



Primera participación pública del Dr. José Ángel Córdova Villalobos, como Secretario de Salud Designado

Comentario al libro Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario

En el auditorio de la Academia Mexicana de Cirugía, el
día 22 de noviembre de 2006

Escribía Goethe: «Cuanto más lo pienso más evidente me parece que la vida existe simplemente para ser vivida.»

Luego entonces, la más simple y sin duda ardua de las tareas es, según propone Ortega y Gasset, la reorientación hacia lo vital.

En tal contexto, la medicina, se inscribe desde el plano filosófico en el vitalismo; es decir, la cultura al servicio de la vida.



Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

| En este número... | | | |
|--|--|--------|----|
| Primera participación pública del Dr. José Ángel Córdova Villalobos, como Secretario de Salud Designado | | Página | 1 |
| XXX Congreso Internacional Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. Acapulco 2006 | | | |
| Conferencias Magistrales | | Página | 5 |
| Semblanza del Dr. Jorge Cervantes | | | |
| XXX Congreso Internacional de Cirugía General Acapulco, Gro. | | Página | 12 |
| Mensaje de bienvenida por el presidente | | | |
| XXX Congreso Internacional de Cirugía General «Dr. Jorge Cervantes» Acapulco 2006 | | | |
| «Un lugar para aprender, disfrutar y convivir» | | Página | 15 |
| Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato | | | |
| Reseña del VII Congreso de Cirugía General «Dr. Jesús Tapia Jurado» | | Página | 16 |
| Semblanza | | | |
| General de División Médico Cirujano José Octavio Ruiz Speare | | Página | 20 |
| Mensaje del Dr. Ignacio Magaña Sánchez en la toma de posesión como Presidente Asociación Mexicana de Cirugía General | | | |
| Colegio de Postgraduados en Cirugía General | | Página | 23 |
| Ceremonia de nuevos socios | | Página | 25 |
| Ceremonia de clausura del XXX Congreso Internacional de Cirugía General | | Página | 29 |
| Eventos Académicos 2007 | | Página | 31 |
| Compañero cirujano | | Página | 31 |
| Recertificación | | Página | 32 |

Mesa Directiva 2006

Presidente

Dr. A. Jesús Vega Malagón

Vice-Presidente

Dr. Ignacio Magaña Sánchez

Secretario

Dr. S. Francisco Campos Campos

Segundo Secretario

Dra. Lilia Cote Estrada

Tesorero

Dr. José Marín Méndez

Pro-Secretario

Dr. José Arturo Vázquez Reta

Segundo Prosecretario

Dr. Javier García Álvarez

Protesorero

Dr. Efraín Moreno Gutiérrez

Editor Emérito

Dr. Guillermo León López

Editora

Dra. Abilene Escamilla Ortiz

Comité Editorial

Dr. Francisco Campos Campos
Dr. Álvaro Chanona Yza
Dr. José J. Christen y Florencia
Dr. Jorge Contla Hosking
Dra. Lilia Cote Estrada
Dr. Raúl Gaxiola Werge
Dr. David Juárez Corona
Dra. Elena López Gávito
Dr. Ignacio Magaña Sánchez
Dr. David Olvera Pérez
Dr. Eric Romero Arredondo
Dra. Irma Sánchez Montes
Dr. Eduardo Zazueta Quirarte
Dra. Graciela Zermeño Gómez

PORTAL EN INTERNET

<http://www.amcg.org.mx>

TODA CORRESPONDENCIA DIRIGIRLA A:

E-mail: boletin@amcg.org.mx

Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

Calz. General Anaya Núm. 330, Col. Del Carmen Coyoacán 04100, México D.F.
Teléfonos: 5558-24-31, 5658-22-63, 5658-24-17, 5658-24-92
Fax: 5658-2193

Publicación Trimestral
Número correspondiente a:
Octubre-Diciembre de 2006

Los textos son responsabilidad de los autores

Primera participación...

(Continúa de la página 1)

El acto médico, en tanto acto humano está dotado de ser y sentido cuando el hombre conscientemente *se propone* curar enfermedades y proteger la salud.

Siguiendo a Ortega, podemos decir: *La vida no consiste en algo distinto a ella misma por eso su valor, su premio intrínseco es la superioridad del vivir.* Y esto sólo se consigue a través de entender la razón como función biológica, y a la función biológica como esencial a la vida específicamente humana.

Es por ello que en el plano jurídico-político, la concreción del quehacer médico ha trascendido en el derecho a la protección de la salud, a título de premisa esencial, de sustrato o basamento de lo específicamente humano y si bien hoy por hoy sabemos que la salud no es solamente un rubro privativo de las disciplinas biomédicas, la interpretación del proceso salud – enfermedad tiene su origen en las grandes contribuciones de la medicina.

Tales contribuciones no se han concretado simplemente en meras interpretaciones técnicas, van mucho más allá, se trata de aportaciones para el mejor entendimiento del acto humano.

Desde el origen de la civilización, el vitalismo se busca a través de la ciencia y el arte médico, y esto es posible en tanto la medicina es una actividad desarrollada por una comunidad de hombres formados en un saber racional; es en tanto actividad, una tarea digna y rigurosa, pero siempre destinataria del perfeccionamiento cognoscitivo, del estudio apasionado, de la investigación humanística.

Es, así mismo, en tanto conjunto organizado y sistematizado de conocimientos, herramienta inapreciable para comprender al hombre a través de los diversos procesos que le son inherentes.

Si bien el objetivo por antonomasia de las ciencias médicas ha sido el estudio de las enfermedades, su causa, tratamiento, y prevención, ha trascendido hacia la comprensión y mejor entendimiento del hombre. Y sólo de esta manera se justifica su ser y sentido.

Y esto nos lleva a pensar en nuevos retos, los objetivos clásicos de la medicina: la conservación de la salud, la curación o alivio de las enfermedades, y la eliminación o postergamiento de las muertes prematuras, son parte del contenido de la justicia, entendida así mismo, en el ámbito de respeto a la naturaleza que ya preconizaba Hipócrates.

Los objetivos de la medicina son parte del ámbito de la cultura y la civilización, y lo son porque el acto humano, en suma, no puede ser entendido sin la asociación de la naturaleza con lo específicamente humano y especialmente en la inserción operativa de la justicia, insistimos, como forma de vida.

Esta asociación fue destacada desde la antigüedad en el *Corpus Hipocraticum*; tal asociación hace del médico un profundo enamorado de la vida específicamente humana y es precisamente por ese amor hacia la humanidad, que existe justificación filosófica del Arte Médico.

El Arte Médico tiene su *desideratum* en la posibilidad de apoyar la causa de la humanidad por medio del alivio, del aliento y la comprensión del paciente. El arte médico es, en tanto Arte o habilidad, un conjunto de destrezas para evitar el sufrimiento, el dolor y la muerte.

Ciertamente y como dijera Hipócrates, «*El arte es largo, la vida breve, la ocasión fugitiva, la experiencia falaz, el juicio dificultoso*».

Y es por ello que la ciencia y el arte médicos son, por definición, y antes que nada, una actitud vitalista y asertiva, es decir, la combinación de práctica y conocimiento, una suerte de ejercicio visionario no exento de antinomias y debe ser defini-

Primera participación...

(Continúa de la página 2)

do por la búsqueda incesante de *cómo hacer mejor en el ámbito de la complejidad de lo humano* y bajo tales premisas, no puede reducirse a un sistema deductivo, a la mera aplicación mecanicista o tecnificada o al ejercicio autonómico antihumanitario. La medicina es por eso arte, ciencia y humanismo.

Bajo tales premisas, uno de los grandes retos para la profesión médica es el de conservar los elementos que le son inherentes desde sus orígenes; empero, deben verse ampliados por otras disciplinas que sin duda la han enriquecido, entre ellas, la sociología, la psicología, la antropología, la bioética y el derecho.

Y es por ello insoslayable mantener el aspecto asertivo de la ciencia y arte médicos: la búsqueda incesante, el encuentro promisorio de nuevas conquistas para la humanidad y entre ellas:

- a) El acceso a mejores servicios.
- b) La definición de mínimos de calidad.
- c) La ampliación de cobertura.
- d) La definición de derechos esenciales en la atención a la salud.

Ante tal escenario, el libro *Medicina asertiva, acto médico y derecho sanitario*, tiene por objetivo esencial el de insistir en el rubro filosófico por excelencia, mirar al hombre en su justa dimensión y no simplemente a título de síndromes o patologías, sino en un contexto más amplio, en sus condiciones de modo, tiempo y lugar, y por lo tanto, en su aproximación a la justicia.

Se ha definido al individuo asertivo como: «Aquella persona que tiene una personalidad excitativa o activa, el que define sus propios derechos y no presenta temores en su comportamiento».¹

Por lo tanto, las características básicas de la persona asertiva son:

- Libertad de expresión.
- Comunicación directa, adecuada, abierta y franca.
- Facilidad de comunicación en toda clase de personas.
- Su comportamiento es respetable y acepta sus limitaciones.

Y tales elementos han de ser en consecuencia, inherentes al acto y ejercicio médicos.

De ese modo la obra a la que hoy hacemos referencia, plantea como tesis esencial los siguientes elementos:

- 1) Privilegiar la comunicación entre el paciente y el personal de salud.

- 2) La continua actualización de conocimientos, habilidades y destrezas.
- 3) Respetar los derechos de los pacientes y,
- 4) Defender los derechos del médico.

La asertividad en medicina, siguiendo a MacDonald (1978), ha de ser entendida como *expresión abierta* y el *acto de tomar en cuenta* y en tal contexto el proceso de atención a la salud en tanto multifactorial, ha de ser visto a título de oportunidad para el enriquecimiento de lo humano y por ello, ha de recoger e integrar la experiencia del investigador, la visión asistencial, las aspiraciones del paciente y el contenido normativo que rige al acto médico.

Esta propuesta, fruto de diez años de experiencia en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, contiene una serie de referentes metodológicos, aglutinados en una visión integradora de la interpretación médica, bioética, jurídica y médico-forense del actuar médico.

En el panorama de la literatura especializada a veces más orientada hacia las explicaciones causales o técnicas inherentes al Arte Médico, se observaba un vacío en cuanto a los parámetros esenciales de la interpretación del acto médico y de ahí una disociación práctica, especialmente al enfrentar a la medicina con las normas del derecho.

Tal disociación práctica ha generado en occidente el triste escenario de la medicina defensiva, caracterizado por el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica y así también, ha propiciado una situación de injusticia con afectación de los pacientes y el personal de salud.

La medicina defensiva, fruto de la incompreensión del acto médico, ha desembocado en la injustificada litigiosidad, en privilegiar el conflicto antes que la solución, en el enfrentamiento injustificado del equipo de salud y el paciente, en abandono de los servicios e incluso en deficiente aplicación del derecho. Surge en la lógica de la incompreensión y eso genera graves riesgos a la sociedad:

- Por una parte, la entronización del conflicto y la llamada judicialización.
- El abandono del ejercicio ético y de las especialidades médicas consideradas de alto riesgo para las demandas.
- La distracción de recursos que debieron ser empleados en programas de atención a la salud.
- La irrupción de elementos perjudiciales a la necesaria comunicación entre el paciente y el personal de salud.
- El surgimiento de la llamada industria de la demanda.
- Largos trámites burocráticos.
- Entronización de innecesarios procedimientos jurídicos.

Primera participación...

(Continúa de la página 3)

- La falta de cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

A dicho propósito los autores nacionales y extranjeros que han hecho posible el texto que hoy presentamos, bajo los auspicios de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y la coordinación general de su Comisionado Nacional, Dr. Carlos Tena Tamayo, y su Director General de Arbitraje, Lic. Octavio Casa Madrid Mata, a través de estudios esencialmente metodológicos, centran el problema en su justa dimensión a través del examen de los siguientes rubros:

- Caracterización de la medicina asertiva, en detrimento del ejercicio médico defensivo.
- La autonomía del paciente en un régimen de derecho.
- La reivindicación de la ética y los derechos de las partes en el ejercicio médico.
- La caracterización sistemática del acto médico.
- El análisis del acto médico en el contexto de fundamentación científica.
- Las necesarias referencias a la Bioética y la Medicina Forense, como parte de los parámetros interpretativos del acto médico.
- La utilidad, aplicación y restricciones de la metaevaluación y la medicina basada en evidencias.
- La problemática jurídica inherente a la correcta interpretación del acto médico.
- Las estrategias necesarias para abordar al paciente afectado por mala práctica.
- La caracterización de la mala práctica y el error médico.
- Las reglas inherentes al fincamiento de responsabilidades y protección de derechos.
- La caracterización y contenido del derecho sanitario, que es la disciplina jurídica especial encargada del estudio, interpretación y normalización del acto médico.

Según podrá observarse, los problemas analizados en este trabajo no resultan de poca monta y se inscriben así mismo, en el ámbito de la justicia.

En efecto, el escenario jurídico instaurado a partir de diversas sentencias en los Estados Unidos y en Europa, al pronunciarse sobre responsabilidad civil médica, han desembocado en profundos cuestionamientos en la legislación comparada y las ciencias médicas, que el día de hoy nos llevan a señalar que las normas del derecho sanitario han de ser vistas como un conjunto de reglas para resolver las antinomias que supone: proteger al paciente, definir los derechos del médico, la solución de dilemas bioéticos, plantear

en términos de justicia y seguridad jurídica la asimilación de los descubrimientos científicos.

Bajo tales parámetros es imprescindible que tales normas se orienten a los siguientes objetivos:

- Asegurar la calidad y el acceso en los servicios.
- Evitar el error y la mala práctica médica.
- Evitar la instrumentalización.
- Favorecer la correcta interpretación de la *lex artis Ad hoc* y la deontología médica.
- Incidir en la cultura, la enseñanza y la investigación.

Ciertamente la gran diferencia entre la medicina contemporánea y la que se ejerció en épocas pretéritas es la eficacia de las medidas terapéuticas, como hormonas, antibióticos, quimioterapia y otras drogas, así como anestesia, asepsia, nuevas técnicas quirúrgicas, radioterapia, etc. Empero, la accesibilidad de los nuevos recursos plantea *per se* nuevos y constantes dilemas.

Por ello coincidimos con los autores, en el sentido de que el abordaje de estos temas, por otra parte imprescindible, nunca podrá ser labor acabada y definitiva. Por lo tanto, este trabajo que no se reduce a una simple compilación de artículos aislados, tiene el objetivo de servir de referente metodológico y así también, presenta el protocolo institucional de CONAMED, el cual si bien en permanente revisión, es un trabajo conceptual, fruto de la investigación mexicana que ha sido bien acogido en el ámbito internacional.

Estamos ciertos que la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, las instituciones de salud y la profesión médica en general habrán de sumarse en el esfuerzo de proponer soluciones en lugar de antagonismos; en hacer asequibles los servicios y privilegiar el diálogo y la comunicación imprescindibles ante los reclamos de una sociedad cada día más informada y consciente.

De esta suerte, la asertividad en el ámbito de la medicina es, así mismo, una tarea de consensos y su objetivo trascendente no es otro que el acceso a la salud.

Baste recordar algunas reflexiones de Rabeláis: *Sin la salud la vida no es vida, es un estado de tristeza y una imagen de la muerte.*

Proscribir la imagen de la tristeza y de la muerte es labor constructiva y de participación y por ello, no es ajena al ejercicio responsable y democrático.

La medicina ha sido por antonomasia un miraje hacia el tiempo: en efecto, el acceso al pasado se realiza a través de la *anamnesis*, el estado presente, mediante el diagnóstico, la *diagnosis* y el visado hacia el futuro, a través del pronóstico, la *prognosis*.

Primera participación...

(Continúa de la página 3)

Merced a lo anterior, es necesario entender la medicina y su expresión característica como una suerte de *sabiduría sobre el hombre*. Y en tal contexto, ha de entenderse y reivindicar a la salud y la *prognosis* de lo humano, como ya se planteaba desde la antigüedad, *un estado en el cual resplandece la naturaleza humana en su perfección propia*.

