



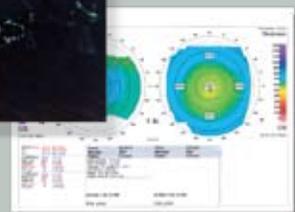
BOLETÍN

DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

AÑO 7

NO.1

ENERO/MARZO 2003





EDITORA

Acad. Dra. María Estela Arroyo Yllanes

CO-EDITOR

Acad. Dr. Luis Porfirio Orozco Gómez

COMITE EDITORIAL

Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez

Acad. Dr. Jaime Lozano Alcázar

Acad. Dr. José Raymundo Manzano Trovamala

Acad. Dr. Rodolfo Blanco Sánchez

Acad. Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba

Acad. Dr. Manuel Dufoo Olvera

Acad. Dr. Leopoldo S. Gutiérrez Rodríguez

Acad. Dr. Alejandro Aceff González

Acad. Dr. Jesús Sánchez Conteras

Acad. Dr. Guillermo Fanghänel Salmón

Acad. Dra. María de las Mercedes Juan López

Acad. Dr. Juan Mier y Díaz

Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González

**CUERPO DIRECTIVO 2003**

Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez
Presidente

Acad. Dr. Jaime Lozano Alcázar
Vicepresidente

Acad. Dr. José Raymundo Manzano Trovamala
Secretario

Acad. Dr. Rodolfo Blanco Sánchez
Tesorero

Acad. Dra. María Estela Arroyo Yllanes
Primer Vocal

Acad. Dr. Éctor Jaime Ramírez Barba
Segundo Vocal

Acad. Dr. Manuel Dufoo Olvera
Tercer Vocal

Acad. Dr. Leopoldo S. Gutiérrez Rodríguez
Cuarto Vocal

Acad. Dr. Alejandro Aceff González
Quinto Vocal

COMISIÓN CIENTÍFICA

Acad. Dr. Jesús Sánchez Conteras
Presidente

Acad. Dr. Guillermo Fanghänel Salmón

Acad. Dra. María de las Mercedes Juan López

Acad. Dr. Juan Mier y Díaz

Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González



Academia Mexicana de Cirugía
 Unidad de Congresos Centro Médico Nacional Siglo XXI, bloque B-3er. Piso Av. Cuauhtémoc N° 330, Col. Doctores, CP 06725, México D.F. Tel. y Fax (55) 5588-0458, (55) 5761-2581 y (55) 5761-0574 Conmutador IMSS (55) 5627-6900 Exts. 5026, 5027 y 5031
 Correo electrónico: acameci@servimed.com.mx
 Página electrónica: www.amc.org.mx

El Boletín de la Academia Mexicana de Cirugía es un órgano de di-fusión de la Academia Mexicana de Cirugía que se edita trimestralmente.

Los derechos de traducción, características tipográficas y de producción, incluso por medios electrónicos, quedan reservados con-forme a la ley que rige a los países signatarios de las Convenciones Panamericana e Internacional sobre los derechos de autor con un registro de certificado número 11246, expediente 1/432"00"/15030 expedidos el 20 de julio del 2000 y licitud de contenido mediante certificado número 7865 expedido también el 20 de julio del 2000, por la comisión calificadora de publicaciones y revistas ilustradas de la Secretaría de Gobernación. ISSN: 1665-1293. Producida por: ALTANA Pharma S.A. de C.V. Av. Primero de Mayo No. 130, C.P.53519, Naucalpan de Juárez, Estado de México.

Diseño e Impresión: Impresoria Profesional S.A. de C.V.
Oficinas: Antonio Plaza No. 36 Col. Algarín. C.P. 06880. México, D.F.
Tel/Fax: 5519-1183.

| | |
|--|----|
| Editorial Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez | 6 |
| Ceremonia Inaugural del Septuagésimo Año Académico..... | 7 |
| Mensaje del Secretario de Salud C. Dr. Julio Frenk Mora | 8 |
| Cirugía refractiva con láser (Lasik) Acad. Dr. Luis Porfirio Orozco Gómez | 12 |
| Conamed: Alternativa extrajudicial en los conflictos derivados del acto médico. Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González | 14 |
| Las cactáceas Dr. Jorge Meyrán García | 16 |
| El uso de las cactáceas en la medicina prehispanica mexicana. Acad. Dr. Rolando Neri Vela | 22 |
| Página electrónica de la Academia Mexicana de Cirugía Acad. Dra. María Estela Arroyo Yllanes | 24 |



EDITORIAL

REIVINDICACIÓN DEL MÉDICO

En los últimos cuatro decenios la imagen del médico ha sufrido gradual deterioro. El proceso ha sido constante, de lento avance, con ataque vertical a facultativos e instituciones de salud gubernamentales, sin librarse del todo los sanatorios particulares.

En los postreros cinco años las embestidas se han exacerbado, algunos familiares de pacientes han llegado a violencia extrema, incluso vandalismo. El médico es el principal receptor de las agresiones, amenazas, malestar físico o espiritual, pero también se daña el concepto de instituciones de salud y de la medicina en general. Esto afecta a todos los trabajadores de la salud extendiéndose el daño a la sociedad en general al perderse la fe.

¿Se justifican estas agresiones?

En derechos humanos se registra una queja por cada seis millones quinientas mil consultas médicas. No existen máquinas diseñadas por el ser humano con capacidad de funcionar mejor.

Se atienden más de cinco mil partos diarios en áreas de salud, sanatorios u hospitales, una vez cada varios meses se publica

la protesta de alguna paciente embarazada que retrasó su cuidado por falta de espacio o equipo, con la falsa impresión de ser un hecho frecuente. Exacerba la animadversión contra el médico o en dirección a las autoridades.

¿Por qué ha ocurrido este deterioro?

Se requiere un estudio bien diseñado para llegar a las raíces. En México se cuenta con investigadores con sobrada capacidad para llevar a cabo esta importante búsqueda. Ojalá estos respetuosos renglones estimulen el interés de los pensadores apropiados.

Se culpa a la crisis económica, a la poca madurez de una parte del pueblo, a la exigua educación para la salud, a los males, a la transformación de médicos en empleados y a una docena de causas más.

¿Qué se puede hacer?

Dar a conocer testimonios de las centenas de enfermos tratados con éxito evidencias de personas satisfechas atendidos por cada profesional de la medicina.

Informar de los muchos actos altruistas que desempeñan los galenos.

Mostrar los esfuerzos del facultativo por continuar su educación.

Difusión de la gran cantidad de cursos, simposios, conferencias y congresos organizados por los médicos, con la finalidad de ser mejores.

Hacer saber de los cientos de publicaciones científicas

nacionales y extranjeras, de aparición de semanal o mensual, donde se nutre el médico.

Divulgación de la función de los Consejos de Especialidad.

Unión de las Academias, con autoridades y sociedades científicas para encontrar las mejores soluciones a este problema.

La Academia Mexicana de Cirugía puede ayudar mucho con la aportación de las iniciativas de sus miembros. Sean bienvenidas todas las ideas.

Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía

CEREMONIA INAUGURAL DEL SEPTUAGÉSIMO AÑO ACADÉMICO

El martes 12 de febrero de 2003, dieron inicio las actividades del Septuagésimo Año Académico, bajo la presidencia del Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez y con la presencia del C. Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, en representación del C. Lic. Vicente Fox Quesada, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos.

