico, la infección abdominal puede transformarse en una catástrofe abdominal. La primera decisión para el cirujano es definir el momento en que debe intervenir para romper esta cascada, decisión que debe ser tomada en conjunto con el resto del equipo (anestesistas, intensivistas, etc.).

La segunda decisión es hasta donde debe llegar en esa intervención. El objetivo primario debe ser el control de la fuente de infección, resecando el intestino necrótico o perforado sin realizar ostomías en ese momento. Los cabos pueden dejarse cerrados y en 24-48 h el paciente es reoperado para ver la progresión o estabilización del daño, evaluación que es especialmente relevante en presencia de intestino isquémico. En ese momento se puede tomar la decisión de anastomosar u ostomizar. El cierre de la pared abdominal se efectúa con algún dispositivo temporal, devolviendo al paciente a la UCI para su optimización fisiológica.

Al volver el paciente al quirófano con su fisiología más compensada para la operación eventualmente definitiva, puede procederse al cierre abdominal usando alguna de las técnicas en boga, siendo una de las favoritas la Vaccum Pack Technique (VPT)[34-46].

Dejar el abdomen abierto es una posibilidad que evalúa el cirujano después de hacer una laparotomía en un paciente con sepsis abdominal severa o trauma. La laparostomía continúa asociada a una alta cifra de morbimortalidad y las diferentes técnicas descritas no han logrado posicionarse. Los mejores resultados publicados se obtienen con la VPT. Este sistema de presión negativa ha ido ganando adeptos para el manejo de estos pacientes, pero la evidencia que sustenta su uso es pobre, persistiendo los riesgos de fistulización y mortalidad, asociados a severas pérdidas de proteínas y fluidos, además de un complejo manejo nutricional. Una de sus ventajas es que simplifica el manejo de la herida por parte de enfermería.

Un estudio reciente de Carlson y cols.[45], que incluyó 578 pacientes tratados con abdomen abierto en Gran Bretaña, no logró demostrar diferencias significativas en lo referido a mortalidad, fistulización o hernia incisional al comparar pacientes con VPT versus no VPT. Estos pacientes implican también un alto costo económico que deben soportar las personas y los sistemas de salud. Un estudio reciente publicado en Estados Unidos concluye que los suministros y dispositivos son los principales contribuyentes al aumento de costos hospitalarios (24,2%), seguido por la estadía en la UCI (17,6%)[47].

Consideraciones finales

Para resumir, debemos decir que los pacientes quirúrgicos son responsables de un tercio de los casos de sepsis severa y que esta continúa siendo la causa más importante de muerte en las UCI no cardiológicas. La identificación precoz del cuadro y la rápida iniciación de las terapias basadas en la evidencia constituyen un desafío. La detección oportuna junto a un manejo protocolizado basado en el *bundle* inicial, asociado al control oportuno del foco séptico y la implementación de medidas coadyuvantes (Tabla 3)[48-57], puede mejorar significativamente el pronóstico de estos pacientes.

Tabla 3. Terapias coadyuvantes en sepsis severa y *shock* séptico

Soporte ventilatorio	La ventilación mecánica puede ser de gran utilidad en el soporte respiratorio de los enfermos críticos; no obstante también es capaz de inducir daño[48,49]. Las recomendaciones actuales para una ventilación mecánica protectora son[12]: • Volumen corriente bajo (6-8 ml/kg de peso ideal) • Mantener la presión meseta por debajo de 30 cmH_2O • Aplicación individualizada de presión positiva al final de la espiración (PEEP) para evitar el colapso alveolar
Control de glicemia	• La hiperglicemia es frecuente en pacientes críticos y se asocia a morbimortalidad. No obstante, un control estricto de la glicemia (80-110 mg/dL) se ha asociado a mayor riesgo de hipoglicemia y mortalidad[50-52] • La recomendación actual es tratar la hiperglicemia mediante un abordaje protocolizado sólo si es mayor a 180 mg/dl[12]
Corticoides	• Se utilizan para tratar la insuficiencia corticoesteroidea relacionada a enfermedades críticas • Aún es un tema controvertido y dos estudios prospectivos (HYPRESS y APROCCHS) que se encuentran en marcha intentarán despejar las interrogantes existentes[53-55] • La recomendación actual es utilizar hidrocortisona endovenosa, en dosis no mayores a 200 mg/día, sólo si el paciente no logra la estabilidad hemodinámica con el uso de fluidos y altas dosis de drogas vasoactivas[12]
Proteína C Activada Recombinante Humana	• En el año 2001 el estudio prospectivo multicéntrico PROWESS56, demostró una reducción significativa de la mortalidad en pacientes con sepsis severa (24,7% vs 30,8%, $p < 0,005$). Lamentablemente, estos resultados no pudieron ser reproducidos en forma consistente en ensayos subsecuentes • El año 2012 el PROWESS-SHOCK study group publicó los resultados de un gran esfuerzo colaborativo multinacional que incluyó 208 hospitales y que enroló 1.697 pacientes con *shock* séptico en 5 continentes[57]. El estudio no pudo demostrar una reducción de la mortalidad a 28 ó 90 días, ni en la población general, ni en ninguno de los subgrupos previamente establecidos. • Actualmente, no se encuentra disponible para su uso clínico

Es importante enfatizar que muchas de las intervenciones que han demostrado generar un impacto significativo en los desenlaces clínicos no requieren de grandes inversiones de dinero, ni de tecnología sofisticada, sino de conocimientos fisiopatológicos, una actitud proactiva y la optimización del trabajo en equipo. Medidas coadyuvantes de alto costo no han mostrado utilidad. También debemos recalcar que no se debe esperar que estos pacientes lleguen a la UCI para comenzar su manejo, éste debe comenzar a su ingreso a la unidad de emergencias y continuar en las salas intensivas y en el pabellón quirúrgico.

13. Sírvase precisar si en la cirugía de laparotomía exploratoria realizada en la madrugada del 3 de febrero de 2018, ¿era mandatorio contar con la presencia del ginecólogo tratante o si, por el contrario, correspondía a un cuadro de manejo por parte de la especialidad de cirugía general? Explique su respuesta

No se requería la presencia del ginecólogo tratante ni del ginecólogo de turno, ya que esta era una patología de manejo neta y específicamente por el servicio de cirugía general, quienes son ante la ley los que presentan las prerrogativas para tratar peritonitis secundarias a perforaciones colorrectales con sepsis de origen intra abdominal. El campo de la patología abdominal quirúrgica de urgencia del tracto gastrointestinal no le compete al servicio de ginecología a nivel médico ni legal, ya que esta especialidad no presenta ninguna formación académica ni técnica para el manejo de este tipo de patologías.

14. Precise ¿en que consiste el shock séptico y cuál es su tasa de mortalidad?

La sepsis grave y el choque séptico constituyen un importante problema de salud que resulta del daño inducido por la respuesta inmunológica del huésped a una infección grave.[1] Se han realizado múltiples estudios clínicos con la finalidad de dilucidar cuál es manejo más apropiado o correcto para lograr un adecuado desenlace clínico. Actualmente contamos con guías de manejo terapéutico para estandarizar el tratamiento de los pacientes y poder tener metas claras a alcanzar; sin embargo, existen múltiples puntos de controversia acerca de cuál es el tratamiento óptimo o cuáles son las variables clínicas o paraclínicas más importantes para corregir. En los últimos años, se han propuesto modificaciones en el algoritmo del manejo del paciente con sepsis grave o choque séptico, y esto ha sido gracias al mejor entendimiento de la fisiopatología de esas entidades nosológicas.[1]

En los próximos párrafos trataremos de explicar la fisiopatología de la sepsis, sepsis grave y choque séptico, establecer los puntos básicos del tratamiento del choque séptico y analizar para integrar a nuestra práctica cotidiana las nuevas recomendaciones y metas que se han establecido además de las guías.

Conceptos básicos

El síndrome de respuesta inflamatoria sistemica (SIRS) se define por la presencia de al menos dos de las siguientes características: temperatura >38.3°C o <36°C, frecuencia cardiaca (FC) >90 latidos por minuto, taquipnea o $PaCO_2$ <32 mmHg, leucocitos >12,000 o <4,000 o >10% bandas.[2] La sepsis ocurre cuando el síndrome es concomitante con un foco infeccioso, ya sea probable o confirmado. La sepsis grave se define como sepsis más disfunción orgánica, hipoper-fusión o hipotensión (hiperlactatemia, oliguria, alteraciones en el estado mental). Finalmente, si no se trata la condición subyacente que genera la infección, se puede evolucionar al estado de choque séptico, el cual se define como hipotensión secundaria a sepsis con presión arterial sistólica (TAS) <90 mmHg o disminución de >40 mmHg en relación con la presión arterial basal a pesar de resucitación hídrica.[2,3]

Generalidades

Los factores de riesgo identificados con más frecuencia son las enfermedades crónicas, como VIH-SIDA, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedad maligna; así como la administración de agentes inmunosupresores.[1]

Entre los factores asociados con mal pronóstico están la alta carga infecciosa, los distintos factores de virulencia propios de cada microorganismo y la resistencia a los antibióticos.[3] A lo largo de los años, se han reconocido factores de riesgo no modificables de sepsis grave o choque séptico. La población más susceptible de sufrir estas complicaciones infecciosas es la que se encuentra en los extremos de la vida. Además, se ha documentado mayor prevalencia en hombres, y con respecto al grupo étnico, las personas de raza negra son más afectadas.[1]

Epidemiología

En Estados Unidos se tiene registro de que 2% de los pacientes hospitalizados anualmente (más de 750,000 pacientes-año) sufren sepsis grave,[1] y se tiene previsto que esta cifra aumente alrededor de 1.5% anual.[3] De los individuos con sepsis grave hospitalizados por año, 70% necesitan ser tratados en la unidad de terapia intensiva (UTI), que constituye 10% de todos los ingresos a esa área. En el mundo, se calcula que la prevalencia de sepsis grave es de más de 19 millones de casos por año; sin embargo, es muy probable que esta cifra se encuentre por debajo de la cantidad real.[2]

La mortalidad estimada en los pacientes con sepsis es de 30%. Ésta se incrementa en adultos mayores hasta 40% y en pacientes con choque séptico alcanza 50%.[1]

Causas

De los múltiples agentes patógenos, se sabe que las bacterias son los microorganismos principalmente implicados en la aparición de la sepsis grave. Entre éstas, la primera causa actualmente identificada son las bacterias gram-positivas,[2,3] a diferencia de los registros de hace más de 10 años, en los que predominaban las bacterias gramnegativas.[1] Los microorganismos grampositivos aislados más frecuentemente son *S. aureus* y *S. pneumoniae* y los gramnegativos más comunes son *E. coli, Klebsiella* spp y *Pseudomonas aeruginosa.*[2]

Entre los principales focos infecciosos a los que se ha atribuido la sepsis grave y choque séptico se encuentra, en primer lugar, la neumonía (aproximadamente la mitad de los casos registrados), seguida de infecciones intraabdominales, de las vías urinarias e infecciones primarias del torrente sanguíneo.[1,2,4] Estos padecimientos representan mortalidad de 25% global y su costo aproximado es de 22,000 dólares por paciente.[2,3] Los cultivos se encuentran dentro del algoritmo de estudio del paciente con sepsis grave o choque séptico; sin embargo, de los hemocultivos sólo es positivo un tercio de los casos, y poco más de un tercio de todos los cultivos realizados resultan negativos.[2]

Fisiopatología

La fisiopatología de los pacientes con sepsis grave o choque séptico no se ha dilucidado por completo; sin embargo, se conocen varios aspectos implicados que, en conjunto, justifican parcialmente el curso clínico de los pacientes. Estos aspectos son la respuesta del huésped a la infección, la inmunidad innata, las alteraciones de la coagulación inducidas por sepsis, los mecanismos antiinflamatorios y de inmunosupresión endógenos y finalmente la disfunción orgánica que lleva a la muerte.[2]

La respuesta del huésped resulta compleja. Existe gran evidencia que sugiere que esa respuesta está influenciada por polimorfismos genéticos.[2,3] En un intento por controlar la infección ocurre una respuesta inflamatoria importante que carece de especificidad, por lo que puede condicionar daño no sólo al agente causal, sino también a los tejidos. Además, existen mecanismos regula-torios que disminuyen la respuesta inflamatoria cuya finalidad es delimitar el daño una vez eliminado el agente causal; sin embargo, este mecanismo antiinflamatorio endógeno facilita la generación de infecciones secundarias. Esta respuesta del hospedero dependerá de múltiples variables, como la carga de patógenos, así como su virulencia; el estado de salud del hospedero al momento de la infección, con lo cual se hace referencia a enfermedades coexistentes; y del grado de afectación de la infección en el organismo, que puede ser local, regional o sistémica.[2]

Además, la inmunidad innata juega un papel importante en la defensa del huésped y en la génesis de complicaciones derivadas de la infección. La respuesta innata actúa en los primeros minutos a horas tras el daño infeccioso.[2,3] Su principal propósito es coordinar una respuesta defensiva mediante la interacción de la inmunidad humoral y celular.[1] Los patógenos interactúan con las células de defensa mediante múltiples receptores, de los cuales se han identificado cuatro clases: receptores *toll-like,* receptores de lecitina tipo C, receptores de ácido retinoico inductores del gen tipo 1 *(retinoic acid inducible gene 1-like)* y receptores unidos al nucleótido del dominio de oligomerización *(nucleotide-binding oligomerization domain-like receptors).*[2,3] Estos receptores reconocen diversas estructuras microbianas llamadas "patrones moleculares asociados con patógenos" (lipopo-lisacáridos en gramnegativos y peptidoglucano y ácido lipoteicoico en grampositivos), con lo que se genera una regulación a la alza en la transcripción de genes inflamatorios[2] y en consecuencia aumenta la producción de citocinas proinflamatorias (TNF-α, IL-1 β, IL-6 y NFKß) por parte de las células mononucleares que inducen la destrucción microbiana a través de radicales libres de

oxígeno.[1,3] Por otro lado, esta cascada proinflamatoria aumenta la gluconeogénesis y causa fiebre, hipotensión, fuga capilar y depresión miocárdica que genera insuficiencia orgánica múltiple y posteriormente la muerte.[3] Estos mismos receptores también detectan moléculas endógenas liberadas de las células dañadas, conocidas como "patrones moleculares asociados con daño", también conocidas como alarminas. Se ha observado que estas alarminas también son liberadas a la circulación posterior a alguna lesión estéril, como un traumatismo cerrado, por lo que se ha propuesto que la insuficiencia orgánica en la sepsis no difiere tanto de la producida en pacientes no infectados en estado crítico.[2]

Una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes con sepsis son las alteraciones de la coagulación que ésta induce. Se conoce que los receptores de proteasa activada (RPA) constituyen el lazo entre la coagulación y la inflamación. Principalmente los RPA tipo 1 están implicados en la sepsis debido a que ejercen efecto citoprotector cuando son estimulados por la proteína C o bajas dosis de trombina;[2] sin embargo, cuando son expuestos a altas dosis de trombina o disminuye la concentración sérica de proteína C, ejercen un efecto nocivo en las células endoteliales, con lo que se libera factor tisular y éste desencadena la cascada de la coagulación.[2] Los patrones moleculares asociados con patógenos, sobre todo los lipopolisacáridos de las bacterias gramnegativas, inducen la expresión de factor tisular en las células mononuclares y endoteliales, lo cual favorece la conversión de la protrombina en trombina, y esta última induce la producción de fibrina a partir de fibrinógeno. De forma simultánea, los mecanismos fribrinolíticos regulatorios se afectan cuando hay altas concentraciones de inhibidor del plasminógeno activado tipo 1, que evita la producción de plasmina a partir del plasminógeno. El resultado final es la generación y depósito de coágulos de fibrina en la microvasculatura que conducen a inadecuada perfusión tisular y finalmente a insuficiencia orgánica múltiple.[1] Las citocinas proinflamatorias (principalmente IL-1 e IL-6) promueven la expresión de factor tisular[1,3] que activa el factor VII y la vía extrínseca de la coagulación, lo que lleva a la formación de trombina. La vía extrínseca está estimulada por el factor XI. Hay disminución de la antitrombina III y de las proteínas C y S, lo que conduce al consumo de factores de coagulación que se manifiesta como coagulación intravascular diseminada (CID), misma que aumenta el riesgo de sangrado; en pacientes sépticos se incrementa el riesgo de trombosis, ya que se forma fibrina a través de trombina y por lo tanto se crean microtrombos.[2,3]

Con respecto a los mecanismos antiinflamatorios y de inmunosupresión existen múltiples aspectos que destacar. En cuanto a la inmunosupresión, se sabe que los pacientes con sepsis tienden a sufrir linfopenia, que se atribuye a apoptosis inducida en los linfocitos B y en CD4+.[1] Desde el enfoque de los mecanismos antiinflamatorios, la IL-10 puede generar que los fagocitos viren a un fenotipo antiinflamatorio que promueva la reparación tisular, con lo cual se reduciría la inflamación inducida previamente por los linfocitos T. También existen mecanismos neuronales que pueden inhibir la inflamación. Este mecanismo es llamado "reflejo neuroinflamatorio" y es llevado a cabo por el nervio vago. El daño causado por la inflamación es transmitido por fibras aferentes del nervio vago hasta llegar al tallo cerebral. Desde este punto, por vías eferentes se envía una señal hacia el nervio esplénico, el cual yace en el plexo celiaco, que induce liberación de norepinefrina y acetilcolina por linfocitos T CD4+

del bazo. La acetilcolina se une a receptores colinérgicos α7 en los ma-crófagos, con lo cual se inhibe la liberación de citocinas proinflamatorias.[2]

La disfunción orgánica es atribuible a diversos daños metabólicos, entre los cuales, la alteración de la oxigenación tisular o hipoxia secundaria a disminución del aporte de oxígeno juega un papel clave. Con base en lo anterior, cualquier circunstancia que altere el aporte de oxígeno favorecerá la hipoxia. Las principales causas en los pacientes con sepsis grave y choque séptico son la hipotensión arterial, la reducción de la deformabilidad de los eritrocitos y la trombosis microvascular. Esta falta de oxígeno a nivel tisular genera la producción de radicales libres, los cuales producen daño mitocondrial con liberación subsecuente de alarminas que activan a los neutrófilos y, en consecuencia, generan más inflamación.[2]

La disfunción orgánica aguda afecta principalmente a los sistemas respiratorio y cardiovascular. La afección respiratoria se distingue por el síndrome de dificultad respiratoria aguda, definido como hipoxemia con infiltrados bilaterales que no pueden ser atribuibles a insuficiencia cardiaca. El daño cardiovascular se manifiesta inicialmente por hipotensión o elevadas concentraciones séricas de lactato arterial. La afectación del sistema nervioso central se evidencia por obnubilación o delirio.[2]

La afectación multiorgánica inducida por la sepsis grave o el choque séptico es mayor en los sistemas respiratorio, cardiovascular y nervioso central, y en la función renal; sin embargo, existe una amplia gama de manifestaciones derivadas de la afectación de otros aparatos y sistemas. Entre estas manifestaciones destacan: íleo, coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, hipertransaminasemia, hiperglucemia, disfunción adrenal, síndrome del eutiroideo enfermo, entre otras.[2]

Tratamiento

El tratamiento temprano aumenta la supervivencia de manera significativa. El tratamiento óptimo debe ser dinámico. Las intervenciones potenciales que dependen del tiempo de intervención han sido bien estudiadas: tratamiento antimicrobiano, resucitación dirigida a metas, ventilación mecánica invasiva y control de la glucemia. El tratamiento de soporte debe incluir siempre que se requiera: apoyo ventilatorio, profilaxis antitrombótica, profilaxis para evitar úlceras gástricas por estrés, nutrición, control glucémico y sedación.[3-5]

Es bien conocido que el daño primario es una infección y una de las piedras angulares del tratamiento es el control de la fuente y la administración de terapia empírica dirigida, y la recomendación es que se realice en la primera hora de establecer el diagnóstico.[4,6] Los hemocultivos son positivos en 20 a 50%, según el centro. Siempre es recomendable obtener un hemocultivo antes de iniciar tratamiento antimicrobiano. La elección del mismo se realiza con base en: patógenos probables basados en síndromes clínicos y fuentes probables de infección, el sitio de adquisición del patógeno (comunidad *vs* hospital), resultados de muestras con tinción de Gram, patrones de resistencia locales, co-morbilidades, alergias a fármacos y exposición previa a antibióticos. En casos específicos se recomienda considerar antifúngicos. La IDSA sugiere la administración empírica de azoles o equinocandinas (pacientes críticos -*C.*

glabrata), control de la fuente, drenaje de abscesos, desviación, drenaje o incisión del tejido afectado y remoción de cuerpos extraños potencialmente infectados.[2,3] Se ha demostrado a través de los años y de la administración rápida de la terapia antimicrobiana que la mortalidad ha disminuido significativamente (de 80 a 20%); sin embargo, se sabe que los supervivientes aún tienen riesgo de muerte incrementado en los meses o años posteriores, así como riesgo de sufrir alteraciones neurocognitivas, deterioro de la capacidad física, trastornos del ánimo y disminución de la calidad de vida como consecuencia.[2]

Las anormalidades hemodinámicas llevan a un estado de hipoperfusión que se perpetúa si no es atacado inmediatamente. El perfil hemodinámico del choque séptico se distingue en las fases iniciales por componentes de choque hipovolémico, cardiogénico y distributivo, al principio del manejo lo más importante es enfocarse en el componente hipovolémico.[4,5]

En la etapa inicial del choque séptico aumenta la fuga capilar y la capacitancia venosa que ocasionan un estado de hipovolemia efectiva con disminución del retorno venoso al corazón. El volumen intravascular decrece y, además del proceso séptico, disminuye el volumen sistólico, por lo que esta fase inicial de sepsis caracterizada por hipovolemia, taquicardia y gasto cardiaco reducido se alivia con la administración de soluciones cristaloides por vía endovenosa.[2]

Rives y colaboradores diseñaron un estudio para valorar si la reposición hídrica dirigida a pacientes con lactato mayor a 4 mmol/L o con hipotensión arterial, a pesar de hidratación intensiva, disminuía la mortalidad en las etapas iniciales del choque séptico.

