

# Hemorragias digestivas altas graves

Dres. Roberto Taruselli<sup>1</sup>,  
Isabel Almeida<sup>2</sup>, Raúl Morelli<sup>3</sup>.

## Resumen

Los autores realizan un análisis retrospectivo de una serie de 49 pacientes internados en el Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Pasteur, entre los años 1994-1998, portadores de Hemorragias Digestivas Altas, cuyo promedio de edad fue mayor de 60 años. La mortalidad global de la serie fue de 30,6%, separandola en grupos de pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, la mortalidad fue de 40% y 24,1% respectivamente.

Se destaca el alto porcentaje de enfermedades cardiovasculares, consumo de bebidas alcohólicas y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas asociadas. La gastroduodenitis erosiva hemorrágica ocupó un 47% de los diagnósticos endoscópicos, determinó alta incidencia de resangrados quirúrgicos y alto porcentaje de gastrectomías totales. La presencia de shock hipovolémico y las reintervenciones quirúrgicas fueron mayores en el grupo de pacientes fallecidos.

Se discuten las causas y las soluciones para disminuir dicha mortalidad, concluyendo que: el paciente internado en una Unidad de Cuidados Intensivos debe considerarse grave de entrada y merece una óptica distinta al tratamiento estandar. Debe intentarse la realización de hemostasis endoscópica a fin de evitar la cirugía de emergencia,

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay del 7 de octubre de 1998.

1 Ex-Asistente. de Clínica Quirúrgica.

2 Residente. de Clínica Quirúrgica.

3 Prof. Agdo. de Clínica Quirúrgica.

Correspondencia: Dr. Roberto R. Taruselli, Joanicó N° 3332  
Ap o 2. CP 11600, Montevideo, Uruguay.

Centro de Tratamiento Intensivo (Dra. Solveig Bentancourt) y Clínica Quirúrgica "1" (Prof. Dr. Gonzalo Estapé) Hospital Pasteur Facultad de Medicina. Montevideo.

y frente a una gastroduodenitis erosiva hemorrágica en que ha fallado el tratamiento médico, realizar un tratamiento quirúrgico resectivo radical.

**Palabras clave:** Hemorragia gastrointestinal

## Abstract

In a retrospective analysis the authors present a series of 49 patients admitted into the Intensive Care Unit of the Pasteur Hospital, during the years 1994 through 1998, suffering from High Digestive Hæmorrhages. Average age exceeded 60 years. Overall mortality of the series was 30.6% and if divided into groups of surgical and non surgical patients was 40% and 24.1% respectively.

It is worth highlighting the significant percentage of cardiovascular diseases, intake of alcoholic beverages and chronic obstructive pulmonary diseases associated thereto. Hæmorrhagic erosive gastroduodenitis accounted for 47% of endoscopic diagnoses, determined a substantial incidence of surgical re-bleeding and a high percentage of total gastrectomies. The incidence of hypovolemic shock and surgical re-interventions was greater in the group of deceased patients.

Discussion of causes and solutions for decreasing this mortality, lead to the conclusion that the patient admitted into an Intensive Care Unit has to be considered from the onset as being in a grave

*condition and merits an optic different to that of the standard patient. An attempt at endoscopic hæmostasis should be made in order to prevent emergency surgery. When faced with a hæmorrhagic erosive gastroduodenitis, which has never received medical treatment, a radical resective surgical procedure should be instituted.*

## Introducción

Los nuevos antiácidos y protectores gástricos han permitido disminuir la frecuencia de las intervenciones quirúrgicas gástricas de elección en la patología gastroduodenal.