La sesión comenzó con la presentación del Presidium por el secretario del Cuerpo Directivo en funciones, Acad. Dr. José Raymundo Manzano Trovamala, contando con la presencia de las más altas autoridades del Sector Salud.

A continuación, el Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, dirigió el mensaje inaugural.

Inicia su exposición señalando que para el actual Cuerpo Directivo llegó la etapa de dar vida a las promesas, de cumplir propósitos.

Menciona que la Academia en un acto de colaboración sin precedentes, ha convenido con la Asociación Mexicana de Cirugía General y con la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia a efectuar congresos regionales, en la misma fecha, en el mismo espacio, con nuestra Semana Quirúrgica Nacional. Menciona que en las sesiones reglamentarias se contará con la presencia de once profesores extranjeros quienes juntos con los académicos hablarán de los avances científicos más importantes.

Señala que entre los temas importantes a realizar en su gestión son: mostrar que es la Academia Mexicana de Cirugía, subrayar la función social de la Academia, la tarea de la corporación en la bioética, la función de vigilancia en el buen quehacer médico, mantener el alto nivel científico de la academia, ampliar la educación médica continua, fortalecer la cirugía extramuros, apoyar en metálico a las tres revistas de la Academia e incrementar los recursos económicos de la corporación.

Agrega además, que se preocupará por: promover la ocupación de los sillones vacantes, mejorar la comunicación entre los académicos, acrecentar la proyección a otros países, extender la presencia de la Academia en los estados de la república, y entre otras cosas impulsarla a ser consul-tor oficial de los gobiernos de los esta-dos, cosechar más frutos de las comisio-nes y ofrecer a los académicos más opor-tunidades de servir a la corporación.

Agradeció a los académicos, a los funcionarios del sector salud y a los benefactores de la Academia por el apoyo recibido en el pasado y por el que recibirá en el futuro. Terminó invitando a todos los aca-démicos a trabajar con ahínco por el desarrollo y progreso de la Academia Me-xicana de Cirugía.

La sesión continuó con la entrega de los diplomas al Cuerpo Directivo para el año 2002 integrado por: Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade, Presidente; Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez, Vicepresi-dente; Acad. Dr. Antonio León Pérez, Secretario; Acad. Dr. Ángel Porfirio Cervantes Pérez, Tesorero; Acad. Dr. Fabio Salamanca Gómez, Primer vocal; Acad. Dr. Jaime Lozano Alcázar, Segundo vocal; Acad. Humberto A. Delgado Brambila, Tercer vocal; Acad. Dra. Hilda

Villegas Castrejón, Cuarto vocal; Acad. Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz, Quinto vocal; y a la Comisión Científica presidida por el Acad. Dr. Pedro Antonio Bravo Bernabé y conformada por: Acad. Dr. Luis Alcocer Díaz Barreiro, Acad. Dr. Miguel Ángel Collado Corona, Acad. Dr. Felipe Cruz Vega y Acad. Dr. Rogelio Revuelta Gutiérrez.

A continuación se hizo entrega de los Diplomas de reconocimiento por la participación en las Convivencias Quirúrgicas 2002 a los siguientes Académicos: Acad. Dr. Juan Andrade Cárdenas, Acad. Dr. Gilberto Bernal Sánchez, Acad. Dr. Leopoldo Salvador Gutiérrez Rodríguez, Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade, Acad. Dr. Takao Kimura Fujikami, Acad. Dr. Jaime Lozano Alcázar y Acad. Dr. Fernando Romero Castillo.

En la galería de ex-presidentes se realizó la develación del retrato del Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade, Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía 2002.

Se le pidió al C. Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, dirigir su mensaje y proceder a la inauguración del inicio de labores del LXX año Académico.

CEREMONIA INAUGURAL



Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez al pronunciar su discurso en la Ceremonia Inaugural del LXX Año Académico.



Entrega de los diplomas al Cuerpo Directivo para el año 2002.



Develación del retrato del Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade.
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía en el 2002.

MENSAJE DEL C. DR. JULIO FRENK MORA SECRETARIO DE SALUD.

Muy buenas noches. Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, Dr. Armando Vargas Domínguez, distinguidos integrantes de la mesa de Honor, señoras y señores Académicos, señoras y señores.

Me complace mucho tener la oportunidad acompañarles nuevamente con motivo del inicio de este año académico. La ceremonia que nos reúne el día de hoy tiene un significado especial ya que se marca la conmemoración de los primeros setenta años de vida de esta Academia y los sesenta años de la fundación de nuestro actual sistema de salud. Esta afortunada efemérides nos invita a valorar las importantes contribuciones de las Instituciones Nacionales de Salud y del sector académico al desarrollo nacional, contribuciones que nos llenan de un genuino orgullo. Al mismo tiempo, esta ocasión nos brinda la oportunidad hacer un llamado a la comunidad médica de nuestro país, para continuar alimentando el espíritu de renovación que nuestro sistema de salud requiere a fin de enfrentar mejor sus desafíos actuales y futuros.

La comunidad médica en general y esta Academia en particular respondieron con gran entusiasmo, responsabilidad y creatividad a la convocatoria que lanzamos hace dos años para elaborar el Programa Nacional de Salud 2001-2006. La respuesta de las señoras y señores académicos supero con mucho las expectativas más optimistas, por lo que además de agradecer sus aportaciones nos sentimos especialmente comprometidos en rendirles cuentas, objetiva y oportunamente. Confío en que para esta tarea seguiremos contando con el apoyo invaluable del Cuerpo Directivo ahora bajo la presidencia del Dr. Armando Vargas Domínguez.

Si bien reconocemos que aún nos falta mucho por alcanzar el sistema de salud que México quiere y requiere, también podemos apuntar ya varios avances significativos en los tres retos que dicho sistema enfrenta: equidad, calidad y protección financiera.

En materia de equidad se ha fortalecido el blindaje sanitario de la población con acciones concretas, gracias a estos esfuerzos por segundo año consecutivo no se notifico un solo caso endógeno de sarampión entre muchos otros avances que no me detendré a reseñar.

Ante los combates producidos por los desastres naturales, la respuesta del sistema de salud ha sido verdaderamente ejemplar, evitando que a la tragedia del desastre mismo, se sume el sufrimiento por la presencia de brotes epidémicos de enfermedades infecciosas. Así, se puso de manifiesto durante los operativos para responder al huracán Isidore en Yucatán y Campeche; al huracán Quena en las Costas de Jalisco y Nayarit y más recientemente al sismo que afectó a Colima y Jalisco. Permítanme desde esta tribuna, hacer un reconocimiento a los miles de trabajadores de la salud que con su trabajo brindaron a las familias afectadas una atención efectiva en esos momentos tan difíciles.

En el esfuerzo por reducir las brechas sociales de salud, el apoyo brindado por la Academia a través de las convivencias Quirúrgicas reviste un enorme importancia. Por lo que deseo agradecer y felicitar a quienes esta noche reciben un merecido reconocimiento por las convivencias realizadas el año pasado; al mismo tiempo les invito para que juntos encontremos los mecanismos que nos permitan ampliar este noble esfuerzo.