Se hizo un estudio de cohorte donde los dos grupos recibieron tratamiento con cristaloides y vasopresores, utilizando como metas en común presión venosa central (PVC) >8-12 mmHg, presión arterial media (TAM) >65 mmHg, gasto urinario >0.5 mL/kg/h. En uno de los dos grupos (llamado "grupo de terapia dirigida a metas tempranas" o EGDT por sus siglas en ingles: *Early Goal Directed Therapy)* se agregó la valoración de la saturación venosa central de oxígeno ($SvcO_2$) >70% como un índice de entrega de oxígeno. Si la SvcO2 era <70% posterior a alcanzar metas de presión venosa central y presión arterial media los pacientes recibían paquete globular con hematócrito <30%, o bien, recibían dobu-tamina si el hematócrito era 30%. Se registró menor mortalidad intrahospitalaria en el grupo EGDT (30.5 *vs* 45.5%, p=0.009).[5]

Un paso importante en el manejo adecuado de la sepsis fue la creación de la Campaña para Sobrevivir a la Sepsis, creada por la SCCM, la ESICM y el ISF, con el objetivo de mejorar los estándares de manejo, seguridad e investigación y reducir la mortalidad de la sepsis severa en el mundo.[4,7,8] Recomienda que la resucitación inicial debe llevarse a cabo en los pacientes con lactato mayor de 4 mmol o hipotensión arterial a pesar de haber recibido una prueba de volumen. Las metas de la terapia hídrica inicial son presión venosa central de 8-12 mmHg, presión arterial media de 65 mmHg, gasto urinario mayor a 0.5 mL/kg/h y saturación venosa central o mixta de 70 o 65%, respectivamente.[4] El diagnóstico de choque séptico se hace con la toma temprana de hemocultivos, siempre que éstos no retrasen el inicio de la terapia antimicrobiana (45 minutos a 1 hora). Se deben tomar al menos dos hemocultivos (aerobio y

anaerobio). Uno de ellos debe ser percutáneo y los demás de cada uno de los accesos vasculares, a menos que estos accesos hayan sido insertados dentro de las últimas 48 horas. Asimismo se deben realizar pruebas para diagnosticar infección por *Candida* spp, como las pruebas de 1,3 β D-glucano y anticuerpos antigalactomanano. De igual forma se deben realizar estudios de imagen en busca de la fuente infecciosa.[4,6] La terapia hídrica inicial debe ser con cristaloides, evitando otro tipo de soluciones, asimismo, hay que administrar albúmina a todos los pacientes con requerimiento hídrico abundante. La terapia hídrica inicial debe ser con una velocidad de infusión de 30 mL/kg (una porción debe ser albúmina), y continuar así hasta lograr estabilidad hemodinámica.[4,9] Todos los pacientes con choque séptico requieren vasopresores para alcanzar presión arterial media de 65 mmHg. El vasopresor de elección es norepinefrina, y se le puede agregar epinefrina si el paciente no responde a dosis máximas de norepinefrina, o también se puede agregar vaso-presina a 0.03 unidades/minuto. Dosis mayores a éstas deben reservarse como dosis de salvamento, y la dopamina sólo se limita a los pacientes con bradicardia o sin riesgo de taquiarritmias, o bien, con $SvcO_2$ por debajo de 70 mmHg, pese a un manejo adecuado.[4,10]

En 2007 en *Chest* se publicó una revisión sistemática que estudió la relación entre la presión venosa central y el volumen sanguíneo, así como la capacidad de la PVC y ^{A}PVC para predecir la respuesta a la administración de volumen. Se incluyeron 24 estudios (803 pacientes); 5 de ellos vinculan la PVC con volumen sanguíneo circulante y 19 estudios analizan la relación PVC y ^{A}PVC con cambios en el funcionamiento cardiaco posterior a prueba de volumen. El 56±16% de los pacientes respondieron a volumen. El coeficiente de correlación entre la presión venosa central y el volumen circulante fue de 0.16 (IC95%, 0.03-0.28). En conclusión, hay una escasa relación entre la medición de la presión venosa central y el volumen sanguíneo. La PVC y ^{A}PVC son mediciones muy malas para predecir la respuesta hemodinámica a pruebas de volumen, por lo cual la PVC no debe usarse para tomar decisiones en cuestión de terapia hídrica.[11] Este estudio rompió los paradigmas acerca de la medición de la respuesta a volumen en pacientes con choque séptico y circulatorio, por lo que en 2011 Jean-Louis Teboul demostró que sólo 50% de los pacientes hemodinámicamente inestables responden a infusión de volumen; sin embargo, la infrarresucitación resulta en hipoperfusión orgánica, asimismo, la sobrerresucitación aumenta la morbilidad y la mortalidad. Propuso entonces pruebas dinámicas que vigilaran cambio en volumen latido posterior a maniobras que modifican la precarga.[11-14]

La reposición agresiva de líquidos para lograr una presión venosa central mayor de 8 mmHg se ha propuesto como un punto medular en el manejo de pacientes con sepsis grave y choque séptico. No obstante, existen algunos ensayos clínicos recientes que han demostrado que este enfoque no mejora el pronóstico en pacientes con sepsis grave y choque séptico.[11] En términos fisiopatológicos, la sepsis se distingue por vasoplejía con pérdida del tono arterial, venodilatación con secuestro de sangre en el compartimiento de la sangre no sometida a esfuerzo, así como cambios en la función ventricular con capacitancia redu cida y disminución en la capacidad de respuesta de la precarga. Estos datos sugieren que la sepsis no es un estado únicamente caracterizado por depleción de volumen, y la evidencia reciente señala que muchos de los pacientes sépticos son poco sensibles a los líquidos.[12,13] Además, gran parte del

líquido administrado es secuestrado en los tejidos, lo que resulta en edema grave en órganos vitales y, por tanto, se eleva el riesgo de disfunción de los mismos.[14] Todo esto indica que se debe seguir un enfoque conservador, fisiológico y sobre todo guiado hemodinámicamente de la terapia de líquidos en pacientes con sepsis, ya que así probablemente se reduciría la morbilidad y mejoraría el pronóstico de esta enfermedad.

En los últimos años se ha publicado nueva evidencia que demuestra que la terapia dirigida a metas tempranas no es la mejor opción. Tres de las más importantes investigaciones que sustentan esto son los estudios ProCESS, ARISE y ProMISe.[10,15,16]

En 2014 se publicó el estudio ProCESS, como el primero de tres estudios que comparan un método de resucitación alternativa que no incluye vigilancia central *vs* terapia dirigida a metas tempranas tradicional (EGDT). Se realizó en 31 servicios de urgencias de Estados Unidos y se dividió a los pacientes en tres grupos de EGDT, terapia convencional o terapia sin administración de inotrópicos, catéteres ni colocación de accesos centrales. Su conclusión fue la ausencia de diferencias en los tres grupos.[10] La calidad de la atención en estos pacientes se refleja en el hecho de que todos los grupos analizados en ProCESS recibieron >2 litros de líquidos, y 75% de los pacientes recibió tratamiento antibiótico antes de la aleatorización;[10] sin embargo, apoya el hecho de que la medición de la presión venosa central y $ScvO_2$ no es necesaria si el médico tratante es lo suficientemente experimentado para conocer la fisiopatología de la sepsis severa y ha administrado el reto hídrico y el tratamiento antibiótico adecuado.[10]

En el estudio ARISE se incluyeron 51 centros (Australia y Nueva Zelanda), en los que se asignaron de manera aleatoria 1,660 pacientes para recibir tratamiento con terapia dirigida a metas tempranas (EGDT) o tratamiento habitual. El objetivo primario fue medir la mortalidad a los 90 días. De 1,600 pacientes, a 796 se les dio EGDT y a 804 tratamiento habitual. Los pacientes con EGDT recibieron más líquidos parenterales en las primeras 6 horas (1,964±1,415 mL *vs* 1,713±1,401 mL) y fueron más propensos a recibir vasopresores (67 *vs* 58%), transfusiones (14 *vs* 7%) y dobutamina (15 *vs* 3%, p<0.001 para todas las comparaciones). A los 90 días murieron 147 en el grupo de EGDT y 150 en el de tratamiento habitual (19 y 19%, respectivamente). No hubo diferencia significativa en el tiempo de supervivencia, mortalidad hospitalaria o días de hospitalización; sin embargo, sí hubo diferencia significativa en la administración de aminas, vasopresores y transfusiones, lo cual genera un costo extra y además implica riesgos independientes agregados al padecimiento de base únicamente por su uso. Debido a lo anterior, no se recomienda de manera universal la EGDT.[15]

El estudio ProMISe se llevó a cabo de forma aleatorizada con análisis del costo-beneficio en 56 hospitales de Inglaterra. Los pacientes se asignaron aleatoriamente para recibir EGDT (6 h) *vs* tratamiento habitual. El objetivo primario fue medir la mortalidad a los 90 días por cualquier causa. Se incluyeron 1,260 pacientes de los que 630 recibieron EGDT y 630 tratamiento habitual. A los 90 días fallecieron 184 pacientes del grupo de EGDT (29.5%) y 181 (29%) del grupo con tratamiento habitual (p=0.90), con reducción absoluta en el riesgo de -0.3% (IC95%, -5.4 a 4.7). Se reportó aumento de intensidad en el tratamiento en el grupo de EGDT,

incluidas soluciones IV, fármacos vasoactivos y transfusiones, además de empeoramiento significativo en las puntuaciones de insuficiencia orgánica, mayor número de días de asistencia cardiovascular y más días en la unidad de terapia intensiva. No hubo diferencia en los resultados secundarios, incluyendo calidad de vida y eventos adversos graves. En promedio aumentaron los costos, y la probabilidad de que su administración fuera costo-efectiva fue menor a 20%.[16]

En 2014 se realizó el estudio SEPSISPAM para definir si la meta de presión arterial media de 65 mmHg era adecuada. Se trató de un estudio multicéntrico, abierto, con 776 pacientes con choque séptico que fueron llevados a resucitación con metas de presión arterial media de 80 a 85 mmHg (alto) *vs* 65 a 70 mmHg (bajo). El resultado primario fue mortalidad a 90 días. A los 28 días no hubo diferencia significativa en la mortalidad, ya que fallecieron 170 pacientes (44%) en el grupo alto y 164 en el grupo bajo (34%, p=0,74). La ocurrencia de eventos adversos graves no fue significativamente diferente entre los dos grupos (74 [19%] y 69 eventos [18%], respectivamente; p=0.64). Sin embargo, la incidencia de fibrilación auricular de nuevo diagnóstico fue mayor en el grupo de alto objetivo que en el de bajo objetivo.[17] Entre los pacientes con hipertensión crónica, los del grupo alto requirieron menos terapia de reemplazo renal que los del grupo bajo, lo que se traduce en mejor perfusión, y aunque no son datos concluyentes, se recomienda que los pacientes hipertensos sean llevados a metas superiores.[17] Así, en el consenso de choque circulatorio y monitoreo hemodinámico de la Sociedad Europea de Medicina Crítica, publicado en 2014, se aconseja que los pacientes hipertensos sean llevados a presión arterial media de 80 a 85 mmHg para asegurar una adecuada perfusión y, por tanto, mejor respuesta al tratamiento del choque séptico.[18]

Las pruebas dinámicas miden cambios en el volumen latido (continuo y en tiempo real por métodos invasivos y no invasivos como doppler, biorreactancia, análisis del contorno de pulso) durante ventilación mecánica o con la prueba pasiva de elevación de piernas.[11-13,19] La prueba de elección debe ser la prueba pasiva de elevación de piernas, que predice si el gasto cardiaco aumentará con volumen, ya que transfiere 300 cc de circulación venosa de la parte inferior (piernas) y los efectos hemodinámicos son rápidamente reversibles, por tanto, predice la respuesta del volumen en la precarga de forma confiable.[13,20]

En 2014 se realizó un ajuste de las metas de la Campaña para Sobrevivir a la Sepsis a partir de la nueva evidencia publicada,[21,22] por lo que ahora se recomienda que en las tres primeras horas desde el inicio debe medirse el lactato, obtener los cultivos de sangre antes de la administración de antibióticos, administrar antibióticos de amplio espectro antes de que transcurran tres horas de la llegada a urgencias y una hora de la llegada a la unidad de terapia intensiva, así como iniciar hidratación intensiva 30 mL/kg en pacientes con hipotensión o lactato mayor a 4 mmol/L. En las primeras 6 horas si no hay respuesta con la hidratación, persiste la hipotensión o lactato mayor a 4 mmol, se deben administrar vasopresores para mantener una presión arterial media mayor a 65 mmHg; asimismo, si el lactato inicial estaba elevado, debe tomarse nueva medición del mismo.[23] Algunos nuevos estudios recomiendan que es mejor la medición de la saturación venosa central de oxígeno que la del lactato, y que si se hace de manera simultánea es posible predecir mejor la mortalidad a corto plazo.[24]

Igualmente, en 2014 se propuso y publicó la escala de severidad de sepsis *(Sepsis Severity Score),* obtenida gracias a los datos recolectados a través de los años, la cual predice la mortalidad hospitalaria en pacientes con sepsis grave y choque séptico.[25] Aún se sigue la terapia dirigida a metas tempranas, ya que según los autores de la escala de severidad de sepsis, la evidencia no ha sido suficiente para cambiar las recomendaciones generales, y no se puede asumir aún que las manos de los tratantes sean expertas para hacerlo sin ella. De acuerdo con la nueva evidencia, se seguirán realizando actualizaciones y recomendaciones, siempre con el objetivo de mejorar la respuesta al tratamiento y disminuir la mortalidad del choque séptico y sus variables.[24,26-28]

15. Sírvase indicar si, de acuerdo con su concepto, ¿el lamentable fallecimiento de la señora LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA (q.e.p.d.) ocurrió por una indebida o mala praxis médica? Explique su respuesta.

No, basado en la revisión de la historia clínica y en la evidencia científica reciente publicada, se le prestaron y realizaron de forma oportuna e idónea todas las terapias médicas y quirúrgicas a la paciente, necesarias e indicadas para el manejo agresivo de una entidad grave y ominosa que pone en riesgo de la vida de cualquier paciente como lo es una sepsis de origen intra abdominal con shock séptico secundaria a peritonitis por perforación colorectal inadvertida postoperatoria.

D. Consideraciones

Manifiesto que no me encuentro incurso en algunas de las causales establecidas en el artículo 50 del C.G.P. y que actualmente no tengo un vínculo con Compensar EPS

En el presente dictamen no he utilizado métodos, experimentos o investigaciones diferentes a las usadas habitualmente en el desarrollo de mi ejercicio profesional o de dictámenes periciales rendidos en otras oportunidades.

A la fecha he rendido mi concepto médico en los siguientes procesos:

VITALIA ALBA DE CASTRO, bajo el radicado No. 11001310302620150073800 y que cursa en el Juzgado 26 Civil del Circuito de Bogotá D.C.

FAYZULY YULIETH FONTALVO, bajo el radicado No. 88001333300120180016400 y que cursa en el Juzgado único administrativo de san Andrés islas

JULIANA RODAS BERRIO, bajo el radicado No. 88001333300120200006000 y que cursa en el Juzgado único administrativo de san Andrés islas

MARIA DEL CARMEN ROJAS FARFAN, bajo el radicado No. 2016-636 y que cursa en el Juzgado 7 Civil del Circuito de Bogotá D.C.

CLAUDIA PATRICIA REYES ORDOÑEZ, bajo el radicado No. 11001310301420210036800 y que cursa en el Juzgado 14 Civil del Circuito de Bogotá D.C.

CESAR ENRIQUE LOPEZ LOPEZ, bajo el radicado No. 2022-01 y que cursa en el Juzgado 1 Civil del Circuito de Cali.

CARMELO JOSE NARVAEZ CASTRO, bajo el radicado No. 2021-073 y que cursa en el Juzgado 5 Civil del Circuito de Montería.

LUZMILA CARDENAS ATEHORTUA, bajo el radicado 2020-0163 y que cursa en el Juzgado 44 Civil del Circuito de Bogotá.

E. Bibliografía

1. Morgan-Ortiz F. Masas anexiales: Tumores benignos de ovarios, salpinges y misceláneos. Rev Med UAS; Vol. 6: No. 2. Abril-Junio 2016
2. Gomis F. Complicaciones de la cirugía laparoscópica. Cir Esp 2001; 69: 330-336
3. Galindo F. ADHERENCIAS PERITONEALES. Cirugía Digestiva, www.sacd.org.ar, 2009; II-282, pág. 1-8.
4. RECARI, E.; OROZ, L.C. y LARA, J.A.. Complicaciones de la cirugía ginecológica. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2009, vol.32, suppl.1 [citado 2024-07-13], pp.65-79. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272009000200008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627.
5. Toneman M, Groenveld T, Krielen P, Hooker A, de Wilde R, Torres-de la Roche LA, Di Spiezio Sardo A, Koninckx P, Cheong Y, Nap A, van Goor H, Pargmae P, Ten Broek R. Risk Factors for Adhesion-Related Readmission and Abdominal Reoperation after Gynecological Surgery: A Nationwide Cohort Study. J Clin Med. 2023 Feb 8;12(4):1351. doi: 10.3390/jcm12041351. PMID: 36835887; PMCID: PMC9965311.
6. Zühlke HV, Lorenz EMP, Straub EM, Savvas V. Pathophysiologie und klassifikation von adhiisionen. Langenbecks Arch Chir Suppl II (Kongressbericht 1990): 1009-1016.
7. GUERRERO GONZALEZ, Enrique et al . Actualización de biomarcadores para la detección precoz de isquemia intestinal. **Angiología**, Madrid , v. 75, n. 2, p. 78-84, abr. 2023 . Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0003-31702023000200078&lng=es&nrm=iso>. accedido en 13 jul. 2024. Epub 01-Mayo-2023. https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00425.
8. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. Gynecol Oncol. 2008 Jan;108(1):72-6. doi: 10.1016/j.ygyno.2007.08.085. Epub 2007 Oct 18. PMID: 17949797.