Esta realidad lleva a una disminución de la experiencia en cirugía gastroduodenal de coordinación con las consiguientes dificultades en la formación de cirujanos de urgencia en el manejo de cirugías resectivas gástricas. <sup>(1,2)</sup>

Pero las complicaciones hemorrágicas de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal se han mantenido incambiables, en aproximadamente 5 a 10 enfermos por 100.000 habitantes y por año<sup>(3)</sup>. En EEUU es causante de 150.000 admisiones por año.<sup>(4)</sup>

La morbimortalidad del tratamiento quirúrgico de emergencia continúa siendo elevado, entre 10 y 50% en distintas series internacionales <sup>(5,6,7,8)</sup>. Existe un aumento de la expectativa de vida, con aumento del consumo de drogas ulcerogénicas, los pacientes presentan terapias médicas prolongadas, por lo que los procesos crónicos hacen dificultosos los actos quirúrgicos. A su vez la prolongación de la vida trae consigo un número mayor de enfermedades crónicas que contribuyen a elevar la morbimortalidad de los pacientes quirúrgicos.

El objetivo es el análisis retrospectivo de una serie de pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico, ya sea por su Hemorragia Digestiva Alta (HDA) o su patología asociada, internados en el Centro de Tratamiento Intensivo

(CTI) del Hospital Pasteur, a fin de determinar factores de mortalidad y a partir de estos proponer una terapéutica acorde con los hallazgos.

## Material y métodos

Se analizan 49 pacientes que presentaron en su evolución episodios de hemorragias digestivas altas graves, y que debieron ser internados en el CTI del Hospital Pasteur, entre los años 1994 y 1998, donde se excluyen los pacientes portadores de várices esofágicas

## Resultados

La edad promedio osciló en 64,7 años.

El motivo de ingreso en la Unidad se debió a postoperatorios inmediatos, hematemesis, melenas, shock hipovolémico o por descompensación de una enfermedad de fondo.

Dentro de las enfermedades de fondo se destacan las cardiovasculares, el consumo de bebidas alcohólicas y el ser portadores de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónicas (EPOC)

El tiempo promedio entre la aparición de los síntomas de sangrado y la cirugía fue de 6,15 días (entre 1 y 20 días), en el grupo de pacientes fallecidos fue menor, de 4,25 días (entre 1 y 10 días).

A todos los pacientes, se le realizaron Fibrogastoscopías (FGC) de urgencia al ingreso, algunos se le realizaron varias en la evolución de su enfermedad. Hemostasis endoscópicas se efectuaron en 3 pacientes: uno era portador de telangiectasias, al cual se realizó arteriografía selectiva de tronco celíaco, y que obligó a cirugía de urgencia; otro era portador de un ulcus duodenal de cara anterior que requirió 2 sesiones

endoscópicas con 24 hs. de intervalo por resangrado, el procedimiento fue efectivo y no requirió cirugía; el último era un paciente que presentaba lesiones fúndicas y duodenales, se operó de urgencia, se hizo un procedimiento denervativo conservador. En la evolución resangró, se realizó tratamiento endoscópico que fue efectivo durante 36 hs, resangró, obliga a realización de gastrectomía total y falleció. De los 49 pacientes, 20 fueron operados de urgencia, el resto fue manejado con tratamiento médico.

La mortalidad global de la serie se ubicó en 30,6 %, analizandola separadamente fue de 40% para la serie quirúrgica y de 24,1 % para el grupo de tratamiento médico.

La forma de presentación con hematemesis y melenas fue la más frecuente El Shock Hipovolémico estuvo presente en más del 50 % de los pacientes fallecidos.

A fin de realizar un análisis más profundo separamos a los pacientes en 2 grupos:

### ***I) Pacientes con Tratamiento Quirúrgico:***

El promedio de edad fue de 62,7 años

El motivo de ingreso a la Unidad fue variado: 7 pacientes en postoperatorio de HDA, 4 por repercusión hemodinámica, 3 por insuficiencia respiratoria, 2 por depresión del sensorio, el resto por otras causas.

La mortalidad de los enfermos operados se ubicó en 40% (8 pacientes) **Tabla 1**. El shock hipovolémico se encontró en 4 de 8 pacientes fallecidos (50%).

La EPOC, etilismo y cardiopatías fueron las patologías asociadas más importantes, existiendo algunas diferencias entre el grupo de fallecidos y vivos.