Otra vertiente de respuesta al reto de la equidad, esta representada por tres programas innovadores que fueron puestos en marcha el año pasado. Primero, el Programa Arranque Parejo en la Vida que pretende alcanzar la universalidad en la atención con calidad del embarazo, el parto y el puerperio así, como a las niñas

y los niños menores de dos años, y como primeros resultados ya están a la vista al haber logrado el año pasado acelerar la tendencia descendente de la mortalidad materna y la mortalidad neonatal. Segundo, el Programa de Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas que este año cubrirá a poco más de medio millón de niñas, niños y mujeres embarazadas o en estado de lactancia y tercero el Programa Mujer y Salud que desde el año pasado esta conduciendo un esfuerzo sin precedente, para atender el serio problema de violencia contra las mujeres.

Para enfrentar el segundo gran reto de la calidad, se esta desplegando una cruzada nacional en la cual la Academia Mexicana de Cirugía ha tenido un destacadísimo papel, los esfuerzos de este cuerpo colegiado por elevar la calidad de los servicios son ampliamente reconocidos. Los primeros resultados de la cruzada son alentadores, pero al mismo tiempo dan cuenta del enorme trecho que aún nos falta por recorrer.

Uno de los avances más significativos ha sido la elaboración de las cartas de los derechos generales de los pacientes y derechos de los médicos. Deseo agradecer a la Academia Mexicana de Cirugía su destacada participación en la elaboración de estos documentos, hoy más que nunca se requiere de instrumentos que permitan salvaguardar los derechos de los profesionales de la medicina ante un entorno que tiende cada vez más a ser hostil, aún para quienes se conduce apegados a una estricta práctica honesta, ética y sustentada en el conocimiento científico.

Nuestro tercer reto es el de la protección financiera en salud, es un componente esencial de la protección social que el gobierno del Presidente Vicente Fox esta decidido a garantizar para toda la

población, a través de un nuevo enfoque de la política del desarrollo humano. Para enfrentar este reto es necesario avanzar en tres aspectos fundamentales: el primero consiste en fortalecer la seguridad social; un segundo aspecto de la seguridad social es que estamos dirigiendo hacia población que por sus condiciones sociales o laborales, no es susceptible de incorporarse a la seguridad social formal. Para estos grupos se puso en marcha el Seguro Popular de Salud al cual se afiliaron el año pasado casi trescientas mil familias, además de las acciones de afiliación que habrán de facilitar la demanda de servicios, el seguro popular de salud esta llevando a cabo importantes acciones para fortalecer la oferta. Entre ellas destaca la puesta en operación plena de seiscientos setenta unidades médicas entre diciembre 2001 y junio 2002, así como la elaboración de un ambicioso plan maestro de desarrollo de infraestructura física en salud.

El tercer y último aspecto que se requiere atender para enfrentar el reto de la protección financiera en salud es el de la regulación del mercado privado de aseguramiento, para dar certidumbre a todos los participantes en él, incluyendo médicos, pacientes y unidades prestadoras de servicios a fin de proteger la relación médico paciente esencia misma de nuestra profesión.

Señoras y señores académicos hoy más que nunca resalta la importancia de la medicina y sus profesionales, la medicina tiene hoy frente así un panorama totalmente distinto al de hace apenas unos lustros. Han surgido nuevos problemas y también nuevas esperanzas, basadas en el avance del conocimiento; al mismo tiempo la sociedad nos demanda superar los rezagos que aún subsisten, rezagos que nos duelen profundamente, como es el caso de los recién nacidos fallecidos durante la segunda quincena del mes de diciembre en el Hospital Regional de Comitán Chiapas. De acuerdo a las primeras investigaciones llevadas a cabo, las causas profundas de este lamentable incidente se encuentran vinculadas justamente con los tres retos identificados en el Programa Nacional de Salud. En efecto, en esta súbita elevación de la mortalidad neonatal en un hospital, que ahora sabemos no fue un evento aislado, sino que se ha venido presentado en forma cíclica desde ya hace varios años, se esconde el acceso limitado en el servicio de la atención prenatal,

MENSAJE DEL C. DR. JULIO FRENK



C. Dr. Julio Frenk Mora, Secretario de Salud al declarar inaugurado el LXX Año Académico.

acceso limitado por la pobreza y la marginación, segundo la ineficiente calidad técnica en la atención durante el embarazo y los cuidados del recién nacido y desde luego la falta de protección financiera para las familias de más escasos recursos consecuencia de una crónica inversión pública insuficiente en materia de salud.

Más allá de las acciones inmediatas que permitieron ya controlar en un plazo muy breve el pico de la mortalidad neonatal en el Hospital de Comitán, el Gobierno Federal actual busca responder a los desafíos estructurales. Así, el Programa Arranque Parejo en la Vida opera ya en trescientos treinta municipios de diecisiete estados y se verá ahora reforzado en Chiapas y otras entidades de gran rezago. Además, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud opera ya en casi cinco mil unidades médicas de todo el país y finalmente en diciembre del año pasado se envió al Senado de la República una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para ampliar la protección social a las familias de más escasos recursos, la cual complementa a la iniciativa propuesta, aprobada por los propios senadores para elevar gradualmente el gasto público en salud hasta una cifra equivalente al 5% del producto interno bruto.

La situación extraordinaria ocurrida en el Hospital Regional de Comitán, deja sin duda adiciones muy importantes: una de ellas es que en un sistema en prestaciones del servicio de salud plenamente descentralizados como es el mexicano y como el que se cuenta hoy para la población no asegurada, la Secretaría de Salud Federal debe fortalecer su capacidad de vigilancia, supervisión y asesoría para consolidar esta tarea las aportaciones y

agrupaciones como la Academia Mexicana de Cirugía son de un valor incalculable.

El legado de las generaciones que nos antecedieron en el estudio y el ejercicio de la profesión es de un profundo sentido humanístico, acrecentar ese espíritu es la responsabilidad de quienes cada año inician una nueva jornada de trabajo como lo hacen ustedes a partir de hoy, por ello es para mi un honor estar esta noche aquí al amparo de la rica tradición de la Academia Mexicana de Cirugía.

Si gustan ponerse de pie.

Animado por el espíritu de renovación que significa el inicio de un nuevo año académico me complace mucho hoy martes 4 de febrero de 2003, con la honrosa representación del Presidente de la República el Lic. Vicente Fox Quesada declarar inaugurado el septuagésimo año académico de la Academia Mexicana de Cirugía enhorabuena y mucho éxito en sus trabajos.

CIRUGÍA REFRACTIVA CON LÁSER (LASIK)

Acad. Dr. Luis Porfirio Orozco Gómez.

La cirugía refractiva ha progresado en los últimos 50 años, gracias al trabajo de muchos médicos innovadores. La Keratomileusis in situ (Keratos = córnea; mileusis = carving, grabado) con la ayuda del láser (LASIK), tiene su origen en los primeros trabajos en la córnea del Profe-sor José Ignacio Barraquer quien inició las primeras técnicas sin congelación y el primer microqueratomo manual de Barraquer-Krumeich-Swinger (BKS). Ioannis Palikaris fue el primero que realizó en humanos una ablación con láser en el lecho del estroma en un colgajo corneal unido, posterior al trabajo de Lucio Burato de ablación refractiva en el costado del estroma de un casquete libre con el láser Summit Apex.