9. Rivera A. Caracterización clínica de la peritonitis secundaria en una institución de tercer nivel y factores relacionados con mortalidad. Rev Colomb Cir. 2022;37:448-54 https://doi.org/10.30944/20117582.1684
10. ARMUCH G, Julio; MAYANZ S, Sebastián y ROMERO P, Carlos. SEPSIS SEVERA Y CIRUGÍA. *Rev Chil Cir* [online]. 2015, vol.67, n.1 [citado 2023-05-23], pp.79-87. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000100014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-4026. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000100014.
11. GOMEZ-GOMEZ, B et al. Choque séptico. Lo que sabíamos y lo que debemos saber... *Med. interna Méx.* [online]. 2017, vol.33, n.3 [citado 2024-07-13], pp.381-391. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300381&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0186-4866.

F. Anexos

Hoja de Vida
Diplomas y títulos académicos

Dr. Luis Felipe Cabrera Vargas MD, MACC, FACS, MACCVA, MFELAC
Presidente del Capítulo de Futuros Cirujanos de la Asociación Colombiana de Cirugía
Exdirector de la Comisión de Fellows de Asovascular
Supraespecialista en Cirugía Vascular, Endovascular y Angiología
Fundación Santa Fe de Bogota
Investigador Senior de Colciencias - Min Ciencias
Editor asistente del American Journal of Surgery
Editor asistente de Surgery Journal
Especialista en Cirugía General
Universidad El Bosque
RM No. 5012394 - CC 1122121748

HOJA DE VIDA

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085

PERFIL PROFESIONAL

Me considero una persona responsable, honesta, con valores morales firmes y con una formación médico-quirúrgica profesional integral. Caracterizado por mi liderazgo, persistencia, facilidad para las relaciones humanas, incansable en el trabajo y con ansias de mejorar cada día para superarme a mí mismo y colaborar con el progreso de mis compañeros.

ESTUDIOS REALIZADOS

COLEGIO SANTO DOMINGO SABIO
Primaria
Año: 2000

COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LA SABIDURÍA
Bachillerato académico
Año: 2004

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA - UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Medicina
Año: 2010

HOSPITAL SANTA CLARA
II Simposio De Toxicología
Año: 2008

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
Internado
Año: 2010

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD HOSPITAL SAN JOSÉ
Cursos BLS – ACLS
Año: 2011

MICHIGAN ENGLISH TEST
Nivel C1
Año: 2016

ECCOSIS INGENIERÍA LTDA
Trabajo en alturas
Año: 2013

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA Y AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
Avances quirúrgicos en el uso de la terapia de presión negativa
Año: 2014

COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA GINEBRA
Curso de cirugía de guerra
Año: 2014

HUMAN GUT MICROBIOTA, A LIFETIME HISTORY: FROM BIRTH TO ADULT HOOD
Biocodex Standalone Conference
Año: 2015

FUNDACIÓN INSIMED
Laparoscopia: fundamentos, procedimientos y anudado
Año: 2016

XIV CONGRESO NACIONAL DE TRAUMA
Asociación Colombiana de Trauma
Conferencista internacional: Kenneth L Mattox
Año: 2016

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA - UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Especialización en Cirugía General
Año: 2017

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH) OFFICE OF EXTRAMURAL RESEARCH
Web based training course: Protecting Human Research Participants
Año: 2018

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COLOMBIAN CHAPTER
Fundamentos clínicos en hemostasia quirúrgica FCHQ
Año: 2018

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ACELITY
Access Acelity en terapia de presión negativa, para intensivistas y cirujanos de urgencias
Acelity Headquarters
Año: 2018

SISLA
Congreso latinoamericano de infecciones quirúrgicas – Ciudad de Panamá
Panamá international critical care congress
Año: 2019

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COLOMBIAN CHAPTER
STOP THE BLEED
Certificado como instructor
Año: 2019

JOHNS HOPKINS HOSPITAL AND JOHNS HOPKINS MEDICINE
Trauma and Surgery Observership
Fundación Santa Fe de Bogotá
Año: 2019

TERCER CURSO DE MANEJO DEL POLITRAUMA: Equipos de trauma, hacen la diferencia?
Fundación Santa Fe de Bogotá y Johns Hopkins Medicine - Johns Hopkins University
Organizador, ponente y asistente
Año: 2019

POCUS Curso de Ecografía clínica dirigida
Universidad de Yale y Fundación Santa Fe de Bogotá
Asistente
Año: 2019

LEADERSHIP COURSE
The Johns Hopkins School of Medicine - Johns Hopkins University
Año: 2019

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

NIDA CLINICAL TRIALS NETWORK
Curso de buenas prácticas clínicas
Año: 2020

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE RADIOLOGÍA
Curso virtual de Actualización en Intervencionismo Vascular Periférico
Asistente
Año: 2021

TECNOIMAGEN - ETHICON
Curso de actualizacion: Avances en cirugía laparoscópica
Asistente
Año: 2021

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
Supraespecialización en Cirugía Vascular, Endovascular y Angiología
Año: 2023

CITI PROGRAM
Curso de Conducta responsable del investigador y buenas prácticas clínicas
Año: 2023

VyF SST SAS
Diplomado de protección radiológica y radioprotección
Año: 2023

BOSTON SCIENTIFIC
IVUS master class
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AVANZAR - ASOCIACIÓN PARA EL AVANCE DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN COLOMBIA

Curso de buenas prácticas clínicas

Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

PARTICIPACIÓN Y VINCULACIÓN EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA - ASCOL
Miembro activo
Año: 2019

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA - ASCOL
CAPÍTULO DE COMUNICACIONES
Miembro activo
Año: 2019

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA - FELAC
Miembro activo
Año: 2019

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA - ASCOL
GRUPO COVID-19
Miembro activo
Año: 2020

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
International Fellow
Año: 2021

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA - ASCOL
CAPÍTULO DE FUTUROS CIRUJANOS
Presidente
Año: 2020

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA - ASOVASCULAR
Miembro fellow activo
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COLOMBIAN CHAPTER
Board Member
Young Surgeons
Año: 2021

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA - ASOVASCULAR
Director de la comisión de Fellows
Año: 2021

ASSOCIATION OF WOMEN SURGEONS COLOMBIAN CHAPTER
Mentor
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

GRUPOS DE INVESTIGACIÓN Y MESAS EDITORIALES

MINCIENCIAS - COLCIENCIAS
Investigador Senior
Año: 2022

GRUPO DE SOPORTE METABÓLICO Y NUTRICIONAL Y FALLA INTESTINAL
Fundación Santa Fe de Bogotá
Colciencias
Co investigador
Año: 2014

SEMILLERO DE INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES
Universidad El Bosque
Creador y docente
Año: 2019

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES
Universidad El Bosque
Colciencias
Co creador y Co líder
Año: 2019

GRUPO DE INTERÉS EN CIRUGÍA GENERAL Y SUBESPECIALIDADES
Universidad El Bosque
Co Creador y Docente
Año: 2020

GRUPO DE INVESTIGACION EN CIRUGIA: JOSÉ FÉLIX PATIÑO RESTREPO
Fundación Santa Fe de Bogota y Universidad de los Andes
Co Creador e investigador asociado
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

GRUPO COLABORATIVO DE INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA: COLOMBIANSURG
Miembro del Comité Académico
Año: 2020

GRUPO DE INVESTIGACION EN CIRUGIA GENERAL Y ESPECIALIDADES
Pontificia Universidad Javeriana
Investigador Asociado
Año: 2021

GRUPO DE INTERÉS EN CIRUGÍA VASCULAR
Fundación Cardioinfantil y Universidad del Rosario
Tutor Invitado
Año: 2021

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
Assistant Editor
Año: 2021

SURGERY JOURNAL
Assistant Editor
Año: 2022

SURGERY JOURNAL
Member of the Digital Media and Innovation Board
Año: 2022

VASCULARIUM
Editor asociado
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

GLOBAL BREAST RESEARCH WORKING GROUP
Investigador Asociado
Año: 2023

JOURNAL SN COMPREHENSIVE CLINICAL MEDICINE
Vascular surgery section editor
Año: 2023

AIS CHANNEL
Core Ambassador
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

EDUCACIÓN MÉDICA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Profesor Ad Honorem en Cirugía General
Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Profesor Instructor Clínico en Cirugía General
Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Profesor Instructor Clínico en Cirugía General
Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Coordinador académico del programa de especialización en Cirugía General
Facultad de Medicina

AIS CHANNEL
AIS resident ambassador Colombia

UNISANITAS
Profesor Ad Honorem en Cirugía Vascular
Facultad de Medicina

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

PUBLICACIONES

XXXVI CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA
Ponente y coautor de los siguientes trabajos:
Manejo laparoscópico de la obstrucción intestinal
Apendicectomía laparoscópica por único puerto
Colecistectomía laparoscópica por único puerto.
Año: 2010

XXXIX CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA
Ponente y coautor de los siguientes trabajos:
Manejo actual del síndrome compartimental abdominal, presentación de un caso y revisión de la literatura.
Año: 2013

XXXX CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA
Ponente y coautor de los siguientes trabajos:
Adenoma de la ampolla de váter, manejo actual
Técnica TAPP en paciente con múltiples abordajes pre peritoneales abiertos
Técnica E-TEP en paciente con laparotomía mediana previa
Manejo de la diverticulitis aguda HINCHEY III por laparoscopia
Hernia de Amyand, reporte de un caso y revisión de la literatura
Estómago al revés, reporte de un caso y revisión de la literatura
Pileflebitis secundaria a una diverticulitis HINCHEY IA (poster)
Año: 2014

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
Vol. 30 No. 1 Enero – Marzo
Autor
Manejo de un sangrado por úlcera post ligadura de varices esofágicas mediante prótesis metálica autoexpandible
Año: 2015

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

VI CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA - IFSO - LOS CABOS
Coautor del siguiente trabajo:
Trombosis porto mesentérica pos cirugía bariátrica en el manejo de la obesidad mórbida: reporte de 3 casos y revisión de la literatura
Año: 2015

JOURNAL OF OBESITY SURGERY
25:1989-2001 DOI 10.1007/s11695-015-1868-3
Coautor del siguiente trabajo:
Portal mesenteric venous thrombosis after bariatric surgery: report on 3 cases and literature review
Año: 2015

XXXX CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA
Ponente y coautor de los siguientes trabajos:
Pancreatoduodenectomía de urgencia, presentación de un caso clínico y revisión crítica de la literatura
Pancreatoesplenectomía Radical Anterógrada Modular para Tumores Neuroendocrinos del Páncreas Grado 2 y 3
Año: 2015

CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA DE SENO Y TEJIDOS BLANDOS
Coautor del siguiente trabajo:
Ganglios centinelas múltiples en cáncer de mama: ¿cuántos ganglios resecar?
Año: 2015

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Vol. 5 No. 3
Coautor del siguiente trabajo:
Manejo inadecuado del páncreas anular: reporte de un caso y revisión de la literatura.
Año: 2015

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CONGRESO MUNDIAL DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA IHPBA 2016 – SAO PAULO BRASIL
Coautor:
Could radical antegrade modular pancreatosplenectomy (RAMPS) be indicated in pancreatic neuroendocrine tumors (PNET)?
Año: 2016

THE OFFICIAL JOURNAL OF THE INTERNATIONAL HEPATO PANCREATO BILIARY ASSOCIATION - HPB
Coautor
18 (S1), e1ee384
EP02C-088 DOI: 10.1016/j.hpb.2016.02.965
Could radical antegrade modular pancreatosplenectomy (RAMPS) be indicated in pancreatic neuroendocrine tumors (PNET)?
Año: 2016

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 31 No. 3 Junio – Septiembre
Autor
Manejo actual del ampuloma de la ampolla de Váter: reporte de un caso y revisión de la literatura.
Año: 2016

XXXXI CONGRESO NACIONAL AVANCES EN CIRUGÍA
Ponente y coautor de los siguientes trabajos:
Técnica del tubo gástrico invertido, como opción para la reconstrucción esofágica, en un hospital de tercer nivel en Bogotá – Colombia: serie de casos y revisión de la literatura
Peritonitis tuberculosa con perforación intestinal en población pediátrica en un hospital de tercer nivel de Bogotá – Colombia: reporte de un caso y revisión de la literatura
Año: 2016

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CONGRESO PANAMERICANO DE GASTROENTEROLOGÍA
Coautor del siguiente trabajo:
Embolismo pulmonar aéreo secundario a Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: reporte de un caso. No. 0223
Año: 2016

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 31 No. 4 Octubre – Diciembre
Autor
Hernia de Amyand encarcelada, revisión de la literatura y reporte de un caso en una institución de tercer nivel en Bogotá
Año: 2016

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
Vol. 32 No. 1 Enero – Marzo
Autor
Técnica del tubo gástrico invertido como opción para la reconstrucción esofágica, en un hospital de tercer nivel en Bogotá - Colombia: serie de casos y revisión de la literatura.
Año: 2017

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 32 No. 2 Abril – Junio
Autor
Plástico Bezoar como causa de pancreatitis aguda
Año: 2017

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 32 No. 2 Abril – Junio
Autor
Peritonitis tuberculosa en población pediátrica
Año: 2017

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CONGRESO MUNDIAL DE CIRUGÍA PARA LA OBESIDAD Y DESÓRDENES METABÓLICOS: IFSO 2017 LONDON
Coautor del siguiente trabajo:
Remission of diabetes mellitus 2 in obese patients treated with gastric bypass vs sleeve gastrectomy from 2014 to 2015
Año: 2017

XXXII CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE ESTUDIANTES DE MEDICINA: XIV CONCURSO INTERNACIONAL DE CASOS CLÍNICOS
Coautor del siguiente trabajo:
Plástico Bezoar como causa de pancreatitis aguda
Año: 2017

XVII CONGRESO COLOMBIANO DE NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX
Autor
Poster:
Osteosynthesis of column incorporated in the lower airway
Año: 2017

43 CONGRESO NACIONAL: AVANCES EN CIRUGÍA
Coautor
Reconstrucción esofágica avanzada, en un hospital de cuarto nivel, Bogotá - Colombia: serie de casos y revisión de la literatura.
Año: 2017

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 33:173-80 https://doi.org/10.30944/20117582.59
Coautor
Manejo de tumores gástricos del estroma gastrointestinal encontrados en cirugía bariátrica: un desafío quirúrgico
Año: 2018

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
Vol. 33 No. 4 Oct – Dic. DOI: http://dx.doi.org/10.22516/25007440.186
Coautor del siguiente trabajo:
Embolia pulmonar aérea secundaria a Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, en una paciente con trasplante hepático: reporte de un caso.
Año: 2018

JOURNAL OF LIVER RESEARCH, DISORDERS AND THERAPY
4 (2): 80-83
Coautor
Pylephlebitis both a surgical and non surgical pathology: a 2 cases report and literature review
Año: 2018

JOURNAL OF PULMONARY AND RESPIRATORY MEDICINE
8:2 2018
Coautor
Malignant tension hydrothorax with mediastinal shifting: Emergency decompression of a rare and potentially lethal respiratory condition
Año: 2018

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 33:111-8. https://doi.org/10.30944/20117582.53
Coautor
Pancreatoduodenectomía de urgencia: Whipple o no whipple, esa es la cuestión.
Año: 2018

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AMERICAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE
DOI https//doi.org/10.1016/j.ajem.2018.04.041
Coautor
Tension hydrothorax: Emergency decompression of a pleural cause of cardiac tamponade
Año: 2018

JOURNAL OF LIVER RESEARCH, DISORDERS AND THERAPY
4 (2): 100-103
Autor
Duodenal plastic bezoar as a rare cause of acute pancreatitis: case report and literature review
Año: 2018

JOURNAL OF RESPIRATORY MEDICINE CASE REPORTS
DOI https//doi.org/10.1016/j.rmcr.2015.05.018
May 8, 2018
Autor
Right mainstem bronchoplasty 18 years following thoracic spinal implant surgery
Año: 2018

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol 33:318-22. https://doi.org/10.30944/20117582.78
Coautor
Post-polypectomy Syndrome presenting with “micro-perforation” and pneumoperitoneum: Conservative approach for a rare cause of acute abdominal pain
Año: 2018

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

XLIV CONGRESO NACIONAL AVANCES DE LA CIRUGÍA
Coautor y ponente:
Resección de fístula biliar Mirizzi grado IV y reconstrucción laparoscópica con técnica simplificada – Video
Gastrectomía total laparoscópica de emergencia por necrosis gástrica masiva – Video
Sigmoidectomía laparoscópica de emergencia por estallido de colon secundario a trauma abdominal cerrado – Video
Resección de fístula colecisto duodenal Mirizzi grado V más exploración de vía biliar en abdomen hostil por laparoscopia – Video
Colecistectomía laparoscópica posterior a colecistostomía – E poster
Tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta en un hospital de tercer nivel en Bogotá – Colombia – E poster
Manejo mínimamente invasivo del síndrome de Wilkie – Video
Pancreatoduodenectomía robótica en Colombia – Trabajo libre
Manejo quirúrgico de la video cápsula endoscópica retenida – Trabajo libre
Divertículo yeyunal único verdadero como causa de obstrucción intestinal y abdomen agudo – Trabajo libre
Síndrome post polipectomía con micro perforación y neumoperitoneo. Enfoque conservador para una causa rara de dolor abdominal agudo – Trabajo libre
Cirugía de control de daños por rotura de hematoma hepático en trastorno hipertensivo del embarazo – Trabajo libre
Corrección robótica de hernia paraesofágica gigante – Trabajo libre
Exploración biliar más cierre primario del colédoco por laparoscopia en patología biliar benigna – Trabajo libre
Manejo laparoscópico de quistes del colédoco en adultos – Trabajo libre
Remisión de diabetes mellitus 2 en pacientes obesos llevados a bypass gástricos versus manga gástrica: seguimiento a 3 años – Trabajo libre
Experiencia en cirugía bariátrica y revisional robótica – Trabajo libre
Disminución de la incidencia de hernia interna de Petersen en bypass gástrico para la obesidad mórbida en un hospital de tercer nivel de Medellín - Colombia – Trabajo libre
Año: 2018

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

XXXI CONGRESO PANAMERICANO DE TRAUMA
Coautor y ponente:
Fijación Temprana de reja costal en Tórax inestable
Año: 2018

HERNIA JOURNAL
DOI 10.1007/s10029-018-1814-0
Autor
Preventative laparoscopic repair of Petersen's Space following gastric bypass surgery reduces incidence of Petersen's Hernia: a comparative study
Año: 2018

REVISTA HISPANOAMERICANA DE HERNIA
6 (4): 186-190
Coautor
Hernia hiatal mixta con vólvulo gástrico intratorácico: reporte de caso y revisión de la literatura
Año: 2018

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
34:69-74. https://doi.org/10.30944/20117582.100
Coautor
Divertículo único de yeyuno con obstrucción intestinal y abdomen agudo
Año: 2019

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
34:37-44. https://doi.org/10.30944/20117582.96
Coautor
Eficacia de la Colangiopancreatografía por resonancia magnética para el diagnóstico de coledocolitiasis de probabilidad intermedia
Año: 2019

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.18000571
Coautor
Manejo laparoscópico para el síndrome de Wilkie
Año: 2019

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol 34. No. 2 Jul-Sept 2019
Coautor
Osificación del ligamento estilohioideo como causa de dolor neuropático severo: enfoque del cirujano de cabeza y cuello
Año: 2019