Felicito al Doctor Tena, al licenciado Casa-Madrid y a todos los autores de los capítulos de este libro: «Medicina

asertiva, acto médico y derecho sanitario», por tan interesante aportación a la literatura médica. Estoy seguro que trascenderá fronteras.

Referencias

1. Fensterhein H, Baer J. *No diga sí cuando quiere decir no*. Barcelona: Grijalbo, 1976: 510-511.

XXX Congreso Internacional Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. Acapulco 2006

Conferencias Magistrales

Dr. José Joaquín Christen y Florencia

La primera Conferencia Magistral del Congreso fue impartida en el Teatro «Juan Ruiz de Alarcón» el 31 de octubre de 2006 por el Profesor Dr. Nathaniel J. Soper Jefe de Cirugía. North Western University. Feinberg School of Medicine. Chicago Illinois ésta versó sobre la «Exploración laparoscópica del conducto biliar común».

El Dr. Soper fue presentado por el Dr. Jorge Cervantes, como hubo alguna modificación del orden de las conferencias, él amablemente me dio su tarjeta personal con todos sus datos para que quedaran claros su nombre y su tema.

Nosotros nos referimos al conducto biliar común como colédoco. Pues bien, empezó por decirnos que si hay cálculos en el colédoco, en la gran mayoría de los casos se forman en la vesícula biliar y proceden de ella, se ha mencionado que hasta el 20% de las colelitiasis tienen coledocolitiasis, sin embargo, en la actualidad probablemente porque ahora se operan más tempranamente, esta cifra se ha reducido al 10%. En ocasiones los litos son difíciles de localizar, esto especialmente en relación al cístico y al colédoco o a la presencia de colangitis o pancreatitis.

En la actualidad se cuenta con buenos medios diagnósticos, la clínica sigue siendo importante, pues un paciente con ictericia obstructiva, es sospechoso además de tener un tumor maligno o un proceso inflamatorio. En el momento de hacer la operación por vía endoscópica, primero se disecciona el cístico y la vesícula en su parte inferior, se expone el cístico y se pinza, antes de cortar o ligar debe identificarse plenamente y si no tiene litos se dilata con una sonda de balón, ya no con los tradicionales dilatadores que no se pueden utilizar en este tipo de procedimientos. Si no se pueden sacar los cálculos del colédoco, se recomienda dejar una sonda en T de Catell, por lo que quien haga este procedimiento debe ser capaz de suturar el colédoco.

Mediante la irrigación por el cístico, se pueden hacer pasar los cálculos al duodeno. Nos mencionó que en 15 años no ha tenido que revertir una cirugía para estos procedimientos y concluyó diciendo «El Cirujano General debe aprender a hacer una exploración del conducto biliar común por laparoscopia».

A continuación el propio Dr. Cervantes presentó al Dr. Alberto Montori y nos contó que encontró al Dr. Montori en

XXX Congreso...

(Continúa de la página 5)

el Congreso de Berlín quien con mucho ánimo le dijo que ya estaba informado de nuestro Congreso en Acapulco, que él quería venir, porque tiene amigos en México que lo tratan muy bien, el Congreso es muy importante y Acapulco muy bonito.

El Dr. Montori es Profesor de Cirugía en una de las mejores universidades de Italia, Universidad Degli Studi «La Sapienza» que es la más antigua de Roma; su conferencia: «De la cirugía mínimamente invasiva a la cirugía menos invasiva. Operaciones que preservan la función».

Para poder hacer este tipo de operaciones es necesario tener los elementos que nos permitan localizar con precisión el problema, para ello se cuenta en la actualidad con numerosos apoyos científicos y técnicos como: la Navigator Surgery Medicine (Medicina por Navegador Quirúrgico) la computadora esterotáctica (para neurocirugía), la Cirugía Computarizada 3D ((Tridimensional). Los isótopos radiactivos, y otra que es relativamente sencilla; la aplicación de colorantes y tintas para localizar el «Ganglio Centinela» (Azul de metileno, tinta china, tinta de la India, lugol, tintura «Dye E», verde de indocianina, lipiodol, tecnecio 99 y muchos otros isótopos radiactivos –trazadores radioguiados– y tintas). Según el órgano de que se trate, se inyecta una pequeña cantidad de alguna de estas sustancias y es recogida por los vasos linfáticos y se concentra en el primer ganglio linfático de la región, que se conoce como el ganglio «Centinela», se procede a reseca únicamente este ganglio y se le hace un estudio transoperatorio; si está libre de tumor es perfectamente posible hacer una cirugía localizada, presentó en unas magníficas tomas de endoscopia, cómo se localiza el ganglio centinela y cómo se pueden hacer resecciones pequeñas muy localizadas en la mucosa gastrointestinal, dado que no está invadida la submucosa. En estómago con uso de lipiodol para localizar el ganglio centinela, es posible reseca únicamente una sección del estómago, Don Alberto, nos mostró cómo se divide en ocho regiones de drenaje linfático del estómago, cada uno con su ganglio centinela, lo que permite inclusive proceder a una mucosectomía endoscópica exclusivamente. Presentó excelentes vistas de cómo se inyecta el colorante por laparoscopia y cómo se reseca la mucosa por endoscopia (pedazos afectados de no más de una pulgada de diámetro). Semejante procedimiento es también aplicable al recto y la vagina. En ocasiones se usan hasta dos trazadores, aclaró más de una vez, que si el ganglio centinela no está tomado es posible efectuar esta cirugía ultraconservadora, pero si está tomado, entonces lo indicado es una disección amplia con los parámetros tradicionales. No presentó seguimientos.

Terminó diciendo: «Los ganglios centinelas son útiles como indicadores diagnósticos y terapéuticos».

En seguida habló el Dr. Abe Fingerhut, Jefe de Cirugía Gastrointestinal del Centre Hôpitalier Intercommunal de Poissy Francia, nos habló en un inglés perfecto, el cual domina por haber vivido catorce años en los Estados Unidos, aunque ya en particular, se disculpó conmigo por su acento americano; en fin comenté con él, nadie puede hablar un idioma sin acento, ni el idioma materno; el tema fue: «Prevención de las fístulas después de la pancreatoduodenectomía». Dijo que estas fístulas tienen una frecuencia de 14%, pero en buenas manos la mortalidad se puede reducir a 1.4%. Nos alentó al comentar que varias complicaciones que pueden ser causa de muerte, pueden ser tratadas de tal modo, que se deriven a la formación de una fístula, como la hemorragia, la sepsis o el absceso. Las fístulas se presentan en general a los siete días de la operación.

Nos presentó un metaanálisis sobre la conveniencia de canalizar o no canalizar.

Hizo ver que la canalización transoperatoria no cambia la morbilidad; entonces ¿Qué hacer para tener protección postoperatoria en esta operación?

El uso de pegamento de fibrina, no mostró beneficios, ni la ligadura del conducto pancreático, así como la anastomosis a yeyuno o a estómago. El modo de anastomosar el conducto pancreático a la víscera sí mostró diferencia, ya que si se anastomosa el conducto pancreático mucosa a mucosa usando microscopio, se reduce la producción de fístulas.

El uso de octreótido parece ser bueno, pues redujo la morbilidad, no así la mortalidad, por otro lado es muy caro y su costo-beneficio no está bien evaluado. En la actualidad existen análogos sintéticos del octreótido que fueron publicados en el Brit. J. Surg 2004.

Al día siguiente en el salón cuatro se presentó una tiroidectomía transaxilar por laparoscopia. Procedimiento muy interesante. Ponen varios puertos, introducen la cámara por la línea axilar anterior, usan tracción externa de tejidos cervicales, para tener espacio, ya que no pueden usar insuflación con CO₂ pues se trata de un espacio abierto, por lo que obtienen el espacio donde trabajar, apartando los tejidos con un balón que inflan, los casos presentados fueron en cadáver, en los que da trabajo diferenciar bien los tejidos y por otro lado no hay hemorragia. Creo que es un buen comienzo, como los autores anunciaron hay que seguir trabajando en la técnica.

En su conferencia de este día el Dr. Nathaniel «Nat» Sooper, trató el tema relacionado con su conferencia anterior «Manejando una colecistectomía difícil». Nos comentó que es la primera vez que viene a Acapulco y que ya tiene ami-

XXX Congreso...

(Continúa de la página 6)

gos «Esta ha sido una semana muy interesante» nos dijo al micrófono. En su conferencia empezó por recordar que en 1990 todo mundo tenía que aprender cirugía laparoscópica en cursos de fin de semana y que pronto se estableció «la curva de aprendizaje» cuando después de operar dos o tres cerdos, ya se pasaba a operar humanos. En general se graduaba esta curva por el tiempo quirúrgico y algunos problemas. En la actualidad esta curva ya no se acepta; quien opera por laparoscopia debe haber tenido un muy buen entrenamiento en simuladores y tutorial.

Sin embargo, sigue habiendo y seguirá habiendo colecistectomías difíciles y aclaró con firmeza: «Convertir una colecistectomía no es en sí una complicación, ni un accidente, sino un paso más en la técnica para resolver un problema». Pero como en la actualidad casi el 100% de las colecistectomías se hacen por laparoscopia, los cirujanos jóvenes en su mayoría no han hecho cirugías abiertas y tienen muy poca experiencia en ellas, por lo que ahora resulta que lo que tienen que aprender es cirugía abierta, y para ellos la cirugía abierta, ya no es lo más seguro y fácil. En la actualidad existen varias indicaciones para efectuar la operación abierta desde un principio, tales como otras operaciones abiertas, carcinoma de las vías biliares, entrenamiento, tecnología inadecuados o problemas para tener los instrumentos y equipos correctos, hemorragia de control difícil, vesícula encogida o cicatrizada, coledocolitiasis, pancreatitis biliar, colangitis aguda, ya que la inflamación altera la anatomía y tiene un alto riesgo de daño a las vías biliares. Sin embargo, en buenas manos, las estadísticas revelan que el riesgo de lesión a la vía biliar es menor por laparoscopia, con un costo menor. Mencionó que el riesgo de daños a la vía biliar es tres veces mayor en la cirugía abierta (en nuestro país parece ser todo lo contrario según las estadísticas generales). En caso de una colecistectomía difícil aconseja primero localizar la vesícula, pegarse a ella, descender del fondo al pedículo con mucho cuidado, hasta localizar el cístico, en caso de no verlo se aconseja entrar en la vesícula, es pertinente descomprimirla primero y colectar todo su contenido, esto permite ver estructuras que no se podían ver, luego cortar la pared y en caso necesario, dejar *in situ* la parte adherida al lecho, seguir la disección hasta encontrar el cístico. Se debe traccionar la vesícula de tal modo que se pueda exponer el triángulo de Calot (cístico, colédoco e hígado) en el fondo del triángulo debe estar la arteria cística (que no mencionó). Dijo únicamente que se pasara una pinza por atrás de la vesícula, para meter la pinza en el triángulo. Puede ser que la vesícula esté pegada al colédoco, entonces la disección ha de ser más cuidadosa y se pueden usar pinzas de ángulo, así como abrir otros puertos. En estas condiciones tam-

bién puede considerarse bueno y no un fracaso, llamar a un colega para que vea y nos ayude «otros ojos» dijo. Es muy importante hacer un colangiograma; no se debe cortar, sino hacer una disección roma con el aspirador metálico a muy baja presión o sin presión. También se puede usar el US transoperatorio y ya en casos muy difíciles se puede dejar una sonda en T en el colédoco, que se saca por el puerto en el hipocondrio, y según sea el caso, programarla después electivamente y con ayuda de otros cirujanos. Finalmente nos dijo que en las demandas por lesión de la vía biliar la primera pregunta es –¿Por qué no hizo una colangiografía más pronto?– ¿Por qué no convirtió la cirugía?–¿Por qué no refirió al paciente?

De nueva cuenta se presentó al Dr. Alberto Montori, quien lo primero que dijo fueron frases de alabanza para el Congreso y las actividades científicas; vio algunas que le sorprendieron por el gran avance que la cirugía está teniendo en nuestro país, de nuevo después de un saludo en español, se excusó por hablar en inglés, que no es «ni mi idioma, ni el de ustedes, pero que es el que ahora se usa en congresos internacionales». En esta conferencia nos habló del «Abordaje endoscópico de urgencia, para la pancreatitis, colangitis y tratamiento de la coledocolitiasis».

En primer lugar no siempre es pertinente hacer este abordaje, pues tiene como todo en medicina sus indicaciones. Éstas serían:

La severidad de la lesión, etiología, el factor tiempo, el equipo y el grado de experiencia del endoscopista. Él recomienda la CPRE en las primeras 72 horas sólo en caso de sospecha de pancreatitis por litiasis. Ésta se puede sospechar en caso de litos residuales después de una coledocolitiasis. La CPRE ofrece una buena opción para remover un cálculo impactado en la ampulla de Vater. No acepta la aparición de cálculos «de novo», si hay cálculos residuales aconseja hacer una CPRE, con esfinterotomía y con ello curar al paciente. Para prevenir la pancreatitis recidivante aconseja practicar la colecistectomía profiláctica; advierte que la presencia del «lodo biliar» es una microlitiasis que indica una colecistectomía. La resonancia magnética computarizada tiene un valor predictivo para la litiasis de 100% (MRCP). Recomienda el uso de simuladores para entrenarse en el uso de la MRCP. El ultrasonido endoscópico es también muy útil, advierte que la esfinterotomía transendoscópica conlleva un alto riesgo y es pertinente saber hacerla muy bien. Concluye que en el tratamiento de la pancreatitis severa, lo primero que hay que hacer es un diagnóstico temprano en el que participen «todos los especialistas del hospital» y repite que la CPRE y la MCRP tempranas son muy útiles, así terminó con la frase: «Una piedra, una vida».

XXX Congreso...

(Continúa de la página 7)

El Dr. Hermand Abcarian, Jefe de Cirugía de la Universidad de Illinois en Chicago, presentó la conferencia «Tratamiento de las complicaciones en el trauma de colon, recto y ano».

Empezó con un relato de la evolución y tratamiento de estas heridas en algunas de las guerras de los Estados Unidos, comenzó con la Guerra Civil (1860) donde la mortalidad era de 100%; a los pacientes no se les intervenía, sólo se les observaba. En la Primera Guerra Mundial (1914) se practicó el cierre primario de la lesión con una mortalidad de 50%, en la Segunda Guerra Mundial (1941) se practicó la exteriorización de la víscera herida con cierre diferido y la mortalidad fue de un 15%. Durante la Guerra de Corea (1950) se practicó la colostomía, con un 15% de mortalidad. Durante la Guerra de Vietnam (1970) la mortalidad bajó a 12%. Fabian y Stone reportaron colostomía y tratamiento del shock, limpieza de la sangre y materia fecal en el abdomen y adaptaron su tratamiento según el caso. Flint posteriormente recomendó limpieza, cierre primario, antibióticos en lesión aunque fuese mínima y limpieza, colostomía, antibióticos en contaminación masiva.

En la Universidad de Illinois Nelson y Singer hicieron una revisión y encontraron igual mortalidad en los casos con colostomía que en los casos de cierre primario.

Esto aparentemente contradice los datos anteriores, pero es que en los casos de guerra, se trata de lesiones por armas de alto poder, en cambio, las urgencias de las calles de Chicago son con armas de menos poder o arma blanca, que producen una lesión menor de los órganos. Sin embargo, la derivación tiene una morbilidad e infección mayor, además requiere hospitalización y cuidados de colostomía.

Las heridas traumáticas del abdomen no son selectivas del colon y también pueden estar heridas las asas del intestino delgado.

Describió cómo efectuar la «ileo-colostomía expuesta», en la que se cierra el abdomen, pero se dejan exteriorizadas una asa de colon y una de íleon, las que se abren posteriormente, cuando el cuadro agudo ha cedido; posteriormente se cierran y se reducen a la cavidad. Este procedimiento ya tiene muchos años de haberse publicado, si no se trata de una herida muy grande y contaminada es bueno. Opina que el dejar drenajes «preventivos» sólo favorece la presentación de peritonitis.