Los llamados rayos láser Excimer usan una combinación de gas noble y un halógeno en una cavidad cargada eléctricamente, para producir un rayo de luz fría ultravioleta, de alta precisión. La longitud de onda depende de los gases utilizados y la energía específica del rayo está relacionada con la corriente eléctrica de excitación de las moléculas.

La interacción de los fotones en el estroma corneal permite que se rompan las uniones moleculares de las proteínas corneales a medida que la energía del láser se absorbe. En otras palabras el Láser Excimer no corta, no quema, sino que elimina tejido por foto-ablación.

El proceso de ablación con láser es muy rápido y ocurre a 10 hertz (o 10 pulsos por segundo). El exceso de energía es expelido a través de la pluma del láser minimizando el daño térmico y mecánico del tejido adyacente. Estas cualidades precisas permiten que el laser Excimer elimine la cantidad exacta del tejido que se requiere con mínimo daño circundante.

Existen diferentes equipos de láser Excimer con cualidades y características específicas, es importante

que el cirujano conozca los distintos equipos ya que dependiendo de la máquina a emplear serán las posibilidades de la graduación a tratar.

Aunque la programación del monto de la ablación se realiza en una computadora, esta requiere alimentarse con la graduación, el poder de la curvatura y el grosor corneal. En esta técnica se corta un delgado colgajo corneal, mediante el uso de un microqueratomo y el láser se aplica sobre el estroma de la córnea. Una vez que se completa la ablación, el espacio entre el colgajo y el estroma corneal se irriga generosamente, con el objeto de remover cualquier partícula que se haya depositado sobre la superficie del estroma. Finalmente el colgajo se recoloca gentilmente en su sitio, no se requiere del uso de suturas.

INDICACIONES

No todos los pacientes tienen la posibilidad de ser tratados con láser Excimer, en términos generales se eligen para el tratamiento pacientes con miopías desde -2.50 a -16.00 Dioptrías, astigmatismos de preferencia regulares de -1.00 a -6.00 y algunos pacientes con hipermetropías entre $+1.00$ a $+6.00$, con graduaciones estables, es decir sin cambios en la refracción de al menos un año, mayores de 18 años y sin patología ocular previa.

SELECCIÓN DEL PACIENTE:

En la selección del paciente es importante realizar un estudio oftalmológico completo que requiere cumplir con los siguientes parámetros:

- De dos a cuatro semanas sin utilizar lentes de contacto: blandos, rígidos o semi-rígidos.
- Refracción subjetiva y bajo ciclopejia

para determinar con precisión la graduación del paciente.

- Topografía corneal para evaluar la forma de la córnea

- Paquimetría para corroborar el espesor corneal.

- Exploración oftalmológica completa que debe incluir exploración minuciosa del fondo de ojo bajo midriasis farmacológica y las características sensoriales del paciente.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS:

- Queratocono.
- Enfermedad corneal degenerativa.
- Distrofias corneales en cualquiera de sus variedades.
- Vascularización corneal.
- Glaucoma.
- Diabetes.
- Cualquier enfermedad de la colágena.
- Historia de queratitis herpética.
- Síndrome de ojo seco.
- Cicatrización queiloide.

RIESGOS QUE DEBE CONOCER EL PACIENTE:

Dependen de la técnica, el equipo empleado, el monto de la graduación, la edad y el tipo de cicatrización.

Las complicaciones transoperatorias más frecuentes son: lesión del colgajo, arrugamiento, cortes incompletos y hasta cortes perforantes, lo que puede inducir astigmatismo irregular y mala visión postoperatoria.

- Hiper o hipo corrección con la consiguiente falla en el resultado visual.

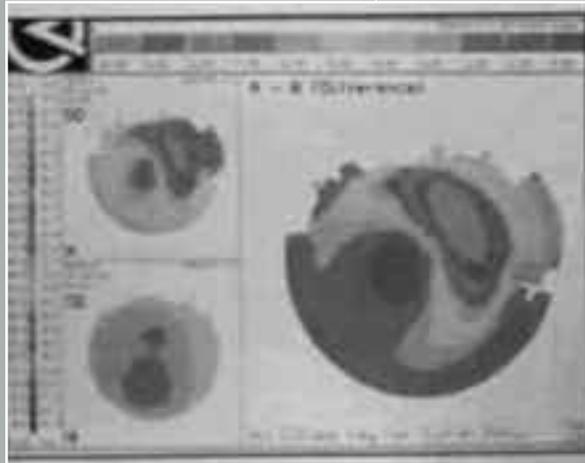
- El paciente debe tener siempre en mente la posibilidad de utilizar una graduación aérea complementaria.

- En caso de un resultado visual no satisfactorio, no puede utilizar lentes de contacto hasta por varios meses después del procedimiento.

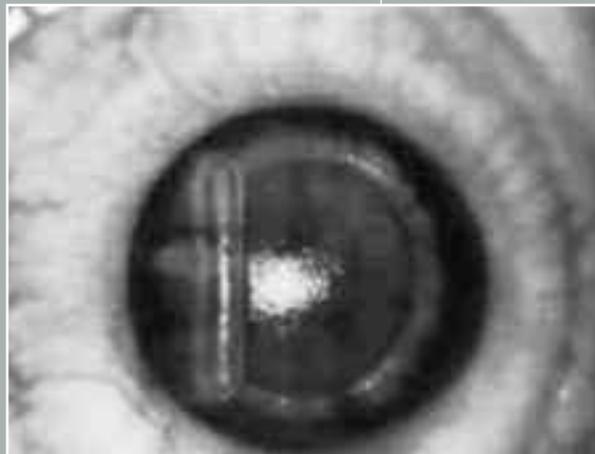
-Desilusión de las expectativas previamente planteadas pues a pesar de mejorar, el paciente siempre quiere ver más.

En conclusión es indispensable que la evaluación de los candidatos sea realizada por un oftalmólogo experimentado, ser meticulosos y estrictos en la selección del paciente, la máquina a emplear, la medición objetiva y subjetiva de la graduación y sobre todo conocer las expectativas reales que pueden ofrecerse a cada paciente con ésta técnica, para tener la certeza de poder realizar la cirugía con un mínimo de riesgos y ofrecer al paciente el máximo beneficio con esta moderna cirugía.

CIRUGÍA REFRACTIVA



Topografía corneal en un astigmatismo Irregular



Corte del colgajo y efecto macroscópico del láser Excimer sobre el estroma corneal .

CONAMED: ALTERNATIVA EXTRAJUDICIAL EN LOS CONFLICTOS DERIVADOS DEL ACTO MÉDICO

Acad. Dr. Jorge Manuel Sánchez González

Antecedentes.

La regulación de la profesión médica es parte de la historia de la medicina. De tal manera que no es ninguna moda, ni mucho menos un fenómeno reciente, que al médico se le exija ser responsable, se le demande judicialmente cuando no cumple con su obligación, o se regule con gran exigencia la práctica de su profesión. Tampoco es efecto de los tiempos actuales que estas regulaciones en ocasiones no cumplan con las expectativas de la sociedad, y entonces se necesiten nuevas formas de vigilar la práctica de la profesión.