SAGES 2019
April 3-6
Coauthor of the following accepted works:
Laparoscopic Common bile duct decompression with primary closure for CBD stones following failed ERCP: a case series (ePOSTER)
Mesh or no Mesh for laparoscopic hiatal hernioplasty: prevention of recurrence vs avoiding esophagic erosion, facing a large surgical dilem (ePOSTER)
Laparoscopic resection of common bile duct cyst with advanced biliary reconstruction (VIDEO LOOP)
Endoscopic management of the difficult hepatic biliary duct stone with digital direct cholangiography (ePOSTER)
Laparoscopic dormia basket retrieval by choledocotomy plus primary closure using three ports: case report of a hooked dormia basket during ERCP (VIDEO LOOP)
The first robotic pancreaticoduodenectomy in a third world country (ePOSTER)
Robotic paraesophageal hernia repair: a single center experience in a third world country (ePOSTER)

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

Laparoscopic three port CBD exploration with primary closure and biliary fistula resection in a hostile abdomen after a failed ERCP (VIDEO LOOP)
Incidence of gastroesophageal reflux in morbidity obese patients taken to laparoscopic sleeve gastrectomy: 2 years of follow up (ePOSTER)
Simplified laparoscopic bile duct reconstruction using a double omega: an 18 patient case series introducing a novel surgical approach (ePOSTER)
Damage control pancreatoduodenectomy with gastrointestinal reconstruction in two times: strategy against severe pancreaticoduodenal trauma. Multicenter study (ePOSTER)
Results in the endoscopic management of giant common bile duct stones: stent and pneumatic dilatation (ePOSTER)

All the abstract will be published by the journal Surgical Endoscopy

SURGICAL ENDOSCOPY
33, 130–413 (2019). doi: 10.1007/s00464-019-06704-2
2019 Scientific Session of the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), Baltimore, Maryland, USA, 3–6 April 2019: 2019 Posters.
Año: 2019

ACTA CHIRURGICA BELGICA
Jul 16:1-6. doi: 10.1080/00015458.2019.1642578
Coautor
Low intra-operative diagnostic accuracy does not affect postoperative treatment of acute appendicitis
Año: 2019

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

45 CONGRESO NACIONAL: SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL
Coautor y ponente:
Trabajo libre: Surgical management for refractory gastroparesia: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty
Trabajo libre: Herniorrafia inguinal con malla en heridas contaminadas o sucias, a propósito de una serie de casos
Trabajo libre: Impacto socioeconómico en el manejo de la pancreatitis aguda severa de origen biliar
Trabajo libre: Manejo endoscópico de coledocolitiasis por cálculos difíciles en pacientes adulto mayor: Stent y dilataciones neumáticas: Serie de casos
Trabajo libre: Retención de cápsula endoscópica una nueva enfermedad médico quirúrgica: propuesta de algoritmo terapéutico
Trabajo libre: Laparoscopic Cholecystectomy and Common bile duct Exploration using Choledochotomy and Primary Closure following failed ERCP: Multicentric comparative study 3-Port Versus Multiport
Trabajo libre: Simplified laparoscopic bile duct reconstruction: novel surgical approach for bile duct injury
Trabajo libre: Resección anterior baja laparoscópica de emergencia por lesiones rectales por aire comprimido
Trabajo libre: Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography A Case Series
Trabajo libre: Single-Port Versus Multiport Laparoscopic Surgery For Multiple Adhesive Small Bowel Obstruction In South America: Results of a Comparative Multicentric Study
Trabajo libre: Reconstrucción laparoscópica simplificada de estenosis biliar post traumática
Trabajo libre: Síndrome de valentino, manejo actual de una enfermedad olvidada
E Poster: Vólvulo cecal en embarazada una entidad infrecuente como causa de abdomen agudo
E Póster: Manejo médico vs quirúrgico para el trauma de tráquea.
E Póster: Manejo mínimamente invasivo del vólvulus del sigmoide: serie de casos multicéntrica.

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

VIDEO: Reconstrucción laparoscópica simplificada de estenosis biliar post traumática
VIDEO: Hartmann laparoscópico de emergencia en el paciente crítico
VIDEO: Laparoscopic Dormia Basket retrieval via choledochotomy Plus Primary Closure Using Three Ports: Case report of a Hooked Dormia Basket In The Left Hepatic Duct During ERCP
VIDEO: Reconstrucción biliodigestiva por laparoscopia con duodenectomía, preservación de páncreas después de una coledocoduodenostomía abierta fallida
VIDEO: Resección quiste del colédoco con coledocolitiasis laparoscópica y reconstrucción de vía biliar con técnica simplificada
VIDEO: Cirugía mínimamente invasiva en abdomen hostil: cierre de colostomía tipo Hartmann laparoscópico con anastomosis con sutura mecánica lineal intracorpórea
VIDEO: Manejo laparoscópico de la isquemia mesentérica en una paciente embarazada
VIDEO: Resección laparoscópica de quiste de colédoco con reconstrucción simplificada en paciente pediátrico
Año: 2019

24th IFSO WORLD CONGRESS 2019
Coautor
Posters:
Experience in revisional bariatric surgery in a third-level hospital in medellín-colombia
Gastric bypass vs piloroplasty, as a treatment for refractory gastroparesy: a comparative study
Experience in revisional bariatric surgery in a third-level hospital in medellín-colombia
Endoscopic weight loss Balloon: 5 years experience in an ambulatory endoscopy unit
Año: 2019

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

OBESITY SURGERY
24th IFSO World Congress. OBES SURG 29, 347–1720 (2019).
https://doi.org/10.1007/s11695-019-04101-1
Coautor
Endoscopic weight loss balloon: 5 years experience in an ambulatory endoscopy unit
Endoscopic and Percutaneous Interventional Procedures
Año: 2019

XIII CONGRESO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL CONO SUR DE AMÉRICA – SAN CARLOS DE BARILOCHE
Coautor
Poster:
Manejo laparoscópico con técnica simplificada de quiste de colédoco Todani Ia en paciente pediátrico
Año: 2019

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: 10.1016/j.ijscr.2019.11.049
Coautor
Endoscopic transgastric assisted surgery for gastric tumors: case report and description of a new surgical technique
Año: 2020

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: 10.1016/j.ijscr.2019.11.047
Coautor
Non surgical management for massive gastric lipomatosis
Año: 2020

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: 10.1016/j.ijscr.2019.11.050
Coautor
Acute abdomen in the centenary patient, mesh migration into the sigmoid colon after a laparoscopic inguinal hernia repair (TAPP): case report and review of the literature
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC AND ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES
DOI: https://doi.org/10.1089/lap.2019.0547
Coautor
Laparoscopic common bile duct exploration with primary closure after failed endoscopic retrograde cholangiopancreatography without intraoperative cholangiography: A case series from a referral center in Bogota, Colombia.
Año: 2020

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
DOI: 10.1016/j.ijscr.2019.11.053
Coautor
Secuestro pulmonar con suplencia aberrante del tronco celíaco: reporte de caso.
Año: 2020

ACTA GASTROENTEROLÓGICA LATINOAMERICANA
DOI: 10.1016/j.ijscr.2019.11.054
Coautor
Síndrome de Rapunzel: reporte de caso.
Año: 2020

WORLD JOURNAL OF LAPAROSCOPIC SURGERY
DOI: 10.5005/jp-journal-1033-1366
Coautor
Laparsocopic choledocal cyst resection with simplified common bile duct reconstruction in an adult population: case series.
Año: 2020

PANAMERICAN JOURNAL OF TRAUMA, CRITICAL CARE AND EMERGENCY SURGERY
DOI: 10.1016/j.ijscr.2019.11.0633
Coautor
Trauma por onda explosiva: la mirada del cirujano general en la práctica civil.
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA ANDALUZA
31(1):15-20. DOI: 10.37351/2020311.2
Coautor
Aplicación de las redes sociales en la educación del cirujano general. @Cirbosque, rompiendo el paradigma
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
35:51-56 doi.org/10.30944/20117582.585
Coautor
Uso de mallas de polipropileno en el reparo de la hernia inguinal con herida sucia o contaminada
Año: 2020

REVISTA INFECTIO
VOL. 24 (3) SUPLEMENTO 2020
DOI: http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.851
Coautor
Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 35 Núm. 2 (2020): Especial COVID-19
DOI: https://doi.org/10.30944/20117582.625
Coautor
Cirugía durante la pandemia del sars-cov-2 / covid-19: el efecto de la generación de aerosoles de partículas en escenarios quirúrgicos
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

EDITORIAL UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
ISBN: 978-958-722-395-8
Coautor
Fundamentos de Cirugía General - Capitulo Líquidos y Electrolitos
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 35:241-8/ Especial COVID-19 (en prensa)
DOI: 10.30944/20117582
Autor
Adaptación de la residencia de Cirugía General en Colombia a la pandemia del COVID-19: programa de enseñanza quirúrgica virtual
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 35:258-74/Especial COVID-19 (en prensa)
DOI: 10.30944/20117582
Coautor
Recomendaciones generales para los Servicios de Cirugía en Colombia durante la pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2)
Año: 2020

PANAMERICAN JOURNAL OF TRAUMA, CRITICAL CARE AND EMERGENCY SURGERY
DOI: 10.5005/jp-journals-10030-1266
Coautor
Damage control pancreatoduodenectomy for severe pancreaticoduodenal trauma: a multicentric case series in Colombia
Año: 2020

SURGERY
DOI: 10.1016/j.surg.2020.03.008
Coautor
Impact of social media on the continuous education of the general surgeon, a new experience, @Cirbosque: a Latin American example.
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

SURGERY
DOI: 10.1016/j.surg.2020.03.007
Innovation, Editors' note
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
DOI: http://doi.org/10.22516/25007440.552
Coautor del siguiente trabajo:
Dispositivo de bajo costo para disminuir el efecto de aerosol durante la endoscopia de vías digestivas altas en COVID-19
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol. 35:302-321/Especial COVID-19 (en prensa)
DOI: 10.30944/20117582.656
Coautor
Volver a empezar: cirugía electiva durante la pandemia del SARS-CoV2. Recomendaciones desde la Asociación Colombiana de Cirugía
Año: 2020

REVISTA INFECTIO
VOL. 24 (3) SUPLEMENTO 2 MAYO 2020
DOI: http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.852
Coautor
Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Segunda Edición. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Sección VIII. Prevención y control de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
WEBINAR USO ADECUADO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DURANTE LA PANDEMIA COVID 19
Ponente y creador:
Ayudas visuales para el uso adecuado de los elementos de protección personal durante la pandemia Covid 19
Año: 2020

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS: Clinical Congress 2020
Coauthor of the following abstracts:
Perioperative outcomes of patients treated with laparoscopic appendectomy for complicated appendicitis (e-Poster)
Therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma in stable patients (e-Poster)
Endoscopic trans gastric assisted surgery for gastric tumors: experience with a new surgical technique (e-Poster)
Low cost single port laparoscopic appendectomy using gloveport for complicated acute appendicitis: a comparative study (Quick shot presentation)
Año: 2020

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS
UNIDAD DE INNOVACIÓN
SMART HEALTH CENTER
SoMe4Surgery VIRTUAL SUMMIT
Ponente del siguiente trabajo:
#SoMe4Surgery for Surgical Education
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Vol 35:381-6
DOI: 10.30944/20117582
Coautor
Comunicación en tiempos de COVID-19, uso efectivo de las señales visuales militares modificadas en momentos quirúrgicos, solución a un problema
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: 10.1016/j.ijscr.2020.07.044
Coautor
Laparoscopic management of gastric liposarcoma: A case report and review of the literature.
Año: 2020

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: 10.1016/j.ijscr.2020.07.041
Coautor
Endoscopic ultrasound (EUS) guided choledocoduodenostomy in a patient with irresecable pancreas cancer and biliar obstruction using a luminal apposing metal stent (LAMS).
Año: 2020

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20001759
Coautor
Reconstrucción biliogastrointestinal con duodenectomía y preservación de páncreas por laparoscopia posterior a una coledocoduodenostomía por laparotomía fallida
Año: 2020

WORLD JOURNAL OF LAPAROSCOPIC SURGERY
DOI: 10.5005/jp-journals-10033-1392
Coautor
Laparoscopic Cholecystectomy and Common Bile Duct Exploration Using Choledochotomy and Primary Closure Following Failed Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Multicentric Comparative Study Using Three-port vs Multiport
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20001541
Coautor
Laparoscopic Roux-en-Y hepaticojejunostomy reconstruction after iatrogenic bile duct injury: case series report
Año: 2020

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: 10.1016/j.amjsurg.2020.07.014
Coautor
Low-cost devices to prevent SARS-CoV-2 infection during open and laparoscopic surgery
Año: 2020

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA DIGESTIVA
Webinar: ¿Cómo iniciarse en el camino de la investigación científica?
Ponente:
¿Cómo iniciarse en la investigación quirúrgica?
Año: 2020

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA DIGESTIVA
VIII CURSO ANUAL DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA
MANEJO INTERDISCIPLINARIO DEL PACIENTE OBESO
Profesor invitado para la plenaria:
¿Cómo iniciarse en la investigación quirúrgica?
Año: 2020

CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Coautor:
Herida por empalamiento en región inguinal, un reto quirúrgico en población pediátrica.
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA SALUD PÚBLICA
Vol 21(5): 1-5, 2019 DOI: https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.80470
Coautor:
Impacto socioeconómico del manejo actual de la pancreatitis aguda de origen biliar severa: estudio comparativo
Año: 2020

XLIV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA
ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A. C.
FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL A. C.
Coautor en los siguientes trabajos:
Adaptación de la residencia en cirugía general en Colombia a la pandemia del Covid19: programa de enseñanza quirúrgica virtual.
Trombosis portoesplenomesenterica posterior a manga gástrica laparoscópica, experiencia de un centro de cuarto nivel en Bogotá Colombia.
Coledocoduodenostomia guiada por ultrasonido endoscópico en un paciente con obstrucción maligna.
Año: 2020

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20001505
Coautor
Fijación temprana del tórax inestable: reporte de caso
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
CONGRESO "Semana Quirúrgica Nacional"
Coautor en los siguientes trabajos:
E-Poster: Abdomen agudo secundario a perforación intestinal por ascaris lumbricoides
E-Poster: ¿Úlcera marginal perforada post Bypass Gástrico, cual es el manejo ideal? A propósito de un caso.
E-Poster: Apendicitis aguda por migración de dispositivo intrauterino con obstrucción del apéndice cecal
E-Poster: Apendicectomía laparoscópica en apendicitis aguda complicada: puerto único vs multipuerto.
E-Poster: Liposarcoma gástrico: Reporte de caso
E-Poster: Laparoscopia completamente terapéutica para el traumatismo abdominal penetrante en pacientes estables: serie de casos multicéntrico.
E-Póster: Análisis multivariable de factores pronósticos en el manejo endoscópico del Lesiones de extensión lateral de colon y recto
E-Poster: Resultados de la sigmoidectomía laparoscópica tardía con anastomosis primaria después de devolvulacion sigmoidea via endoscopica.
E-Poster: Resultados de estudio multicéntrico internacional, reversión de colostomía tipo Hartmann, cirugía laparoscópica versus abierta
E-Poster: Proctitis e ileitis actinic severa secundaria a radioterapia por cancer de canal anal ¿Qué hacer cuando todo falla?
E-Poster: Hallazgo incidental de tumor hemorroidal del estroma gastrointestinal después de hemorroidopexia: reporte de caso
E-Póster: Evaluación multicéntrica con puntaje de Eckardt del manejo laparoscópico con miotomía de Heller y funduplicatura Dor para la acalasia esofágica en población pediátrica
E-Poster: Impacto de las redes sociales en la formación continua del cirujano general, una nueva experiencia, @Cirbosque: Un ejemplo latinoamericano
E-Poster: Desenlaces en colecistectomía laparoscópica: Cirujanos Vs Residentes, un estudio comparativo
E-Poster: ¿Cuál es el tiempo de terapia antibiótica endovenosa después de apendicectomía por laparoscopia en apendicitis aguda complicada?
E-Póster: Manejo quirúrgico de perforaciones duodenales post CPRE: Serie de casos

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

E-Poster: Validación de una clasificación para el manejo y el pronóstico del trauma penetrante en región precordial
E-Poster: Abordaje cooperativo laparoendoscopico (ACLE): Para el tratamiento de tumores del estroma gastrointestinal: serie de casos
E-Poster: Colecistectomía laparoscópica temprana para la colecistitis aguda grado II y III en un centro de alto volumen de Bogotá Colombia.
E-Poster: Correlación radiológica - histopatológica en lesiones polipoides vesiculares: una mirada actualizada.
E-Poster: Resultados de colecistostomía percutánea para colecistitis aguda grado III en un centro de alto volumen de Bogotá Colombia.
E-Poster: Comparación del comportamiento de las apendicectomías durante el periodo de 2019 y 2020, pre pandemia y de pandemia por COVID19 en la Fundación Santa Fe de Bogotá.
E-Poster: Development of a low cost surgical smoke evacuation device for laparoscopic surgery in the COVID-19 era.
E-Poster: Retroperitoneoscopia como técnica diagnóstica en masas retroperitoneales.
E-Poster: Laparoendoscopic cooperative intragastric surgery for gastric tumors: a case report and surgical technique description.
E-Poster: Giant retroperitoneal liposarcoma: a case report and literature review.
E-Póster: Manejo endoscópico de la obstrucción biliar maligna usando derivaciones de la vía biliar guiadas por ultrasonido con un stent de aposición de tejidos
E-Poster: Porcelain Gallbladder, malignant or not, that is the question?
E-Poster: Resultados de colecistostomía percutánea para colecistitis aguda grado III en un centro de alto volumen de Bogotá Colombia.
E-Poster: Small bowel perforation due to fish bone: what to do?
E-Poster: Ligadura laparoscópica de arteria mesentérica inferior como manejo de endofuga tipo II: reporte de un caso.
Año: 2020
E-Poster: Toracostomía de drenaje cerrada durante la época de la pandemia CoVid19: Experiencia y desenlaces del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.
E-Poster: Traduccion, adaptacion y validacion del puntaje MeNTS en población colombiana: MeNTSCol una nueva propuesta para la pandemia COVID19
E-Poster: Comparación de técnicas de enseñanza de nudos quirúrgicos y su efecto en el afianzamiento del aprendizaje en estudiantes de medicina de la Universidad El Bosque.