En la **Tabla 2** se analizan los diagnósticos endoscópicos realizados.

Respecto a los procedimientos quirúrgicos (**Tabla 3**) se realizaron 28 intervenciones quirúrgicas en 20 pacientes destacándose: 7 gastrectomías totales, 8 gastrectomías subtotales y 7 ligaduras de vasos sangrantes, piloroplastias y vagotomías troncales.

En el grupo de fallecidos se realizaron un total de 15 intervenciones, es decir que hubieron reintervenciones, destacándose que 3 reintervenciones fueron por persistencia del sangrado digestivo, en 2 gastrectomías subtotales, y una hemostasis de vaso sangrante, piloroplastia y vagotomía troncal que obligaron a gastrectomía total.

Las otras 5 reintervenciones fueron por probables complicaciones técnicas, siendo 2 de ellas en blanco, 2 abscesos subfrénicos y una falla de sutura del muñón duodenal.

En el grupo de pacientes vivos se realizaron 13 intervenciones quirúrgicas en 12 pacientes, es decir solamente uno de ellos fue reintervenido, que fue un paciente que se realizó hemostasis del vaso sangrante, vagotomía troncal y piloroplastia que resangra y obliga a una gastrectomía total.

De este grupo se destacan 2 gastrectomías totales de inició por gastroduodenitis erosiva hemorrágica. Este grupo presentó menor incidencia de shock, y un mejor terreno para el acto anaestésico quirúrgico.

En la **Tabla 4** se analiza la mortalidad de cada procedimiento quirúrgico.

### ***II) Pacientes con Tratamiento Médico:***

En la **Tabla 5** se analiza el número de pacientes, la mortalidad global, el promedio de edad; que al igual que el grupo de pacientes quirúrgicos se ubicó por encima de los 60 años, el terreno fue similar en ambos grupos

	QUIRURGICOS	
	Fallecidos	Vivos
N° de pacientes	8	12
Mortalidad	40 %	
Edad (años)	62,7	67,2
Terreno:		
Cardiovascular	75%	50%
Alcoholismo	75%	25%
EPOC	50%	25%
Shock	50%	16,60%

Tabla 1.- Mortalidad y terreno de pacientes intervenidos quirúrgicamente

Diagnósticos Endoscópicos	QUIRURGICOS	
	Fallecidos	Vivos
Gastroduodenitis Erosivas	4	4
Úlcera Gástrica	3	1
Úlcera Duodenal	2	7

Tabla 2.- Diagnósticos endoscópicos

Procedimientos	QUIRURGICOS	
	Fallecidos	Vivos
Gastrectomía Total	4	3
Gastrectomía Subtotal	5	3
Hemostasis + V. Troncal	2	5
Intervenciones Q.	15	13
Reintervenciones	5	1
Resangrados	3	1

Tabla 3.- Procedimientos y reintervenciones quirúrgicas

Procedimientos	Número	Resangrado	Fallecidos	Mortalidad
VT + Píloroplastia + Lig Vaso sangrante	7	2	2	29%
Gastrectomía Subtotal	8	2	5	62%
Gastrectomía Total	7		4	57%

Tabla 4 - Mortalidad de los procedimientos quirúrgicos

destacándose una pequeña diferencia en los pacientes que consumen bebidas alcohólicas del grupo de fallecidos, existiendo diferencia notoria en el porcentaje de pacientes con shock hipovolémico, 57,1 % vs. 0 %.

Dentro de los diagnósticos endoscópicos (**Tabla 6**) la gastroduodenitis erosiva hemorrágica ocupa un lugar importante.

Podemos concluir que el tratamiento médico fue efectivo en el 75,9% de los pacientes.

Debido al alto porcentaje de gastroduodenitis erosivas hemorrágicas analizamos separadamente dicho grupo (**Tabla 7**), destacándose una mortalidad de 26%, con una incidencia alta de resangrados y procedimientos quirúrgicos mayores como lo es la gastrectomía total.