Mencionó también los cuerpos extraños en el recto; como tubos de ensayo, tubos de luz fluorescente, focos y otros objetos de vidrio; dejó claro que es imperativo extraerlos con mucho cuidado, pues se pueden romper y lesionar el recto. Él recomienda el uso de anestesia local perianal con buenos resultados, nosotros usamos la peridural y esperamos hasta

que sea posible dilatar perfectamente bien el ano antes de hacer una extracción que debe ser muy cuidadosa y con seguridad que aun así, no siempre es fácil. Advirtió que el uso de pinzas puede romper el vidrio así como la presión del esfínter contracturado.

A continuación nos habló el Dr. Gerald Fried de la Universidad McGill en Montreal Canadá, simpático, con un inglés muy claro, rostro alargado, pelo revuelto como preparado para cualquier acción, nos relató muy precisamente cómo en su universidad, manejan el «Desarrollo y validación del entrenamiento de las habilidades laparoscópicas».

Recordó cómo se hacía antes el entrenamiento de la cirugía abierta, en la que hasta los botones de la bata servían como ancla para practicar los nudos y algunos lienzos para practicar las suturas, éstos eran los simuladores portátiles del pasado, la norma era «ve un caso», «palpa o toca un caso». En la cirugía laparoscópica actual se requiere otro tipo de acercamiento y entrenamiento. En la U. McGill han desarrollado un simulador sencillo, portátil no muy caro que permite perfeccionar la práctica de la cirugía laparoscópica, desarrollando las habilidades manuales y visuales del cirujano, para que pueda empezar a operar con seguridad.

El problema de la cirugía laparoscópica es que se ve en espejo, el movimiento está amplificado, cualquier temblor se nota y los elementos anatómicos se presentan aumentados de tamaño, así mismo el profesor tiene un control muy limitado del estudiante. La educación correcta por medio del simulador, simplifica o prácticamente elimina la «curva de aprendizaje». Que en la actualidad no es aceptada. Ésta sólo se admite en el entrenamiento, con los simuladores, no pudiendo pasar el alumno a operar pacientes, hasta que ha logrado un excelente grado de pericia, no dándoles oportunidad de operar en humanos con menos entrenamiento y mencionó una expresión clásica del experto «Entre más entreno, más suerte tengo», excelente frase para la mayor parte de las actividades de la vida, pero en especial para la cirugía. Los simuladores presentan variantes, una permite obtener la práctica y por otra permite evaluar el grado de desempeño. En McGill tienen un cartabón de prácticas, que evalúa las habilidades fundamentales (corrección de ejecución, movimientos exactos, precisión de los nudos, suturas, cortes, etc.) Han llamado a su simulador MISTELLS, con el cartabón evalúan catorce habilidades, desde las más simples hasta las más complejas. Éstas se califican y es posible ver cómo mejorar el puntaje. Permite identificar las debilidades y eliminarlas con la práctica ¿Cuánto tiempo toma lograr el grado de eficacia necesario? El simulador

XXX Congreso...

(Continúa de la página 8)

MISTELLS tiene un sistema computarizado que evalúa los procedimientos e indica al profesor y al estudiante cuándo ya puede dar el siguiente paso en el entrenamiento, va de lo más fácil a lo más complicado. Terminó su conferencia con una afirmación rotunda «Ya no es aceptable aprender habilidades en el quirófano» y nos invitó para la semana quirúrgica en Montreal 2007.

Nuevamente se presentó nuestro amigo francés, el Dr. Abe Fingerhut de Possy, Francia, lo primero que hizo después de saludar con cortesía, fue levantar ambos brazos con los puños cerrados y hacer como que bostezaba, seguidamente dijo ¡Aquí he encontrado ciencia en el paraíso, qué clima, qué Congreso! En esta ocasión nos habló del «Abordaje de la esofagectomía de Collis y Nissen por laparoscopia». Muy sincero, lo primero que nos comunicó fue que él no es un experto en el tema y después habló ampliamente con precisión e innumerables variantes y como «no experto» hizo una exposición muy clara para el cirujano general.

La operación de Collis Belsey se usa para el esófago corto, puede ser útil para el ERGE pero difícil. La unión esofagogastrica se encuentra arriba del diafragma. Si podemos movilizar el estómago menos de 5 cm y sólo 3 cm están en el abdomen, puede ser necesario reoperar, constituye un problema, esto es similar en presencia de un esófago de Barrett o una hernia tipo III; por otro lado, la operación puede causar un esófago corto. Nos aconsejó no decidir el tipo de operación antes de entrar a operar, ya que es muy conveniente la evaluación transoperatoria, hay esófagos aparentemente cortos y otros verdaderamente cortos. Después de liberar adherencias e impedimentos, de tal modo que quede libre el esófago y pase con el estómago perfectamente a la cavidad abdominal debemos tener, por lo menos 5 cm de esófago en el abdomen sin tensión, con lo que es ya posible efectuar una operación antirreflujo (Nissen) sin tensión. En caso de que esto no sea posible, tratar de hacer tal operación nos llevaría al fracaso; es entonces cuando está indicada una operación de Collis, que es simplemente una gastroplastía para «alargar el esófago». Básicamente esta gastroplastía consiste en poner dos líneas de grapas en el estómago por el lado izquierdo del esófago sobre el fondo gástrico como 4 ó 5 cm, esto nos alarga el esófago y nos da una lengüeta que se puede poner detrás del estómago que es ya el alargamiento del esófago para hacer el Nissen, completamente sin tensión. Existen cuatro o cinco modificaciones, y puesto que la operación de Collis no resuelve el reflujo en sí, ya que presenta disfagia en el 27%, con el estómago alrededor del neo-esófago se requieren dilataciones posteriores en el 70% de los pacientes, de los cuales hasta un 65% reportan satis-

facción. Con experiencia y una indicación adecuada, no se deja esófago corto si quedan al menos 3 cm de esófago en la cavidad abdominal. La coloplastía da resultados pobres y peligrosos. Describió los puertos para esta operación (Collis), dos subcostales (derecho e izquierdo) uno para pasar la cámara supraumbilical y otro a la mitad de la línea media supraumbilical.

El mismo teatro Juan Ruiz de Alarcón, atestado de ávidos cirujanos, ahora ante nosotros hizo aparición a un simpático e inteligente conferenciante: el maestro Dr. Eduardo Ferraz del Hospital Universitario de Recife en Brasil, bajo de estatura muy moreno de gafas, que nos saludó en español y con una gran sonrisa nos dijo que prefería hablar en Portugués más que en inglés y de inmediato continuó su plática en español sin ningún tropiezo para él, pero a veces difícil para nosotros, pues se olvidaba de hispanizar sus palabras, pero siempre sonriente «nois» dio una conferencia muy agradable sobre la «Infección Siempre Latente».

No es muy frecuente, pero en ocasiones se da, que un proceso infeccioso sea controlado por el paciente, ya sea por sí mismo o por los cuidados prestados y después de algún tiempo, a veces años, resurja la infección, en la herida, cerca de la herida o en algún sitio distante. Esto es un tema de reflexión. La infección oculta puede ser sin definición de foco o simplemente un seguimiento y tratamiento de algo conocido. Se puede identificar que se trata de una infección latente porque tiene la misma flora etiológica del sitio operatorio con las mismas bacterias latentes de la infección; se han encontrado en heridas cicatrizadas hasta 15 años después. Davis presentó casos con más de 6 meses después del acto quirúrgico, que se hicieron presentes ante la baja de las defensas inmunológicas del paciente. Houk en 1989 propuso los siguientes factores de riesgo para que esto pase: Edad más de 60 años, desnutrición, otra infección, obesidad, diabetes, tricotomía inadecuada y drenajes laminares, así como infección previa en el sitio operatorio. Luego nos planteó una pregunta ¿Es la infección latente una hipótesis o una realidad?

Es realidad y tiene poco de hipótesis, se ha demostrado por identificación del genoma y biología molecular de las bacterias, que son las mismas que infectaron al paciente en el episodio previo y es más en el mismo sitio o sitios operatorios. Nos presentó nuevas estrategias para evitar este tipo de problema, con limpieza absoluta y resección de las paredes contaminadas de una herida y otras medidas que no mencionó.

En el último día del Congreso, el 3 de noviembre asistimos al salón Teotihuacán, oímos tres conferencias muy

XXX Congreso...

(Continúa de la página 9)

interesantes. Nuestro Secretario el Dr. Francisco Campos nos presentó a Abe Fingerhut, que ya escuchamos en otras presentaciones; Abe nos habló de una controversia que aún persiste, «Cirugía abierta vs cirugía cerrada de hernias inguinales». Presentó un metaanálisis muy extenso. Dijo que se trata de un estudio muy extenso de la EAES (Unión Europea) de cirugía endoscópica, donde se consideran estudios aleatorios y 15 metaanálisis europeos. En este proceso el estudio escocés de Mc Cormick en Abredeen que incluye muchos datos del paciente, recidivas, resurgimiento completo, recidivas verdaderas y aparentes y por otro lado, datos actualizados recientemente. Es decir a los datos existentes se agregan los que se obtuvieron recientemente por seguimiento de los pacientes, es así que presenta la estadística de 5 grupos de cirujanos con recidivas:

| | | | |
|-------------|------------|------|--------------|
| Glassow | a 7 años | 0.7% | actual 9% |
| Stopper | a 8 años | 0.75 | actual 10% |
| Lichtestein | a 4 años | 0.1% | actual 2.5% |
| Rutkow | a 2 años | 0 % | actual 3.2 % |
| Hay | a 8.5 años | 5.9% | actual 8.2% |

Si no hay un seguimiento adecuado las recidivas deben tomarse con cautela, un factor importante es si la población tratada es fija o tiene un índice de migración importante, es decir si puede o no ser localizada después de cierto tiempo. En general los estudios muestran que para 2002 el uso de mallas reduce las recidivas. Siete mil cuatrocientos cuarenta y seis operaciones favorecen la menor recurrencia en operaciones abiertas con o sin malla, pero otros estudios nos muestran lo contrario. En Alemania reportan mayor recurrencia en las abiertas con malla. En general se está de acuerdo en que la cirugía laparoscópica es mejor para tratar hernias recurrentes y las bilaterales; que tiene un 0.25 por 1,000 de complicaciones, en tanto que las abiertas tienen un 2.5 por mil. Estos estudios también muestran que las hechas con anestesia local, tienen menos complicaciones y regresan más pronto a trabajar. Las cerradas tienen menos dolor pero son más costosas, el factor tiempo se ha reducido y se ha anulado la llamada «curva de aprendizaje». Al final de su exposición llegó a la conclusión que el Cirujano General puede confiar en su destreza para hacer las hernia abiertas por incisiones pequeñas, usando mallas adecuadas y sin tensión, con menor costo para el paciente, como está publicado por Churchill.

La siguiente conferencia en este salón fue del Dr. Michael West del Departamento de Cirugía de la Universidad de Northwestern en Chicago, apareció ante nosotros un jo-

ven, alto, blanco, de cabello liso muy negro, con gafas, poseedor de una mente muy activa, que habla un inglés claro, pero extremadamente rápido, nos presentó el tema «¿Qué tan agresivo debe ser el cirujano en el control del foco de infección?»

No presentó grados de agresividad, únicamente nos dijo cómo tratar las heridas infectadas. Los primeros tres pasos son: 1. Hay que limpiar la herida (no dijo cómo, ni con qué). 2. Quitar todo tejido necrótico o muerto (no dijo cómo identificarlo). 3. Asegurar que hay buen aporte sanguíneo. A continuación enumeró otros tres pasos:

1. Recabar evidencia de infección en el paciente.
2. Una vez que se identifica el foco de infección: controlarlo.
3. Entre más rápido se controle la fuente, mejor la supervivencia.

El propósito deberá ser proteger y salvar al paciente y limitar nuestra agresividad, es decir no hacer operaciones espectaculares, sino curativas. En algunos casos habrá que limitar la acción y regresar después en una segunda operación o en ocasiones más veces, siempre con la mira de llegar a la fuente de infección.

El proceso bacteriano puede tener evoluciones tales como: Se produce sepsis y muere el paciente, o se controla totalmente y se cura el paciente, o por último se controla y localiza la infección convirtiéndose en un absceso. El absceso debe verse como una victoria del paciente sobre la infección. Pero el tratamiento debe ser oportuno y acertado, así como su diagnóstico. Hay infinidad de abscesos, todos son diferentes pero tienen algo en común y es que si los podemos canalizar (drenar) y dar el antibiótico adecuado, estamos en posibilidad de curar a nuestro paciente.

Los factores que hay que asegurar para que sane un absceso son: 1. Buena irrigación; pues si ésta falla no pueden llegar las defensas ni los antibióticos. 2. No debe quedar tejido necrótico. 3. No debe quedar tensión; es muy fácil que quede más tensión que la que parece haber. 4. Reducción del inóculo, de la virulencia bacteriana, limpieza de la sangre, de las sales biliares, del moco gástrico, la secreción pancreática, orina, quilo, así como todas las sustancias y cuerpos extraños y heces. Esta toilette pulcra, permitirá la acción de los leucocitos, anticuerpos y antibióticos.

Otro factor a considerar es el nivel del tracto GI afectado, ya que la agresividad y número de bacterias varía. Podemos considerar seis niveles: 1. Fondo gástrico, 2. Cuerpo gástrico, 3. Primera porción del duodeno, 4. El resto del duodeno y

XXX Congreso...

(Continúa de la página 10)

el yeyuno, 5. El colon y 6. Sigmoides y recto. En el esófago cada tercio tiene diferente morbilidad.

Ahora bien, ante una lesión es muy importante conocer la irrigación del tubo digestivo, para poder hacer la resección adecuada, según la extensión del proceso infeccioso. Además se debe saber si un segmento es propio para una colostomía y se debe estar preparado para hacerla bien, en el sitio adecuado y cuando estén indicadas.

Comentó además que el duodeno por su poca irrigación, presenta dificultades para hacer cirugía, no así el intestino delgado, otra región difícil es el colon descendente; cada parte del tubo digestivo debe ser tratada adecuadamente. La resección debe efectuarse si no hay otro remedio, pero debe controlarse por los medios antes mencionados. Habló también específicamente de la apendicitis, la diverticulitis y de los medios diagnósticos, empezando por el examen físico, la TAC, la RM, el Doppler, la US, la laparotomía; no mencionó el uso de la laparoscopia, endoscopia o la radiografía diagnóstica, pero mencionó que la radiología intervencionista tiene grandes avances y que los radiólogos la manejan muy bien, así mismo hizo notar que el ataque radical, no reduce los problemas, sino que probablemente los empeore. Es mejor actuar a conciencia, meticulosamente, basado en evidencias y respaldado con conocimientos y experiencia. Recomendó no hacer anastomosis en procesos infecciosos, hay que evitar la hipotermia, en caso necesario usar el cierre temporal, como la bolsa de Bogotá, esponjas y succión. Hay que evitar la septicemia y la temible coagulopatía, que son procesos muy peligrosos y de alta mortalidad, es indispensable llevar registros como el APACHE.

En el salón Teotihuacán el 3 de noviembre y como última conferencia nuestro Presidente el Dr. A. Jesús Vega Malagón dio una amplia conferencia con los resultados del III Encuentro de Cirujanos «Liderazgo en Cirugía».

Este encuentro se realizó en la Misión San Gil, de Querétaro, en esta reunión se trabajó arduamente con ponencias de alta calidad, todas de tipo político-administrativo, de enseñanza, y de problemas socioeconómicos y médico-legales, relacionados con el liderazgo en cirugía.

El Dr. Vega en su conferencia presentó imágenes de grandes cirujanos, entre los que pudimos ver a: Halsted, Ranson, Dudrik, Pérez García, Díaz Giménez, Fernández Hidalgo, Ize Lamache, Arenas, Jesús Tapia, Antonio Carrasco, Gutiérrez Samperio, Lilia Cote, Graciela Zermeno y muchos otros. Seguidamente habló de la transición demográfica que está sufriendo el país y cómo va cambiando la pirámide poblacional. Dijo que tenemos un

313% de crecimiento y de cómo las personas de más de 61 años han subido su porcentaje y los de 20 a 50 lo han bajado, por lo que la patología dominante también está cambiando, el número de consultas sube y empieza a haber un déficit de quirófanos y camas para una intervención quirúrgica corta, hospitalización y alta hospitalaria. Esto se traduce en un exceso de trabajo, menos remuneración y se extiende como un cáncer la falta de ética.

Por otro lado, los estudiantes de medicina, cada vez son menos y con oportunidades más reducidas para hacer una especialidad, porque aunque hay más trabajo las instituciones bajan la oferta de plazas. Los médicos estamos mal distribuidos, porque las regiones del país que más nos necesitan son muy pobres y no pueden satisfacer nuestras necesidades, tanto familiares como científicas. Así vivimos con exceso de trabajo, varias «chambas» algunas no médicas, pérdida de la autonomía, pérdida de la comunicación con el paciente, con el consecuente aumento de las demandas en la medicina, lo que necesariamente trae aumento en la medicina defensiva y consecuente desperdicio de recursos. Hace falta mayor capacitación, mayor educación médica continua y trabajo comunitario.

La AMCG para mejorar todo este proceso se certificó en esta administración con el ISO 9001:200, para dar la mejor atención al cirujano socio y en lo posible al no socio, por lo que somos una Asociación comprometida a brindar servicios de calidad con eficiencia, orientados a la satisfacción de las necesidades de los cirujanos generales, a través de promover la mejora continua en las actividades de nuestra organización para obtener la actualización médico-quirúrgica permanente. Lo que permite a la AMCG promover los valores con el ejemplo. Se calcula que, en nuestro país hay sobre 10,000 cirujanos, los que tienen cédula de especialista son 8,000, certificados hay 5,500 y miembros de la AMCG 2,600.

Tenemos el reto de adaptarnos a los cambios científicos y demográficos, atraer al mayor número de cirujanos con cédula de especialidad, para poder así mejorar científica y moralmente mediante una excelente atención y satisfacción del socio. También cumplir con el decálogo de la atención al Cirujano General con la promoción de las habilidades, Congresos, Reuniones y enarbolar la bandera de la cirugía como un Arte y una Ciencia.

Es preciso que el entrenamiento de nuestros residentes, sea durante los dos primeros años en hospitales de segundo nivel y el tercer año, en hospitales de tercer nivel.

Terminó su excelente conferencia diciendo: «Unirnos es el comienzo, pero mantenernos unidos es más importante»

Semblanza del Dr. Jorge Cervantes

XXX Congreso Internacional de Cirugía General Acapulco, Gro.

Dr. Ricardo F. González Fisher

*Son cuatro las condiciones necesarias para ser cirujano:
En primer lugar debe ser instruido, en segundo experto, en
tercero ingenioso y en cuarto capaz de adaptarse...
Que sea firme ante lo cierto y temeroso ante el peligro...
Debe ser amable con el enfermo, considerado con sus
asociados, cauto en sus pronósticos...
...que su recompensa sea de acuerdo con su trabajo, las
condiciones del paciente, la calidad del tema y su propia
dignidad...*

De Guy de Chauliac, Ars chirurgica, 1363

Hace ya varios años cuando fui designado jefe de residentes de cirugía del American British Cowdray Hospital recibí la llamada de un distinguido ortopedista quien me dijo «Ricardo, quiero felicitarte por el nombramiento pero tienes un problema, y ese problema es que te relacionan con Jorge Cervantes», me sentí halagado por el comentario, pues ser jefe de residentes en ese hospital y tener *solamente ese problema* es una gran ventaja.

Hoy he sido distinguido con una misión que entraña una enorme dificultad; presentar en pocos minutos a un hombre que se ha ganado el respeto y el cariño de sus alumnos y colegas, un cirujano con una amplia trayectoria académica y que ahora ha merecido la distinción de que este XXX Congreso Internacional de Cirugía lleve su nombre.

Hablar del Dr. Jorge Cervantes es hablar de un hombre que ha sido exitoso, y es hablar de un líder.

Tener éxito, podría definirse de muchas formas, la mayoría coinciden en que el éxito no es un destino sino la manera de andar el camino, se puede decir que el éxito resulta de aprovechar las oportunidades que la vida va ofreciendo.

A los que conocemos al Dr. Cervantes nos consta que no ha dudado en invertir tiempo y esfuerzo en su trabajo diario y en ser congruente con su concepto de honestidad. Ha desarrollado un sentimiento muy especial: se siente orgulloso de ser cirujano y lo disfruta todos los días.

La historia personal del Dr. Cervantes no es la clásica del muchacho que sale de la nada y logra triunfar con grandes

esfuerzos, más bien, es la historia de alguien quien ha sido favorecido por la vida y ha podido pagar con creces estas bendiciones.

Jorge Cervantes nació en Guasave, Sinaloa en el seno de una familia acomodada que brindaba y pedía de sus hijos dedicación, honestidad y estudio, su padre, el ingeniero Cervantes, decía «un libro diario te hará sabio» y para ello disponía del acervo de la biblioteca de la familia Cervantes Ahumada que impresionó al mismo Don José Vasconcelos durante su visita a Sinaloa en su campaña presidencial de 1929.

La vocación por el servicio y el trabajo quedan de manifiesto con Don Ignacio Borquez Zazueta con quien nuestro personaje inició una respetuosa y profunda relación desde los 12 años, trabajando para él en la industria del algodón, Don Nacho sería después su compadre y uno de sus mecenas. Finalmente, cuando llegó el momento de iniciar su carrera universitaria, el Joven Cervantes emigró a la ciudad de México para vivir bajo la guía y el techo de su tío, el Doctor en Derecho, maestro de Magistrados y Presidentes, Don Raúl Cervantes Ahumada. La vida en la segunda casa paterna también estaba llena de retos y participó en muchas de las reuniones con los más grandes pensadores, artistas y abogados de la época que visitaban la casa de la familia.

La mesa estaba puesta para que Jorge Cervantes fuera un excelente abogado, sin embargo se decidió por otra vocación, una vocación más profunda y más humana. Así, sin la influencia directa de su familia, pero poniendo en práctica lo que aprendió en casa logró distinguirse a través de su esfuerzo, dedicación y amor por su profesión.

Cervantes aprovechó su capacidad intelectual y su estilo y destacó como estudiante, siendo además favorecido con la amistad del insigne cardiólogo mexicano Don Jorge Espino Vela, quien le orientó a buscar su preparación en el extranjero, ganó una beca de la OEA, y nuevamente sus valores le llevaron a ser el primer Jefe de Residentes Mexicano del Programa de Cirugía General y Vasculard de Georgetown

Semblanza...

(Continúa de la página 12)

University en Washington, DC, en un sistema de residencias piramidales.

La proyección internacional que el Dr. Jorge Cervantes Castro ha dado a la Cirugía Mexicana no tiene precedente, ha sido presidente del Capítulo México del American College of Surgeons, miembro del Comité de Gobernadores de dicha institución, presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, de la FELAC, y del 37º Congreso Mundial de Cirugía, Vicepresidente del Consejo Mexicano de Cirugía General. Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Mundial de Cirugía.

Es miembro titular de la Academia Mexicana de Cirugía y pertenece a más de 30 agrupaciones científicas nacionales e internacionales relacionadas con la cirugía.

Ha sido también profesor invitado en los 5 continentes, ha editado dos libros, ha contribuido con 50 capítulos en libros y ha publicado más de 200 artículos en revistas de prestigio nacionales e internacionales, y hace un par de semanas recibió el merecido nombramiento de FELLOW HONORARIO del Colegio Americano de Cirujanos, distinción que pocos latinoamericanos pueden ostentar.

Para los médicos en formación que ingresamos al Hospital ABC, al principio es difícil seguirle el paso a aquel doctor que sube los escalones de dos en dos a paso veloz (porque es importante hacer ejercicio y no tiene tiempo que perder). La enseñanza surge a cada instante y con una fácil sonrisa –incluso cuando nos llama la atención– nos explica, ya sea al lado del paciente, o en la biblioteca o en sala de operaciones, sin importar el día de la semana o si la operación se realiza en altas horas de la noche. Y con paciencia orienta a los que empezamos el camino en la forma en la que habríamos de leer y de escribir nuestras primeras publicaciones, corrigiendo incluso la ortografía y gramática de las notas médicas de internos, residentes y hasta algunos jefes de servicio.

Quienes hemos tenido la fortuna de conocerlo sabemos que día a día inicia su trabajo con alegría y esto le ha permitido ganarse el respeto y reconocimiento de amigos y compañeros. El Dr. Cervantes es capaz de hacer de la adversidad una oportunidad y ha logrado formar un gran equipo.

Como formador de equipos el Dr. Cervantes ha sido líder, ha tenido la capacidad de convertir a distintos grupos de personas en equipos de trabajo que han logrado cambiar la estructura o sistema de organizaciones, esto lo ha logrado a través de la seducción – es decir a través de convencer sobre lo que es adecuado para el equipo.

Bastan algunos ejemplos: Junto con el Dr. Jaime Viso, Polo Guzmán Navarro, Manuel Leycegui, Ernesto Fernán-

dez Reyes y los residentes de Terapia Intensiva del Hospital ABC en la década de los 70 comenzó a hacer revisiones de casos, –a veces sólo con tres o cuatro participantes–, esas sesiones ahora se celebran todos los jueves en el hospital y el auditorio se ve colmado por médicos de diferentes especialidades y etapas de formación.

Por otra parte, ha demostrado su compromiso con el lugar donde ha forjado su patrimonio, y ante la posible crisis que significaba para el Hospital ABC el desarrollo de nuevos hospitales privados en la ciudad de México, el Dr. Cervantes tomó la iniciativa de dirigir una campaña para obtención de fondos para la remodelación del hospital, dedicando tiempo y comprometiendo a sus amigos –y otros no tanto– a donar fuertes sumas de dinero para la consecución del sueño.

Así podemos hablar de su influencia en el internado de pregrado, las residencias de especialidad, la Asociación Mexicana de Cirugía General, el Consejo de Cirugía, el Capítulo México del Colegio Americano de Cirujanos y otras agrupaciones de las que ha formado parte.

En el campo personal el Dr. Cervantes también es un modelo a seguir, muchos de los que estamos aquí decidimos ser cirujanos gracias al ejemplo de «Súper Cervantes», en los pasillos del hospital había quien incluso practicaba la forma de andar del doctor o la postura de su espalda «que se había hecho así debido a tantas y tantas horas de trabajo en el quirófano», posteriormente, al tomar las riendas del curso de especialización en cirugía nuevamente imprime su estilo, con el apoyo de Carlos Peralta forma la primera cátedra de cirugía y obtiene apoyo económico para invertir en la formación de los residentes, consigue intercambios en el extranjero y con gran dedicación y cariño logra formar generaciones de cirujanos que obtienen lugares importantes en el examen de certificación por el Consejo Mexicano de Cirugía General, hasta ahora se puede decir que no ha habido un residente de cirugía de este Curso que no haya sido aprobado en el examen del Consejo.

En el ámbito familiar también ha demostrado su orgullo, nos ha contado sobre la forma en la que se enamoró «a primera vista» de su esposa, Lucero a quien perseguía en la bicicleta siendo ella una niña, este amor ha perdurado; como ejemplo baste decir que hace algunos años, durante la organización del Congreso de Cirugía en la ciudad de México el Dr. Cervantes se desvió al Hotel María Isabel y pidió que le permitieran subir a la habitación donde había pasado su noche de bodas, para después llamar a su esposa en el celular y contarle cómo pensaba en ella.

Semblanza...

(Continúa de la página 13)

Es un padre orgulloso de 5 hijos, todos exitosos profesionistas –la manzana no cae lejos del árbol– y ahora es abuelo de una docena de nietos, seguramente viaja un álbum fotográfico con él, ya que no han de caber en su cartera las fotos de todos ellos.

Existen más anécdotas, historias y logros del Dr. Cervantes, pero me gustaría terminar con un fragmento de un artículo que el Dr. John Morton escribió el mismo año en que el Dr. Cervantes ingresó a la Facultad de Medicina y que pudiera aplicar perfectamente para describirlo.

Los atributos que debe poseer un maestro o jefe de cirugía:

Debe nacer de padres que crean, practiquen y le enseñen el valor de las virtudes añejas; honestidad en el trato con sus compañeros, Espíritu Cristiano –no hacer a otros lo que no queremos que nos hagan a nosotros–, entendimiento – reconocer otros puntos de vista–, juicio – a través de sopesar la evidencia, empatía – capacidad de comprender el comportamiento de las personas, sobre todo ante la enfermedad, el valor del trabajo –cumplir con lo que lo corresponde–, el valor del juego para evitar ser parcial, sentido del humor – para ayudar en momentos difíciles, autocontrol –signo de madurez y consideración por los demás. Debe ser un buen maestro con la capacidad de presentar la información en términos simples basados en la experiencia, conocimiento, amplia lectura y la habilidad de separar el trigo de la paja, debe mantener y despertar interés, estimular la curiosidad y hacer que sus alumnos piensen por sí mismos. Su personalidad debe ser cálida. No se requiere de «Todo un carácter» o un showman, pero el frío estadístico en mortal. Debe enseñar

con el ejemplo, gentileza, empatía y firmeza cuando sea necesario. Debe ser comprensivo y comedido. Debe aprender de y corregir sus propios errores e impresiones, será estudiante con sus alumnos. Veraz y humilde por la oportunidad de servir y no vano por la posición. Se entregará en tiempo, consejos y ayuda. Su puerta siempre estará abierta. Su vida personal será impecable, evitará prejuicios, envidia, avaricia y reacciones infantiles, estará por encima de adulaciones y caminará en la senda de la verdad.

John Morton, «Surgical Philosophy», *Surgery* 44: 927, 1958

Dr. Cervantes:

Quiero hacer público mi agradecimiento por todas sus enseñanzas y por haberme brindado la oportunidad de formarme bajo su tutela.

Trataré siempre de ser digno de mi profesión y siempre lo recordaré con mucho cariño y admiración.



Dr. Jorge Cervantes y Fidel Castro.



Dr. Jorge Cervantes y Mijaíl Gorbachov.



Dr. Jorge Cervantes y el Presidente William J. Clinton.

Mensaje de bienvenida por el Presidente

XXX Congreso Internacional de Cirugía General

«Dr. Jorge Cervantes»

Acapulco 2006

«Un lugar para aprender, disfrutar y convivir»

30 de octubre de 2006

Estimados Congresistas
Distinguidos Acompañantes
Señoras y Señores
Amigos todos:

Me es altamente honroso y satisfactorio, dar la más cordial bienvenida al *XXX Congreso Internacional de Cirugía General, «Dr. Jorge Cervantes», Acapulco 2006: «Un lugar para aprender, disfrutar y convivir»*. Lo que parecía un sueño, es ahora una realidad, los frutos del trabajo de dos años, la dedicación en tiempo, entusiasmo y entrega, por un magnífico y desinteresado equipo de trabajo, se ven ahora recompensados con este magno evento que congrega a la comunidad quirúrgica del país, más cuando se honra y se reconoce la trayectoria de un cirujano, pero sobre todo, la de un compañero y amigo, como es el Dr. Jorge Cervantes.