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
CONGRESO "Semana Quirúrgica Nacional"
Organizador y moderador
Simposio del Capitulo Futuros Cirujanos
Año: 2020

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: 10.1016/j.ijscr.2020.09.133
Coautor
Emergency laparoscopic resection of the anterior rectum due to rectal trauma secondary to compressed air, case report.
Año: 2020

BRITISH JOURNAL OF SURGERY - BJS
DOI: 10.1002/bjs.11999
Coautor
Global attitudes in the management of acute appendicitis during COVID-19 pandemic: ACIE Appy Study.
Año: 2020

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
DOI:https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.07.191
Coautor
Low-Cost Single-Port Laparoscopic Appendectomy Using Gloveport for Complicated Acute Appendicitis: A Comparative Study
Año: 2020

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
DOI:https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.08.682
Coautor
Therapeutic Laparoscopy for Penetrating Abdominal Trauma in Stable Patients
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
DOI:https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.08.328
Coautor
Endoscopic Trans Gastric Assisted Surgery for Gastric Tumors: Experience with a New Surgical Technique
Año: 2020

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
DOI:https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2020.08.352
Coautor
Perioperative Outcomes of Patients Treated with Laparoscopic Appendectomy for Complicated Appendicitis
Año: 2020

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20000255
Coautor
Úlcera marginal perforada tras bypass gástrico. ¿Cuál es el manejo ideal? A propósito de un caso
Año: 2020

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
Noviembre 4 de 2020
Co moderador
Tweet Chat: A Career in Surgery
Año: 2020

INCISION GLOBAL SURGERY SYMPOSIUM 2020
Speaker in:
Education in Global Surgery: Current State & Challenges
Surgical Health Care Gaps at the Level of District Hospitals
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2020; 3 (2) 3-7 DOI: 10.22307/2603.8706.2020.02.002
Apendicitis aguda por migración de dispositivo intrauterino con obstrucción del apéndice cecal: reporte de casos y revisión de la literatura
Año: 2020

SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA Y SOCIEDAD PARAGUAYA DE CIRUGÍA DE TRAUMA
Webinar
Laparoscopia totalmente terapéutica en trauma abdominal penetrante
Ponente
Año: 2020

ACOME
CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN APLICADA A LAS CIENCIAS
Presentador:
Laparoscopia en trauma para pacientes hemodinámicamente estables
¿Cómo iniciarse en la investigación quirúrgica?
Año: 2020

FELSOCEM
CONGRESO RECURSIVIDAD EN SALUD
Presentador:
ATLS y recursividad
Año: 2020

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
DOI: https://doi.org/10.22516/25007440.400
Coautor del siguiente trabajo:
Colecistogastrostomía guiada por ultrasonografía endoscópica en un paciente con cáncer pancreático: primer caso en Colombia (con video)
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA DE CIRUGÍA: ANTERIORMENTE REVISTA CHILENA DE CIRUGÍA
2020;73(4) DOI:10.35687/s2452-45492021004787
Coautor del siguiente trabajo:
Terapia asistida con vacio y estoma flotante (Floating stoma). Una nueva forma de tratar un absceso periostomal
Año: 2020

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
2020;88(6):732-737. doi: 10.24875/CIRU.19001664
Coautor
Reparación de hernias paraesofágicas gigantes asistida por robot en un hospital de cuarto nivel en Bogotá, Colombia, Clínica Shaio: serie de casos y revisión de la literatura
Año: 2020

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
2020;88(6):714-720 DOI: 10.24875/CIRU.20001614
Coautor
Retención de videocápsula endoscópica, una nueva enfermedad médico-quirúrgica: serie de casos
Año: 2020

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY
https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2021.01.004
Coautor
Correspondence
Sexual harassment and racism in surgery: A latent problem
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ANNALS OF THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
Ann R Coll Surg Engl 2021; 000: 1–4 doi 10.1308/rcsann.2020.7065
Coautor
Early presentation of post-intubation tracheoesophageal fistula with severe tracheal stenosis in COVID-19 patient
Año: 2021

CIRUGÍA ANDALUZA
Cir Andal. 2021;32(1):22-27 DOI: 10.37351/2021321.3
Coautor
Manejo De Trauma Vascular Periférico: ¿Fasciotomías tempranas o Tardías? Reporte de una serie de casos.
Año: 2021

CIRUGÍA ANDALUZA
Cir Andal. 2021;32(1):43-45 DOI: 10.37351/2021321.06
Coautor
Cirugía de control de daños para el manejo de hematoma hepático roto secundario a trastorno hipertensivo del embarazo
Año: 2021

JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC AND ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES
DOI: https://doi.org/10.1089/lap.2020.0055
Coautor
Multicenter Evaluation with Eckardt Score of Laparoscopic Management with Heller Myotomy and Dor Fundoplication for Esophageal Achalasia in a Pediatric Population in Colombia
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
DOI: https://doi.org/10.22516/25007440.721
Coautor del siguiente trabajo:
Respuesta a la carta al Editor Colecistogastrostomía guiada por ultrasonografía endoscópica en un paciente con cáncer pancreático: primer caso en Colombia
Año: 2021

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
2021;36:334-7
DOI: 10.30944/20117582.634
Coautor
Divertículo de Meckel en asociación a onfalocele y tetralogía de Fallot: reporte de caso y revisión de la literatura
Año: 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
I curso de actualizacion en cirugia
Ponente invitado
Apendicitis aguda
Trauma de abdomen
Año: 2021

AMERICAN SOCIETY OF COLON AND RECTAL SURGEONS
San Diego ASCRS annual scientific meeting 2021
Coautor: POD25, POD66, POD187, POD204
Rectal high grade sarcoma found as pararectal solitary fibrous tumor resection: a case report.
Laparoscopic versus open reversal of Hartmann procedure: international multicenter study.
Incidental anatomopathological findings after hemorrhoidectomy
Severe actinic proctitis and ileitis secondary to radiotherapy for anal cancer: what to do when everything fails?
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
2021;36:366-71
DOI: 10.30944/20117582.498
Coautor
Manejo del aneurisma roto de aorta abdominal: un reto para el cirujano general
Año: 2021

ANAESTHESIA JOURNAL
COVIDSurg Collaborative and GlobalSurg Collaborative
DOI: 10.1111/anae.15458
Coautor
Timing of surgery following SARS-CoV-2 infection:an international prospective cohort study
Año: 2021

SEIQUIRURGICA: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INVESTIGACIÓN QUIRÚRGICA
Congreso virtual
Coautor:
Barreras tecnológicas del entrenamiento quirúrgico latinoamericano en tiempos de pandemia: experiencias en ambientes de bajos recursos
Año: 2021

SAGES 2021
April 3-6
Coauthor of the following accepted works:
Pyloric exclusion with (over the scope) device, in a case of jejunal fistula in duodenal obstruction of malignant etiology.
Impact on infectious outcomes during laparoscopic cholecystectomy with the use of homemade vs commercial gallbladder retrieval bag: a retrospective comparative study in a high volume center.
Laparoscopic cholecystectomy during Covid 19 pandemic in Colombia: changes in volume, severity and outcomes. A single center retrospective cohort study.
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGIA
How I do It?
Congreso virtual
Moderador
Simposio de trauma vascular
Año: 2021

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
DOI: https://doi.org/10.22516/25007440.591
Coautor del siguiente trabajo:
Bezoar de dinero: reporte de bezoar atípico, su manejo y una revisión de la literatura
Año: 2021

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
2021;89(3):1-6 DOI: 10.24875/CIRU.20000475
Coautor
Evaluación de factores asociados a la formación de colecciones intra abdominales en apendicectomía por monopuerto para apendicitis aguda complicada.
Año: 2021

BRITISH JOURNAL OF SURGERY
COVIDSurg Collaborative and GlobalSurg Collaborative
DOI: https://doi.org/10.1093/bjs/znab101
Coautor:
SARS-CoV-2 vaccination modelling for safe surgery to save lives: data from an international prospective cohort study
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ANGLIA RUSKIN UNIVERSITY SURGICAL SOCIETY AND THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
Global surgery symposium: The past, the present and the future
Ponente:
How to create a culture of research among medical students and future surgeons
Año: 2021

REVISTA INFECTIO
Vol 25 (4) suplemento 1 2021
DOI: http://dx.doi.org/10.22354/in.v24i3.852
Coautor
Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID 19 en establecimientos de atención de la salud. Tercera Edición. Recomendaciones basadas en consenso de expertos e informadas en la evidencia. Sección VIII. Prevención y control de la infección por SARS-CoV-2/COVID-19
Año: 2021

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
Latin American Chapter Meeting
The Best of the Best 2021 Conferences
Moderador
Año: 2021

REVISTA CIRUGÍA PEDIÁTRICA - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
Cir Pediatr. 2021; 34: 134-137
Coautor:
Manejo toracoscópico en estenosis esofágica congénita secundaria a remanente traqueobronquial, en población pediátrica
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE COLOPROCTOLOGÍA
Club de casos y revista
Trauma de recto
Comentarista invitado
Año: 2021

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.04.017
Coautor
Re-discovering surgical innovation - An essential component of the academic surgeon
Año: 2021

DISEASES OF THE COLON AND RECTUM
DOI: 10.1097/DCR.0000000000002029
https://journals.lww.com/dcrjournal/citation/2021/05000/the_american_society_of_colon_and_rectal_surgeons.33.aspx
Coautor:
Rectal high grade sarcoma found as pararectal solitary fibrous tumor resection: a case report.
Laparoscopic versus open reversal of Hartmann procedure: international multicenter study.
Incidental anatomopathological findings after hemorrhoidectomy
Severe actinic proctitis and ileitis secondary to radiotherapy for anal cancer: what to do when everything fails?
Año: 2021

ARAB JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajg.2021.05.004
Coautor:
Endoscopy mitigation strategy with telemedicine and low-cost device use for covid-19 prevention: a fourth-level colombian center experience
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA ESPAÑOLA
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.021
Coautor:
Manejo mínimamente invasivo del síndrome de Mirizzi Va: Reporte de casos y revisión narrativa de la literatura
Año: 2021

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20000546
Coautor
Anterolateral thigh versus radial forearm flap for cervical esophageal reconstruction in cancer patients: A retrospective cohort study in Colombia.
Año: 2021

ANNALS OF THE ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
Ann R Coll Surg Engl 2021; 000: 1–3 doi 10.1308/rcsann.2021.0101
Coautor
Giant retroperitoneal liposarcoma surgical management
Año: 2021

COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS
38vo CONGRESO DEDICADO AL DR MARCOS NÚÑEZ CUERVO
Ponente:
Laparoscopia totalmente terapéutica en trauma abdominal penetrante
Año: 2021

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2021; 4 (1) 13-18 DOI: 10.22307/2603.8706.2021.01.003
Manejo endoscópico de complicaciones locales por pancreatitis aguda: reporte de caso y revisión de la literatura.
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA, REUNIÓN INTERHOSPITALARIA DE CIRUGÍA: DR AUGUSTO DIEZ (RICAD)
Ponente:
Circulation first: un cambio de paradigmas
Año: 2021

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.07.008
Coautor
Fully therapeutic laparoscopy for penetrating abdominal trauma in stable patients
Año: 2021

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DIGESTIVA ARGENTINA: XLI CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA DIGESTIVA
Ponente:
Liderazgo en Cirugía: una habilidad técnica no quirúrgica vital para el cirujano
Año: 2021

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20000642
Coautor
Evaluación del reflujo gastroesofágico después de manga gástrica estandarizada con el Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ)
Año: 2021

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20000819
Coautor
Manejo quirúrgico de perforaciones duodenales tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: serie de casos
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

SEMANA DE LA INVESTIGACIÓN 2021: SUBDIRECCIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Ponente:
Cómo empezar a investigar
Año: 2021

XVIII CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE CIRUJANOS VASCULARES DE HABLA HISPANA - CVHH
Ponente:
Herramienta de bajo costo para la planeación y mediciones de la reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal con impresora 3D: una experiencia latinoamericana.
Enfermedad quística de la adventicia de la arteria poplítea: las dos caras de la moneda, reseccion arterial vs resección del quiste
Resultados a mediano plazo de reconstrucción endovascular cubierta de la bifurcación aórtica para enfermedad oclusiva aorto iliaca en población latinoamericana
Resultados de diferentes tipos de endoprótesis para la reparación endovascular de aneurisma de aorta abdominal: experiencia a largo plazo de un centro colombiano de alta complejidad. El primer ejemplo latinoamericano
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

47 CONGRESO SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL: 100 LÍDERES DE LA CIRUGÍA MUNDIAL EN COLOMBIA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Ponente y coautor:
Antes y después de los grupos de interés en la cirugía colombiana
Outcomes of stent grafts types in endovascular abdominal aortic aneurysm repair: long term experience of a high complexity colombian center, the first latin-american example
Midterm outcomes of the covered endovascular reconstruction of the aortic bifurcation for aortoiliac occlusive disease in a latinoamerican population
Resultados de los tipos de stent en la reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal: experiencia a largo plazo de un centro colombiano de alta complejidad, el primer ejemplo latinoamericano
Resultados intermedios de la reconstrucción endovascular cubierta de la bifurcación aórtica para la enfermedad oclusiva aortoilíaca en una población latinoamericana
Impacto de las medidas de cuarentena por SARSCOV2/COVID19 en la incidencia del trauma en un hospital de IV nivel en Bogotá, Colombia.
Caracterización de la producción científica de los cirujanos investigadores colombianos
Producción científica y académica de los grupos de investigación de cirugía en Colombia
Publicación científica de estudiantes de medicina en cirugía en Colombia
Derivaciones biliodigestivas guiadas por ultrasonido endoscópico en patología neoplásica gastrointestinal obstructiva: experiencia de un centro de IV nivel
Coledocotomía con hook durante exploración de vías biliares laparoscópica: resultados y seguimiento a 3 años, tiempo de cambiar conceptos.
Año: 2021

47 CONGRESO SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL: 100 LÍDERES DE LA CIRUGÍA MUNDIAL EN COLOMBIA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Organizador y moderador:
II Simposio de futuros cirujanos: investigación, innovación y liderazgo
Moderador del Simposio de Cirugía vascular y angiología
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20000750
Coautor
Traumatismo abdominal contuso manejado con embolización mesentérica: reporte de caso
Año: 2021

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
INAUGURACIÓN DEL GRUPO ESCALPELUS
Ponente:
Enseñanza quirúrgica y redes sociales: Importancia de la implicación de los alumnos en la cirugía académica
Año: 2021

THE AMERICAN ASSOCIATION FOR THE SURGERY OF TRAUMA: AAST CONNECT
Ponente:
How to do it: Vascular Embolectomy
Año: 2021

6TO ENCUENTRO NACIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD: ENSI
Coautor:
Producción científica y académica de los grupos de investigación en cirugía en Colombia
Perfil académico e investigativo de los cirujanos investigadores en Colombia
Publicación científica de estudiantes de medicina en cirugía en Colombia
Año: 2021

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.10.012
Coautor
Development and application of an inpatient traffic lights classification to improve the surgical ward round quality
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA ANDALUZA
Cir Andal. 2021;32(4) DOI: 10.37351/2021324.16
Coautor
Manejo Mínimamente Invasivo del Paciente con Trauma Precordial Penetrante
Año: 2021

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS: Clinical Congress 2021
Coauthor of the following abstracts:
Surgical Management of Duodenal Perforation Post Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Series of Cases
(e-Poster)
Validation of Classification for the Management and Prognosis of Penetrating Precordium Trauma in Developing Countries
(e-Poster)
Año: 2021

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.181
Coautor:
Surgical Management of Duodenal Perforation Post Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Series of Cases
Año: 2021

JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.574
Coautor:
Validation of Classification for the Management and Prognosis of Penetrating Precordium Trauma in Developing Countries
Año: 2021

STUDENTS AND TRAINEES AT ACS CC 2021: THE FUTURE OF THE OR AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
Panelist - Speaker:
Education - Certifications and Fellowships in Global Surgery: Breakout
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

INCISION GLOBAL SURGERY SYMPOSIUM 2021
Co Author:
Socioeconomic impact of the current management of severe biliary acute pancreatitis: comparative study
Año: 2021

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106572
Co Author:
Midterm outcomes of the covered endovascular reconstruction of the aortic bifurcation for aortoiliac occlusive disease in a latinoamerican population.
Año: 2021

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
DOI: https://doi.org/10.1016/j.circv.2021.10.011
Co Author:
Low-cost digital tool kit for planning and sizing with 3D printing of abdominal aortic aneurysms for endovascular aortic repair: A Latinoamerican experience
Año: 2021

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20000895
Coautor
Minimal invasive surgery for multiple adhesive small bowel obstruction: Results of a comparative multicenter study
Año: 2021

CENTRO EDITORIAL FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Evaluador académico del libro:
Libro memorias Liga de Trauma Región Centro Andina
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

EDITORIAL UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
ISBN: 978-958-722-575-4
Coautor
Fundamentos de Cirugía General: Esofago
Capítulo: Anatomia endoscopica del esofago
Año: 2021

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.20001404
Coautor
Trombosis porto esplénica mesentérica posterior a manga gástrica por laparoscopia
Año: 2021

REVISTA COLOMBIANA DE GASTROENTEROLOGÍA
DOI: https://doi.org/10.22516/25007440.706
Coautor del siguiente trabajo:
Divertículos duodenales periampulares y el fallo técnico-terapéutico durante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
Año: 2021

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2021; 4 (2) 03-09 DOI: 10.22307/2603.8706.2021.01.002
Síndrome de Valentino, manejo actual de una enfermedad olvidada
Año: 2021

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2021; 4 (2) 10-17 DOI: 10.22307/2603.8706.2021.01.003
Gastrostomy tube normal microbiota characterization in patients managed by a metabolic support group in a high complexity institution in Bogota, Colombia
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2021; 4 (2) 18-28 DOI: 10.22307/2603.8706.2021.02.004
Laparoscopic Hiatal hernia Repair: Preventing recurrence avoiding Esophageal erosion, ¿Mesh or no Mesh that is the question?
Año: 2021

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2021; 4 (2) 29-37 DOI: 10.22307/2603.8706.2021.02.005
Laparoscopic-Endoscopic Cooperative Intragastric Surgery for Gastric Tumors: A Case Report and Surgical Technique Description
Año: 2021

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
DOI: https://doi.org/10.30944/20117582.883
Coautor
Grupos de investigación colaborativa: ventajas e impacto en la investigación quirúrgica, un llamado desde ColombianSurg
Año: 2021

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.01.003.
Coautor
The use of retroperitoneoscopy in the biopsy of retroperitoneal lesions: How I do it
Año: 2022

II SIMPOSIO DE CIRUGÍA DE TÓRAX Y I SIMPOSIO INTERNACIONAL DE PATOLOGÍA TRAUMÁTICA TORÁCICA
INTORAX
Ponente:
Trauma torácico cerrado con sección de aorta
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CHALLENGES AND SOLUTIONS FOR SURGICAL TRAINEES - AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS RESIDENT AND ASSOCIATE SOCIETY
AIS Channel
Ponente:
Diversity as the new non-technical surgical skill for surgeon
Año: 2022

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
DOI: https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.02.004
Co Autor:
Endovascular approach for non-thrombotic pulmonary embolism due to metal coil migration after treatment of pelvic varicose vein
Año: 2022

XXIII CONGRESO COLOMBIANO DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
Asistente y Ponente:
Resultados de los tipos de stent en la reparación endovascular de aneurismas de aorta abdominal: experiencia a largo plazo en un centro colombiano de alta complejidad.
Diseño e implementación de una base de datos para el estudio descriptivo de las aneurismas de aorta abdominal y torácica en seguimiento clínico e imagenológico y llevadas a manejo no operatorio, endovascular y abierto, usando una aplicación para celulares inteligentes.
Cómo hacerlo: Reparación de aneurisma endovascular Chimney/snorkel (ChEVAR) de un aneurisma de aorta abdominal asociado a ectopia renal fusionada cruzada.
Año: 2022

CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA: PROFESOR JOSÉ FELIX PATIÑO
Ponente magistral:
Manejo mínimamente invasivo de la obstrucción intestinal por adherencias
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

1ER CONGRESO DE RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL CIREBO UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Organizador principal y ponente:
Manejo actual de la apendicitis aguda
Trauma rectal
Trauma vascular periferico
Año: 2022

SURGERY OPEN SCIENCE
https://doi.org/10.1016/j.sopen.2022.03.008
Co Autor:
Participation of latin american surgeons in twitter using the hashtag #SoMe4Surgery and #SoMe4IQLatAm
Año: 2022

II CONGRESO DE CIRUGÍA "DE LOS SÍNTOMAS AL QUIRÓFANO" UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Co Autor:
Publicación científica de estudiantes de medicina en cirugía en Colombia: un análisis bibliométrico de revistas médicas colombianas
Vólvulo vesicular: un hallazgo inusual
Abordaje endovascular de embolia pulmonar no trombótica debido a migración de coil metálico posterior a tratamiento de varices pélvicas
Año: 2022

CLINICAL CASE REPORTS JOURNAL
https://doi.org/10.1002/ccr3.5754
Co Autor:
Cystic adventitial disease of popliteal artery, the both sides of the coin: Arterial resection vs cyst excision
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

5TO ENCUENTRO INTERINSTITUCIONAL DE SEMILLEROS DE INVESTIGACIÓN
Co Autor:
Ilustración médica en el siglo XXI: a través de redes sociales
Participación de las Mujeres en Cirugía General en Colombia: Una Radiografía de la Realidad Latinoamericana
Año: 2022

INTERNATIONAL SURGICAL WEEK ISW 2022
Co Autor:
Comparative study between general surgeons and residents in general surgery in laparoscopic cholecystectomy
Outcomes of delayed laparoscopic sigmoidectomy with primary anastomosis after colonoscopy sigmoid devolvulation
Women involvement in general surgery in Colombia: a deep view in Latinamerican realiy
Choledocochotomy by hook technique during laparoscopic common bile duct exploration: results and 3 years follow up. Time to change concepts
Application of bullfighting surgery outside the bullring: anecdotal case report in rural Latinamerica
Año: 2022