El replantearse periódicamente esta problemática y hacer propuestas para solucionarla, ha llevado a estudiar con profundidad la responsabilidad del médico y permitido establecer los límites de esta responsabilidad, al considerar que la medicina no es una ciencia exacta y por lo tanto nunca puede garantizar resultados, de tal manera que la exigencia hacia el médico se ubique en el cumplimiento de su obligación de medios, es decir, en apego a la Lex artis.

La Lex Artis la marcan pueblos, profesionales, legisladores, y también las circunstancias que casi siempre propician un especial modo de actuar y entender las reglas.

Esta forma de actuar, debe estar por encima de normas y reglamentos, situaciones y circunstancias, incluso por encima de los códigos deontológicos y profesionales, pues de restringirla demasiado, estaríamos deteriorando e incluso excluyendo de la ciencia médica precisamente lo que de arte debe de tener.

El médico, para actuar en apego a la Lex Artis deberá dominar los conocimientos necesarios y exigibles para poder ejercer la medicina sin temeridad, lo que llevaría a agravar al enfermo con peligro de su salud y de la propia vida.

Deberá seguir criterios suficientemente experimentados, internacionalizados y propios en el ejercicio de la mayor parte de los médicos, sin olvidar su criterio personal como mejor conocedor del enfermo, es decir de su arte.

Durante su formación, al médico se le orienta sobre bases deontológicas, más que sobre las de carácter legal, por lo que los términos de negligencia o impericia no se encuentran dentro del vocabulario que este profesional maneja y prevenga. Además de otras definiciones jurídicas que involucran al quehacer médico, por ejemplo: demanda y cual es su diferencia con denuncia.

Demanda, es el acto procesal por el que el demandante solicita generalmente por escrito a un órgano jurisdiccional frente al demandado una determinada tutela jurídica en forma de sentencia. Es decir, aquella persona que le solicita a un órgano que tiene la competencia de que se le repare el daño que le ocasionaron por que fue afectado en su persona o en un bien que él posee, mientras que denuncia quiere decir que es un acto oral o escrito por el cual cualquier persona declara el conocimiento que tiene de un hecho que reviste caracteres delictivos ante el juez, ministerio público, la policía o la contraloría.

Hay una gran diferencia entonces entre demandar y denunciar. Frecuentemente escuchamos que se utilizan los términos como si fueran sinónimos y queda claro que no lo son, las instituciones de arbitraje médico reciben demandas, el ministerio público recibe denuncias, pues tienen que investigar un hecho que se

presume ilícito.

La costumbre de demandar por ‘mala práctica’ nace por varias razones: el consumismo que llevo a considerar la salud como un servicio adquirible; la falacia de los altos ingresos que poseen los médicos; la pérdida de la relación médico-paciente; Los seguros de ‘mala práctica’; la industria del litigio; el aumento en la capacidad diagnóstica en medicina; las modificaciones en la organización y recursos del Sistema Nacional del Salud; así como los cambios en la actitud del paciente que pasó de una sumisión silenciosa a una exigencia presionada.

Este cambio en la relación médico-paciente trajo como consecuencia el incremento en las demandas, las cuales en su gran mayoría son infundadas, pero que con una influencia por parte de los medios de comunicación masiva y la inapropiada opinión subjetiva de los profesionales de la salud, a las que se suman dos graves problemas:

1.- Por una parte la ineficiencia de la vía judicial para atender este tipo de inconformidades, pues lograr la comprensión del acto médico por parte de jueces y abogados no es fácil, al carecer de la formación médica y requerir de alta especialización, merced al vasto conocimiento médico.

2.- Por otra, el rezago en los tribunales para la pronta atención de las demandas presentadas, y exigencias que sectores de la población no pueden lograr, como es la contratación de un abogado para defender su caso, y el elevado costo que conlleva.

Las consecuencias de esto, las podemos ver ya en algunos países, primordialmente en los Estados Unidos donde se ha generado una industria creciente de la demanda, gastos excesivos en pólizas de seguros y lo más grave: la desconfianza entre médicos y pacientes, a lo que se le ha denominado “medicina defensiva”. La cual se define como una alteración en la forma de práctica médica, inducida por amenaza o posibilidad de demanda, que intenta prevenirse de las quejas de los particulares, dejando bases de defensa en caso de una acción legal.

La medicina defensiva entonces, consiste en procesos no dirigidos al diagnóstico, curación, o la reparación de

la salud de un enfermo, sino a la justificación y el testimonio de que en cada etapa se utilizaron las medidas más adecuadas. En la práctica se trata de una excesiva e innecesaria cantidad de estudios complementarios y procedimientos injustificados, que además de costosos pueden implicar en sí mismos un riesgo adicional para el paciente, además de la lógica incomodidad.

En México, se ha creado una alternativa para prevenir la entrada de la medicina defensiva en la relación médico-paciente, y ofrecer una alternativa imparcial, objetiva, confidencial y gratuita para que solucione la inconformidad generada en el transcurso de la relación con su médico, a través de vías alternas a las judiciales.

El 3 de junio de 1996, se crea por decreto del Ejecutivo Federal la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), que es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica.

El Titular de dicho órgano, así como el Consejo, que deberá estar integrado por diez Ciudadanos respetables que vigilen el logro de los objetivos y metas trazados, son nombrados por el Presidente de la República, y cada tres meses evalúan el funcionamiento e imparcialidad de la Institución, entre estos Consejeros se encuentran los Presidentes de las dos Academias Médicas más importantes del país: Academia Nacional de Medicina y Academia Mexicana de Cirugía.

Su trabajo operativo se desarrolla de manera multidisciplinaria, por eso los módulos de atención se componen por médico y abogado con una misión Institucional: “Propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus

pacientes”.

Los conceptos básicos que regulan el trabajo de la Comisión son la obligación profesional del prestador de servicio: siempre de medios (Lex Artis), a veces de seguridad y casi nunca de resultados, a partir de ese análisis se determina si existió mala práctica, pudiendo ser por negligencia, impericia o dolo.

El proceso por el cual se atienden las inconformidades recientemente se ha denominado Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, que tiene como finalidad evaluar la formación profesional, expediente clínico, argumentaciones, obligaciones médicas, efectos adversos y relación o nexo causal. Cuando un paciente presenta su inconformidad, un médico del servicio le llama al galeno involucrado para que asista a la Institución y se le explique los servicios, procedimiento y motivo de inconformidad de su paciente. Esta es una gran ventaja para el médico, ya que su asunto es tratado por pares, en forma confidencial e imparcial.

Ante la presentación de una queja, la Dirección General de Orientación y Gestión evalúa el caso, y procede a su ingreso al proceso arbitral sólo cuando:

1. Se reclamen pretensiones de carácter civil.
2. No está sometido al conocimiento de los tribunales.
3. No se trata de controversias laborales.
4. No se tenga por objeto la tramitación de medios preparatorios para juicio civil, procedimiento judicial o administrativo.

5. No se haya iniciado averiguación previa.
6. No se tenga como única pretensión la sanción del personal médico.
7. Cuando la controversia sea sólo con relación al cobro de servicios o seguros de gastos médicos, o
8. Cuando el asunto no es del conocimiento de los medios de información.

Cuando la inconformidad no es ingresada, se brindará al paciente asesoría especializada necesaria de los sitios en donde deberá presentar su inconformidad para que sea atendida, como sería en el caso del punto número 7, a la CONDUSEF o la PROFECO.

La conciliación es un proceso en que a través del diálogo, médico y paciente encuentran la forma de solucionar su conflicto, con la voluntad de las partes y de buena fe, procedimiento que cuenta con la base legal necesaria para su resolución final. En caso de no llegar a esto, pueden aceptar la propuesta de la Institución que consiste en una amigable composición.

En caso de que esto no ocurra, se continúa con el Arbitraje médico hasta la conclusión del conflicto, este proceso se realiza tomando en cuenta la asesoría externa de un médico experto en el campo de la controversia, avalado por el Consejo de su especialidad y las Academias, el cual analiza el caso en forma anónima y confidencial. Este procedimiento da la certeza de que los casos son analizados por expertos y pares calificados, los cuales sustentan su opinión en la literatura médica y bibliografía actualizada a cada caso en cuestión, en apego estricto a la Lex Artis y la responsabilidad de medios. En resumen, las ventajas del arbitraje son permitir la apreciación especializada, las partes fijan el procedimiento, se evitan tramites innecesarios, permite la conciliación en cualquier momento, es confidencial y sobre todo es más ágil que la vía judicial, con tiempos máximos de seis meses, y totalmente gratuita, no requiere la contratación de abogados.

La conclusión del proceso arbitral se realiza mediante la emisión de un laudo que tiene fuerza de cosa juzgada,

constituye un acto materialmente jurisdiccional.

Una función más que se lleva a cabo en la CONAMED, es el elaborar dictámenes médico periciales, con lo que coadyuva a las instancias de procuración e impartición de justicia, así como órganos de control interno en las instituciones de salud, en el desarrollo de los procesos civiles, penales y administrativos. Mediante este dictamen, la Comisión no resuelve el litigio, pero aporta su interpretación técnica de los hechos de relevancia jurídica, con lo que se realiza una función pericial de calidad, no como persona física, sino como Institución especializada, con participación colegiada.

Desde luego, que la Comisión cuenta también con la visión de la prevención del conflicto en la relación médico-paciente. Para esto se han llevado a cabo diversas medidas, la primera fue la emisión de las recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina, que en 7 sencillos puntos resume lo primordial para evitar conflictos en la relación médico-paciente. Cartel que se ha difundido en todo el País.

Derivado de esto, se está trabajando con diversas especialidades para generar las recomendaciones que correspondan a la práctica específica de determinada área médica. Hasta este momento se han generado las Recomendaciones de Oncología, Radiología e Imagenología, Pediatría, Ginecología, Anestesia y Odontología. Estando en elaboración con las agrupaciones médicas de las diferentes especialidades médicas.

También se ha trabajado con diversas Escuelas y Facultades de medicina e Institutos de Salud para llevar a cabo talleres de capacitación para la prevención del conflicto. Pero hay que seguir insistiendo en que en la relación médico-paciente hay muchas aristas, y por eso la CONAMED está trabajando desde hace dos años en proyectos que permitan proponer las cátedras de derecho sanitario y de comunicación humana. Nadie nos ha enseñado las herramientas de la comunicación, no sabemos cómo escuchar, como ser asertivos, y este es un problema fundamental ante una relación que tiene como base la confianza y esta se cimienta a su vez en la comunicación.

Una acción más de la CONAMED ha sido la de

colaborar con la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud, en donde se le encomendó la coordinación con diferentes agrupaciones e instituciones médicas como es el caso de la Academia Mexicana de Cirugía, que concluyó con la promulgación de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, documentos que buscan transparentar y condensar los ordenamientos legales que afectan la relación médico-paciente, y de esa manera coadyuvar a mejorar la calidad de la atención. Pero sobre todo combatir frontalmente el avance de la medicina defensiva.

El camino de la CONAMED ha sido largo en estos casi siete años de existencia, los logros importantes y los retos por vencer aún son muchos, pero como corolario, quisiera mencionar que estos logros tienen un sustento importante en un proceso certificado por BSI, Institución Internacional que certifica que las acciones que se llevan a cabo en la CONAMED cumplen con los requisitos necesarios para merecer la certificación ISO 9001/2000, en 38 procedimientos, como ejemplo nacional del área de salud de este país, al obtener dicho logro, el cual se consolida con la obtención del Premio 2003 a la Calidad Gubernamental: INTRAGOB 2002 el pasado 4 de marzo. Un reconocimiento a la Institución que cada día se esfuerza y compromete con su visión: **“Ser un factor de éxito y confianza en los servicios de salud de México”**

CACTÁCEAS

Dr. Jorge Meyrán García*

Las cactáceas son plantas muy apreciadas en Europa, Japón, Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda etc. y muy despreciadas en México y en general en Latinoamérica. En muchos países europeos hay aproximadamente un cactófilo por cada 10,000 habitantes, en México difícilmente llegan a 3 por millón.

Son plantas originarias de América, solamente existe una especie que crece en los bosques tropicales de Africa, Madagascar y Ceilán (Sri Lanka), *Rhipsalis cassutha*, epífita, que se cree fue llevada por las aves. En América crecen desde las provincias de Alberta y Columbia Británica, en Canadá, hasta la Patagonia, en Argentina, principalmente en las zonas áridas y en los desiertos; en el hemisferio norte en los desiertos sonorenses y en el chihuahuense, que abarcan parte del sur de Estados Unidos y el norte de México, y en el hemisferio sur en la zona desértica que comprende Perú, Bolivia, Argentina y Chile, pero también existen en las zonas húmedas, en donde la mayoría son epífitas, es decir crecen en las ramas de los árboles donde el agua escurre más rápidamente. En la porción norte de Chiapas, donde la precipitación pluvial llega a 5 metros al año, existen varias especies de cactus.

Respecto a la altitud, se les encuentra desde el nivel del mar hasta los 3000 metros en Norteamérica, donde se observan algunas biznaguitas (género *Mammillaria*) y nopales (*Opuntia*). En Sudamérica se hallan hasta los 4000 metros, aunque hay citas de algunas

especies a 4200 y 4300.

La mayor concentración existe en México, pues de alrededor de 2500 especies, casi 1000 corresponden a nuestro país.

Los primeros cactus fueron llevados por Colón a España, en donde se popularizaron, sobre todo el higo chumbo, es decir la tuna, y desde allí se fueron extendiendo por toda la cuenca mediterránea, hasta llegar a Israel, en donde la planta llamada "sabra" es un nopal.

En otras partes del mundo, el nopal, que pertenece al género *Opuntia*, al no tener enemigos naturales, se propagó en forma desmedida, como en algunas partes de Africa, pero sobre todo en Australia, en donde existieron leyes muy severas contra todo aquel que introdujera cactus al país. Alrededor de 20 especies de nopales llegaron a naturalizarse en ese país, es decir principiaron siendo cultivados pero escaparon del cultivo y se reprodujeron en tal forma que constituyeron verdaderas plagas, sobre todo *Opuntia stricta*, planta de las Antillas y de las costas del sur de Estados Unidos y Tamaulipas. Por 1900 había cubierto un área de más de 40,000 km cuadrados, equivalente al tamaño de Suiza, principalmente en los estados de Queensland y Nueva Gales del Sur. En 1925 esa invasión se había cuadruplicado en Queensland, pasando de 160,000 km² y era mayor de 30,000 km² en Nueva Gales del Sur. El área total infestada era 6 veces el tamaño de Suiza.

Se buscaron remedios mecánicos, químicos, el uso de virus y cerca de 50 especies diferentes de insectos que atacaban a los cactus, hasta que hallaron algunos más o menos útiles, y el que mayor resultado proporcionó fue llevado de Argentina, una mariposa nocturna cuyo nombre científico es *Cactoblastis cactorum*, pues su oruga es una gran devoradora de nopales.

Las cactáceas son confundidas con otras plantas suculentas que también viven en las zonas áridas y en los desiertos, de las cuales se diferencia por varios caracteres, el principal de ellos es una estructura llamada areola, una especie de pequeña yema acolchonada, al principio con lana, en donde nacen las

espinas, cerdas, flores y frutos y a veces, en algunas especies, las hojas; aunque hay especies que carecen de espinas, como el peyote. El otro carácter importante es la succulencia, es decir, los tejidos son carnosos, jugosos, contienen mucha agua, pero este carácter se presenta igualmente en otras familias, alrededor de 50, como las Agaváceas (magueyes, yucas), Fouquieriáceas (ocotillo, cirio) y parte de las Crasuláceas, que crecen fundamentalmente en América; y familias como las Euforbiáceas, Mesembriantemáceas, Liliáceas (género *Aloe*) y parte de las Crasuláceas en Sudáfrica.

Existen diversas formas de tallo: redondeados, cilíndricos, columnares, candelabriformes, desde muy pequeños, de 1 cm de diámetro, como *Bosfeldia liliputana* hasta cerca de 20 metros de altura como el sahuaro de Sonora y Arizona. La mayoría presenta espinas, a veces pequeñas o largas hasta 20 cm de longitud, rectas o ganchudas, pero hay algunas especies sin espinas o solamente con pequeñas cerdas. Los cactus más primitivos tienen hojas, pero la mayoría carece de ellas o presentan sólo una pequeña escama; sus flores varían de tamaño, desde 4 o 5 mm como en los *Rhipsalis* hasta más de 40 cm de largo como en las plantas del género *Epiphyllum*. Estas últimas casi siempre son de color blanco, casi siempre nocturnas, en cambio en los géneros con flor diurna habitualmente son rojas, púrpura, anaranjadas o amarillas, nunca azules por carecer de sus frutos son también muy variables: pequeños a grandes, secos a muy jugosos, y muchos comestibles como el garambullo, las tunas, el chichipe, el pitayo, las pitahayas etc.

Entre sus componentes químicos está en primer lugar el agua con 80 a 91% del total y numerosas sustancias químicas como son los polisacáridos, hexosas, pentosas, néctares, almidón, celulosa (entre 2 y 11 %), gomas, mucílagos, sustancias pécticas, glucósidos, ácidos orgánicos, lípidos, saponinas (entre las cuales se han hallado más de 18 triterpenos), aceites esenciales, resinas, látex, flavonoides, taninos, pigmentos (clorofila y carotenoides), vitaminas y compuestos nitrogenados. entre estos últimos están los aminoácidos, proteínas, ácidos nucleicos y alcaloides.

Por sus propiedades farmacológicas los alcaloides despertaron un gran interés entre los químicos y los

médicos, que iniciaron su estudio a fines del siglo XIX. Los alcaloides de las cactáceas pertenecen a 3 grupos de estructuras químicas: a) derivados de la fenetilamina, b) derivados de la tetrahidroisoquinolina, y c) derivados del imidazol (de este último sólo hay uno). Hasta 1980 se habían descubierto 105 alcaloides en las cactáceas, algunas especies carecen de ellos, un grupo más numeroso tiene entre uno y siete; en menos número están aquellos con siete a once y como excepción tenemos al peyote en el cual los químicos habían encontrado 59 alcaloides hasta 1980. *Lophophora williamsii*, aunque ya nombrado por Francisco Hernández en 1790 como *Peyotl zacatensis*, que ha sido el más estudiado por sus propiedades alucinógenas, que poseen varios de sus alcaloides, siendo el más activo el conocido científicamente como la mescalina.

Referencias

Bravo, H.: Las Cactáceas de México. UNAM 1978

Britton N.L. et J: N: Rose The Cactaceae. Dover Publ. 2ª. Ed. 1963

Chalet J.M. Los Alcaloides de las Cactáceas. Cact. Suc. Mex. 25:75-92. 1980
Kupper W. et P. Roshardt. Cacti. Nelson 1960

* Consultor Técnico
Servicio de Oftalmología del Hospital General de México.



Biznaga de Acitrón (*Ferocactus Pringlei*)



Bergerocactus Sp.

EL USO DE LAS CACTÁCEAS EN LA MEDICINA PREHISPÁNICA MEXICANA

Acad. Dr. Rolando Neri Vela

Uno de las grandes obras médicas que nos ilustran acerca de la utilización de las cactáceas en la herbolaria medicinal lo constituye el código Libellus de medicina Libus indorum herbis, también conocido como de la Cruz-Badiano.

Solo mencionaré tres de estas plantas.

Para el tratamiento de la cabeza tiñosa se hacia uso del huitzquilitl. La cabeza se lavaba con orina, y después se le aplicaba una mezcla de las raíces de dicho vegetal.

Para los ojos tumefactos y el enrojecimiento de la cara por el calor, servia como preventivo y cura la mezcla de tetzmitl y tequiquizacatl, y una piedrita; blanca o purpurina, que se decía que se hallaba en el buche de la golondrina, y todo ello debería estar bien molido en sangre de la misma ave.

Los dientes cariadados debían punzarse primero con uno de un cadáver, y enseguida se molía y se quemaba la raíz: de un arbusto llamado teonochtli, junto con cuerno de venado y algunas piedras finas con un poco de harina martajada con algo de sal. Todo esto se ponía a calentar, y después la mezcla se envolvía con un lienzo y se aplicaba por un tiempo breve apretada con los dientes.

El conocimiento de nuestras plantas medicinales ha pervivido en el tiempo, siendo su utilidad reconocida en todo el mundo.

PÁGINA ELECTRÓNICA DE LA ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

www.amc.org.mx

**Acad. Dra. María Estela
Arroyo Yllanes**

Internet significa “Internacional Network”, es decir red internacional. Es una red de computadoras esparcidas por todo el mundo pero conectadas entre sí, cuyo propósito fundamental es servir como un gigantesco banco de información y como un medio de comunicación entre particulares a través del correo electrónico y los grupos de discusión.

La información disponible en Internet abarca infinidad de temas y dicha información se presenta en la misma forma, a la cual se le llama World Wide Web (WWW). En términos sencillos WWW es una página o sitio en pantalla con información sobre cierto tema, que no sólo incluyen texto sino imágenes, sonido y video. Siguiendo a las letras WWW aparece en texto la dirección electrónica de la página que se desea ver. Dicha dirección recibe el nombre de URL (Localizador uniforme de recursos).

Para poder visualizar una página se han creado diferentes programas llamados navegadores o buscadores. Si el usuario pasa de una página a otra, se habla de estar “navegando”. De ahí surge la jerga popular de que Internet es un espacio en donde se “navega” para llegar a ciertos “sitios” y como esto no es real sino virtual, a través de medios electrónicos a Internet se le conoce como el ciberespacio.

Lo que hace de Internet un excelente medio de comunicación es que reúne las mejores condiciones de los sistemas de comunicación que lo precedieron al mismo tiempo que mejora con mucho las deficiencias de éstos.

- 1) Correo postal: Se demora por lo menos un día y con frecuencia una semana para llegar a su destino. Se requiere del uso de timbres postales, sobres y además ir a depositarlo a un buzón. Con el correo electrónico la comunicación es inmediata, a cualquier parte del mundo.
- 2) El teléfono: La otra persona debe estar ahí para contestar y debe estar dispuesta a hablar.
- 3) El fax: La transmisión no es siempre confiable, en ocasiones el contenido es ilegible. A través del correo electrónico se pueden enviar cualquier tipo de documentos que contengan incluso material gráfico o de vídeo manteniendo la calidad original.
- 4) La biblioteca pública: El usuario tiene que ir hasta allá para obtener la información y muchas veces el libro que se quiere esta prestado o en encuadernación. Aunque el contenido es limitado en ocasiones, a través de la red se tiene acceso a información actualizada, en el momento que se desea.

La intención de esta comunicación es presentar a aquellos que no la conozcan la página electrónica de la Academia Mexicana de Cirugía y mostrarles su contenido.

La página de inicio o página principal contiene la bienvenida a la misma, el logotipo de la Academia Mexicana de Cirugía y del lado izquierdo en una cintilla, los títulos del contenido:

- 1) Cuerpo Directivo: Enlista los nombres de los integrantes del mismo.
- 2) Historia: Relata en dos páginas de texto los datos más significativos de la historia de la Academia Mexicana de Cirugía.
- 3) Estructura: Señala las características del Cuerpo Directivo y de las diferentes comisiones.
- 4) Presidentes: Galería de los ex-presidentes de la Academia Mexicana de Cirugía.
- 5) Actividades académicas: Se encuentran enlistadas por mes las sesiones ordinarias, extraordinarias, el curso de actualización médica continua y otras actividades.
- 6) Boletín: Actualmente sólo se encuentran en la página los números editados en el año 2000.
- 7) Cirugía y cirujanos: Se muestra el contenido de los números de la Revista.
- 8) Administración: Señala la dirección, teléfono y correo electrónico de la empresa administradora de la Academia Mexicana de Cirugía.
- 9) Estatutos:
- 10) Noticias importantes: Actualmente vacío, se utilizará en el futuro para divulgar la información actualizada.
- 11) Correo electrónico: Acceso directo para enviar correos a las oficinas de la Academia.
- 12) Se encuentra además una cintilla con el título XLV Semana Quirúrgica Nacional que contendrá toda la información de nuestra magno evento académico

Actualmente están en proceso de actualización las secciones del Boletín, Cirugía y Cirujanos, el Estatuto y la XVI Semana Quirúrgica Nacional.

Existen muchas maneras de obtener el mayor beneficio de una página en Internet, dentro de los que se podrían mencionar: la integración en la página del listado de los Académicos, la utilización de éste medio electrónico para grupos de discusión y la difusión de conferencias y otros eventos.

Les invito a participar con sus sugerencias y recomendaciones para que con el tiempo éste sea el medio de comunicación de primera intención entre los Académicos y que nuestra agrupación se posicione a la vanguardia de la comunicación electrónica.



Academia Mexicana de Cirugía

Órgano Consultivo del Gobierno Federal

Fundada el 13 de
enero de 1933
dedicada al estudio,
investigación y perfeccionamiento
de la cirugía

- Inicio
- Cuerpo Directivo — 1
- Historia — 2
- Estructura — 3
- Presidentes — 4
- Actividades Académicas — 5
- Boletín — 6
- Comités y Comisiones — 7
- Emisiones — 8
- Estatutos — 9
- Noticias Importantes — 10
- E-mail — 11



XLV Semana Quirúrgica Nacional

Bienvenido a la página de la

12



Academia Mexicana de Cirugía

Fundada el 13 de Enero de 1933

dedicada al estudio, fomento,
investigación y perfeccionamiento
de la cirugía en México

Órgano Consultivo del Gobierno Federal

Academia Mexicana de Cirugía Centro Médico Nacional Siglo XXI
 IMSS Bloque B de la Unidad Congressos 3er. piso
 Av. Cuauhtémoc 4320 Colonia Doctores, 06725 México, D.F.
 Tels: 5627-6900 Ext. 5027, 5031
 Dlx: 5761-2581 / 3761-0574
 Fax: 5488-0458
 Correo: acomex@servimed.org.mx



Academia Mexicana de Cirugía

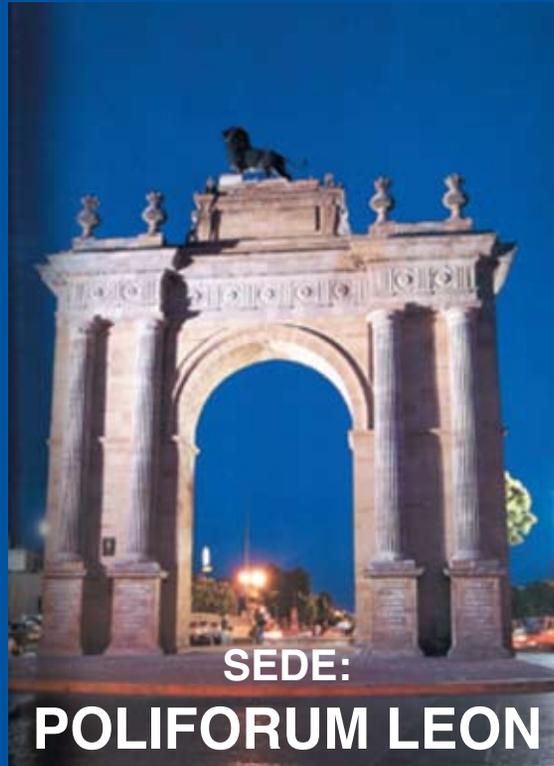


UNIVERSIDAD
DE GUANAJUATO

XLV Semana Quirúrgica Nacional

León, Guanajuato

13 al 18 de septiembre de 2003



SEDE:

POLIFORUM LEON

CON LA PARTICIPACIÓN DE

UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL, A.C.

Y

ASOCIACIÓN DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, A.C.

- Trabajos en Cartel
- Videos
- Presentación de Trabajos Premiados
- Programa Social y Cultural
- Simposios

- Cursos Precongreso
- Conferencias Magistrales
- Convivencias Quirúrgicas
- Exposiciones de la Industria Técnico-Farmacéutica
- Trabajos Libres

INFORMES E INSCRIPCIONES

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

Av. Cuauhtémoc No. 330 Bloque B, 3er. Piso
Col. Doctores 06725 México, D.F.
Conm. (55) 5627-6900 ext. 5026, 5027
Tels. y Fax: (55) 5588-0458 y (55) 5761-2581
E-mail: acameci@servimed.com.mx
Web page: www.amc.org.mx



B,P, SERVIMED, S.A. DE C.V.

Barranca del Muerto No. 520
Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.
Tel. (52 55) 91 71 95 70
Fax: 52 55) 56 60 19 03
E. mail: sqn@servimed.com.mx
Web Page: www.servimed.com.mx