Como saben, establecí la Misión de «*Escuchar y trabajar con todos y para todos, dignificar la cirugía general en el país y mejorar las condiciones del cirujano*», con el objetivo de alcanzar dentro de ese proceso continuo que significa la capacitación, actualización y adquisición de nuevas habilidades y destrezas, *la Cirugía Basada en la Excelencia*. Nuestro compromiso fue «*Trabajar para servir al cirujano y estar al pendiente de todos y de todo, siempre con sentido humano*». Tengo la certeza de haber cumplido por la intensidad del trabajo que se desarrolló, pero también estoy consciente que el tiempo fue insuficiente para concluir todos los proyectos que se iniciaron, pero el éxito, es una jornada continua, que involucra al pasado, presente y futuro de nuestras organizaciones y no sólo a las personas en tiempo presente. Sé que se pudo fallar por encima de nuestra capacidad, pero jamás por el deseo y la entrega para trabajar y servir. En toda la gestión se aplicó la cultura del esfuerzo y del trabajo, con la pincelada de inteligencia que le aplicaron ustedes, que nos da la satisfacción de haber superado las expectativas que en principio se tuvieron, que se reflejan por los logros que se alcanzaron y la tranquili-

dad que otorga el deber de cumplir. Ahora el compromiso de nuestras organizaciones es mayor, porque estamos Certificados con el ISO 9001 – 2000 en los procesos de Atención al Socio, Educación Médico-Quirúrgica y Gestión de Recursos; esta Certificación se tiene que reflejar en las estrategias que se implementen para beneficio de los Socios, de los cirujanos en el país y la sociedad mexicana.

Agradezco en todo lo que vale la asistencia de todos ustedes, porque la participación activa de los agremiados y los no agremiados, es lo que fortalece a las organizaciones. Se preparó un programa académico de acuerdo a las preferencias y tendencias profesionales de todos ustedes, que amablemente nos manifestaron a través de las diferentes vías de comunicación, con un enfoque multidisciplinario, extenso y con aplicación teórica y práctica en el desempeño médico-quirúrgico cotidiano, independiente del área geográfica, asistencial y educativa, porque la cirugía general es un todo, es la madre de todas las subespecialidades quirúrgicas y es más grande que la suma de todas sus partes, de tal manera que tendremos la oportunidad de seleccionar los contenidos temáticos y aprovechar al máximo nuestra asistencia, que se refleje en un aprendizaje significativo para una mejora continua en la atención médica y quirúrgica, de calidad y con calidez; por ello, reciban mi sincera felicitación, porque destinar recursos humanos y materiales en la educación y para la salud, es la mejor inversión individual y colectiva para el futuro, que permita un crecimiento armónico, con equidad, alto compromiso social, respeto a la dignidad humana y preservación del medio ambiente, para mejorar la salud de los mexicanos.

El grupo de profesores extranjeros que se invitaron y aceptaron venir a Acapulco 2006, a compartir sus conocimientos y experiencias, son verdaderos líderes de la cirugía en el mundo, cada uno en sus respectivas áreas; de tal manera, que tendremos la oportunidad de intercambiar ideas, conceptos y experiencias personales e institucionales, por lo que habrá que aprovechar la oportunidad de interactuar con cada uno de ellos. Así mismo, habrá la cirugía por telepresencia, en la cual

Mensaje...

(Continúa de la página 15)

también, podremos interactuar con los cirujanos y profesores que se encontrarán en otras partes del mundo, como China, Francia, Alemania, etc. realizando intervenciones quirúrgicas. El grupo de profesores nacionales fue seleccionado a propuesta de los Colegios Estatales y Sociedades Incorporadas, tomando en cuenta su capacidad, experiencia y área geográfica; estoy seguro, que el conocimiento, experiencia y deseo de participar, no se encuentra sólo en las grandes ciudades. La participación para presentar trabajos de investigación, ya sea en cualquiera de sus modalidades, fue bastante numerosa, lo que denota el deseo de superación de los cirujanos de todo el país, al someter su trabajo a una evaluación imparcial y exponerse a la crítica, con la seguridad de la calidad en la atención quirúrgica que proporcionan.

Igualmente, los invito a participar en las diferentes sesiones programadas, que no necesariamente son académicas, pero sí de gran trascendencia y significado para el Congreso y cada uno de nosotros, como es esta Ceremonia Inaugural, con la distinguida presencia de tan importantes autoridades, las recién Ceremonias de Ingreso a Nuevos Socios, Reconocimiento a Cirujanos Distinguidos de cada estado, Nombramiento de Socios Honorarios y la sesión que fue denominada como el Primer Encuentro Médico/Paciente: Tu Médico-Tu amigo, orientada a la población; próximamente, la presentación de libros escritos por compañeros Socios, la Asamblea Ordinaria de nuestras organizaciones y la Ceremonia de Clausura, en la cual, se entregará la Medalla «Felipe Zaldívar» al Honorable Cirujano Dr. Enrique Fernández Hidalgo, máximo reconocimiento nacional a un cirujano. Además, en ella informaré los resultados del Congreso y el Dr.

Ignacio Magaña Sánchez, ya como Presidente, nombrará a la nueva Mesa Directiva y rendirán la protesta de ley. Muy importante mencionar que en esta Ceremonia habrá la rifa de dos automóviles donados por el gobierno del estado, *uno se rifará entre los Socios al corriente de sus anualidades y el otro entre los Socios y no Socios inscritos al Congreso.*

La exposición comercial estará muy atractiva por la gran participación de la industria farmacéutica y técnica, que mostrará los últimos adelantos científicos y tecnológicos de apoyo al cirujano y actividades sociales específicas de cada una de ellas. Mi profundo agradecimiento para todos quienes participan en la exposición comercial, sabemos que nos necesitamos mutuamente y el trabajo en equipo es fundamental para beneficio de todos.

Mi agradecimiento y reconocimiento muy especial para el Gobierno del Estado, Gobierno Municipal, Centro Internacional Acapulco, este último representado por el Sr. Lic. Miguel Ángel Soberanis Noguera, Organizaciones de Hoteles y Restaurantes y demás grupos y equipos que de alguna forma han participado en la organización; no me queda duda, que su apoyo y colaboración invaluable, son fundamentales para el éxito de nuestro Congreso.

Espero que disfruten en compañía de su apreciable familia estos días en ACAPULCO 2006: «Un lugar para aprender, disfrutar y convivir»; los felicito por su deseo de superación a través de la Educación Médico-Quirúrgica Continua y *les reitero mi compromiso de continuar trabajando para servir al cirujano.*

ATENTAMENTE
Dr. A. Jesús Vega Malagón

Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato

Reseña del VII Congreso de Cirugía General

«Dr. Jesús Tapia Jurado»

Dr. J. Dolores Velázquez Mendoza

En el estado de Guanajuato, cuna de la independencia se llevó a cabo el VII Congreso de Cirugía General los días 27, 28 y 29 de septiembre de 2006 teniendo como sede el Auditorio del Hospital Militar Regional de Irapuato.

En el marco del VII Congreso de Cirugía General, el Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato rinde un homenaje al **Doctor Jesús Tapia Jurado** por su destacada trayectoria médica y académica, este Congreso llevó el nombre del Dr.

Colegio...

(Continúa de la página 16)

Jesús Tapia Jurado como un reconocimiento a su amplia trayectoria dentro de la cirugía general.

La ceremonia de inauguración se realizó el día 27 de septiembre de 2006 teniendo como maestro de ceremonias al Dr. J. Dolores Velázquez Mendoza, y en la mesa del presidium tuvimos al homenajeado de este Congreso, al Dr. Jesús Tapia Jurado, ex-presidente de la AMCG; al Dr. José Luis Romero Martínez, miembro de la AMCG y maestro de la Universidad Autónoma de Querétaro; al General Brigadier M.C. Alfredo I. Sosa Lechuga, Director del Hospital Militar Regional de Irapuato; al Gral. Brigadier Ingeniero Felipe Ramírez Gómez, Jefe Regional del Servicio de Transmisiones de la XII Región Militar en representación del Gral. de División Diplomado del Estado Mayor Manuel García Ruiz, Comandante de la XII Región Militar y al Dr. José Luis Barrera Gómez, Presidente del Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato.

Dio inicio la ceremonia de inauguración con las palabras de bienvenida por parte del Dr. José Luis Barrera Gómez y se procede a la lectura de la semblanza del Dr. Jesús Tapia Jurado.

El Dr. Jesús Tapia Jurado nació en la bella ciudad de los palacios, México, Distrito Federal un día 28 de septiembre de 1946, casado con la Sra. Blanca Estela Amador de Tapia, padre de cuatro hijos, Blanquita, Dulce, Jesús y la pequeña Pílla.

El Dr. Jesús Tapia cursó la preparatoria en la antigua escuela de San Ildefonso. Estudió medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (65-70). Le tocó vivir muy de cerca el movimiento del 68, con una huelga prolongada, afectando la continuidad de las clases en la UNAM, sin embargo él prefirió hacer guardias en la Cruz Roja Mexicana. Además hacía guardias en el Hospital Dalinde, donde profesores como el maestro Hasbach le fueron reforzando el gusto por la cirugía y el manejo del paciente grave.

Al término de los estudios de licenciatura en medicina realizó su Servicio Social en Loreto, Baja California Sur, en donde conoció a su futura esposa, la Sra. Blanca Estela Amador Rubio con quien contrajo nupcias 4 años después.

Terminados sus estudios de pregrado, llevó cursos en la Universidad de Miami, después regresó a México D.F. para realizar la especialidad de Cirugía General en el Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS (HGCMN). Ahí adquirió un interés particular por el paciente quirúrgico grave y con gran deterioro nutricional, lo cual propició su desarrollo como uno de los pioneros del Apoyo Nutricional en la República Mexicana.

Terminó la especialidad en Cirugía General el 28 de febrero de 1978, después realizó un curso de un año de Nutrición Parenteral en el Paciente Quirúrgico, se certificó por el Consejo Mexicano de Cirugía General en 1978, recertificándose en varias ocasiones teniendo vigencia hasta el año 2008.

Al terminar la especialidad de cirugía general recibió el nombramiento de Cirujano adscrito al Servicio de Cirugía Gastrointestinal en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS de marzo de 78 a julio de 93, después ocupó el puesto de Jefe de Servicio de Apoyo Nutricional Quirúrgico hasta su jubilación en mayo de 2001, en la actualidad se dedica a la Práctica Privada en el Hospital Ángeles Metropolitano.

Ha participado activamente en sociedades médicas relacionadas con la nutrición, ocupando puestos importantes en dichas instituciones, fue Secretario de la FELANPE (Federación Latinoamericana de Nutrición Parenteral y Enteral) y Presidente de la Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa.

Ha participado en múltiples reuniones nacionales e internacionales, ha asistido a más de 100 cursos de postgrado y ha impartido más de 500 ponencias por invitación a nivel nacional e internacional. Ha sido sinodal de examen profesional y de certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General en múltiples ocasiones. Es Consejero del Consejo Mexicano de Cirugía General por el DF.

Es integrante del Comité de Editores Responsables de las Clínicas Quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. El año pasado editó su libro Manual de Procedimientos Médico-Quirúrgicos para el Médico General, participó como co-editor del Tratado de Cirugía General, fue revisor técnico del libro Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de Way Lawrence y Doherty Gerard. Su interés por difundir los conocimientos quirúrgicos lo han llevado a participar en más de 20 capítulos de libros quirúrgicos y de nutrición.

Ha investigado y publicado a nivel nacional e internacional sobre cirugía, nutrición y docencia, contando en el momento con más de 50 investigaciones publicadas. Además se ha capacitado como Perito Profesional en el Colegio de Postgraduados de Cirugía General.

Es Miembro de la Academia Mexicana de Cirugía desde 1997 y del American College of Surgeons desde 1988. Fue Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General, en el periodo 2002-2003, en cuya gestión tuvo el mérito de lograr la creación del Colegio de Postgraduados de Cirugía General. Pertenece a 12 Sociedades Científicas nacionales e internacionales.

Colegio...

(Continúa de la página 17)

Actualmente se encuentra dedicado a la enseñanza en la Facultad de Medicina de la UNAM como Docente e Investigador en el Departamento de Cirugía y participa con gran entusiasmo en los ajustes a la educación del pregrado y postgrado en el área de la cirugía, desarrolla líneas de investigación sobre sepsis abdominal e intestino corto, videos sobre cirugía endoscópica básica y desarrollos tecnológicos en obesidad y para adquirir habilidades en puntos y suturas. Además, maneja un grupo de estudiantes del pregrado a quienes les imparte cirugía I con la modalidad de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y Medicina Basada en Evidencias.

El Dr. Jesús Tapia Jurado tiene una vasta trayectoria como cirujano, investigador, docente, con espíritu de liderazgo en la educación quirúrgica en México, afable y de buen carácter siempre ha mostrado su aprecio y predilección por Guanajuato, ya que nos ha acompañado en múltiples Congresos como conferencista.

El Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato, se congratula en brindarle un reconocimiento por tantos logros profesionales, poniendo su nombre al VII Congreso de Cirugía «**Dr. Jesús Tapia Jurado**» y además considerarlo como socio honorario del Colegio de Cirugía.

Todos los integrantes del Colegio estamos orgullosos de rendirle este merecido homenaje, hacerle patente que tiene nuestra admiración, y sobre todo manifestarle que tiene un amigo en cada uno de nosotros.

¡FELICIDADES DR. TAPIA JURADO!

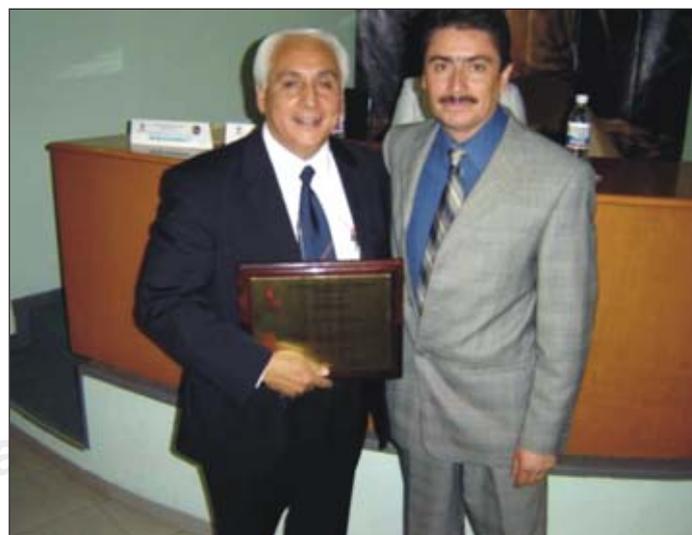
Enseguida se le hace entrega al Dr. Jesús Tapia Jurado de una placa como homenajeado; a continuación el Dr. Tapia Jurado toma la palabra, diciendo: agradezco profundamente el honor inmerecido hacia mi persona, agradezco a los organizadores de este Congreso, al Dr. José Luis Barrera Gómez y al Dr. J. Dolores Velázquez Mendoza, agradezco a mi esposa y a mis hijos todo el apoyo que me han brindado para llevar a cabo esta carrera que tantas satisfacciones me ha dado, mis más grandes satisfacciones son estas tres veneras; una de la Academia Mexicana de Cirugía, otra por la presidencia de la Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa y la otra por la presidencia de la Asociación Mexicana de Cirugía General y mi orgullo es continuar laborando en mi amada Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, preparando nuevas generaciones de Médicos.

Finalmente se declaró formalmente inaugurado el VII Congreso por el Gral. Brigadier Ing., Felipe Ramírez Gómez.

En el área académica, dio inicio con el módulo de trauma en la que tuvimos la participación del Dr. Alfredo Vicensio Tovar, del Dr. José Luis Romero Martínez, en el cual comentaron magistralmente el estado actual del manejo y tratamiento de las lesiones perforantes del colon, de las lesiones hepáticas, esplénicas y sobre todo las lesiones traumáticas desafiantes de la práctica quirúrgica.



Ceremonia de inauguración VII Congreso de Cirugía en honor del Dr. Jesús Tapia Jurado.



Dr. Jesús Tapia Jurado recibiendo placa de reconocimiento por el Dr. José Luis Barrera Gómez Presidente de CCEG.

Colegio...

(Continúa de la página 18)

ca. En el módulo de Conceptos Generales, el Dr. Jesús Tapia Jurado hizo un análisis del estado actual del cirujano en México, dio una conferencia sobre la sepsis y las escalas predictivas, se presentaron otros temas como el manejo de la pancreatitis aguda severa, cuándo intervenir quirúrgicamente; el Dr. Francisco Domínguez

Garbaldi, dio una conferencia sobre lesiones de la vía biliar; el Dr. Francisco Javier Shiordia Puente y el Dr. Gil Musan analizaron con toda amplitud los conceptos actuales del reflujo gastroesofágico, su diagnóstico, manejo y complicaciones; el Dr. Samuel Fuentes del Toro impartió una conferencia sobre Trombosis Venosa Profunda y Embolia Pulmonar indicando los análisis y conclusiones del consenso nacional.

En el área de cirugía de mínimo acceso destacó la presencia del Dr. Víctor Hugo Guerrero Guerrero y del Dr. José Humberto Vázquez Sanders,

El Dr. Humberto Arenas Márquez impartió la Conferencia Magistral sobre la Seguridad en el Paciente Quirúrgico.

El Dr. Fernando M Saldívar habló sobre las actualidades en la cirugía de tiroides y el Dr. Agustín Luna Tovar expuso su tema sobre cirugía de control de daños, síndrome compartamental y las indicaciones sobre toracotomía de urgencias y finalmente el tema sobre pie diabético fue analizado ampliamente por el Dr. Luis Daniel Torres, Dr. César Iglesias Castañeda, Dr. Valente Guerrero y el Dr. Ernesto Aldett Lee.

Concluyendo con el Programa Académico se efectuó la clausura del VII Congreso «Dr. Jesús Tapia Jurado» organizado por el Colegio de Cirugía del Estado de Guanajuato cumpliendo con las expectativas y metas impuestas.



Dr. Jesús Tapia Jurado y su esposa Blanca Estela con el Dr. J. Dolores Velázquez Mendoza y su esposa Romy Morales.



De izquierda a derecha: Dr. Francisco Javier Shiordia Puente, Dr. Gil Musan, Dr. J. Dolores Velázquez, Dr. Samuel Fuentes del Toro, Dr. J. Humberto Vázquez Sanders.



De izquierda a derecha: Dr. Regalado Albejar, Dr. Luis Barajas, Dr. Sergio Villalobos, Dr. Humberto Arenas Márquez, Dr. J. Dolores Velázquez, Dr. J. Luis Barrera.



Semblanza

General de División Médico Cirujano José Octavio Ruiz Speare

**Dr. Ignacio Magaña Sánchez y
Dr. Héctor F. Noyola Villalobos**

El Dr. José Octavio Ruiz Speare, nació en Real del Monte, Hidalgo el 19 de noviembre de 1941, hijo del Sr. Florentino Ruiz Ororoz y de la Sra. Adelina Speare Trejo, desde muy pequeño su familia se trasladó a la Ciudad de México donde cursó la educación primaria y secundaria en la Escuela Fray Junípero Sierra y posteriormente el bachillerato en el Centro Universitario México, sitio donde tuvo un desempeño académico destacado, graduándose con mención Honorífica. Realizó sus estudios de Medicina en la Escuela Médico Militar de 1959 a 1964. En la Escuela Médico Militar destacó desde los primeros años por su brillante desempeño académico y por su gran capacidad de liderazgo, obteniendo siempre el primer o segundo lugar de calificaciones durante los seis años de la carrera, lo que le permitió desde entonces tener contacto con los Presidentes de la República al ser merecedor de la entrega de reconocimientos por su desempeño académico.

Se graduó como Mayor Médico Cirujano el 1º de enero de 1965, pasando a realizar la residencia Rotatoria y Residencia de Cirugía General de 1965 a 1968. Durante este periodo se caracterizó por su buen juicio clínico, su gran capacidad de decisión y liderazgo y su pulcritud en las salas de operaciones, características que lo llevaron a ganar por oposición el cargo de Jefe de Residentes de Cirugía de septiembre de 1968 a abril de 1969. Nuevamente su tenacidad e inquietud lo llevaron por buen camino y en mayo de 1969 se trasladó a los Estados Unidos donde realizó de 1969 a 1973 la Residencia en Cirugía General, Inmunología y Trasplante de Órganos en el Hospital de la Universidad de Minnesota en Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de Norteamérica. Es ahí donde el Dr. Octavio Ruiz conoce a su «maestro» el Dr. Richard C. Lillehei, de quien aprendió además de los conocimientos y destrezas y conocimientos quirúrgicos el buen trato hacia los pacientes, familiares y compañeros de trabajo. Es en Minnesota también donde el Dr. Ruiz aprende lo que sería uno de los principales focos de su atención en su carrera médica: El trasplante de órganos.

A su regreso a México, se incorpora al Departamento de Cirugía del Hospital Central Militar en marzo de 1973 y hasta diciembre de 1988. En el Hospital Central Militar ocupó los cargos de: Cirujano adscrito (1973-1988), Jefe de la Unidad de Trasplante Renal (1974-1988) y Jefe de Enseñanza e Investigación de 1979 a 1982. En diciembre de 1988 y hasta diciembre de 1994 ocupó La Dirección del Centro Hospitalario del Estado Mayor Presidencial. Simultáneamente fue el encargado del Programa de Trasplantes del Instituto Nacional de Pediatría de marzo de 1973 a diciembre de 1994. Durante todo este tiempo de labor académica y profesional institucional, el Dr. Ruiz Speare mostró una gran capacidad de trabajo al igual que un amor indescriptible hacia la enseñanza, lo que lo llevó a estar rodeado siempre de residentes que querían estar cerca de él para poder llegar a operar igual que «El Maestro». Es precisamente esa gran capacidad de trabajo la que lo llevó además a destacar en la medicina privada tanto en Cirugía General como en Trasplante de Órganos, siendo su «Centro de Operaciones» el Hospital ABC de la Ciudad de México.

El Dr. Ruiz ha sido líder en tres campos de la cirugía en el País: El Trasplante de Órganos, la Cirugía de Trauma y la Educación Quirúrgica, a nivel Institucional en el Hospital Central Militar y en el Instituto Nacional de Pediatría y a nivel privado en el Centro Médico ABC, donde ha sido el Jefe del Servicio de Trasplantes de 1976 a la fecha, y es autor de dos libros acerca de trasplante de órganos, siendo el primero de ellos en 1988 el primer libro de trasplantes publicado en idioma castellano, lo que lo hizo merecedor del premio «Juan Pablo» a la mejor edición Médica en México 1989. El segundo campo de interés ha sido la Cirugía de Trauma, fue el fundador a nivel Nacional de los Cursos de ATLS en 1987 (a la fecha se han dado más de 2,000 cursos en el país) y ha ocupado los principales puestos directivos del Colegio Americano de Cirujanos Capítulo México. Respecto a la educación, además de haber formado a un sinnúmero de cirujanos es director del Curso de Educación y Liderazgo para Médicos.

Semblanza...

(Continúa de la página 20)

La Carrera Militar del Dr. Ruiz ha sido sobresaliente, obteniendo en la Escuela Médico Militar el más alto grado (sargento 1º de cadetes) y en su carrera profesional el grado de General de División Médico Cirujano, además de haber obtenido las siguientes condecoraciones militares:

- Diploma y Condecoración de 5ª Clase de Perseverancia por 10 años de Servicio
- Diploma y Condecoración de 4ª Clase de Perseverancia por 15 años de Servicio
- Diploma y Condecoración de 3ª Clase de Perseverancia por 20 años de Servicio
- Diploma y Condecoración de 2ª Clase de Perseverancia por 25 años de Servicio
- Diploma y Condecoración de 1ª Clase de Perseverancia por 30 años de Servicio
- Diploma y Condecoración de «Mérito Docente», Escuela Militar de Graduados de Sanidad
- Mención Honorífica por el trabajo presentado ante el Colegio Americano de Cirujanos en Vancouver, Canadá, 1990 «The open abdomen on the septic patient following trauma»
- Diploma y condecoración de Perseverancia especial por 35 años de Servicio
- Condecoración de «Servicios Distinguidos», 1993
- Diploma y Condecoración al «Mérito Técnico» 20 de noviembre de 1994
- Diploma y Condecoración al «Mérito Militar» el 20 de noviembre de 1998
- Diploma y Condecoración de Perseverancia Extraordinaria por 40 años de Servicio

La labor académico/docente del Dr. Ruiz Speare lo ha hecho formar parte de las siguientes Sociedades Médicas:

- Asociación Mexicana de Cirugía General
- Colegio de Postgraduados en Cirugía General
- Academia Mexicana de Cirugía
- American College of Surgeons
Presidente del Capítulo México 1983-1985
Gobernador del Capítulo México 1999-2005
- Lillehey Surgical Society
- Asociación Mexicana de Gastroenterología
- Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva
- International Microsurgery Society
- Asociación Mexicana de Cirugía Experimental
- Asociación Médica del Hospital ABC
- Asociación Mexicana de Histocompatibilidad y Trasplantes
- Colegio Nacional de Médicos Militares
- Consejo Nacional de Trasplantes de Órganos y Tejidos Humanos
- Consejo Mexicano de Cirugía General
- Colegio Mexicano de Cirujanos Militares

Apasionado de la escritura, el Dr. Ruiz Speare ha colaborado en diversas publicaciones a nivel nacional e internacio-



Dr. J. Octavio Ruiz Speare y el Presidente Adolfo López Mateos



General de División Dr. J. Octavio Ruiz Speare

Semblanza...

(Continúa de la página 21)

nal, lo que lo ha llevado a escribir 82 artículos, ser autor de 8 libros y coautor en 9 libros publicados:

- Trasplante de Órganos 1ª Edición 1988
- Trasplante de Órganos 2ª Edición 1999
- Cirugía Sudor y Lágrimas 1999
- Trasplante, Humanismo y Sociedad 1999
- Cirugía, Sudor y Lágrimas II, 2001
- Aprenda Medicina Sonriendo 2002
- Los 20 problemas más frecuentes en Cirugía 2006
- Heridas por proyectil de arma de fuego 2006

Obviamente al ser un destacado cirujano, ha sido invitado a participar como profesor en diversos congresos nacionales y en el extranjero, habiendo impartido más de 550 conferencias acerca de los campos en los que es experto: trasplante, trauma, educación y cirugía general.

Si el aspecto profesional del Dr. Octavio Ruiz es muy destacado, no podemos olvidar la otra parte de su vida en la cual también ha sido muy afortunado: su familia, formada por su esposa Olguita, y sus tres hijos: Olga, Gaby y Octavio. El Dr. Ruiz ha sabido dividir su tiempo y dedicación para ser un triunfador en su vida militar, profesional y familiar y ha heredado junto con su esposa esa gran capacidad de liderazgo a sus hijos y nietos.

Si pudiéramos resumir la vida del Dr. Ruiz en tres palabras diríamos que el General de División Octavio Ruiz Speare es un gran: Líder, Compañero y Amigo.



Premios: Trauma Achievement Award (Boston 1995)
ATLS Meritorius Award (Washington D.C. 1999)
Committee on Trauma, American College of Surgeons



Dr. Ruiz Speare y el Papa Juan Pablo II



Octavio Paz y el Dr. J. Octavio Ruiz Speare

Mensaje del Dr. Ignacio Magaña Sánchez en la toma de posesión como Presidente Asociación Mexicana de Cirugía General Colegio de Postgraduados en Cirugía General

Estimados compañeros:

La Asociación Mexicana de Cirugía General ha alcanzado su vida adulta, 33 años de trabajo intenso de todos sus agremiados bajo la firme conducción de todos y cada uno de sus expresidentes la han colocado a la vanguardia y como modelo para muchas organizaciones médicas del país. El cambio permanente en todos los ámbitos de la vida nos han llevado a la formación del Colegio de Especialistas en Cirugía General y finalmente a la Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General, única legalmente establecida en el país.

Hace un año tuve el privilegio de haber sido elegido por ustedes para dirigir nuestros trabajos y consolidar el esfuerzo desplegado durante todo este tiempo; al presentar a ustedes mi plan de trabajo, lo basé en cuatro *objetivos principales*: Consolidar nuestra federación, fomentar el ingreso de nuevos socios participando en su proceso de certificación y asegurar la permanente actualización de todos nuestros socios. A éstos he agregado uno nuevo: brindar las mejores condiciones de atención a los socios en todos los aspectos.

Con esa idea nuestro *plan de trabajo* se implementó, teniendo como fundamento básico establecer un proceso que asegure la calidad total en todas nuestras actividades, proceso que afortunadamente el Dr. Jesús Vega Malagón por su parte y de manera independiente ya tenía en mente y que con todo éxito se ha iniciado este año bajo la dirección de la Dra. Angélica González que permitió de manera brillante obtener el reconocimiento ISO 9001-2000; fue un trabajo arduo, difícil, áspero, muy cansado pero que finalmente llegó a feliz término al obtener la mencionada certificación. El compromiso ahora es difundirlo a lo largo del país y lograr establecer un *Programa Nacional de Calidad en Cirugía*; ese es ahora nuestro trabajo, además de estandarizarlo a todo lo largo del país.

Se han iniciado contactos para obtener un asesoramiento para lograr ese objetivo en las mejores condiciones; a pesar del esfuerzo realizado queda aún mucho que hacer para *consolidar nuestra Federación*, a la fecha contamos ya con Colegios y Asociaciones debidamente incorporadas y algunas pendientes de completar los requisitos para hacerlos,

pero aún tenemos el resto de las mismas que por diversas razones no han logrado consolidar el proceso, algunas incluso sin poder iniciarlo. Debemos y de hecho enfocaremos nuestro máximo esfuerzo para resolver esos problemas y terminar así el inmenso trabajo que han realizado quienes tuvieron la visión e iniciaron los trabajos de esta gigantesca empresa que sin duda se reflejará en múltiples beneficios para todos nuestros agremiados.

Ingreso de nuevos socios: Se han dado pasos para simplificar el ingreso de cirujanos a nuestra Asociación; un gran avance se ha logrado al abrir nuestras puertas a todos aquellos cirujanos que por diversas razones no han obtenido la Certificación por el Consejo Mexicano de Cirugía General y como consecuencia se mantenían al margen de nuestra Asociación. Una agrupación no puede presumir de liderazgo o de ser modelo de organización cuando las dos terceras partes de los cirujanos del país están fuera de ella; la decisión de abrir las puertas a cirujanos no certificados necesariamente quitará ese obstáculo y esperamos que este año se dé la respuesta esperada, pero para eso necesitamos que todos nosotros en nuestra localidad invitemos a nuestros compañeros no certificados a ingresar con nosotros y gozar los beneficios de ser socios de la AMCG y CPCG. El siguiente paso es colaborar para que todos ellos logren certificarse; con este fin se ha implementado un Curso de Preparación para el examen del Consejo Mexicano de Cirugía, llevando a la fecha dos de ellos con inaceptable resultado, dando un porcentaje de aprobación de 70%. Se tiene planeado que en el futuro durante nuestro Congreso se realice un curso transcgreso con ese objetivo, tocando por razones de tiempo los temas más relevantes dentro del programa del propio Consejo. Pugnaremos para que estos trabajos comunes se mantengan con un alto índice de calidad.

Dentro de las actividades para fomentar el ingreso de nuevos socios un lugar preponderante lo tendrá el personal residente, que son las fuerzas básicas de nuestra profesión. Propondré su ingreso automático una vez hayan logrado pasar su examen del Consejo y ofrecerles estímulos plasmados como becas para asistir a eventos de organizaciones quirúrgicas afines y buscar establecer estadas hospitalarias en centros de reconocido prestigio tanto institucional como pri-

Mensaje...

(Continúa de la página 23)

vadas de lo que hablaré a continuación. Finalmente, una vez más buscaremos que nuestros socios que por diversas razones no están al corriente en sus cuotas lo hagan y nuevamente participen en nuestras actividades.