CONGRESO INTERNACIONAL DE TRAUMA - ADDSURG - QUITO - ECUADOR
Ponente magistral:
Trauma vascular en zonas de transición
Año: 2022

ANNALS OF MEDICINE AND SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103667
Co Autor:
Surgical research in Colombia part 1: Scientific and academic productivity of the Colombian research groups in surgery
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

HENDOLAT
FELLOWS ACADEMY
Ponente Magistral:
Manejo endovascular de aneurisma de aorta torácica descendente roto contenido (febrero)
Manejo de endofuga tipo IA con una nueva técnica quirúrgica abierta sin necesidad de clampeo suprarrenal (marzo)
Sindrome pilorico secundario a migración e incorporación de prótesis aórtica: una complicacion tardia de un procedimiento endovascular (mayo)
Año: 2022

LINC - LEIPZIG INTERVENTIONAL COURSE
Coautor y ponente:
How to do it: Chimney endovascular aneurysm repair (ChEVAR) of an abdominal aortic aneurysm associated with crossed fused renal ectopia
Año: 2022

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
DOI: 10.55200/raccv.v20.n1.0003
Coautor:
Outcomes of different types of stent-graft in endovascular abdominal aortic aneurysm repair: long-term experience of a high complexity colombian center, the first latin american example
Año: 2022

III CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA Y II SIMPOSIO DE NUTRICIÓN UNISANITAS
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Ponente magistral
Estimulando y educando a los futuros cirujanos de colombia" resultados de un estudio bibliométrico" tres mensajes
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
https://doi.org/10.1016/j.circv.2022.02.011
Co Autor:
Chimney/snorkel endovascular aneurysm repair (ChEVAR) of an abdominal aortic aneurysm associated with crossed fused renal ectopia
Año: 2022

PRIMER CONGRESO BOYACENSE DE CIRUGÍA Y TRAUMA
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
Ponente magistral:
Trauma vascular: manejo actual y cómo hacerlo
Año: 2022

UROLOGY
https://doi.org/10.1016/j.urology.2022.04.005
Co Autor:
Suprahepatic cava thrombus due to wilms tumor: technique without cardiopulmonary bypass
Año: 2022

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106674
Co Autor:
Bariatric emergencies recommendations for the general surgeon on duty in low-to middle-income countries: An algorithm proposal
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

PRIMER CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL BARRANQUILLA
Ponente magistral:
Trauma vascular: Abordaje desde la perspectiva del experto
Año: 2022

PRIMER ENCUENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA INVESTIGADORES DE COLOMBIA
Ponente magistral:
La cirugía académica: pilares, evolución y resultados
Año: 2022

HEALTH SCIENCE REPORTS
https://doi.org/10.1002/hsr2.640
Co Autor:
Laparoscopy has better performance than laparotomy in the treatment of stable penetrating abdominal trauma: A retrospective cross-sectional study in a trauma referral hospital in Colombia
Año: 2022

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2022;37: https://doi.org/10.30944/20117582.910
Coautor
Tratamiento laparoscópico de úlcera duodenal perforada mediante parche de Graham en un paciente pediátrico
Año: 2022

SURGICAL ENDOSCOPY JOURNAL
DOI: https://doi.org/10.1007/s00464-022-09362-z
Coautor
Impact on infectious outcomes during laparoscopic cholecystectomy with the use of home-made vs commercial gallbladder retrieval bag: a retrospective comparative study in a high-volume center
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

NCVH: New Cardiovascular Horizons
New Orleans
Asistente
Año: 2022

EDUCARE - BOSTON SCIENTIFIC
Encuentro latinoamericano de residentes - San José de Costa Rica
Asistente
Año: 2022

39 CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA DE REPÚBLICA DOMINICANA - COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS
Ponente magistral:
Trauma vascular en zonas de transición, que hacer?
Trauma rectal, enfoque actual
Año: 2022

26 CONGRESO SEIQ - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES QUIRURGICAS
Ponente y coautor:
Desafiando los dogmas: exploración de la vía biliar laparoscópica mediante coledocotomía con diatermia y cierre primario: resultados a largo plazo en un centro de referencia.
Predicción de la mortalidad en el traumatismo cardiaco penetrante en un país en vía de desarrollo mediante una nueva clasificación: validación inicial de la clasificación de Bogotá.
Diseño de un nuevo dispositivo biomédico: explantado de endoprótesis aórticas de Cabrera.
Año: 2022

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY CASE REPORTS
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107400
Co Autor:
First case report of gastric outlet obstruction due to aortofemoral bypass Dacron graft erosion of the duodenum treated with neo aortoiliac system procedure
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

RESPIRATORY MEDICINE CASE REPORTS
https://doi.org/10.1016/j.rmcr.2022.101703
Co Autor:
Metastasis of the abdominal wall in a patient with diagnosis of pulmonary adenocarcinoma: An interesting finding
Año: 2022

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2022.106784
Co Autor:
Breast cancer care in Latin America: The ghost burden of a pandemic outbreak
Año: 2022

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.08.003
Coautor
Narrowing the global surgical perspective: The big city bias
Año: 2022

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
Doi: https://doi.org/10.55200/raccv.es.v20.n1.0014
Coautor:
Endovascular approach for penetrating thoracic aorta trauma
Año: 2022

HEALTH SCIENCE REPORTS
Doi: https://doi.org/10.1002/hsr2.788
Coautor:
Laparoscopic Hartmann's reversal has better clinical outcomes compared to open surgery: An international multicenter cohort study involving 502 patients
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
DOI: 10.24875/CIRU.21000649
Coautor
Laparoendoscopic surgery for the treatment of gastrointestinal stromal tumors: A case series
Año: 2022

ANNALS OF MEDICINE AND SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104678
Co Autor:
Surgical research in Colombia part 2: Scientific production of Colombian academic surgeons
Año: 2022

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2022; 5 (2) 10-16 DOI: 10.22307/2603.8706.2022.01.003
Perforación intestinal en obstrucción intestinal por áscaris lumbricoides, reporte de caso
Año: 2022

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.10.002
Coautor
Predictors for limb amputation in war vascular trauma: A 20-years retrospective analysis from the Colombian armed conflict
Año: 2022

MOUNT SINAI - NEW YORK ENDOVASCULAR SUMMIT
Asistente
Fellow travel grant
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS: Clinical Congress 2022
Coauthor of the following abstracts:
Retrospective validation of Parkland grading scale in a Latin American high volume center (Oral presentation)
Año: 2022

JOURNAL OF PEDIATRIC SURGERY
https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2022.10.005
Coautor
Use of a bipolar device (LigaSure) to seal the appendiceal stump in pediatric laparoscopic appendectomy: 10-year Latin-American experience
Año: 2022

ELSEVIER
Review of Surgery for ABSITE and Boards - 3rd Edition
Editors: Christian DeVirgilio, Areg Grigorian
eBook ISBN: 9780323870559
Paperback ISBN: 9780323870542
Autor:
Chapter: Vascular - Access
Año: 2022

HEALTH SCIENCE REPORTS JOURNAL
https://doi.org/10.1002/hsr2.915
Coautor
Predicting mortality in penetrating cardiac trauma in developing countries through a new classification: Validation of the Bogotá classification
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

48 CONGRESO SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Organizador:
Simposio Futuros Cirujanos
Año: 2022

48 CONGRESO SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Coautor y ponente:
Gonadal iliac anastomosis, a minimally invasive approach for nutcracker syndrome: the first latinoamerican experience
Single incision laparoscopic appendectomy with surgical-glove port is cost-effective and reliable in complicated acute appendicitis: a case control multicenter study in Colombia
Clinical outcomes of patients with Stanford type B aortic dissection treated with endovascular thoracic aortic repair: a case series from a Latin American single-center
Long-term outcomes of laparoscopic common bile duct exploration through diathermy, choledochotomy and primary closure: a retrospective cohort study in Colombia
Endovascular approach for nutcracker syndrome using an arterial stent: the first latinoamerican experience
The transmural aortic-endograft anastomosis technique: a novel open approach to type IA endoleaks
Surgical management for refractory gastroparesia: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty
Comparison of postoperative outcomes between Lichtenstein-type open hernioplasty versus Nyhus-type preperitoneal hernioplasty: a retrospective cohort study in Colombia
Comparative study between general surgeons and residents in general surgery in laparoscopic cholecystectomy
Laparoscopic omental patch with or without primary closure for perforated peptic ulcer repair: a multicenter study
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

THE PANAMERICAN TRAUMA ANNUAL MEETING
Coautor y ponente:
Predicción de la mortalidad en el traumatismo cardiaco penetrante en los países en desarrollo mediante una nueva clasificación: validación inicial de la clasificación de Bogotá.
Año: 2022

VEITH SYMPOSIUM
Ponente:
Low cost abdominal aortic endograft explantator
Gonadal iliac anastomosis, a minimally invasive approach for nutcracker syndrome: the first latinoamerican experience
Endovascular repair of thoracoabdominal aneurysms with the t-branch multibranched stent graft using a novel technique: the semi sequential approach
Midterm outcomes of the covered endovascular reconstruction of the aortic bifurcation for aortoiliac occlusive disease in a latinoamerican population
Clinical outcomes of patients with Stanford type B aortic dissection treated with endovascular thoracic aortic repair: a case series from a Latin American single-center
Año: 2022

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL - BMJ OPEN
DOI: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063182
Coautor:
Perioperative mortality in Colombia: perspectives of the fourth indicator in *The Lancet* Commission on Global Surgery – Colombian Surgical Outcomes Study (ColSOS) – a protocol for a multicentre prospective cohort study
Año: 2022

AIS CHANNEL
Online events
Faculty:
Let's wrap 2022 up
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
Cir Cir. 2022;90(S2):56-62. DOI: 10.24875/CIRU.21000399.
Coautor
Mentoring: what to expect from our surgical mentors in Colombia? A Latin American example
Año: 2022

JOURNAL OF LAPAROENDOSCOPIC AND ADVANCED SURGICAL TECHNIQUES
DOI: https://doi.org/10.1089/lap.2022.0453
Coautor
Long-Term Outcomes of Laparoscopic Common Bile Duct Exploration Through Diathermy, Choledochotomy, and Primary Closure: A 6-Year Retrospective Cohort Study
Año: 2022

CLINICAL CASE REPORTS JOURNAL
DOI: 10.1002/ccr3.5873
Coautor
Indocyanine green fluorescence: A surgeon's tool for the surgical approach of gallstone ileus
Año: 2022

BRITISH JOURNAL OF SURGERY - BJS
DOI: https://doi.org/10.1093/bjs/znac443.018
Coautor
Challenging the dogmas: laparoscopic common bile duct exploration through diathermy, choledochotomy and primary closure. long term outcomes in a referral center
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.01.010
Coautor
Breast cancer mortality research in Latin America: A gap needed to be filled
Año: 2023

HELIYON JOURNAL
DOI: https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e12972
Coautor
Single incision laparoscopic appendectomy with surgical-glove port is cost-effective and reliable in complicated acute appendicitis: A case control multicenter study in Colombia
Año: 2023

INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL RESEARCH
DOI: https://doi.org/10.38179/ijcr.v3i1.89
Coautor
Omental Necrosis and Mesenteric Ischemia Secondary to Hypercoagulability Due to COVID-19: A Case Report
Año: 2023

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2023;38: https://doi.org/10.30944/20117582.2267
Coautor
GRINCIRCAR: una iniciativa para promover la cirugía académica e investigación quirúrgica en el caribe colombiano
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

24 CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
Ponente:
Explantador de Cabrera: un nuevo dispositivo
Manejo endovascular del síndrome de Nutcracker usando un stent arterial: la primera experiencia latinoamericana
Año: 2023

II CONGRESO DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA DR JOSE FELIX PATIÑO
FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ
Ponente magistral / Speaker invitado:
Trauma: acute care surgery, cómo diseñarlo e implementarlo
Año: 2023

HEALTH SCIENCE REPORTS
https://doi.org/10.1002/hsr2.1151
Coautor:
Postoperative outcomes using Lichtenstein open hernioplasty versus Nyhus preperitoneal hernioplasty in inguinal hernia: A comparative analysis with 1-year follow-up
Año: 2023

SURGICAL ENDOSCOPY JOURNAL
DOI: https://doi.org/10.1007/s00464-023-09946-3
Coautor
Retrospective validation of parkland grading scale in a Latin-American high-volume center
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

INDIAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1007/s12262-023-03733-z
Coautor
Perforation of the duodenum by an inferior vena cava filter: a potential long-term complication in the medical device era
Año: 2023

SAGE OPEN MEDICINE JOURNAL
DOI: 10.1177/20503121231162339
Coautor
Translation, adaptation, and validation of the MeNTS score in colombian population: The MeNTS Col score
Año: 2023

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2023;38:(en prensa)
https://doi.org/10.30944/20117582.2289
Coautor
Mortalidad perioperatoria en Tolima, perspectivas del cuarto indicador de The Lancet Commission on Global Surgery: Un análisis preliminar de la cohorte prospectiva del estudio Colombian Surgical Outcomes Study (ColSOS)
Año: 2023

SEGUNDO CURSO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ENDOVASCULAR CLÍNICA COLSUBSIDIO CALLE 100
Ponente:
Manejo actual del síndrome de Nutcracker
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

III CONGRESO DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA DEL SIIC
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Ponente:
Taller de trauma vascular
Manejo actual de la obstrucción intestinal por adherencias
Año: 2023

ANNALS OF MEDICINE AND SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000611
Co Autor:
Surgical research in Colombia part 3: Authorship and publications of Colombian medical students in surgery in Colombian medical journals – Cross-sectional study
Año: 2023

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2023; 6 (1) 03-10 DOI: 10.22307/2603.8706.2023.01.001
Estudio comparativo en colecistectomía por laparoscopia entre especialistas en cirugía general vs residentes en cirugía general
Año: 2023

ANNALS OF MEDITERRANEAN SURGERY
2023; 6 (1) 19-33 DOI: 10.22307/2603.8706.2023.01.003
Importancia de tener grupos de trauma, como crearlo: una experiencia institucional, Bogotá Colombia
Año: 2023

THE THORACIC AND CARDIOVASCULAR SURGEON JOURNAL
DOI: 10.1055/a-2075-8048
Anterolateral Thoracotomy: A Novel and Simple Technique to Improve the Closure Using the Self Locking Knot
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2023;38:422-3
DOI: https://doi.org/10.30944/20117582.2376
Coautor
De una idea a una publicación original en cirugía: Una guía para futuros cirujanos académicos. Capítulo Futuros Cirujanos, Asociación Colombiana de Cirugía
Año: 2023

VENOUS SYMPOSIUM 2023
Coautor:
Gonadal iliac anastomosis: a minimally invasive approach for Nutcracker syndrome: the first lantinoamerican experience
Endovascular approach for Nutcracker syndrome: using an arterial stent: the first latinoamerican experience
Vascular thoracic outlet syndrome: the sum of all fears, arteriovenous fistula, chronic renal insufficiency, anticoagulation and stent kinking: minimally invasive surgical management by thoracoscopy and endovascular approach, description of the surgical technique.
Año: 2023

INTERNATIONAL JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1097/JS9.0000000000000422
Co Autor:
Meta-research studies in surgery: a field that should be encouraged to assess and improve the quality of surgical evidence
Año: 2023

AIS CHANNEL
Online events
Faculty:
The second victim syndrome
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA MEDUNAB
https://doi.org/10.29375/01237047.4454
Coautor:
Herida por asta de toro en el medio rural. Importancia de la preparación en cirugía taurina: Reporte de caso
Año: 2023

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2023.05.020
Coautor
Social media to overcome technological barriers in surgical training: Four Latin American experiences
Año: 2023

CIRUGÍA Y CIRUJANOS
Cir Cir. 2023;91(2):218-224 1 DOI: 10.24875/CIRU.21000689
Coautor
Polipectomía transgástrica laparoscópica en pólipos gástricos gigantes no susceptibles de manejo endoscópico: nueva técnica quirúrgica y serie de casos
Año: 2023

REVISTA MEDUNAB
https://doi.org/10.29375/01237047.4432
Coautor:
¿Cómo innovar en cirugía en América Latina? Una propuesta para la evolución del marco IDEAL
Año: 2023

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
https://doi.org/10.55200/raccv.v21.n1.0026
Coautor:
Bypass biológico reno-cava con parche de pericardio bovino tubulizado para el síndrome del cascanueces
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

ASOCIACION COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGIA - REUNIÓN ACADÉMICA REGIONAL CENTRAL
Ponente:
Manejo actual del síndrome venoso congestivo
Año: 2023

SEGUNDO CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN QUIRÚRGICA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL BARRANQUILLA
Ponente magistral:
Actualidad de los futuros cirujanos en Colombia y el Mundo
Dolor abdominal de origen vascular
Año: 2023

AIS CHANNEL
Online events
Faculty:
Navigating Residency: Insights from Young Surgeons in Latin America
Año: 2023

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2023;39:421-4
https://doi.org/10.30944/20117582.2390
Coautor
Use of hand held ultrasound to perform E FAST by general surgery residents in a trauma reference center: first experience in the Colombian Caribbean region
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

EDITORIAL UNIVERSIDAD EL BOSQUE
https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/10932
Autor del libro:
Manual ilustrado de Cirugia General
Año: 2023

BOLETÍN DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA
https://felacred.com/publicaciones/boletines.html
Autor:
Diez consejos para que los futuros cirujanos estudiantes de medicina Latinoamericanos alcancen la cirugía académica.
Año: 2023

AIS CHANNEL
Podcast resilient resident project
Faculty:
Navigating the challenges of surgical residency with Dra Paula Ferrada de Estados Unidos
Año: 2023

AIS CHANNEL
Podcast resilient resident project
Faculty:
Navigating residency: insights from a young surgeon in Latin America with Dr Antonio Reyes de Venezuela
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AIS CHANNEL
Podcast resilient resident project
Faculty:
Diversity in surgery with Dra Rhea Liang de Australia
Año: 2023

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.06.002
Co Autor:
Endovascular approach for nutcracker syndrome using an arterial stent: The first Latin-American experience
Año: 2023

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
5to encuentro de semilleros
Coautor:
Prototipo de succión en laparoscopia por medio de la impresión 3d: ¿una aproximación a la mejoría de la cirugía mínimamente invasiva?
Prototipo de puerto único en cirugía por laparoscopia utilizando la impresión 3d: ¿un posible mecanismo para mejorar su acceso?
Año: 2023

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
https://doi.org/10.1016/j.circv.2023.09.001
Co Autor:
Aortoesophageal fistula secondary to esophageal self-expandable partially covered metal stent: The first Latin American serie
Año: 2023

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS: Clinical Congress 2023
Coauthor of the following abstracts:
Single incision laparoscopic appendectomy with surgical-glove port is cost-effective and reliable in complicated acute appendicitis: A case control multicenter study in Colombia
Long-term Outcomes Of Laparoscopic Common Bile Duct Exploration Through Diathermy Choledocotomy, And Primary Closure: A 6-year Retrospective Cohort Study
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

II CONGRESO INTERNACIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD INNOVACIÓN CLÍNICA Y TECNOLÓGICA: RETOS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL
Speaker:
Trauma vascular periférico: una entidad que los cirujanos generales de Latinoamérica no pueden olvidar.
Año: 2023

19" WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY
49" NATIONAL SURGICAL WEEK CONGRESS COLOMBIA
25" LATIN AMERICAN CONGRESS OF SURGERY "FELAC"
Organizador:
Simposio del capítulo de futuros cirujanos
Año: 2023

19" WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY
49" NATIONAL SURGICAL WEEK CONGRESS COLOMBIA
25" LATIN AMERICAN CONGRESS OF SURGERY "FELAC"
Instructor:
Cursos pre Congreso:
Trauma vascular
Nudos y suturas
Año: 2023

19" WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY
49" NATIONAL SURGICAL WEEK CONGRESS COLOMBIA
25" LATIN AMERICAN CONGRESS OF SURGERY "FELAC"
Speaker:
Simposio cirugía vascular:
Aneurisma de aorta abdominal roto: tips and tricks para el cirujano general
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

19" WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY
49" NATIONAL SURGICAL WEEK CONGRESS COLOMBIA
25" LATIN AMERICAN CONGRESS OF SURGERY "FELAC"

Coautor:

Limb salvage with Ultra distal tibial and pedal bypass: a how to do it and the first LatAm experience with short term follow up

Abordaje del segmento distal de la carótida interna en el cuello: cómo hacerlo

Manejo en 3 etapas del Síndrome de Paget Von Schoertter

Transradial approach for percutaneous intervention of malfunctioning arteriovenous fistula: a latinoamerican experience

Transcatheter arterial embolization for gastrointestinal tract bleeding: a first line therapy?