	NO QUIRURGICOS	
	Fallecidos	Vivos
N° de pacientes	7	22
Mortalidad	24,10%	
Edad(años)	63,1	64,9
Terreno		
Cardiovascular	28,50%	34,50%
Alcoholismo	42,80%	17,20%
EPOC	14,20%	13,80%
Shock	57,10%	0%

Tabla 5.- Mortalidad y terreno de pacientes con tratamiento médico

Diagnósticos Endoscópicos	NO QUIRURGICOS	
	Fallecidos	Vivos
Gastroduadenitis Erosivas	2	13
Úlcera Gástrica	0	0
Úlcera Duodenal	1	6
Otros	3 (s/diagn)	3

Tabla 6 - Diagnósticos endoscópicos

GASTRODUODENITIS EROSIVA HEMORRAGICA				
	Quirúrgicos		No Quirúrgicos	
	Fallecidos	Vivos	Fallecidos	Vivos
Pacientes (23)	4	4	2	13
Shock	50%	50%	50%	
Resangrados	2 ptes	1 pte.		
Gastrect. Total	3	3		
Mortalidad	26 %			

Tabla 7.- Gastroduodenitis Erosivas Hemorrágicas

**En Suma:**

Los resultados del análisis de este grupo de pacientes nos ha hecho plantear algunas interrogantes:

- a) ¿porqué ocurre retardo entre el inicio de síntomas y la cirugía?, es que confiamos en el tratamiento médico?, es que no tomamos la decisión de operar en forma rápida?
- b) ¿Es el resangrado indicador de una mala táctica quirúrgica o es que pasamos despercebida la presencia de lesiones gástricas erosivas agudas?
- c) Subestimamos las úlceras hemorrágicas de stress o gastroduodenitis erosivas agudas como entidad propia y muy frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos?
- d) Debemos esperar mayor eficacia del tratamiento médico o los procedimientos endoscópicos?

**Discusión y comentarios**

Analizando la bibliografía nacional encontramos la publicación de 1974 de Luis Praderi<sup>(9)</sup>, que refiere una mortalidad quirúrgica del 31,8% para pacientes operados de hemorragias digestivas, destacando que este grupo incluye los casos de várices esofágicas, excluyéndolos, dicha cifra desciende a 7,6%. La mortalidad del tratamiento médico fue de 11,9%. Da una serie de consideraciones respecto a la táctica quirúrgica; a) que se debe ser más intervencionista en el paciente añoso, b) que el cirujano debe tener en mente los procedimientos resectivos y denervativos adaptándolos a cada caso en particular, c) que frente a lesiones agudas, se puede tener una conducta conservadora o reseccionista, planteando la gastrectomía subtotal como cirugía mayor, y que la realización de gastrectomía total es una

rareza, refiriendo la experiencia de Gutierrez en Argentina que refiere una mortalidad de 32%.

Di Leoni<sup>(10)</sup> en 1975 analiza una serie de 50 pacientes del Hospital de Clínicas refiriendo una mortalidad quirúrgica del 26 % para los casos graves, dándole importancia al retardo de la decisión quirúrgica en más de 48 hs, como significativo en el pronóstico.

Durán en 1973<sup>(11)</sup> analiza las tácticas quirúrgicas de las gastritis hemorrágicas agudas en las cuales el tratamiento médico ha fracasado, no planteando la gastrectomía total como gesto terapéutico.

Sojo en 1973<sup>(12)</sup> realiza un estudio exhaustivo de los hallazgos endoscópicos en hemorragias digestivas altas, destacando la alta incidencia de lesiones agudas que no tienen traducción clínica ni radiológica, así como los métodos terapéuticos de hemostasis endoscópicas.

Botto en 1981<sup>(13)</sup> refiere una mortalidad del 7,4% en las gastrectomías parciales de urgencia en un grupo de 75 pacientes operados por hemorragias digestivas masivas gastroduodenoyeyunales.

Viola en 1980<sup>(14)</sup> analizando 78 gastrectomías por ulcus gastroduodenal, concluye que los pacientes operados de urgencia tuvieron una mortalidad del 37,5 %.

Del Grande<sup>(8)</sup> refiere una mortalidad del 8,7% para pacientes con gastrectomías de urgencia por hemorragia digestiva, pero dicha mortalidad se eleva a 71% en pacientes mayores de 70 años.

Piacenza,<sup>(15,16)</sup> en una serie de 1200 pacientes operados en 9 años, encuentra que el 35% de la cirugía fue debido a hemorragia digestiva alta, en 54 % de estos casos se

realizaron procedimientos resectivos, destacándose que dentro de las causas de reintervenciones quirúrgicas, la hemorragia digestiva fue el 28%, y la hemorragia digestiva postoperatoria se observó en el 4,1% de los casos, determinando este hecho una mortalidad del 14%. Fenocchi (7) refiere 68 pacientes con hemorragia digestiva alta ingresados en el CTI del Hospital Maciel, cuyo promedio de edad fue de 68 años, similar a nuestra serie, cuya mortalidad fue de 53%. Respecto a los pacientes operados, cuando la causa fue la úlcera duodenal, se encontró 31% de mortalidad, cuando la causa fue úlcera gástrica, se encontró una mortalidad del 39%, independientemente de los procedimientos quirúrgicos realizados.

Sivori, (7) analizando 1154 pacientes ingresados por hemorragia digestiva alta en el Hospital Italiano de Buenos Aires en un período de 10 años, encuentra que se realizaron 90 intervenciones quirúrgicas de urgencia, que determinaron una mortalidad del 34% y una morbilidad del 66%; dicho grupo tuvo un promedio de edad mayor de 60 años. Encuentra como factores de riesgo, el shock al ingreso, y el resangrado postoperatorio.

Respecto a los procedimientos de hemostasis endoscópicas hay autores, (18,19,20,21) que plantean cirugía electiva luego de los procedimientos, sobre todo, en pacientes añosos, con enfermedades de fondo, y alto riesgo de recurrencia según los criterios de Forrest endoscópicos.

A su vez plantean que la hemostasis endoscópica permite transformar una cirugía de emergencia, con eventual sangrado en curso, shock, trastornos de la crisis sanguínea, etc.; la cual está gravada de una elevada morbimortalidad; en una cirugía electiva con paciente compensado sin sangrado en curso y con hemodinamia estable.

Respecto a las úlceras hemorrágicas de stress o gastroduodenitis erosivas hemorrágicas, debemos decir que son muy frecuentes en pacientes de CTI como lo refieren algunos autores (22, 23), dando una incidencia entre 25 y 75%, y mostrando que el tratamiento médico con bloqueadores H2 no ha logrado disminuir dicha incidencia.

Respecto a los tipos de cirugías a realizar debemos recordar que las intervenciones de nervaduras tienen índices más altos de resangrados que las resectivas. La reintervención quirúrgica, ya sea por resangrado o por otra causa es determinante por sí misma de aumento de la morbimortalidad.

## Conclusiones

- 1.- Las HDA en pacientes internados en CTI deben considerarse graves de inicio, y merecen una óptica distinta al tratamiento clásico o standard.
- 2.- La endoscopia de urgencia paso a ser un aliado fundamental del cirujano al poder realizar hemostasis endoscópica, pues transforma una cirugía de emergencia en una cirugía de urgencia o electiva.
- 3.- La gastroduodenitis erosiva hemorrágica en pacientes internados en CTI en los que falló el tratamiento médico se debe operar y realizar una cirugía resectiva, radical ya que en nuestra serie este elemento determinó alto índice de reintervenciones y mortalidad quirúrgica.
- 4.- El retardo de la decisión de operar, el operar pacientes con compromiso hemodinámico, y la falla del tratamiento médico parecen ser los mayores determinantes de mortalidad en la HDA de pacientes de CTI.

## Bibliografía

- 1.- Gustavson S., Nyrén O. "Time trends in peptic ulcer surgery, 1956 to 1986". A Nation-wide survey in Sweden. *Ann. Surg.* 1989;210(6):704-9.
- 2.- Boudrandi S. "Cirugía o Píldoras" en el tratamiento del paciente con enfermedad crónica relacionada a la secreción ácido péptica. *Cir. Uruguay* 1993; 63:15-22.
- 3.- Bardhan L.D. : "Changing pattern of admissions and operations for duodenal ulcer". *Br. J. Surg.* 1989;76:230-6
- 4.- Jiranek GC, Kozarek RA. "A cost effective approach to the patient with peptic ulcer bleeding" *Surg. Clin. North Am.* 1996;76(1):83-103.
- 5.- Kolkman JJ, Meuwissen SG. "A review on treatment of bleeding peptic ulcer: a collaborative task of gastroenterologist and surgeon". *Scand. J. Gastroenterol.* 1996;218 (Suppl): 16-25.
- 6.- Hochain P, Merle V, Capet C, Ducrotté P, Michel P, Riachi G, Colin R. "Upper digestive hemorrhage in patients over 80 years of age: incidence and prognostic factors" *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1996;20:638-44.
- 7.- Sívori EA, Cavadas D, Beveraggi E, Jonquieres M, Rodríguez F. "Hemorragia digestiva alta: Cirugía de urgencia" *Rev. Argent. Cirug.* 1995;68: 1-13.
- 8.- Del Grande JC, Kogempa M, Gomes L, Eun Lee C, et al. "Tratamiento Quirúrgico inmediato da úlcera gástrica hemorrágica" *Rev. Col. Bras. Cirurg.* 1997;24(3):155-9.
- 9.- Praderi L. "Hemorragias Digestivas: Tratamiento Quirúrgico" *Cir. Uruguay* 1974;44:299-305.
- 10.- Di Leoni F, Leoni C, y Perdomo R. "Hemorragia digestiva por úlcus crónico gastroduodenal" *Cir. Uruguay* 1975;45:325-8.
- 11.- Duran M. "Tratamiento Quirúrgico de las gastritis hemorrágicas agudas" *Cir. Uruguay* 1974; 44 (6):467-9.
- 12.- Sojo E, Estapé G, y Pike A. "685 hemorragias digestivas altas estudiadas por fibroscopia" *Cir. Uruguay* 1977;47:382-92
- 13.- Botto J, Gateño Yaffe N, Pino JC, y Berriel H. "Hemorragias masivas de origen gastro-duodeno-yeyunal". *Cir. Uruguay* 1981;51:521-3.
- 14.- Viola H, Antunez C, Ramirez W, y Huelmo R. "Gastrectomías por úlcus gastro-duodenal" *Cir. Uruguay* 1980;50:503-5.
- 15.- Piacenza G, Czarnevicz D, Ferreira C. "Complicaciones en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal" *Cir. Uruguay* 1994;64:179-85
- 16.- Piacenza G, Czarnevicz D, Ferreira C. "Análisis crítico del tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal". *Cir. Uruguay* 1994;64:187-90.
- 17.- Fenocchi E, Trucco E, Montano D, Ruso L, Sismondi A, y Martinez L. "La Hemorragia Digestiva Alta en el Hospital Maciel: Incidencia, Diagnóstico. y Terapéutica." *Rev. Hosp. Maciel* 1995;(24):26-8.
- 18.- Skok P. "How efficient is endoscopic injection sclerotherapy in peptic ulcer hemorrhage" *Hepatogastroenterol.* 1997;44 :861-5.
- 19.- Skok P. "Does endoscopic hemostasis effect the reduction of mortality in patients with hemorrhage from the digestive tract" *Hepatogastroenterol.* 1998;45:123-7.
- 20.- Legrand MJ, Jacquet N. "Surgical approach in severe bleeding peptic ulcer" *Acta Gastroenterol. Belg.* 1996;59(4):240-4.
- 21.- Villanueva C, Balanzo J. "A practical guide to the management of bleeding ulcers" *Drugs* 1997;53(3):389-403.
- 22.- Zeltsman D, Rowland M, Shanavas Z, Kerstein MD. "Is the incidencia de hemorrhagic stress ulceration in surgical critically ill patients affected by modern antacid prophylaxis?" *Am. Surg.* 1996;62:1010-3.
- 23.- Cook D, Guyatt G, Marshall J, Leasa D, Fuller H, Hall R, Peters S, Rutledge F, Griffith L, McLellan A, Wood G, Kirby A. "A comparison of sucralfate and ranitidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation" *N. Engl. J Med.* 1998;338(12):791-7.



# 52º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGÍA

VII Jornadas de Cirugía de Tórax  
XXVIII Jornadas Nacionales de Cirugía Plástica  
XII Jornadas de Residentes Quirúrgicos del Uruguay  
XI Jornadas Integradas de Enfermería Quirúrgica  
X Jornadas Integradas de Instrumentadores Quirúrgicos



28 de Noviembre  
al 1º de Diciembre del 2001  
**Punta del Este**

## Invitados Extranjeros:

**Dr. Hans Deger**  
(ALEMANIA)

**Dr. Enrique Beveraggi**  
(ARGENTINA)

**Dr. Antonio Campos**  
(BRASIL)

**Dr. Enrique Caruso**  
(ARGENTINA)

**Dr. David Dent**  
(SUDAFRICA)

**Dr. Jaime Escallón**  
(COLOMBIA)

**Dr. Carlos M. Franco Van Hanelst**  
(ESPAÑA)

**Dr. Vicente Forta**  
(URUGUAY)

**Dr. Luis Gramático**  
(ARGENTINA)

**Dr. Jorge Galvanos Del Barco**  
(ESPAÑA)

**Dr. Eric Laporte**  
(ESPAÑA)

**Dr. Wilfrido Luciani**  
(ARGENTINA)

**Dr. Antonio Mota de Silva**  
(PORTUGAL)

**Dr. Emilio Navarrol**  
(ARGENTINA)

**Dr. Ricardo Perleari**  
(ARGENTINA)

**Dr. Eduardo N. Sand**  
(ARGENTINA)

**Dr. Michael Sarr**  
(FRANCIA)

### RELATO OFICIAL

- Paciente Quirúrgico Crítico. Relator Dr. Oscar Cluzet.

### TEMAS OFICIALES

- Paciente Quirúrgico Crítico
- Aportes de Nuevas Tecnologías a la Cirugía
- Avances en Oncología Quirúrgica

### CURSO OFICIAL

- Cirugía en el Paciente Crítico Quirúrgico

### CURSOS

- Infecciones en Cirugía

### MESAS REDONDAS

- Aspectos Éticos y Médico Legales
- Diagnóstico y Tratamiento Precoz en Cáncer Colo-rectal
- Presente y Futuro de la Cirugía a la Luz de la Experiencia (Flor Nueva de Romances Viejos)
- Curación de Heridas
- Oclusión Intestinal Post Operatoria
- Detección Precoz del Cáncer Colo-rectal
- Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico
- El Rol del Cirujano en el Cáncer Quirúrgico Hereditario
- Indicación y Oportunidad de Relaparotomía en Cirugía General
- Cáncer de Pulmón.

CONFERENCIAS, COLOQUIOS, TEMAS LIBRES, REUNIONES CON EXPERTOS, POSTERS, SIMPOSIOS, SESIONES DE TRABAJO.

Fecha límite para presentación de Temas Libres:  
15 de Octubre 2001

Premio al mejor trabajo presentado.

### JORNADAS INTERNACIONALES DE HIDAIDROLOGÍA

Secretaría e Informes:  
"EVENTOS" Brandzen 1961 Of. 307 / Tel. Fax 4099160 - 4027561  
e-mail: bentout@netgate.com.uy - Montevideo / Uruguay



**Conrad Resort & Casino**  
**Punta del Este**