Deseamos mantener un programa de *actualización permanente* tanto para nuestros residentes asociados como para todos aquellos cirujanos jóvenes que no tienen oportunidad de asistir a eventos relevantes a nivel internacional. Trataremos de establecer estadas hospitalarias en centros de reconocido prestigio tanto institucionales como privadas para aquellos residentes y/o cirujanos que demuestren permanente espíritu de superación, buscaremos relaciones académicas con asociaciones quirúrgicas afines para que concedan becas a nuestros residentes y cirujanos jóvenes. Finalmente buscaremos medios de comunicación a través de nuestro portal para proporcionar permanente actualización a todos los socios que se encuentren al corriente, mediante publicaciones periódicas y probablemente las conferencias impartidas en foros mundiales.

Muy relacionado con lo anterior, considero fundamental para cristalizar nuestros planes, el establecer formalmente *relación con Facultades de Medicina* con objeto de trabajar conjuntamente en la estandarización de programas académicos para nuestros agremiados y si es posible iniciar trabajos para plasmar ese trabajo en programas de estudio de las mismas Facultades, creemos que contamos con la experiencia necesaria para participar en esos aspectos y contribuir en forma importante en la formación de futuros cirujanos.

Un capítulo aparte y no por eso menos importante, al contrario de la mayor relevancia para los objetivos de nuestro Colegio es el aspecto de *atención al socio*; independientemente de los logros obtenidos al lograr la certificación ISO 9001-2000 nuestro esfuerzo se enfocará en plasmar esos logros en beneficio de los asociados. Se pugnará por establecer apoyo en problemas médico-legales para todos aquellos compañeros que tengan el infortunio de caer en esa situación y se le dará la mayor importancia a las relaciones con las compañías de seguros para buscar obtener las mejores condiciones de trabajo para todos nosotros, las pláticas se han iniciado y actualmente estamos en espera de su propuesta para iniciar gestiones al respecto.

Este es en términos generales el plan de trabajo que tengo en mente realizar. Ser Líder implica varias características, yo trataré de ser ese líder que canalice y *dirija* todos sus esfuerzos hasta lograr nuestros objetivos, pero sé perfectamente que tener visión sin actuar equivale a alucinar y esto nos *llevaría* irremediablemente al fracaso. Como les ofrecí al principio ahora les reitero que sólo puedo ofrecerles *traba-*

jo y más trabajo, considero tener la seguridad para correr riesgos, y la energía para afrontarlos, hay pasión y entusiasmo en todos nosotros para hacerlo y tengo la confianza de que con su ayuda será muy fácil el trabajo para obtener buenos resultados.

Como es ya una costumbre, se tienen programadas varias actividades a lo largo del país, las que han sido planeadas con la ayuda de las Sociedades Incorporadas y nuestras actividades cerrarán con broche de oro en nuestro Congreso Anual. Es innecesario insistirles que tendrá prioridad el objetivo de Educación Médica Continua para todos nuestros socios, así como el cumplir con nuestras obligaciones de tipo social que tenemos como Colegio.

Como Cursos de Actualización tenemos programado *Ecos Internacionales* durante el mes de febrero en el Distrito Federal y tres Reuniones Regionales a realizarse en las Ciudades de Mazatlán Sin., Campeche, Camp. y San Luis Potosí, SLP; es necesario señalar que la reunión de Mazatlán será conjunta con las Asociaciones de Cirugía Laparoscópica, Coloproctología, Cirugía de Obesidad, Endoscopia gastrointestinal y otras que deseen integrarse al proyecto. Como se ha venido realizando, el Encuentro Nacional de Cirujanos se planea realizar con el tema de *Excelencia en Cirugía*, para el cual aún se encuentra pendiente de determinar la sede, buscando el máximo de facilidades para los asistentes. Se estudia la posibilidad de juntar ECOS Internacionales con este Encuentro Nacional, para lo cual los mantendremos informados al respecto. Continuará brindándose el apoyo a las reuniones locales de acuerdo al Reglamento vigente al respecto, para lo que se ha solicitado a todas las agrupaciones afiliadas su Programa Académico con objeto de establecer un Programa Nacional que sea factible de trabajar conjuntamente con casas comerciales.

Como proyectos nuevos se ha diseñado un Curso de Actualización en Cirugía, dirigido a médicos de primer contacto (Médicos generales y Familiares) y se buscará encontrar condiciones para establecer juntas académicas en el área del Distrito Federal, proyecto que no se ha logrado cristalizar a pesar de varios esfuerzos.

Este Curso de Actualización tiene un diseño semejante a otros cursos conocidos a base de conferencias básicas y busca familiarizar a los médicos de primer contacto en los puntos básicos de las patologías quirúrgicas para su oportuno diagnóstico y canalización. Inicialmente programado en las ciudades en que se considera existe el mayor número de estos compañeros médicos, está abierto a todos aquellos que consideren que puede ser de aplicación en su localidad.

Mensaje...

(Continúa de la página 24)

Debemos continuar con el Programa de Servicio Social Comunitario, que es parte de nuestras obligaciones como Colegio establecido, sin embargo consideramos que debemos replantear sus objetivos apoyándonos en cirujanos locales y siempre de acuerdo a los recursos y apoyos que existan en la localidad, así como planear cuidadosamente cuántos eventos debemos realizar; es imperativo que todos participemos buscando los recursos y apoyos necesarios para cumplir ese servicio.

Finalmente, el evento cumbre seguirá siendo nuestro Congreso. Quiero en primer lugar informarles que el Congreso del año 2007 se realizará del 29 de octubre al 2 de noviembre y llevará el nombre del Gral. de Div. MC Ret. José Raymundo Manzano Trovamala, distinguido cirujano, formador de varias generaciones de Médicos Militares y Expresidente de nuestra Asociación, lamentablemente fallecido hace algunos años.

Después de haber visitado varias probables sedes y analizado los correspondientes ofrecimientos de cada una de ellas, decidimos que nuestro Congreso se realizará en León, Gto, hermosa ciudad que nos ha recibido ya en varias ocasiones, idealmente ubicada, con instalaciones suficientes y de calidad para que todos ustedes tengan un Congreso digno.

Todo eso que ustedes han observado nos da la confianza de lograr el éxito deseado, pero además nos ofrece el apoyo ilimitado y desinteresado de nuestro gran amigo el Dr. Ector Jaime Ramírez Barba y su grupo para facilitarnos la labor, nuevamente y ahora públicamente te reitero mi agradecimiento a Ector Jaime.

De manera semejante se tuvo contacto con varias Empresas Organizadoras llegándose a la conclusión que la Com-

pañía Destinos, S.A. sea la encargada de trabajar con nosotros en la Organización del evento, estando seguros que en la actualidad cuenta con la estructura y experiencia necesarias, además de que hemos encontrado en sus directivos un compromiso total con nosotros para lograr los objetivos trazados para ese fin.

Hemos acordado un día a las actividades del Congreso sin perder su estructura original, buscando así que la mayor parte de los congresistas permanezcan hasta el último momento del programa. Se están buscando los temas más interesantes para los Cursos Pre y Transcongreso conservando los que han demostrado su vigencia al paso de los años y durante tres días se tratará de mantener permanente su interés en las actividades del programa. Se buscará privilegiar los trabajos libres otorgando estímulos no sólo económicos sino también académicos insertando un comentario por un experto al final de cada sesión de las presentaciones orales y de video.

Se cuenta a la fecha con 14 profesores extranjeros debidamente confirmados y 4 más en vías de hacerlo, todos ellos expertos en los principales campos de la Cirugía General con los que nos proponemos elaborar un programa lo suficientemente interesante para todos ustedes y que toque la generalidad de los aspectos relacionados con nuestra especialidad. Obviamente contaremos con una planta de profesores Nacionales de la misma calidad que complementará nuestro programa.

Todo este proyecto necesariamente requiere el apoyo de un equipo comprometido con el mismo.

Muchas gracias

Ceremonia de nuevos socios

Dra. Abilene Escamilla Ortiz

El lunes 30 de octubre previo a dar inicio a la Inauguración del XXX Congreso Internacional de Cirugía General se realizó la ceremonia de nuevos socios y de entrega de reconocimientos a Cirujanos distinguidos y Socios Honorarios.

Este año se modificaron los estatutos de tal manera que cualquier cirujano que cuente con un diploma de una univer-

sidad o institución reconocida, sin tener el certificado del Consejo de Cirugía General puede ser socio de nuestra Asociación, gracias a esto y los esfuerzos del Comité de Admisión tuvimos 186 nuevos socios a los cuales el Dr. Jesús Vega Malagón expresó unas palabras para ellos y los invitó a participar en la Asociación; la lista de estos socios:

Ceremonia...

(Continúa de la página 25)

Dr. Antonio Jesús Abreu Díaz
 Dr. Francisco Adame Castillo
 Dr. Iván Enresto Adame García
 Dr. Tilo Aguilar López
 Dr. Juan Manuel Ahumada Trujillo
 Dr. Salvador Alfaro Cabrera
 Dr. Juan Octavio Alonso Larraga
 Dr. Mario Salvador Alvarado Ruiz
 Dr. Francisco Javier Arreola Torres
 Dr. Edgar Balbuena Herrera
 Dr. José Luis Banda Castillo
 Dr. Gerardo Barajas Morales
 Dra. Guadalupe Ivette Barajas Jiménez
 Dr. Alfredo Barrera Zavala
 Dr. Benito Roberto Barrón Trejo
 Dr. Julio Becerra García
 Dr. Jesús Manuel Bernal Mier
 Dr. Miguel Eugenio Berumen García
 Dr. Carlos Adrián Bess-Oberto Meraz
 Dra. Rosa María Blanco Lucio
 Dr. Javier Bonifaz Calvo Ibarrola
 Dr. Javier Bordes Aznar
 Dr. Juan Manuel Bracamontes García
 Dra. Sofía Caballero Martínez
 Dr. Plácido Nolasco Camacho Urbina
 Dr. Felipe Joaquín Cantú Garza
 Dr. Rafael Carbo Romano
 Dr. Víctor Hugo Carmona Martínez
 Dr. Víctor Hugo Castellanos González
 Dr. José Horacio Castillo Sánchez
 Dr. Arturo Castillo Fernández
 Dr. Luis Cedillo Danzos
 Dr. Manuel Cervantes Guadarrama
 Dr. Gerardo Cervera Muñoz
 Dr. Miguel Ángel Córdova López
 Dr. Edgar Corena Reyes
 Dr. Carlos Cortés Flores
 Dr. Luis Enrique Cueva Melgarejo
 Dr. Joaquín Fernando Cuevas Rodríguez
 Dr. J. Jesús Charco Portillo
 Dr. Alfonso Pedro Chávez Mendoza
 Dr. José Antonio Del Pozzo Magaña
 Dr. Carlos Venancio Del Real López
 Dra. Lourdes Delgado De La Cruz
 Dr. Mario Enrique Díaz Quesada
 Dr. José Díaz Zacarías
 Dr. Gustavo Leonardo Domínguez Jiménez
 Dr. Héctor Raúl Echeverría Montoya
 Dr. Alberto Espinosa Mendoza

Dr. Carlos Mario Franco Prieto
 Dr. José Eduardo Freyre Pulido
 Dr. Sergio Samuel García Carrillo
 Dr. Mario César García Feregrino
 Dr. Marcos Alejandro García Arango
 Dr. Rafael Arturo García Álvarez
 Dr. Samuel García De La O.
 Dr. Roberto Giovanni Garza Godínez
 Dr. Miguel Gaytán Casas
 Dr. Joel Víctor Gómez Hernández
 Dr. Xavier Gómez Cárdenas
 Dr. Pablo González García
 Dr. Eric Miguel González García
 Dr. José Guadalupe González García
 Dr. María Imelda González Martínez
 Dr. David González Melchor
 Dr. Juan José González Menacho
 Dr. José Jair Guerrero
 Dr. Manuel Alberto Guevara Pérez
 Dr. Alejandro Gutiérrez Fentanes
 Dr. Cuauhtémoc Guzmán Ramírez
 Dra. Rosa María Guzmán Aguilar
 Dr. René Benjamín Guzmán Campos
 Dr. Ricardo Sergio Hernández Ibar
 Dr. Daniel Hernández Rivera
 Dr. Abraham Antonino Herrera Arias
 Dr. Jesús Herrera Candia
 Dr. Tomás Higuera Aguirre
 Dr. Salvador Inda Andrio
 Dr. Antonio Jaramillo Cuautle
 Dr. Manuel Jiménez Arenas
 Dr. Sabina Agustina Jiménez Rodríguez
 Dr. Mario Leonardo Jiménez Ávalos
 Dr. Roberto Manuel Jurado Sylvia
 Dr. José Luis Lara Olmedo
 Dr. Bruno Lara Colín
 Dr. Cuauhtémoc Lemus Castillo
 Dr. Juan Manuel Leyva Meneses
 Dr. Zaida Esther López Soberanes
 Dr. Javier López Gutiérrez
 Dr. Rafael López Pérez
 Dr. Saulo Luna Villagrana
 Dr. Fernando Macías Martínez
 Dr. José Gabriel Macías Zepeda
 Dra. Isabel Francisca Manco Toro
 Dr. Carlos Marín Magallanes
 Dr. Adrián Martínez Herrera
 Dra. Ana Rosa Martínez Bueno
 Dr. Arturo Martínez Contreras

Ceremonia...

(Continúa de la página 26)

Dr. Rafael Martínez Abarca
Dr. Fernando Jorge Martínez Fragozo
Dr. Miguel Medrano Covarrubias
Dr. Alfonso Mejía Domínguez
Dr. Nicolás Méndez Martínez
Dr. Armando Mendoza Sosa
Dr. Óscar César Montaña Sandoval
Dr. Jesús Manuel Montes Hernández
Dr. Andrés Montoya Pérez
Dr. Luis Esteban Monzalvo Flores
Dr. Héctor Amado Morales Orantes
Dra. Elizabeth Morales Zurita
Dr. Fernando Moreno Polo
Dr. Benjamín Roberto Moreno Pérez
Dr. Carlos Mújica Morales
Dr. Carlos Amador Muñoz Lira
Dr. Víctor Eduwiges Navarrete Salazar
Dr. Ricardo O'Farril Anzures
Dr. Francisco Constantino Ocampo Benítez
Dr. Camilo Olivas Araujo
Dr. Francisco Rubén Olvera Corral
Dr. Luis Fernando Oñate Ocaña
Dr. Luis Fernando Orozco Razón
Dr. Rafael Antonio Ortega Ramírez
Dr. Luis Felipe Ortega Beltrán
Dr. José Rosario Carmen Pacheco Córdova
Dr. Gerardo Parra Ibarra
Dr. Esteban Paulín Cosío
Dr. Víctor Hugo Pedraza Hernández
Dr. Rogelio Ulises Pérez Vázquez
Dr. Juan Carlos de Jesús Perzabal Castillo
Dr. José Luis Piedra Romero
Dr. Ricardo Piza Bernal
Dr. Antonio Polanco Saldívar
Dr. Jaime Ponce de León Palomares
Dr. Alejandro Prado Calleros
Dr. Rafael Braulio Prado Vega
Dr. Israel Quinto Camacho
Dr. Héctor David Quintos Gaona
Dra. Ma. Alejandra Ramírez Ramírez
Dr. José Gorgonio Ramírez Elizondo
Dr. Serafín Ramírez Castañeda
Dr. Alberto Ramírez Castañeda
Dr. Gabino Ramos Hernández
Dr. Alfonso Reséndiz Rivera
Dr. Juan Reveles Wong
Dra. Ana Silvia Reyes Pérez
Dr. Daniel Reynaga Morelos
Dr. Juan Carlos Rivera Nava

Dr. Enrique Carlos Rodríguez Sánchez
Dr. Juan Carlos Rolon Díaz
Dr. Carlos Gabriel Romero Briones
Dr. Armando Ciriaco Rosales Ayala
Dr. Eduardo Rosales Hernández
Dr. René Ruiz Miranda
Dr. Marco Antonio Ruiz Pérez
Dr. José Antonio Ruiz Becerra
Dr. Fernando Salado Sevilla
Dr. Marco Antonio Salazar Bustamante
Dr. Héctor Sánchez Cuaxospa
Dr. Raúl Hiram Sánchez Gómez
Dr. César Sánchez Zapien
Dr. Mucio Ignacio Sánchez Navarrete
Dr. Óscar Sandoval Aguilar
Dr. Martín Segura Chico
Dr. Cirilo Simg Alor
Dr. Mateo Soberanes Ovando
Dr. Carlos Fernando Solís Pereyra
Dr. Carlos Solórzano Medinilla
Dr. Jorge Soriano Aguilar
Dra. Sofía Margarita Sotomayor Pineda
Dr. Aristides Suastegui Zarate
Dr. Miguel Terrazas Carrillo
Dra. Selva Atzimba Torres Carranza
Dr. Gabriel Wesley Trejo Fuentes
Dr. José Trejo Suárez
Dr. Ismael Treviño Barrón
Dra. Alma Rosa Uribe González
Dr. David Valdez Méndez
Dr. Alejandro Valtodano Sánchez
Dr. José Cutberto Vázquez Almaraz
Dr. Miguel Ángel Vázquez Menchaca
Dr. Enrique Octavio Velásquez Ayuzo
Dra. Estela Vélez Benítez
Dr. José Sergio Verboonen Sotelo
Dr. Edwin Fernando Vizcarra Zambrana
Dr. Asunción Samuel Zárate Hernández
Dr. Gustavo Zenteno Guichard

Dentro de esta misma ceremonia se entregaron por primera vez reconocimientos a 14 cirujanos distinguidos, que por su labor asistencial, académica y social, fueron designados por los agraciados de los diferentes Colegios y Asociaciones, éstos son:

Dr. Humberto Arenas Márquez. Guadalajara, Jal.
Dr. Gustavo Estaban Beauregard Ponce. Villahermosa, Tab.
Dr. Juan Arturo Castellanos Malo. Querétaro, Qro.
Dr. Julio César Díaz Carrión. Tuxtla Gutiérrez, Chis.

Ceremonia...

(Continúa de la página 27)

Dr. Sergio Rodolfo Gaona Valencia. Hermosillo, Son.
 Dr. Jorge Luis López Rodríguez. Aguascalientes, Ags.
 Dr. Armando Melero Vela. Durango, Dgo.
 Dr. José Antonio Ordóñez Calderón. Mexicali, B.C.N.
 Dr. Alberto Reyes Escamilla. Tijuana, B.C.N.
 Dr. Eduardo Raúl Zazueta Quirarte. San Luis Potosí, S.L.P.
 Dr. Salvador Barrera Beltrán. Zamora, Mich.
 Dr. José Eduardo Bladiniers Cámara. Reynosa, Tamps.
 Dr. Luis Fernández Sánchez. Torreón, Coah.
 Dr. Román González Ruvalcaba. Monterrey, N.L.
 Dr. Miguel Medrano Covarrubias. Tepic, Nay.



De Izquierda a derecha: Dr. Ignacio Magaña Sánchez, Dr. Jesús Vega Malagón, Dra. Lilia Cote Estrada, Dr. José Marín Méndez.



Dr. José Marín entregando diploma a nuevo socio.

Dr. Héctor Padilla Aguirre. Zamora Mich.
 Dr. Hermenegildo Rafael Piza Bernal. Acapulco, Gro.
 Dr. Rafael Rojas Esperanza. Oaxaca, Oax.
 Dr. Rubén Gabriel Vargas de la Llata. Zacatecas, Zac.

Finalmente se hizo entrega a su reconocimiento como socios honorarios a 5 miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General que cumplieron los requisitos que dicen los estatutos para ser acreedores a dicho reconocimiento, todos ellos han aportado mucho a la cirugía en el país y a nuestra Asociación, ellos son:

Dr. Víctor Manuel Arrubarrena Aragón. México, D.F.
 Dr. José Salvador Chapa Lozano. Monterrey, N.L.
 Dr. José J. Christen y Florencia. México, D.F.
 Dr. Guillermo León López. México, D.F.
 Dr. César Gutiérrez Samperio. Querétaro, Qro.



Dr. Guillermo León López recibiendo su diploma de socio Honorario.



Dr. César Gutiérrez Samperio y Dr. Víctor Arrubarrena.

Ceremonia de clausura del XXX Congreso Internacional de Cirugía General

Dra. Abilene Escamilla Ortiz

El pasado viernes 3 de noviembre del 2006 dio fin a sus actividades el XXX Congreso Internacional de Cirugía General con la ceremonia de clausura en la que se lograron juntar más de 1,500 personas, dentro de ésta el Comité Científico hizo entrega de los premios a los mejores trabajos en las categorías de presentación oral, video y cartel, los trabajos premiados fueron los siguientes:

Presentación oral : Primer lugar «Estudio comparativo de la eficacia de la combinación de levofloxacin y metronidazol *versus* ceftriaxona y metronidazol en el tratamiento de la apendicitis complicada en Adultos», de los autores Saúl Ocampo González y Dr. Víctor M. Navarro N, del Hospital Civil de Guadalajara. Zapopan, Jalisco. El segundo lugar para el trabajo «influencia de la preparación preoperatoria de polietilenglicol y fosfato de sodio vía oral en la cicatrización colónica» de los doctores Erick Josué Plata Peredo, Gracida Mancilla, Rojero Vallejo, Hernández González, Crisanto Campos, Martínez Moreno, Rosas Nava, Gordillo Hernández, del Hospital General de México, México D.F. El tercer lugar «Catéter de Tenckhoff recto con y sin peso en la punta». Autores García Serrano, Rafael Alejandro; Daniel Suárez Flores del UMAE 1 Bajío, León, Gto. De los trabajos en video el primer lugar «Conversión de banda gástrica ajustable a derivación gástrica con colocación de anillo por laparoscopia en un tiempo quirúrgico» de los doctores Cardoso Ramos, Almino; Manoel Galvao Neto, Manoela Galvao, Edwin Canseco, Andrey Carlo, Marcos Castañeda Ortiz del Gastro Obeso Center, São Paulo, Brasil. El segundo lugar «Operación de Whipple. Aspectos Técnicos Básicos» de los doctores López García, Servando; Medina BN, Medina BA, Aguilar JA, del Hospital Pemex en Cd. Madero, Tamaulipas. El tercer lugar «Resultados de Cardiomiectomía de Heller Laparoscópica.» De los doctores Mondragón Sánchez, Alejandro; Miranda R., Pérez Y., Pulido D., García Cano R., De Giau L., Rosales A, Mondragón R del Centro Médico ISSEMYM, Toluca Estado de México. De los trabajos en cartel el primer lugar fue para «Casos de Cirugía Ambulatoria Operados en Clínicas de Primer Nivel Rural, Experiencia Inicial». De los doctores González de Blas, José de Jesús; Rodríguez-Paz Carlos Agustín, García-Rentería Edgar, Dávila-Bueno David Antonio, Carreón-Bríngas Rosa María del Hospital Rural 44 Zacatipan, Tamazunchale, San Luis Potosí. El segundo lugar «Bloqueo Analgésico Postcolecistectomía» de los doctores J.S. Cabriales Delgado, B. Robles G, G. Llanas R, R. Calderón.

Del Hospital General de Zona # 2 IMSS; Monterrey, NL. El tercer lugar «Asociación de Reflujo Gastroesofágico Clínico Y Esófago de Barret. Estudio Retrospectivo de 5 Años» de los doctores Ahumada Trujillo Juan Manuel, Cruz PMC, Martínez CMO, Rodríguez BF, Gutiérrez AR, Mora SJM, Alcocer GO. Del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Cuernavaca, Morelos.

En esta misma y emotiva ceremonia se le entregó la medalla «Felipe Zaldívar «que otorga la Academia Aesculap y que en esta ocasión se le dio por un reconocimiento de su labor dentro de la cirugía general en México al honorable Cirujano Dr. Enrique Fernández Hidalgo.



De Izquierda a derecha: Dr. Ignacio Magaña Sánchez, Dr. Jesús Vega Malagón, Dra. Lilia Cote Estrada, Dr. José Marín Méndez.



Lic. Verónica Ramos, Dr. Enrique Fernández Hidalgo, Dr. Jesús Vega Malagón.

Ceremonia...

(Continúa de la página 29)

El Dr. Jesús Vega presentó el informe final de actividades con su discurso de clausura en el que agradeció a toda su Mesa Directiva y a todos los que colaboraron con él para que se llevará a cabo el Congreso.



Dr. Enrique Fernández Hidalgo.



Dr. Ignacio Magaña Sánchez y Dr. Jesús Vega Malagón.



Dr. Jesús Vega Malagón y el Dr. Adrián Roy.

El Dr. Ignacio Magaña Sánchez tomó posesión como presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía General y del Colegio de Postgraduados en Cirugía General, nos presentó su plan de trabajo para este año 2007, lo mismo que a los coordinadores de los diferentes Comités que integrarán su Mesa Directiva.

Para finalizar el evento se llevaron a cabo las rifas de una computadora Lap-top que dio la compañía Olymex a la Asociación Mexicana de Cirugía General para rifarla, el ganador de ésta fue el Dr. Eduardo Manuel Domínguez Argüelles, de Veracruz. Y finalmente la esperada de dos automóviles un Tsuru y un Sentra ambos del año, los ganadores de éstos fueron: Dr. Adrián Roy Castellanos, de Guadalajara, Jal. y el Dr. Luis Federico Toledo Rodríguez de Celaya, Gto.



Dr. Jesús Vega Malagón y el Dr. Luis F. Toledo.



Dr. Adrián Roy en el carro que ganó.



Dr. Luis F. Toledo en el carro que ganó.

Eventos Académicos 2007

| | | |
|--|----------------------|------------------------------------|
| Ecós Internacionales | México D.F. | 22-24 Febrero |
| Reunión Regional Noreste | Mazatlán, Sin. | 19-21 Abril |
| Reunión Regional Sur | Campeche, Campeche | 5-7 Julio |
| Reunión Regional Noroeste | San Luis Potosí, SLP | 23-25 Agosto |
| XXXI Congreso Internacional de Cirugía General | León, Gto. | 29 de Octubre al 2 de Noviembre |

Compañero cirujano

Se te invita a que ingreses a la Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C., Colegio de Postgraduados en Cirugía General, A. C. y a la Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General, A. C., esta última a través de tu Colegio Estatal, para lograr la integración y fortalecimiento del gremio de los Cirujanos Generales en México, respetando la libertad y autocontrol de las distintas formas institucionales.

Requisitos de ingreso

- Ser médico Cirujano debidamente autorizado para ejercer la medicina.
- Presentar documentos que amparen su entrenamiento en la Especialidad de Cirugía General, en Instituciones de Salud o Instituciones de Educación Superior, públicas o privadas de reconocido prestigio, a satisfacción del Comité de Admisión.
- Presentar el Diploma de la Especialidad en Cirugía General, expedido por una Universidad pública o privada, reconocida oficialmente, o Cédula de la Especialidad en Cirugía General, o Certificado del Consejo Mexicano de Cirugía General

Beneficios de los socios activos al corriente en su cuota

- Disfrutar de todos los derechos que le otorgan los Estatutos y las disposiciones legales correspondientes de la Asociación Mexicana de Cirugía General y del Colegio de Postgraduados en Cirugía General.
- Recibir el Diploma que lo acredita como Socio Activo.
- Acreditarse como Socio de la Asociación Mexicana de Cirugía General para los fines que al socio convengan.

- Concurrir a las Asambleas Ordinarias y Extraordinarias a que sea convocado, tener voz y voto en las discusiones, y el derecho a elegir y ser electo para los puestos de la Mesa Directiva.
- Asistencia al Congreso Internacional de Cirugía General sin ningún costo, previa inscripción, y cuota especial para la inscripción a los cursos pre y transcongreso.
- Asistencia a Reuniones, Cursos y Foros avalados por la Asociación Mexicana de Cirugía General con cuotas especiales.
- Recibir el libro «Tratado de Cirugía General», Primera Edición, de obsequio al inscribirse.
- Recibir periódicamente sin costo alguno la Revista de Cirujano General y los Suplementos que se editen.
- Recibir periódicamente sin costo alguno el Boletín de la Asociación Mexicana de Cirugía General.
- Recibir los libros que sean Editados por la Asociación Mexicana de Cirugía General, algunos sin costo y otros con un precio especial.
- Recibir asesoría en Conflictos Médico – Legales a solicitud expresa por el Socio.
- Categoría de Socio en la Federación Latino – Americana de Cirugía (FELAC)
- Seguro de vida para el caso de fallecimiento con la indemnización vigente.
- Correo electrónico de la AMCG con 10 MB.
- Alcanzar la categoría de Socio Titular al cumplir 60 años de edad y 20 años ininterrumpidos de asociado. Los Socios Titulares están exentos del pago de la cuota anual.
- Recibo fiscal por cada anualidad pagada, legalmente autorizado para la deducción de ingresos e impuestos.
- Recibir todo tipo de correspondencia que se emita de parte de la Asociación Mexicana de Cirugía General.

Recertificación

Dr. Juan Bernardo Medina

Estimados compañeros:

Recertificar es el Acto por el cual un profesional que posee un título en una Especialidad se presenta ante sus pares para que éstos evalúen su trabajo, sus condiciones, actualización y cualidades en forma periódica y le otorguen un aval que lo acredite y jerarquice en su labor profesional. Es el proceso mediante el cual una persona demuestra de manera periódica ante la sociedad que mantiene un nivel de competencia en el desempeño de la profesión para la cual fue formada acorde con los niveles de desarrollo y actualización científica, tecnológica y académica que tal profesión alcanza en el transcurso de los años.

Obtener la Recertificación es una jerarquización profesional y un aval asistencial frente a pares y a la comunidad.

Para la AMCG la Recertificación es un Acto de responsabilidad social, y la manifestación explícita de la Especialidad de que desea mantener niveles altos de competencia en procurar el bienestar de la población.

Es así como el Consejo Mexicano de Cirugía General y la Asociación Mexicana de Cirugía General ponen a tu disposición las siguientes recomendaciones:

1. Demostrar labor asistencial quirúrgica en hospitales públicos proporciona por lo menos **4** puntos por año y en hospitales privados **2** puntos. En cinco años sumaría **20** y **10** puntos respectivamente.
2. Asistencia al Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C., proporciona **6** puntos por año. En un lapso de cinco años sumaría **35** puntos.
3. Asistencia a Cursos Pre y Transcongreso del Congreso Internacional de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. proporciona **2** puntos por curso. En cinco años sumaría **10** puntos por cada uno.
4. Asistencia a un curso nacional o internacional de otras especialidades relacionadas con la cirugía general (Gastroenterología, Cirugía de colon y recto, de Cuello, Mama, Trauma, Angiología, Tórax, Cirugía Endocrina, Cirugía Bariátrica, Trasplantes, Endoscopia y Oncología). Cada año proporciona **2** puntos por curso (si tiene una duración de 20 horas o más), al cabo de 5 años sumaría **10** puntos.
5. Pertenecer a una Asociación científica internacional, nacional, así como estatal o regional que estén incorporadas a las respectivas Asociaciones nacionales reconocidas, proporciona **1** punto por año. Al cabo de cinco años sumaría **5** puntos.

Seguir estas recomendaciones hace sumar por lo menos **80** puntos, lo cual es suficiente para acreditar la Recertificación por el Consejo Mexicano de Cirugía General.

Referencias

1. Campos CSF. Recertificación. Consejo Mexicano de Cirugía General. *Cir Gen* 2000; 22: 56-61.
2. Consejo Mexicano de Cirugía General.

XXXI Congreso Internacional de Cirugía General

Gral. de Bgda. MC

José R. Manzano-Trovamala y Figueroa

Del 29 de Octubre al 2 de noviembre

León 2007