Open venous arterialization technique for no-option foot salvage: a latinoamerican cohort in high volume CLTI center

Manejo diverticulosis de meckel

Trauma de vasos poplíteos

Nueva técnica para la fijación de tubo a tórax: cierre, fijación y hemostasia!

Fasciostomía con bolsa de Borráez para manejo de fasciotomías

Manejo por laparoscopia con adhesiolosis de la obstrucción intestinal por adherencias

Experiencia inicial en el manejo endovascular de la Disección aórtica Stanford B

Manejo abierto del síndrome de Leriche con bypass Aorto bifemoral: cómo hacerlo!

Maniobra de Kocher y Cattel Braasch: cómo hacerlo

Isquemia mesentérica: manejo por laparoscopia

Manejo quirúrgico mínimamente invasivo del plastrón apendicular

Trucos en toracotomía anterolateral de trauma

Manejo mínimamente invasivo de vólvulos colónicos

Trucos para cierre percutáneo de accesos vasculares femorales

Manejo de lesión de vía biliar strasberg D: abierto y laparoscópico

Exploración de vías biliares laparoscopica en paciente octogenario para el manejo de la coledocolitiasis

Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

VEITH SYMPOSIUM 50th ANNIVERSARY
Ponente y coautor:
Limb salvage with Ultra distal tibial and pedal bypass: a how to do it and the first LatAm experience with short term follow up
Open venous arterialization technique for no-option foot salvage: a latinoamerican cohort in high volume CLTI center
Año: 2023

CLINICAL INMERSION
CURSO AVANZADO PENUMBRA
Ponente:
Manejo endovascular de aneurismas viscerales
Año: 2023

AIS CHANNEL
International academic event
Faculty:
Optimizing patient outcomes by avoiding and Managing Intraoperative Bleeding
Año: 2024

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2024;39
DOI: https://doi.org/10.30944/20117582.2431
Coautor
Herramientas para el tamizaje de aneurisma de aorta abdominal
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

WORLD JOURNAL OF LAPAROSCOPIC SURGERY
DOI: 10.5005/jp-journals-10033-1611
Coautor
Outcomes of a Low-cost, Outpatient Laparoscopic Appendectomy Protocol Performed by First- and Second-year General Surgery Residents in Cases of Uncomplicated Appendicitis
Año: 2024

25 CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
Coautor:
Limb salvage with Ultra distal tibial and pedal bypass: a how to do it and the first LatAm experience with short term follow up
Manejo en 3 etapas del Síndrome de Paget Von Schoertter
Transradial approach for percutaneous intervention of malfunctioning arteriovenous fistula: a latinoamerican experience
Transcatheter arterial embolization for gastrointestinal tract bleeding: a first line therapy?
Open venous arterialization technique for no-option foot salvage: a latinoamerican cohort in high volume CLTI center
Rol del abordaje endovascular en el manejo de trauma de arterias iliacas
Tips and tricks para el manejo de trombo neoplásico de vena cava inferior por carcinoma de células renales
Endovascular repair of thoracoabdominal aneurysms with the t-branch multibranched stent graft using a novel technique: the semi sequential approach
Procedimiento de NAIS para el manejo de infección nativa de la aorta infrarenal: serie de casos
Reconstrucción de aorta infrarrenal con tubo de pericardio bovino para el manejo de aortitis infecciosa
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

INDIAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1007/s12262-024-04025-w
Coautor:
Surgical Management for Refractory Gastroparesis: First Comparative Case Series between Gastric Bypass and Pyloroplasty in Colombia
Año: 2024

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
https://doi.org/10.1016/j.circv.2024.02.006
Co Autor:
Posterior injury of the brachiocephalic trunk following gunshot thoracic trauma: Case report and literature review
Año: 2024

JOURNAL OF VASCULAR SURGERY
https://doi.org/10.1016/j.jvs.2024.01.099
Co Autor abstract:
Open venous arterialization technique for no-option foot salvage: a latinoamerican cohort in high volume CLTI center
Año: 2024

ARGENTINE JOURNAL OF CARDIOVASCULAR SURGERY
https://doi.org/10.55200/raccv.v22.n1.0056
Co Autor:
Leriche syndrome: a rare presentation of arterial occlusive disease in Latin America
Año: 2024

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2024;39
DOI: https://doi.org/10.30944/20117582.2530
Coautor
Desenredando los nudos en cirugía: creando maestría con un simulador práctico en casa
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Rev Colomb Cir. 2024;39
DOI: https://doi.org/10.30944/20117582.2496
Coautor
Explantador de Cabrera: un nuevo dispositivo para explantar endoprótesis aórticas después de reparo endovascular de aneurisma de aorta, un estudio experimental ex vivo
Año: 2024

JOURNAL OF SURGICAL ONCOLOGY
DOI: https://doi.org/10.1002/jso.27660
Coautor
Bridging Frontiers: The Role of a Global Breast Research Working Group
Año: 2024

IV CONGRESO DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA: IMAGENOLOGIA AVANZADA PARA LA CIRUGÍA MODERNA
III SIMPOSIO DE CAPÍTULO DE FUTUROS CIRUJANOS
I ENCUENTRO DE SEMILLEROS DE INVESTIGACION DE CIRUGIA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Organizador y ponente principal:
Taller de trauma vascular
Concurso Luis Ernesto López de cirugía
El camino del cirujano: entrenamiento esencial para estudiantes de cirugía
Año: 2024

REPERTORIO DE MEDICINA Y CIRUGÍA
FUCS
DOI: 10.31260/RepertMedCir.01217372.1265
Coautor
Ruptura de hematoma hepático secundario a terapia neural secundario a terapia neura
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

COMPLICATIONS JOURNAL
Special Issue
https://www.mdpi.com/journal/complications/special_issues/440C8ZUG68
Guest Editor
Preventing and Managing Surgical Complications: Perspectives from South American Centers
Año: 2024

III CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA
Ponente magistral
El camino del futuro cirujano
Trauma vascular: aprendizaje basado en casos clínicos
Año: 2024

III CONGRESO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE DE BARRANQUILLA
Ponente magistral
El camino del futuro cirujano
Trauma vascular: aprendizaje basado en casos clínicos
Año: 2024

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GRUPO KERALTY - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA Y EL AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
Concurso Vídeos de complicaciones quirúrgicas
De la aorta al contenedor de la basura: 3 complicaciones en 1
Manejo laparoscópico y abierto de la lesión strasberg D de la vía biliar
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA GRUPO KERALTY - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Jurado:
Surgical Jeopardy
Año: 2024

CIENCIAS DE LA SALUD
EXPLORANDO EL BIENESTAR FÍSICO Y MENTAL
ATENA EDITORES
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.4962427052
Coautor capítulo:
Análisis de la mortalidad por cáncer gástrico en Colombia. Un estudio ecológico y predicción con series de tiempo.
Año: 2024

LINC - LEIPZIG INTERVENTIONAL COURSE
Coautor:
Description of a novel endovascular technique for aortoiliac occlusive disease in severe fragile aorta protecting from catastrophic complications
Outcomes of endovascular repair of thoracoabdominal aortic aneurysms with the T Branch multi branched stent graft using Begraft stents: a latin american case series
Año: 2024

COMPLICATIONS JOURNAL
DOI: https://doi.org/10.3390/complications1010005
Complications 2024, 1(1), 24-31;
Coautor:
Aortic Endograft Infections: A Race against Time
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AIS CHANNEL
Certificación de apreciación:
Innovating Surgical Practices
Año: 2024

TRIPLE I COURSE
Complex peripheral artery disease
Biotronik
Participante
Warsaw, Poland
Año: 2024

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2024.115814
Coautor
Cost-effective technique for fasciotomy sequential closure using sterile saline bags
Año: 2024

MEDTRONIC
Participante
III ENDOVASCULAR SUMMIT: a MIND program
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

TRABAJOS DIRIGIDOS O TUTORÍAS

Apendicectomía laparoscópica monopuerto con puerto de guante quirúrgico es costo-efectivo y confiable en la apendicitis aguda no complicada: Un estudio multicéntrico de casos y controles en Colombia, presentado para optar al título de Médica Cirujana.
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis meritoria
2024
Medicina
Persona orientada: Sofia Aristizabal
Dirigió como: Tutor principal

Prevalencia de incomodidad física y mental en estudiantes de medicina asociado al uso de equipos de protección personal en salas de cirugía: protocolo de investigación
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis aprobada
2023
Medicina
Persona orientada: Cesar Mill Urdaneta
Dirigió como: Co - Tutor

Dispositivos de bajo costo para prevenir la infección SARS-COV-2 en cirugía abierta y laparoscópica.
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis aprobada
2023
Medicina
Persona orientada: Laura Cabrera
Dirigió como: Tutor principal

Manejo quirúrgico de perforaciones duodenales post CPRE: serie de casos
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis aprobada
2023
Medicina
Persona orientada: David Acevedo
Dirigió como: Tutor principal

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

Money Bezoar
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis Meritoria
2020
Medicina
Personas orientadas: Laura Maria Gonzalez Alvarez, Daniela Pastrana Peña, Alix Julieth Melo Infante
Dirigió como: Tutor principal

Apendicitis Aguda por migración de dispositivo intrauterino con obstrucción del apéndice cecal
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis meritoria
2020
Medicina
Persona orientada: Dayana Baez Lopez
Dirigió como: Tutor principal

Fallo técnico terapéutico durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ante la presencia de divertículos duodenales periampulares
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis meritoria
2019
Medicina
Persona orientada: Steven Aparicio Blanco
Dirigió como: Tutor principal

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

Validación de una clasificación para el manejo y el pronóstico del trauma penetrante en región precordial
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis meritoria
2020
Medicina
Persona orientada: Mariana Reyes Carrillo
Dirigió como: Tutor principal

Surgical management for refractory gastroparesia: a comparative study between gastric bypass and pyloroplasty
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis meritoria
2018
Postgrado de Cirugía General
Persona orientada: Raul Suarez
Dirigió como: Tutor principal

Pancreatoduodenectomía de urgencia: Whipple o no Whipple esa es la cuestión
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis meritoria
2016
Medicina
Persona orientada: Sebastian Sanchez Ussa y Mauricio Pedraza
Dirigió como: Tutor principal

Colecistectomía temprana comparada con tardía en pancreatitis severa de origen biliar en la fundación salud bosque 2011 - 2017
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis aprobada
2017
Postgrado de Cirugía General
Persona orientada: Katerine Freire
Dirigió como: Tutor principal

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

Preventative laparoscopic repair of Petersen's space following gastric bypass surgery reduces the incidence of Petersen's hernia: a comparative study
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis Meritoria
2018
Medicina
Persona orientada: Jean Pulido
Dirigió como: Tutor principal

Frecuencia de reflujo gastroesofágico después de sleeve gástrico, utilizando una escala de calidad de vida GerdQ en la Clínica El Bosque
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis aprobada
2018
Postgrado de Cirugía General
Persona orientada: Laura Quintero
Dirigió como: Tutor principal

Intra operative vs histopathological classification of acute appendicitis: how accurate is the surgeons designation of the inflamed appendix?
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis Meritoria
2018
Postgrado de Cirugía General
Persona orientada: Erick Vinck
Dirigió como: Tutor principal

Secuelas post-tratamiento de los tumores del SNC en niños: revisión sistemática de la literatura
UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Tesis aprobada
2015
Medicina
Persona orientada: Eliana Belalcazar
Dirigió como: Tutor principal

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

PREMIOS Y RECONOCIMIENTOS

VI CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA Y METABÓLICA - IFSO - LOS CABOS
IFSO LAT
Ganador del 3er puesto como trabajo libre
Trombosis porto mesentérica postcirugía bariátrica en el manejo de la obesidad mórbida: reporte de 3 casos y revisión de la literatura
Año: 2015

RECONOCIMIENTO A LA LABOR COMO DOCENTE EN CIRUGÍA GENERAL
Universidad El Bosque
Año: 2018

XLIV CONGRESO NACIONAL AVANCES DE LA CIRUGÍA
Asociación Colombiana de Cirugía
Concurso Mejor presentación oral:
Ganador del Primer Puesto con el trabajo: Experiencia en cirugía bariátrica y revisional robótica – Trabajo libre
Año: 2018

VII CONVOCATORIA DE ESTÍMULOS A LA EXCELENCIA ACADÉMICA: VOCACIÓN DE DESCUBRIMIENTO.
Universidad El Bosque
Obtención del premio de excelencia a nivel de producción editorial y de artículos científicos
Año: 2018

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

VII CONVOCATORIA DE ESTÍMULOS A LA EXCELENCIA ACADÉMICA: VOCACIÓN DE DESCUBRIMIENTO.
Universidad El Bosque
Obtención del premio al profesor que evidenció la mejor experiencia de internacionalización
Año: 2018

45 CONGRESO NACIONAL: SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL
Asociación Colombiana de Cirugía
Concurso Mejor video:
Ganador del Primer Puesto con el trabajo: Reconstrucción biliodigestiva por laparoscopia con duodenectomía, preservación de páncreas después de una coledocoduodenostomía abierta fallida
Año: 2019

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
CLINICAL CONGRESS 2020
Social Surgeon 2020
Año: 2020

CONGRESO "SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL" 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el área de educación con el trabajo:
Impacto de las redes sociales en la formación continua del cirujano general, una nueva experiencia, @Cirbosque: Un ejemplo latinoamericano
Año: 2020

CONGRESO "SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL" 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el área de Mínima Invasión con el trabajo:
Evaluación multicéntrica con puntaje de Eckardt del manejo laparoscópico con miotomía de Heller y funduplicatura Dor para la acalasia
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el área de Cirugía de Trauma con el trabajo: Validación de una clasificación para el manejo y el pronóstico del trauma penetrante en región precordial
Año: 2020

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Tercer puesto en el área de Mínima Invasión con el trabajo: Abordaje cooperativo laparoendoscopico (ACLE): Para el tratamiento de tumores del estroma gastrointestinal: serie de casos.
Año: 2020

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el área de Cirugía y COVID19 con el trabajo: Comparación del comportamiento de las apendicectomías durante el periodo de 2019 y 2020, pre pandemia y de pandemia por COVID19 en la Fundación Santa Fe de Bogotá.
Año: 2020

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el área de Oncología Quirúrgica con el trabajo: Retroperitoneoscopia como técnica diagnóstica en masas retroperitoneales.
Año: 2020

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el área de Cirugía de Tórax con el trabajo: Toracostomía de drenaje cerrada durante la época de la pandemia CoVid19: Experiencia y desenlaces del Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá.
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el Foro Nacional Quirúrgico con el trabajo: Traduccion, adaptacion y validacion del puntaje MeNTS en población colombiana: MeNTSCol una nueva propuesta para la pandemia COVID19.
Año: 2020

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Ganador del Primer puesto en el Foro Nacional Quirúrgico con el trabajo: Comparación de técnicas de enseñanza de nudos quirúrgicos y su efecto en el afianzamiento del aprendizaje en estudiantes de medicina de la Universidad El Bosque.
Año: 2020

CONGRESO “SEMANA QUIRÚRGICA NACIONAL” 2020
Asociación Colombiana de Cirugía
Reconocimiento como:
Coordinador distinguido
Año: 2020

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
Ganador
Premio Humanismo en el ejercicio profesional 2020
Año: 2020

SEMANA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Mención de honor por:
Liderazgo en investigación quirúrgica
Año: 2021

SEMANA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Mención de honor por:
Charla Mejor calificada por los asistentes
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

SEMANA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
Mención de honor por:
Mejor Charla que Incentiva a la Cultura de la Investigación
Año: 2021

XXIII CONGRESO ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
Ganador de primer puesto reportes de caso - tabajos libres:
Cómo hacerlo: Reparación de aneurisma endovascular Chimney/snorkel (ChEVAR) de un aneurisma de aorta abdominal asociado a ectopia renal fusionada cruzada
Año: 2022

II CONGRESO DE CIRUGÍA "DE LOS SÍNTOMAS AL QUIRÓFANO" UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Segundo puesto en la categoría ponencia oral "Publicación científica de estudiantes de medicina en cirugía en Colombia: un análisis bibliométrico de revistas médicas colombianas"
Año: 2022

II CONGRESO DE CIRUGÍA "DE LOS SÍNTOMAS AL QUIRÓFANO" UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Tercer puesto en la categoría e-poster "Vólvulo vesicular: un hallazgo inusual"
Año: 2022

II CONGRESO DE CIRUGÍA "DE LOS SÍNTOMAS AL QUIRÓFANO" UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Segundo puesto en la categoría e-poster "Abordaje endovascular de embolia pulmonar no trombótica debido a migración de coil metálico posterior a tratamiento de varices pélvicas"
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

HENDOLAT
FELLOWS ACADEMY
Ganador beca congreso Hendolat 2022 con la presentación:
Manejo abierto de endofuga tipo IA
Año: 2022

1ER CONCURSO CIENTÍFICO ESTUDIANTIL: LOS INVESTIGADORES DEL MAÑANA - CARTAGENA, BOLÍVAR
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FELSOCEM
ASCEMCOL
Ganador del primer puesto como trabajo de investigación: Resultados de un protocolo de apendicectomía laparoscópica de bajo coste y ambulatoria realizado por residentes de cirugía general de primer y segundo año en apendicitis no complicadas: un ejemplo latinoamericano
Año: 2022

1ER CONCURSO CIENTÍFICO ESTUDIANTIL: LOS INVESTIGADORES DEL MAÑANA - CARTAGENA, BOLÍVAR
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FELSOCEM
ASCEMCOL
Ganador del primer puesto como caso clínico: Osificación mesentérica heterotópica como causa de fractura de laparotomía: informe de un caso
Año: 2022

1ER CONCURSO CIENTÍFICO ESTUDIANTIL: LOS INVESTIGADORES DEL MAÑANA - CARTAGENA, BOLÍVAR
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FELSOCEM
ASCEMCOL
Ganador del tercer puesto como caso clínico: Síndrome triple P: paniculitis, pancreatitis, poliartritis
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

IX CONVOCATORIA DE ESTÍMULOS A LA EXCELENCIA ACADÉMICA: VOCACIÓN DE INTEGRACIÓN.
Universidad El Bosque.
Obtención del premio por prácticas innovadoras que evidencien cómo se logró una integración de la enseñanza aprendizaje (docencia), descubrimiento (investigación) y compromiso (extensión).
@Cirbosque, impacto del uso de las redes sociales y su alcance en cirugía
Año: 2022

XXIV CONGRESO ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
Ganador de primer puesto trabajo innovador:
Explantador de cabrera: un nuevo dispositivo
Año: 2023

III CONGRESO DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA DEL SIIC
CONCURSO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Ganadores del 1er puesto en modalidad de caso clínico:
Perforación del duodeno por filtro de vena cava inferior: una potencial complicación a largo plazo en la era de los dispositivos médicos.
Año: 2023

XXXII CONGRESO ESTUDIANTIL COLOMBIANO DE INVESTIGACION MEDICA, MEDICINA INTEGRAL DE TRAUMA Y GUERRA
Ganador de tercer puesto, ponencia oral, trabajo original:
Explantador de cabrera: un nuevo dispositivo
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

