

# Crónica sobre la Cirugía y la Anestesia Pediátrica en Medellín

## *Chronicle on Pediatric Surgery and Anesthesia in Medellin*

Tiberio Álvarez-Echeverri\*

\* Grupo de Estudio de la Historia de la Cirugía en Antioquia. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Comité de Historia de la Academia de Medicina de Medellín. Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Medellín.

### Correspondencia:

Tiberio Álvarez-Echeverri:  
maqmd@une.net.co

**Cómo citar:** Álvarez-Echeverri, Tiberio (2024). Crónica sobre la Cirugía y la Anestesia pediátrica en Medellín. Crónica sobre la cirugía en Antioquia. Cuarta Entrega. [*Chronicle on Pediatric Surgery and Anesthesia in Medellin. Fourth installment*]. Anales de la Academia de Medicina de Medellín (An Acad Med Medellín) 20(2):14-23.

<https://doi.org/10.56684/ammd/2024.2.03>

## Resumen

Se hace un recuento de cómo se crearon los servicios de Cirugía y Anestesia Pediátrica en la Universidad de Antioquia y el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín Colombia, teniendo en cuenta la evolución histórica de esta rama de la medicina, los pioneros, las técnicas, las patologías, la construcción del Hospital Infantil "Arzobispo Caycedo", y la adecuación de las salas de cirugía. Se hace especial mención de los doctores Gustavo González Ochoa, pediatra; Bernardo Ochoa Arizmendi, cirujano infantil y del doctor Jairo Restrepo Torres, anestesiólogo pediatra.

Palabras clave: Cirugía pediátrica, Historia de la medicina, Servicio de cirugía en Hospital, Centros de salud materno infantil.

## Abstract

This paper provides an account of how the Pediatric Surgery and Anesthesia Services were established at the University of Antioquia and the San Vicente de Paúl Hospital in Medellín, Colombia. It considers the historical evolution of this branch of medicine, the pioneers, techniques, pathologies, the construction of the "Arzobispo Caycedo" Children's Hospital, and the adaptation of the operating rooms. Special mention is made of Dr. Gustavo González Ochoa, pediatrician; Dr. Bernardo Ochoa Arizmendi, pediatric surgeon, and Dr. Jairo Restrepo Torres, pediatric anesthesiologist.

Keywords: Pediatric surgery, history of medicine, hospital surgery service, maternal and child health centers.

## Los comienzos

Varios pasos se dieron en el desarrollo de la cirugía y la anestesia pediátrica en Antioquia, específicamente en Medellín, hasta alcanzar su edad de oro después de 1960 cuando se inauguró el Hospital Infantil. Al reabrirse la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, en 1911 —fue fundada en 1871 y cerrada en 1905 por problemas políticos y económicos—, se creó la Clínica Infantil, en el antiguo Hospital San Juan de Dios, dirigida, en su orden, por los doctores Juan Nepomuceno Jiménez J., Rafael Mejía Uribe y Luis Martínez Echeverri quien tuvo, éste último, como médico auxiliar, al doctor Gustavo González Ochoa, nombrado jefe de dicha Clínica Pediátrica en 1943, ya en el Hospital San Vicente de Paúl y que llamó como colaboradores a los cirujanos Alberto Saldarriaga Vélez, alumno de René Leriche y a Hernán Pérez Restrepo recién venido de Alemania. Ellos fueron los cirujanos del "Pabellón Clarita Santos", donde se atendían los niños del Hospital San Vicente de Paúl. Fue Saldarriaga quien inauguró, en 1940, el citado pabellón y el que propuso que se separaran los niños enfermos de los que requerían cirugía, "pues se estaban infectando". De esta manera los niños programados para cirugía ocuparon el primer piso. Es de anotar que para 1924 el antiguo Hospital San Juan de Dios no alcanzaba a atender a todos los niños enfermos. Por eso se dio la oportunidad para que el Club Noel, que se había fundado en 1916 por un grupo de señoras importantes de Medellín para tejer vestidos y regalarlos a los niños pobres en cada Navidad, creara el "Hospital Infantil Clínica Noel", la primera en su género que existió en Antioquia, que quedaba en la Carrera Tenerife entre Colombia y Ayacucho, cerca de las instalaciones de la Escuela de Medicina y del viejo Hospital San Juan de Dios. Nombraron como director al doctor Rafael Mejía Uribe que estudió Pediatría en Madrid y en París, donde estuvo cerca del famoso doctor Louis Ombredanne, el cirujano creador de varias técnicas quirúrgicas y el inventor del aparato de anestesia, que lleva su nombre, para administrar éter.

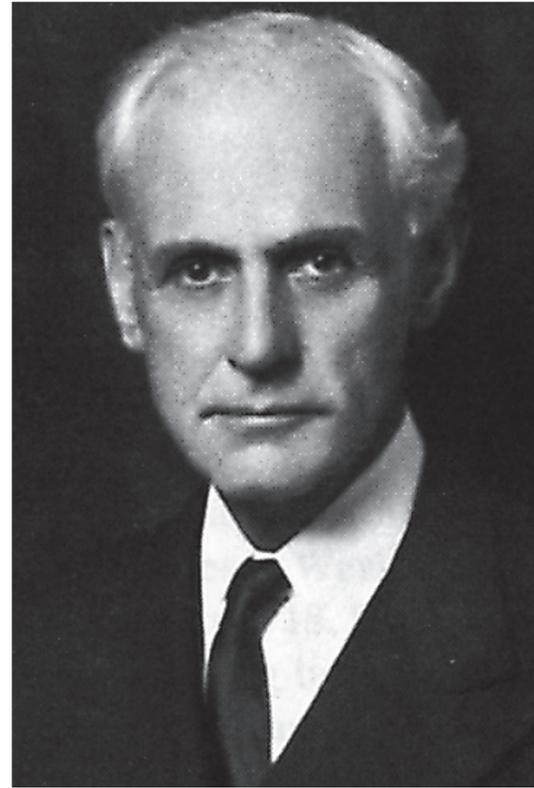
Este Rafael, que además complementó los estudios en Viena, sabía corregir el labio leporino, así como aplicar diversas técnicas ortopédicas, entre ellas la llamada "incisión en cruz", para corregir el pie chapín. Estuvo 46 años como médico de la Clínica Noel. Fue además jefe de la Clínica Pediátrica de la Universidad de Antioquia en 1928. Pocos años más tarde, se creó en Medellín la Clínica de la Cruz Roja, que también atendía niños de escasos recursos. Fue su director el pediatra Alberto Uribe Uribe, que estudió Pediatría y Puericultura en París. En esos consultorios infantiles de la Cruz Roja trabajó 38 años. En 1934 el doctor Alberto Bernal Nicholls, director del Hospital de San Vicente de Paúl, se propuso construir un pabellón para los niños. El Gobernador de Antioquia destinó \$15.000.00 para la construcción y mantenimiento del mismo, el cual funcionó donde hoy están las oficinas de la Administración del Hospital San Vicente de Paúl. Como la plata escaseaba se idearon un reinado de belleza con niñas de la alta sociedad. Nombraron como director al doctor Efrén Morales Madrid y lo inauguraron en 1939. Un año más tarde, la Junta del Hospital decidió nombrar ese pabellón como "Clarita Santos", en recuerdo de la fallecida hija del presidente Eduardo Santos y su esposa Lorencita Villegas. Otro paso importante en la atención organizada de los niños fue la creación, por parte de la Universidad de Antioquia y el Hospital San Vicente de Paúl, del Departamento de Pediatría en 1954 (1).

## La cirugía pediátrica en la historia. El Hospital Infantil

Entre los objetivos que se propuso el doctor Gustavo González Ochoa, como jefe de la Clínica Pediátrica, figuraba el de construir el Hospital Infantil. Para lograrlo se consiguió una ayuda monetaria de la Gobernación de Antioquia, con la condición que el nuevo Hospital llevara el nombre del Arzobispo José Joaquín Caicedo, un personaje extraño al Hospital. La construcción, en terrenos lagunosos, duró 10 años a partir de 1951. Los planos los realizó un hermano del doctor Ignacio Vélez Escobar. El Hospital Infantil, inaugurado en 1961 con la asistencia del presidente Alberto Lleras Camargo, significó la clausura del "Pabellón Clarita Santos". Para



Sir Denis John "Wolko" Browne (1892-1967).



Dr. William E. Ladd 1880-1967.

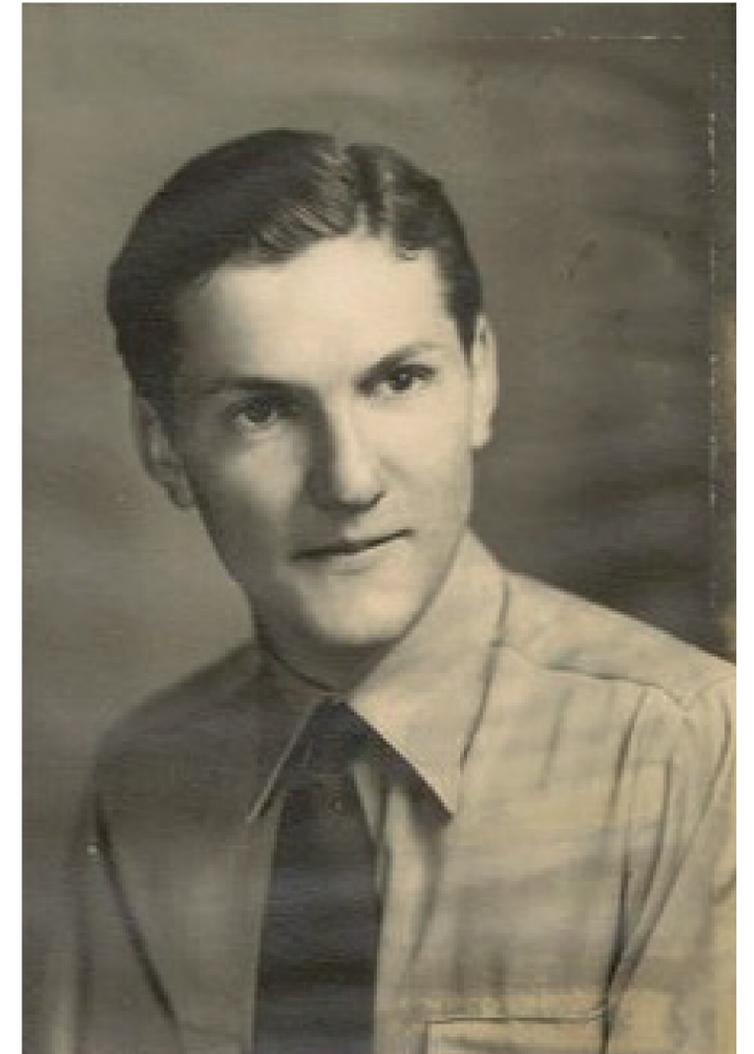
entonces ya había regresado de Estados Unidos el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi. Este médico se graduó en la Universidad de Antioquia en 1953, ejerció la profesión en el municipio de Barbosa, Antioquia, se especializó en cirugía, fue Instructor del Departamento de Cirugía General en 1957 y complementó sus estudios en Cirugía Pediátrica y Urología en Michigan y Boston. Años más tarde sería Decano de la Facultad de Medicina de la U de A. Como recuerda el doctor Francisco Luis Uribe Restrepo (1), otro de los pioneros y maestros de la cirugía pediátrica en Antioquia: "en 1871 se prendió una guerra entre franceses y alemanes, ganada por estos últimos, que mataron a muchos franceses adultos, por lo cual se quedaron sin la forma de concebir niños y hubo un movimiento de los médicos por cuidar más a los heridos y procurar que los niños fueran mejor atendidos, que los llevó a desarrollar algunas técnicas operatorias como la corrección del labio leporino y el pie chapín". Estas técnicas fueron implementadas en Antioquia por Hernán Pérez Restrepo que corregía el labio

leporino aplicando la llamada "Técnica de Brau", aprendida en Alemania y que a su vez se la enseñó a Francisco Luis Uribe; así mismo, el doctor Víctor Julio Betancur, compañero en Alemania del doctor Hernán Pérez Restrepo, quien estudió ortopedia, le enseñó la técnica para corregir el pie chapín hasta que llegó el doctor Rafael Roldán especializado en Ortopedia en Estados Unidos y siguió al frente de este tipo de cirugía en compañía del doctor David Warren, otro médico que hizo escuela ortopédica con la atención a los niños. Otro que operaba labio leporino era el doctor Ernesto Arango Tamayo, quien estudió en París y recorría las calles de Medellín vestido con su blusa blanca. Estos cirujanos dieron paso al doctor León Hernández Gutiérrez, cirujano plástico formado en Estados Unidos. Después de la Segunda Guerra Mundial, aparecieron tres médicos que hicieron sobresalir en el mundo la cirugía de los niños. El primero fue Denis John Browne, 1892-1967, un australiano llamado Wolko que en aborigen significa "Hombre Grande" por su talla de 1.91 metros. Fue médico en la Primera Guerra

Mundial. Complementó estudios en Liverpool y Londres. Desde joven llamó la atención por su habilidad quirúrgica, su manera de pensar, su contribución a la literatura científica, su diseño de técnicas e instrumentos de cirugía pediátrica, en especial el labio leporino, el paladar hendido, la dislocación de la cadera, el ano imperforado, la ausencia testicular... Contribuyó a la creación de la British Association of Paediatric Surgeons que estableció la Medalla de Oro que lleva su nombre. A su vez recibió la Medalla William Ladd de la American Academy of Pediatrics (2).

Los otros cirujanos pediatras famosos fueron William Ladd y Robert Gross, este último profesor a su vez del doctor Bernardo Ochoa Arizmendi, quien impuso las técnicas por estas tierras antioqueñas. El doctor William E. Ladd, 1880-1967, se dedicó de lleno a la cirugía de los niños, influenciado por el efecto devastador que tuvo en ellos el choque de dos barcos en 1917 en el Puerto de Halifax, Canadá. Es considerado el pionero en esta rama de la cirugía. Son conocidas sus investigaciones y técnicas operatorias en estenosis pilórica, intususcepción, atresia biliar, paladar hendido, extrofia vesical, tumor de Wilms, mal rotación intestinal y atresia esofágica, para la cual realizó por primera vez la cirugía en 1939. Fue nombrado en 1927 jefe de Cirugía Pediátrica del Children Hospital de Boston y en 1941 se estableció la Cátedra que lleva su nombre en la Universidad de Harvard.(2)

El doctor Robert Gross 1905-1988 fue el discípulo brillante de Ladd. Se graduó de médico en la Universidad de Harvard y más tarde, siendo Residente de Cirugía, en 1939, operó por primera vez un ductus arterioso, operación que su maestro consideró "una ligereza". Después fue pionero en cirugía de grandes vasos, patología del esófago, onfalocelo y atresia esofágica. Se cuenta que una vez uno de sus residentes se dolió de la pérdida de la visión por uno de sus ojos debido a un melanoma y fue, en ese momento, cuando contó que él también veía por un solo ojo. Reemplazó a su maestro



Robert Edward Gross (1926 - 2005)

como jefe en 1947. Roberto Gross, quizá influenciado por su formación militar, ordenaba que todos sus subalternos médicos se pusieran en fila para pasar revista a las uñas, los zapatos y las vestimentas (1).

Browne, Ladd y Gross afirmaron que la cirugía pediátrica no era para los cirujanos generales y que los niños operados siempre requerían estudios y cuidados especiales desde antes de la operación. El doctor Bernardo Ochoa Arizmendi hizo lo mismo cuando regresó a Medellín en 1960 y empezó a operar niños, riñendo con algunos cirujanos que no eran duchos en la cirugía de los niños, entre ellos el doctor Antonio Ramírez González quien operaba las atresias esofágicas y los descendidos gástricos y hasta anomalías cardíacas (3). Como

recuerda el doctor Luis Carlos Rincón La Rotta: “Actualmente más del 80% de los cirujanos pediatras de los Estados Unidos y Canadá tienen línea ascendente académica directa con el Hospital de Niños de Boston y con los doctores Ladd y Gross. Hay que decir que Colombia no es la excepción. El doctor Bernardo Ochoa Arizmendi le dio vida al servicio de cirugía del Hospital Infantil San Vicente de Paúl y la Universidad de Antioquia. Con él se formaron quienes poco tiempo después fueron pioneros de la cirugía pediátrica en Manizales, Cali y Pasto: los doctores Édgar Cantillo, Antonio Duque y Jorge Hidalgo respectivamente” (4).

## El doctor Bernardo Ochoa Arizmendi

Como dijimos antes, regresó al país en 1960 y lo hizo con un programa escrito para la reestructuración académica y administrativa del Departamento de Cirugía, producto de sus experiencias y observaciones en Estados Unidos. Presentó el proyecto al decano doctor Alfonso Aguirre Ceballos, quien estuvo de acuerdo. También lo presentó a los profesores de la Cátedra de Cirugía, los doctores Alberto Gómez Arango y Gonzalo Botero Díaz, quienes no tuvieron la misma opinión, posiblemente porque seguían aferrados a la vieja escuela europea. El Decano consideró que no era conveniente forzar las cosas y aceptó entonces la propuesta de organizar la cirugía pediátrica como una dependencia del Departamento de Pediatría desde donde podría influir de alguna forma a la transformación esperada, como efectivamente sucedió. Para entonces, tal como se dijo, existía en el Hospital de San Vicente de Paúl, el “Pabellón Clarita Santos”, donde se hospitalizaban los niños que tenían problemas quirúrgicos y eran operados por el doctor Hernán Pérez Restrepo con la ayuda del pediatra Antonio Lopera Montaña, encargado del cuidado postoperatorio. El doctor Hernán Pérez, una vez terminados los estudios de Medicina en la Universidad de Antioquia, fue a estudiar Dermatología a Alemania y fue testigo cercano del ascenso del nazismo al poder y del desencadenamiento de la Segunda Guerra Mundial, lo que obligó a cambiar sus planes de estudio, pues los hospitales quedaron bajo las

órdenes militares y por ser extranjero fue enviado al Hospital de Niños de Berlín. Negoció con dólares en el mercado negro, lo que obligó a la Gestapo a revisar su habitación buscando los tales dólares que no encontraron por tenerlos escondidos en la lámpara que colgaba del techo. Estuvo detenido y en su celda guardaba lentejas con las que calmaba el hambre. Más tarde fue deportado, según recordaba el doctor Nacienceno Valencia Jaramillo (5). Al regresar fue nombrado por la Universidad de Antioquia, en 1950, como profesor de Cirugía Maxilofacial en la Facultad de Odontología por su experiencia en la corrección del labio leporino y el paladar hendido. De allí lo llevó al Hospital San Vicente de Paúl el doctor Gustavo González Ochoa, muy amigo de su padre. Por aquella época la cirugía infantil funcionaba solamente en las horas de la mañana y Pérez Restrepo se ocupaba fundamentalmente de los niños con malformaciones óseas como dislocación de cadera, pie chapín y las mencionadas de labio leporino y paladar hendido. No operaba la cavidad abdominal. Fue el iniciador, posiblemente en toda Colombia, del programa de cirugía ambulatoria infantil. Hizo centenares de enclavamientos de fracturas como lo había aprendido de sus maestros alemanes. Es una lástima, como recuerda Ochoa Arizmendi, “que esta experiencia no se publicara. Éramos y seguimos siendo una cultura verbal que se pierde con el paso del tiempo”. Las urgencias pediátricas y buena parte de la cirugía electiva eran atendidas entonces por los cirujanos de Policlínica y de cirugía general como las obstrucciones por áscaris, las perforaciones intestinales de la fiebre tifoidea, la amibiasis y las urgencias traumáticas. El doctor Bernardo Ochoa dijo: “No sabíamos mayor cosa. Creíamos que los niños se trataban como los adultos. No conocíamos qué era una enteritis necrotizante. El suero lo aplicábamos por vía subcutánea y como no sabíamos de fisiopatología ni de líquidos y electrolitos, la mortalidad era alta. Yo le decía al doctor Hernando Vélez Rojas: —Tiene que haber otros tratamientos para los niños. Tenemos que estudiar para salvarles la vida...”. Cuando el doctor Ochoa regresó de los Estados Unidos se presentó ante el decano Alfonso Aguirre Ceballos, el director del Hospital, Bernardo Chica Molina y ante el jefe del Departamento de Pediatría, Benjamín Mejía Cálad y pidió que lo



Doctores Jairo Restrepo Torres, anestesiólogo y Bernardo Ochoa Arizmendi. Fotografía Tiberio Álvarez E. 2012

dejaran organizar la cirugía pediátrica que seguía siendo muy primitiva, tanto que la anestesia con éter abierto era administrada por una monja y en casos de cirugía de cadera el doctor Carlos Silva utilizaba el aparato de Ombredanne con la particularidad de no haber intubado nunca a un niño. El instrumental era escaso y “había que hervirlo entre cirugía y cirugía” o se flameaba con alcohol. Se operaba de corbata, encima se colocaba la ropa de cirugía y solo se cambiaban los guantes que también eran reutilizados después de meterlos en el autoclave y espolvorearlos talco.

Y como sigue recordando Ochoa Arizmendi, las mamás con sus niños programados para una cirugía ambulatoria de los días viernes, hacían fila en las escalas para el segundo piso y ante la ordenada por la enfermera Doña Carmen, quien portaba en sus manos una riñonera con mercurocromo,

ordenaba “levántenles las camisas y bájenles los pantalones” y en rápida procesión les pintaba — más que aseaba— el sitio de la cirugía. Luego los llamaba en el orden respectivo. Una vez acostado el niño, Doña Carmen apoyaba su gordura en el pequeño cuerpo de la “víctima”, mientras la monja ponía el vaso de plástico repleto con gasas sobre las que se vaciaba el éter. Luego Pérez Restrepo colocaba “un campo de ojo” en el sitio de la operación y el resto servía para cubrir las botas con carramplones y el resto del cuerpo del niño. Al terminar la cirugía los niños iban directo a la cama, pues no se tenía la noción de sala de recuperación. El ayudante del cirujano era el doctor Mariano Castrillón. Del pabellón “Clarita Santos” se pasó al actual Hospital Infantil en 1961. “Antes de su terminación fui a evaluar la construcción de los quirófanos y me di cuenta que solo se había programado un quirófano para un hospital pediátrico de 240 camas.

Con esta inquietud fui donde los directivos mencionados que me respondieron que el volumen de trabajo no justificaba más salas de cirugía. Les comenté lo que había visto en el hospital de niños de Boston y les llevé los datos de la Organización Mundial de la Salud donde aconsejaban un quirófano por cada treinta camas de hospitalización, de tal manera que en Medellín se requerían dos salas de cirugía pediátrica. Con dificultad logré que me concedieran dos quirófanos y poco a poco, con dificultad, se completaron cinco que fueron insuficientes al poco tiempo. Con base en lo que es hoy el departamento quirúrgico del Hospital Infantil, inició el cambio de la mentalidad dominante que posicionaba al cirujano — como el actor único de la asistencia— por una modalidad de trabajo en equipo, donde el anesthesiólogo, la enfermera, el auxiliar,

la instrumentadora quirúrgica, la trabajadora social, eran ya elementos importantes para lograr el mejor servicio posible. Por primera vez un residente de Anestesia, el doctor Jairo Restrepo Torres, se interesó por la anestesia pediátrica, se dedicó a su estudio y así, poco a poco, creamos la sala de recuperación, que no existía. Luego hubo interés por la cirugía en niños y el doctor Óscar Gómez Vargas fue el primer residente que tuvimos. Otros que luego se quedaron de profesores y como cirujanos de planta, fueron los doctores Diego Peláez, Olaf Erick Mejía y Fernando Garcés Samudio. Nuestra Escuela fue la primera del país que tuvo esta especialización” (6, 7). Además de profesor de Cirugía Pediátrica e impulsor del Departamento de Cirugía, junto con el doctor Jorge Emilio Restrepo Gaviria, el doctor Bernardo

Sala de cirugía pediátrica. Hospital S. Vicente de Paúl. Medellín.

Foto Digar. Circa 1955.



Ochoa Arizmendi fue pionero en la corrección quirúrgica de malformaciones congénitas, sobre todo las urológicas, en la cirugía de definición sexual, en la investigación del Síndrome de la Risa Invertida o Síndrome de Ochoa. De todas estas experiencias conserva documentación escrita y fotográfica. Fue además líder de los movimientos estudiantiles y profesoriales. Fue asistente del doctor Benjamín Mejía Calad cuando fue Decano en 1965 y más tarde Decano de la Facultad de Medicina de 1974 a 1975. Fue amenazado de muerte y secuestrado en la época de la “guerra sucia” por lo que tuvo que exiliarse un tiempo en otro país. Fue uno de los integrantes del Grupo de Estudio de la Historia y la Cirugía en Antioquia (8).

## La Anestesia Pediátrica. El doctor Jairo Restrepo Torres

Otro artífice de esta aventura de la cirugía pediátrica fue el doctor Jairo Restrepo Torres, quien en 1959 había obtenido el título de Anesthesiólogo en la Universidad de Antioquia y quería profundizar en lo relacionado con los niños en una época donde las especialidades no tenían fronteras definidas. “En ese tiempo la atención a los niños se hacía en el pabellón ‘Clarita Santos’ donde no rotaban los internos, pero el doctor Jiménez Posada, no sé si *motu proprio* o por insinuación de la Universidad, me envió allí. Como me gustaba trabajar con los niños me aficioné por la anestesia pediátrica. Regalaba parte de mi tiempo libre para estar en las mañanas con el doctor Hernán Pérez Restrepo, uno de los pioneros de la cirugía infantil en Antioquia. Al poco tiempo llegó el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi, quien estudió en Boston con el anesthesiólogo pediatra Robert Smith, y con sus comentarios sobre la forma como trabajaban allá, me entusiasmé más con mi trabajo. Con esta conexión pude hacerme al texto sobre Anestesia Pediátrica que trajo Ochoa Arizmendi con dedicatoria del profesor Smith. El comienzo fue traumático. Todavía era Interno Rotatorio. El primer día lo dediqué al conocimiento y calibración de la máquina, pues nunca había utilizado el éter abierto. El día anterior leí el capítulo correspondiente en el texto de Vincent Collins y pregunté

algunas cosas a mi compañero Daniel Hincapié que tenía experiencia sobre el método abierto, los planos anestésicos y la reacción de las pupilas al éter. Aprendí entonces a inducir con el gas viniteno, mantener la anestesia con éter, utilizar la careta de Yankauer, aplicar la vaselina alrededor de la mascarilla para no “quemar” la cara del niño y colocar las capas de gasa en la careta. Esto era importante porque si la anestesia era a escala superficial colocaba cuatro capas. Si quería que fuera más concentrada ponía seis capas de gasa y ya sabía que se acumulaba un poco el anhídrido carbónico. Todo esto era teórico. Cuando uno administraba el éter y luego veía la pupila dilatada asociada a la apnea, se desesperaba sabiendo que no tenía a quien llamar porque, además, quien operaba las hernias era un residente de cirugía. El primer día cuando llevábamos operados cuatro niños me sentí mal por el peligro latente y decidí suspender los procedimientos faltantes. Me dije que necesitaba entrenamiento. Más tarde empezaron cirugías complejas y por lo tanto se complicaron los procedimientos anestésicos, como fue el caso de los labios leporinos que operaba el doctor León Hernández Gutiérrez, cirujano plástico recién venido de Estados Unidos. Para estas cirugías y otras igual de complejas teníamos por lo menos dos sistemas anestésicos. Usábamos como relajantes musculares la succinilcolina y el curare. Esta última droga me llevó a estudiar en profundidad los escritos del doctor Jackson Rees a través de la suscripción a la revista *British Journal of Anesthesia* con la cual, a su vez, inicié la biblioteca especializada de anestesia pediátrica en el Hospital Infantil. Estudiar el método del doctor Rees fue importante y creo que contribuyó al progreso de la anestesia y cirugía en niños con el uso del óxido nitroso y el curare, aunque ahora se diga que era un tormento, pero es que entonces no se tenían buenos conocimientos del proceso doloroso. La técnica se llamó de Liverpool porque el doctor Rees trabajaba en el hospital de esa ciudad. Era una persona tímida. Tuve la oportunidad de conocerlo en su sitio de trabajo cuando ya era famoso. A medida que pasó el tiempo se logró disciplina en nuestro trabajo profesional. Me di cuenta que los actos anestésico y quirúrgico eran muy complejos y requerían estar al tanto de cada

detalle para evitar desastres; por eso inicié la conformación de lo que llamé la mesa auxiliar del anesthesiólogo, donde de una manera organizada y metódica están todos los elementos que garantizan la asistencia holística durante el proceso anestésico incluyendo las complicaciones. Esto lo aprendí del doctor Smith a través de su texto y de las conversaciones que tuvimos en un congreso celebrado en Ciudad de Panamá. Fue uno de mis maestros en la distancia. Con él compartí la idea que la personalidad de quienes trabajan con niños debe ser especial, de tal manera que no le estorbe su llanto. En esto insisten el mencionado Smith y Ronald Steephen. El llanto es un mensaje de sufrimiento que requiere adecuada inferencia e interpretación. Todo esto se logra trabajando en equipo y como tenía cierta influencia en las directivas del Hospital que veían con buenos ojos nuestro trabajo, les pedí que no me cambiaran el personal. Como esto se logró me dediqué a enseñarles lo básico de la fisiología, la canalización de las venas, los procedimientos de la reanimación incluyendo la intubación de la tráquea y el control de la ventilación con careta y bolsa, así como el manejo del aparato de Ayre Rees. Así mismo logré que este pequeño aparato estuviera al alcance de la mano en todos los sitios donde se atienden emergencias médicas, aun en los ventiladores automáticos por si estos fallan. La monitoria básica en esos primeros tiempos, además de la clínica, consistía en el uso del fonendoscopio precordial, uno de los inventos reconocidos del doctor Smith. Es quizá el primer monitor que existió. Me gustó tanto que hice una copia artesanal del que usaban los gringos, un poco más pesado para mejor contacto con el tórax del niño. Después el ortopedista David Warren me fabricó la prótesis auricular. Otra forma de monitoria era la medición de la presión arterial que se hizo a partir de 1967 cuando traje el primer tensiómetro para neonatos. Fue la sensación. Al comienzo de la década del setenta y gracias a una donación que consiguió el doctor Alfredo Londoño, anesthesiólogo, tuvimos el primer cardioscopio. También introdujimos los primeros aparatos de ventilación mecánica. Recuerdo que el primero lo conseguí en la Clínica Noel. Era un ventilador tipo Harvard de los que se usaban para estudiar la fisiología animal pero que luego se

utilizó en niños. Era de fuelle, encerrado en una urna de vidrio transparente, que ventilaba hasta 100cc de volumen corriente. Lo conecté a la máquina de anestesia. Después conseguimos el ventilador Pulmonar, fabricado en Alemania, famoso porque con él estudiaron varias generaciones de anesthesiólogos en nuestra Universidad de Antioquia y el Hospital San Vicente de Paúl. Este aparato nunca se dañó. Nos fue muy útil a pesar de no poseer alarmas. Lo único que marcaba era la presión. Nuestros primeros años de ejercicio profesional fueron difíciles y productivos a la vez. En esa época cuando el anesthesiólogo pretendía proponer o cambiar alguna conducta lo hacía en acalorada disputa con el cirujano, un personaje que creía saberlo todo. Por ejemplo, creyó que era el único que podía formular y aplicar sangre, líquidos y electrolitos. Esas discusiones eran muy molestas y se presentaban sobre todo en las salas de operaciones de los adultos pues, en el caso de los niños, tal como se explicó, se conformó un equipo humano dirigido por el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi, que respetaba las ideas constructivas de cada miembro independiente de su especialidad. El equipo asistía a las reuniones científicas y a las rondas hospitalarias donde se discutían los procedimientos de los niños programados para cirugía, todo lo cual facilitaba la atención médica, entre otras cosas porque también se hacía con cariño y sentido de pertenencia. Las discusiones científicas eran interesantes y obligaban a las consultas bibliográficas. Eran discusiones amigables y constructivas donde los cirujanos se dieron cuenta, poco a poco, que el anesthesiólogo era una persona que colaboraba en la solución de los problemas médicos. También los pediatras se dieron cuenta de la importancia de este profesional. El uso de los ventiladores nos aproximó a los pediatras y a los neumólogos “que se creían los expertos” cuando en realidad fueron los anesthesiólogos los que jalonaron su desarrollo. Razón tiene el doctor Artusio al decir que el anesthesiólogo debe imponer sus ideas con el profesionalismo de su saber y no como resultado de una disputa. Otro hecho que vale la pena destacar es que a los estudiantes y a los residentes, cuando iniciaban la rotación en anestesia pediátrica, les daba por escrito los objetivos de la rotación...”. (9)

## Epílogo

Con la creación del servicio de Cirugía Pediátrica se logró un lugar para solucionar los problemas quirúrgicos de los niños, preparar cirujanos y anesthesiólogos idóneos en la asistencia de los mismos en todo el país, investigar y proponer soluciones a las enfermedades congénitas y adquiridas, crear y mantener la Reunión de Estadística de Cirugía y Defunciones, acumuladas en 47 tomos de pasta

roja donde figuran las historias clínicas, los diagnósticos, las técnicas quirúrgicas, las descripciones operatorias, las complicaciones y las observaciones de casi 200.000 niños operados. Fue otra revolución silenciosa que involucró la intervención de muchas personas e instituciones, la cristalización de muchos sueños, la superación de las incomprendiciones humanas y el deseo de un objetivo común: que los niños sufrieran menos y sonrieran más. ■

## REFERENCIAS

1. Echeverri TÁ. In memoriam doctor Francisco Luis Uribe: el cirujano ambidextro de los niños. Principio Activo [Internet]. Universidad de Antioquia. 2009;134:18-20 (Disponible en: <https://bit.ly/4aZ4xdL>).
  2. Australian Dictionary of Biography online editions. Browne, Sir Denis John Wolko 1892-1967.
  3. Hendry Hendren. Introduction and historical overview: North American Perspective. In: Pediatric Surgery and urology. 2<sup>nd</sup> edition. Edited by Mark D. Stringer, New Zealand. 2008.
  4. Rincón La Rotta. Presentación. Revista Med. 2009;17(2):190-191.
  5. Álvarez Echeverri, Tiberio. Notas al margen en las reuniones del grupo de Estudio de la Historia de la Cirugía en Antioquia. 2002.
  6. Álvarez Echeverri, Tiberio. Entrevista personal con el doctor Bernardo Ochoa Arizmendi. Medellín, octubre de 1987.
  7. Ochoa Arizmendi, Bernardo. Notas tomadas durante su exposición de la historia del Servicio de Cirugía Pediátrica en Antioquia en el Grupo de Estudio de la Historia de la Cirugía en Antioquia los días 24 y 31 de agosto y 7 de septiembre de 2010.
  8. Álvarez Echeverri, Tiberio. Definición del horizonte. Los decanos en su historia 1918-2011. Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Medellín. Imprenta Universidad de Antioquia. 2011.
  9. Álvarez Echeverri, Tiberio. Entrevista personal con el doctor Jairo Restrepo Torres. Medellín, Bar Raudal, marzo de 1999.
- Nota:** este artículo fue publicado en dos partes en Principio Activo. Edición 147-octubre de 2010; 26-27 y en la Edición 148-noviembre de 2010; 29-30. Boletín Informativo de la Facultad de Medicina. Medellín-Colombia.