AIS CHANNEL
CERTIFICATE OF ACHIEVEMENT: For the commitment and highly valuable contribution in the creation of the Navigating Residency: Insights from Young Surgeons in Latin America
Año: 2023

LEIPZIG INTERVENTIONAL VASCULAR COURSE LINC 2023
Ganadores al premio como mejor póster con el trabajo titulado:
Alternatives for endovascular treatment of patients with abdominal aortic aneurysm (AAA) and hostile anatomy: Effective application of a technique in two cases
Año: 2023

19" WORLD CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY
49" NATIONAL SURGICAL WEEK CONGRESS COLOMBIA
25" LATIN AMERICAN CONGRESS OF SURGERY "FELAC"
Mejor trabajo original del foro quirúrgico:
Mortalidad perioperatoria en Colombia: un problema mayor de lo esperado. Resultados de una cohorte prospectiva nacional (ColSOS)
Año: 2023

UNISANITAS - KERALTY
XXIII PREMIO INTERNACIONAL a la investigación en ciencias de la salud JUAN JACOBO MUÑOZ
Ganador:
Explantador de Cabrera: un nuevo dispositivo para explantar endoprótesis aórticas posterior a reparo endovascular de aneurismas de aorta abdominal. Un estudio experimental ex vivo.
Año: 2023

AIS CHANNEL AWARDS
Premio al:
Most Listened Surgical Podcast
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

X CONVOCATORIA DE ESTÍMULOS A LA EXCELENCIA ACADÉMICA: VOCACIÓN DE INTEGRACIÓN.
Universidad El Bosque.
Obtención del premio de excelencia de la vocación de descubrimiento a nivel prácticas de formación para la investigación (curricular y extracurricular) y/o investigación formativa, con la práctica: Manual ilustrado de cirugía general
Año: 2023

X CONVOCATORIA DE ESTÍMULOS A LA EXCELENCIA ACADÉMICA: VOCACIÓN DE INTEGRACIÓN.
Universidad El Bosque.
Obtención del premio de excelencia de la vocación de enseñanza y aprendizaje a la estrategia de acompañamiento para el éxito de los estudiantes, con la práctica: Estrategia de formación crítica para el paso de medico general a cirujano
Año: 2023

IV CONGRESO DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA: IMAGENOLOGIA AVANZADA PARA LA CIRUGÍA MODERNA
III SIMPOSIO DE CAPÍTULO DE FUTUROS CIRUJANOS
I ENCUENTRO DE SEMILLEROS DE INVESTIGACION DE CIRUGIA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
Obtencion del tercer puesto en la categoría de mejor caso clínico en el concurso de investigación:
Apendicitis aguda en hernia de Spiegel
Año: 2024

IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA UNISANITAS - KERALTY - AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS - ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Ganadores del segundo puesto en el concurso de videos quirúrgicos de complicaciones y cómo resolverla:
De la aorta al bote de basura: 3 complicaciones en 1
Año: 2024

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

EXPERIENCIA LABORAL

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
Cargo: Rotación especial cirugía mínimamente invasiva
Jefe: Dr. Fernando Arias
Teléfono: 3112781522
Año: 2010

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
Cargo: Rotación especial cirugía de trasplante
Jefe: Dr. Alonso Vera
Teléfono: 6030303
Año: 2010

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
Cargo: Rotación especial cirugía general
Jefe: Dr. Carlos Luna Jaspe
Teléfono: Hospital Simón Bolívar Departamento de cirugía
Año: 2010

HOSPITAL MUNICIPAL DE ACACIAS META ESE
Servicio Social Obligatorio – Rural
Jefe: Dr. Héctor Velásquez
Teléfono: 3176491848
Año: 2011

CENTRAL DE URGENCIAS ACACIAS SALUDCOOP EPS
Médico General de Urgencias
Jefe: Dra. Marta Rendón
Teléfono: 3107664061
Año: 2011 – 2012

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

HOSPITAL SANTA CLARA ESE
Cirujano General
Jefe: Dra. Liceth Rojas
Teléfono: 3002139499
Año: 2017

HOSPITAL POLICLÍNICO DEL OLAYA
Cirujano General
Jefe: Dr. Pedro Villadiego
Teléfono: 3124358586
Año: 2017

HOSPITAL CARDIOVASCULAR DE SOACHA
Cirujano General
Jefe: Dr. Miguel Marroquín
Teléfono: 3186235432
Año: 2017

COMPENSAR EPS
Cirujano General
Jefe: Dr. Fernando Aguirre
Teléfono: 3153351232
Año: 2017

CLÍNICA JORGE PIÑEROS CORPAS
Cirujano General
Jefe: Dr. Felipe Bernal
Teléfono: 3138518354
Año: 2017

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CLÍNICA EL BOSQUE
Cirujano General
Jefe: Dr. Carlos Luna Jaspe
Teléfono: 3134189391
Año: 2017

LABORATORIOS BIOPAS
Speaker Fluoratil
Jefe: José Manuel Niño
Teléfono: 3202753213
Año: 2017

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
Cargo: Cirujano General Hospitalario
Jefe: Dr. Arturo Vergara
Teléfono: 3104770057
Año: 2018

LOS COBOS MEDICAL CENTER
Cargo: Cirujano General Institucional
Jefe: Dr. Carlos Luna Jaspe
Teléfono: 3134189391
Año: 2019

INBES PHARMA
Cargo: Director Médico
Jefe: José Manuel Niño
Teléfono: 3202753213
Año: 2019

COMPENSAR EPS
Perito medico
Jefe: Dra. Shirley Gonzalez
Teléfono: 3046314798
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA
Cirujano Vascular y Angiólogo
Jefe: Dr. Juan Fernando Muñoz
Teléfono: 3002180944
Año: 2023

CLINICA COLSUBSIDIO CALLE 100
Cirujano Vascular y Angiólogo
Jefe: Dr. Luis Fernando Garcia
Teléfono: 3138318029
Año: 2023

CLINICA BELOHORIZONTE
Cirujano Vascular y Angiólogo
Jefe: Dr. Hugo Bahamon
Teléfono: 3168315134
Año: 2023

FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ
Cargo: Cirujano Vascular y Endovascular
Jefe: Dr. Arturo Vergara
Teléfono: 3104770057
Año: 2023

CLINICA DE LA MUJER
Cirujano Vascular y Angiólogo
Jefe: Dr. Juan Fernando Muñoz
Teléfono: 3002180944
Año: 2023

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

EXPERIENCIA EN INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Profesor Curso pre-residencias médicas Cirugía General
Jefe: Dr. Alejandro Duran
Teléfono: 3115127595
Año: 2018

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Co Líder
Grupo de Investigación en Cirugía general y subespecialidades
Jefe: Dr. Carlos Luna Jaspe
Teléfono: 3134189391
Año: 2018

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Creador
Semillero de Investigación en Cirugía general y subespecialidades
Jefe: Dr. Hugo Cárdenas
Teléfono: 3003285172
Año: 2018

MÉDICAS UIS, REVISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
Consultor científico
Año: 2018

INVESTIGADOR SENIOR
MinCiencias - Colciencias
Colombia
Año: 2021

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Profesor instructor clínico Cirugía General
Jefe: Dr. Ricardo Villarreal
Teléfono: 3153507872
Año: 2018

REVISTA CIRUGÍA ESPAÑOLA
ELSEVIER
Consultor científico
Año: 2019

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Surgical Community Manager y creador
@cirbosque en Twitter y Facebook
Jefe: Dr. Carlos Luna Jaspe
Teléfono: 3134189391
Año: 2019

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COLOMBIA CHAPTER
STOP THE BLEED
Cargo: Instructor
Jefe: Dra. Juliana Hernández
Teléfono: 3012267606
Año: 2019

REVISTA CIRUGÍA ESPAÑOLA
ELSEVIER
Consultor científico
Año: 2019

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA MEDUNAB
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA UNAB
Consultor científico
Año: 2020

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Profesor instructor clínico Cirugía General
Jefe: Dr. Roosevelt Fajardo
Teléfono: 3102480871
Año: 2020

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
Editorial Board
Social Media Committee
Jefe: Dr. Herbert Chen
hchen@uabmc.edu
Año: 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
Profesor instructor clínico Cirugía General
Jefe: Dra. Lilian Torregrosa
Teléfono: 3184010432
Año: 2020

REVISTA CASE REPORTS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Consultor científico
Año: 2020

ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL AVANCE DE LA CIENCIA - ACAC
Evaluador científico
Año: 2020

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REVISTA IATREIA
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Consultor científico
Año: 2021

COLORECTAL DISEASE JOURNAL
Consultor científico
Año: 2021

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY
Editorial Board
Assistant Editor
Jefe: Dr. Herbert Chen
hchen@uabmc.edu
Año: 2021

SURGERY JOURNAL
Member of the Digital media and Innovation Board
Assistant Editor
Jefe: Dr. Steven Wexner
WEXNERS@ccf.org
Año: 2022

COLORECTAL DISEASE JOURNAL
Consultor científico
Año: 2022

THE SURGEON JOURNAL
Consultor científico
Año: 2022

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

REFERENCIAS PERSONALES

José Manuel Niño V
Director Unidad de Cuidado Primario
Laboratorios Biopas
Tel: 3202753213

Juan Pablo Umaña
Cirujano Cardiovascular
Universidad de Stanford
Fundación Cardioinfantil
Tel:3165291067

Ruben Luna
Cirujano de trasplantes y cirugía robótica
Universidad El Bosque
Fundación Clínica Shaio
Tel:3103411721

Eduardo Londoño Schimmer
Cirujano Coloproctológo
Fundación Santa Fe de Bogotá
Tel:3153140508

Evelyn Dorado
Cirujana laparoscopista avanzada
Fundación Valle del Lili
Tel:3155817361

Alexander Guevara
Cirujano Hepatobiliar
Instituto Nacional de Cancerología
Tel:3143637046

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
CC. 1.122.121.748 de Acacias - Meta
luis.felipe.cabrera@hotmail.com
@CirBosque - @PipeCabreraV - @luisfecabrerav
CvLAC:https://scienti.minciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001508683#articulos
ORCiD: http://orcid.org/0000-0001-7565-5085
Tel.9090657/ Cel. 3114342746

Ricardo Villarreal
Cirujano Gastrointestinal
Clínica El Bosque
Tel:3153507872

Carlos Luna Jaspe
Cirujano Bariátrico
Compensar EPS
Tel: 3134189391

Arturo Vergara
Jefe del Departamento Quirúrgico
Cirujano General, especialista en soporte metabólico
Fundación Santa Fe De Bogotá
Tel: 3104770057

Lilian Torregrosa
Jefe del Departamento Quirúrgico
Hospital San Ignacio
Pontificia Universidad Javeriana
Presidente de la Asociación Colombiana de Cirugía
Tel: 3184010432

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA

PERSONERÍA JURÍDICA: RESOLUCIÓN NO.11153 DE 1978 Y UNIVERSIDAD:
RESOLUCIÓN NO. 327 DE 1997, DEL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

EN ATENCIÓN A QUE:

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS

C. C. No. 1.122.121.748 Expedida en Acacías

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

ADO EN BOGOTÁ, D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 25 DE ENERO DE 2011

RECTOR

PRESIDENTE DEL CLAUSTRO

PRESIDENTE DEL CONSEJO DIRECTIVO

DECANO

SECRETARIO GENERAL

REGISTRO: [illegible] FOLIO: [illegible]

Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

Luis Felipe Cabrera Vargas

Cumplió satisfactoriamente con el programa de

Internado

entre *1°. de diciembre de 2009* **y** *30 de noviembre de 2010*

Roberto Esguerra Gutiérrez, M.D.
Director General

Jaime Toro Gómez, M.D.
Director División Médica

Roosevelt Fajardo Gómez, M.D.
Director División de Educación

No. *073/10* Fecha *Diciembre de 2010*

UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

EN ATENCIÓN A QUE:

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS

CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.122.121.748 EXPEDIDA EN ACACIAS

CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 15 DE FEBRERO DE 2017

RECTOR

DIRECTOR DE POSTGRADOS

PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO

DIRECTOR DEL PROGRAMA

SECRETARIO GENERAL

Personería Jurídica Resolución No. 11153 del 4 de agosto de 1978 expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

16120

Registro 16686 Folio 953 Vigilada Mineducación

Scanned by CamScanner

Libertad y Orden

Universidad Militar Nueva Granada

En consideración a que:

Luis Felipe Cabrera Vargas

C.C. 1.122.121.748 expedida en Acacias

Ha cumplido en

Hospital Militar Central

con todos los requisitos exigidos, le confiere el título de

Especialista en Cirugía Vascular y Angiología

En constancia se firma el presente Diploma en Bogotá, D.C.

a los 12 días del mes de Abril de 2023.

Rector

Vicerrector Académico

Decano de la Facultad

Acta de Postgrado PG - 1967 - UMNG
Registro PG - 1967

Director

Jefe División Registro y Control Académico

Registro Oficial
Anotado al folio 54 Libro 8
Día 13 Mes ABRIL Año 2023
Bogotá, D.C. República de Colombia

0003176

Fundación
Santa Fe de Bogotá

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS
C.C. 1122121748

Participó

Curso de Ecografía Clínica Dirigida
POCUS

20 de noviembre de 2019, Bogotá- Colombia

ROOSEVELT FAJARDO GÓMEZ, MD. MBA. FACS
Director de Educación y Gestión del Conocimiento
Fundación Santa Fe de Bogotá

JORGE OTERO M.D.
Profesor
Universidad de Yale

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

TO IMPROVE TRAUMA CARE IN THE AMERICAS
SPT
FOUNDED 1986

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Y LA SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA

Otorgan el presente Reconocimiento al Doctor

LUIS FELIPE CABRERA

por su participación como

Conferencista del **Simposio de Residentes y Nuevos Miembros**

En el **48° Congreso "Semana Quirúrgica Nacional"** de la Asociación Colombiana de Cirugía y **XXXIV Congreso Panamericano de Trauma** de la Sociedad Panamericana de Trauma realizados en el Centro de Convenciones Las Américas de la ciudad de Cartagena-Colombia, del 1 al 4 de noviembre de 2022.

ÓSCAR GUEVARA, MD, MSc, FACS
Presidente
Asociación Colombiana de Cirugía

ANTONIO MARTTOS, MD, FACS
Presidente
Sociedad Panamericana de Trauma

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

TO IMPROVE TRAUMA CARE IN THE AMERICAS
SPT
FOUNDED 1986

LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA
Y LA SOCIEDAD PANAMERICANA DE TRAUMA

Otorgan el presente Reconocimiento al Doctor

LUIS FELIPE CABRERA

por su participación como

Conferencista del **Simposio Futuros Cirujanos**

En el **48° Congreso "Semana Quirúrgica Nacional"** de la Asociación Colombiana de Cirugía y **XXXIV Congreso Panamericano de Trauma** de la Sociedad Panamericana de Trauma realizados en el Centro de Convenciones Las Américas de la ciudad de Cartagena-Colombia, del 1 al 4 de noviembre de 2022.

ÓSCAR GUEVARA, MD, MSc, FACS
Presidente
Asociación Colombiana de Cirugía

ANTONIO MARTTOS, MD, FACS
Presidente
Sociedad Panamericana de Trauma

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA

FELAC

Certifica que el doctor

Luis Felipe Cabrera Vargas

Es miembro activo de la FELAC por pertenecer a la
Asociación Colombiana de Cirugía afiliada a esta Federación.
Se firma a los 19 días del mes de agosto de 2019 en Bogotá, Colombia.

Natan Zundel, MD., FACS., FASMBS
Director Ejecutivo, FELAC

JORGE DAEZ, MD., FACS.
Presidente

Asociación Colombiana de Cirugía

Diploma

Otorgado al Doctor

Luis Felipe Cabrera Vargas

como

Miembro Activo - 2019

Se firma durante el 45 Congreso "Semana Quirúrgica Nacional"
celebrado del 18 al 21 de agosto de 2019 en el
Centro de Convenciones Ágora de la ciudad de Bogotá, Colombia.

Jorge Daes, MD., FACS.
Presidente

Alejandro Múnera, MD.
Secretario

Fundación
Santa Fe de Bogotá

JOHNS HOPKINS
MEDICINE

TRAUMA AND SURGERY OBSERVERSHIP

Certificate of Completion

is awarded to

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS, M.D.

SEPTEMBER 9 – 11, 2019
Fundación Santa Fe de Bogotá

The Johns Hopkins Hospital in collaboration with Johns Hopkins Medicine International provided this educational activity.

David Efron, M.D.
Chief of Acute Care Surgery
Johns Hopkins Hospital
Professor of Surgery
John Hopkins University School of Medicine

Renee Blanding, M.D.
Vice President, Medical Affairs
Johns Hopkins Bayview Medical Center

Keralty Clínica Colsanitas ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA

Otorga el presente certificado al Doctor

LUIS FELIPE CABRERA

Por su participación como Conferencista

del **III CONGRESO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA** y

CONGRESO INTERMEDIO de la **ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA, CAPÍTULO COLOMBIANO** del **ACS**

evento realizado el 26 y 27 de mayo de 2022 en la ciudad de Bogotá

en las instalaciones del Hotel Grand Hyatt.

ÓSCAR GUEVARA CRUZ, MD, MSc, FACS
Presidente, Asociación Colombiana de Cirugía

WILLIAM SÁNCHEZ, MD, FACS
Presidente, ACS Colombia Chapter

ARNOLD BARRIOS, MD, FACS
Jefe Departamento Quirúrgico, Clínica Colsanitas

Universidad de los Andes | Facultad de Medicina

Universidad de los Andes

El Comité de Ordenamiento Profesoral de la Facultad de Medicina reconoce a

Luis Felipe Cabrera Vargas

como

PROFESOR INSTRUCTOR CLÍNICO

En cumplimiento de sus responsabilidades en los ámbitos de la docencia, la producción académica y el desarrollo institucional descritas en el Estatuto Profesoral de la Universidad y el Reglamento de Profesores de la Facultad de Medicina.

Natalia Mejía M.D. Ph.D.
Decana
Facultad de Medicina

Sylvia Díaz
Secretaria General
Facultad de Medicina

Bogotá, febrero 19 de 2020

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación, Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964.
Reconocimiento personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949 Minjusticia.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS
ACS | ***Región 14***

ASOCIACIÓN
COLOMBIANA
DE CIRUGÍA

Otorgan el presente certificado al Doctor

LUIS FELIPE CABRERA

Por su participación como Moderador del

Latin American Chapters Meeting *of the* American College of Surgeons

"THE BEST OF THE BEST 2021 CONFERENCES"

Realizado en modalidad virtual el 7 de mayo de 2021
con una intensidad horaria de 9 horas de educación médica continuada
otorgando 9 puntos para la Recertificación

WILLIAM SÁNCHEZ, MD, FACS
Presidente, ACS Colombia Chapter
Director Ejecutivo, ACC

LILIAN TORREGROSA, MD, Mag, FACS
Governor, ACS Colombia Chapter
Presidente, ACC

EDUARDO LONDOÑO, MD, FACS
Secretario, ACS Colombia Chapter
Miembro, ACC

Verificar

Código:kF1Cd5SoNw

El conocimiento es de todos

Minciencias

EL SUSCRITO DIRECTOR

DE LA DIRECCIÓN GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO

HACE CONSTAR QUE

LUIS FELIPE CABRERA VARGAS

identificado(a) con

C.C. 1.122.121.748

fué reconocido(a) como

Investigador Sénior

dentro del proceso de la "Convocatoria Nacional para el Reconocimiento y Medición de Grupos de Investigación, Desarrollo Tecnológico o de Innovación y para el Reconocimiento de Investigadores del SNCTeI, 2021" (Convocatoria 894).

La inclusión en este listado
tiene vigencia hasta la publicación de los resultados de la siguiente convocatoria.

Esta constancia se expide a solicitud del interesado
en el mes de Julio del año 2022.

DIRECCIÓN DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO
MINISTERIO DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN