

# La importancia de la cirugía laparoscópica para el cirujano general

Romeo Castillo-Castellanos,<sup>(1)</sup> Roberto Pérez-García,<sup>(2)</sup> Javier García-Álvarez,<sup>(3)</sup> Rafael Álvarez-Cordero<sup>(4)</sup>

romeo\_cas@hotmail.com

*"Si sientes que la tecnología te obstruye el paso, lo mejor es caminar junto a ella"*  
Romeo Castillo Castellanos

## RESUMEN

El objetivo de este artículo es hacer notar la importancia que tiene para el cirujano el aprendizaje de la cirugía endoscópica, tomando en cuenta que la medicina ha quedado atrapada por las transformaciones propias de la "era de la información y la tecnología."

La mentalidad creativa del cirujano, llevado por la tecnología integrada a su ámbito de trabajo, le motiva y obliga a aprender y desarrollar nuevas habilidades y destrezas, circunstancia que fue producto del interés en volver al laboratorio de adiestramiento e investigación quirúrgica. El cirujano que practique cirugía endoscópica debe tener como condición primordial una mentalidad abierta al cambio, que le permita incorporar los avances que día a día aparecen en este novedoso campo de la cirugía, que aunado a su indiscutible profesionalismo, le permita entender con claridad las decisiones que deberá tomar en su momento, para realizar satisfactoriamente la cirugía endoscópica.

Este trabajo es el resultado de la tesis "La importancia de la Cirugía Laparoscópica para el Cirujano General" para obtener el Diplomado en Cirugía Laparoscópica. Donde se puede valorar la importancia que tiene para el cirujano esta nueva forma de operar, dándole la seguridad de observar un espacio definido, el conocimiento de la anatomía quirúrgica de los órganos intraperitoneales, así como reconocer los errores de ubicación y aprender de los errores técnicos.

Es por ello, que es importante que todo cirujano debe involucrarse en esta nueva tecnología, que ya es parte del arsenal quirúrgico y tomarla como una nueva opción quirúrgica, pero con mejores ventajas sobre la cirugía abierta,

debido a la recuperación rápida del enfermo, menor estancia hospitalaria, integración pronta al trabajo, que reditúan en beneficio de las instituciones y de la salud propia de los pacientes.

En este mundo de la informática, donde la tecnología nos rebasó y sobre todo en nuestro campo de batalla que es la cirugía, ya no podemos ir con fusiles viejos, no podemos luchar contra la tecnología, y lo mejor es caminar junto a ella.  
**Palabras claves:** *cirugía laparoscópica, investigación quirúrgica, tecnología médica.*

## SUMMARY

The objective of this article is to note how important for the general surgeon is the learning of endoscopic surgery, considering that medicine has been "trapped" by its own development of "technology and information age."

The surgeon creative mentality, led by the integrated technology to his environment, motivates and forces him to learn and develop new skills, circumstance product of the interest in returning to the training lab and surgical research. The surgeon that practices endoscopic surgery must have as a prime condition, an open mind to change, allowing him to achieve the day by day advances coming up in this new field of surgery, that with an unquestionable professionalism allows him to understand clearly the decisions that must be made instantly, to perform satisfactorily the endoscopic surgery.

This job is the result of the thesis "the importance of laparoscopic surgery for the general practitioner" to obtain

<sup>(1)</sup> Cirujano General/Cirujano Bariatra. Hospital General "Dr. Juan Graham Casaus." Villahermosa, Tab.

<sup>(2)</sup> Jefe de la División de Cirugía General. Hospital Juárez de México. SSA.

<sup>(3)</sup> Jefe del Servicio de Cirugía General. Profesor del curso de Cirugía Laparoscópica. Hospital Juárez de México. SSA.

<sup>(4)</sup> Profesor de Cirugía Bariátrica Laparoscópica. Hospital Ángeles del Pedregal. México.

the diploma in laparoscopic surgery where we could value the importance for the surgeon has this new way to operate, making sure of observing a definite space and the surgical anatomy knowledge of the intraperitoneal organs, as much as recognize the location mistakes and learn from the technical mistakes.

That is why, that it is important for every surgeon to be involved in this new technique that is already part of the surgical arsenal and take it as a new surgical choice, but with better advantages over the open surgery, due to the fast recovery of the ill person, less hospital staying, soon integration to work, getting benefits for the institution and the health of the patients.

In this informatic world, where technology has been over us, and specially in our battle field of surgery, we can no longer march with old rifles, we cannot fight against technology, and the best is to walk alongside it.

## INTRODUCCIÓN

Es el pasado un mundo fantástico donde se finca nuestro presente y nos da las pautas para que podamos pensar como avanzar en el futuro, por eso es importante retroceder y reflexionar en ese pasado, el cual nos demuestra cuan difícil fue el cambio, pero sobre todo, cuan vasto fue el ingenio de grandes hombres que generaron bajo una tenacidad irrefrenable un cambio.<sup>1</sup>

La aplicación de la laparoscopia a métodos quirúrgicos generales ha revolucionado la cirugía general desde que el 12 de Septiembre de 1985, Erich Mûhe, realizó por primera vez una colecistectomía por laparoscopia, desde entonces se han aplicado las técnicas muy poco invasoras a un número y variedad cada vez mayores de procedimientos quirúrgicos.

Los cirujanos hoy día practican cirugía laparoscópica, colocan endoprótesis por endoscopia, diagnostican por medio de imágenes digitales no invasoras y vigilan a los pacientes con docenas de sensores. Sin duda alguna, seguirán practicando algunas intervenciones con los instrumentos quirúrgicos tradicionales y por la vía laparoscópica que se ha vuelto ahora una técnica estándar.

Sin embargo, con el transcurso de los años las nuevas tecnologías tendrán importancia cada vez mayor. Al parecer se tiende a practicar métodos muy poco invasores, y en vez de ser procedimientos directos manuales se buscan que sean indirectos, no manuales (por Ej., facilitados por laparoscopia, a través de sondas, por robots y por computadora), y en vez de una sola modalidad (como ablación y reconstrucción) se

recurra a métodos multimodales (con marcado biológico, orientación por imágenes y mayor destreza).<sup>2,3</sup> Por todo lo antedicho el cirujano debe de tomar la tecnología en sus manos y tener a la cirugía laparoscópica dentro de su arsenal quirúrgico como uno de los métodos quirúrgicos más maravillosos que nunca un cirujano pensó llegar a tener.

## ANTECEDENTES

La cirugía endoscópica tuvo a finales del siglo XX un gran avance; posterior a la primera colecistectomía realizada por Enrich Mûhe en 1985, surge un acelerado crecimiento tecnológico basado en el ímpetu de numerosos cirujanos que han observado que la cirugía tenía un gran cambio cuyo proceso evolutivo es hasta el momento actual inimaginable. Vivimos un momento trascendental en la historia de la humanidad, en su evolución no se habían realizado tantos cambios ni descubrimientos como se han efectuado en los últimos años, en ellos han participado la mayoría de las ciencias. La historia de las ciencias esta siempre en relación con el desarrollo de grandes culturas, cada una de ellas dejo en su momento constancia de que el hombre efectúa cambios motivado por un entorno inquieto tanto social, como científico y cultural.<sup>1</sup>

La laparoscopia ha existido desde los años 80, según los excelentes reportes de Europa y Estados Unidos, atestiguando su valor en la práctica clínica; sin embargo no fue aceptada por los cirujanos generales, existiendo dilema en cuanto a su valor diagnóstico, prefiriendo la cirugía abierta. Los ginecólogos, sin embargo, desarrollaron un gran interés por la laparoscopia empezando con ligaduras tubáricas, y como método de diagnóstico, realizando procedimientos de "mínimo acceso" para ooforectomías, miomectomía e histerectomía laparoscópica asistida.<sup>1,4</sup>

La cirugía laparoscópica, como la conocemos hoy en día, no es sino el resultado de los esfuerzos repetidos, durante muchas generaciones, de cirujanos visionarios que anhelan el poder ofrecer curación quirúrgica de los padecimientos, sin causar el daño involuntario que se ocasiona al abrir la pared abdominal.

La cirugía laparoscópica tomando como procedimiento ejemplar a la colecistectomía fue popularizada por Dubois y colaboradores y por Reddick y Olsen. Tuvo aceptación en la medicina comunitaria y también en los centros académicos. Veinte años después, constituye una de las operaciones generales más practicadas, y ha tenido aceptación mundial como el método más conveniente para tratar calculopatía vesicular sintomática.<sup>1,2</sup> En la comunidad académica han persistido dudas en cuanto a la inocuidad

del método, preocupación reforzada por la alta prevalencia de lesiones del colédoco. También ha habido dudas en relación con la preparación y experiencia, pues algunos cursos de aprendizaje consistieron solo en sesiones de fin de semana y práctica en unos cuantos animales, pero después la comunidad quirúrgica académica siguió un programa educativo vigoroso para enseñar a los cirujanos en su práctica, y a los residentes. Conforme se incorporaba a la práctica la nueva generación de cirujanos laparoscópicos capacitados en su etapa de residencia, disminuyó la prevalencia de las lesiones.

Otros cambios importantes fueron una liberación de las indicaciones para la practica de la laparoscopia; mejoría del equipo y los instrumentos, y métodos laparoscópicos nuevos que incluían exploración del colédoco por laparoscopia.<sup>5-8</sup>

A pesar de todos estos cambios y mejoría todavía se producen lesiones quirúrgicas, y para obtener buenos resultados con estas intervenciones la norma es seguir principios básicos de técnica como exposición, hemostasias hechas adecuadamente, así como la identificación de los puntos anatómicos de referencia.

La aplicación de la laparoscopia a métodos quirúrgicos generales ha revolucionado la cirugía general. Desde que hace más de 20 años que se realizó por primera vez una colecistectomía por laparoscopia, se han aplicado las

técnicas muy poco invasoras a un número y variedad cada vez mayores de procedimientos quirúrgicos. En el comienzo se planearon algunas contraindicaciones absolutas para la laparoscopia, como embarazo, operaciones previas en el abdomen, imposibilidad de tolerar mayor presión intraabdominal, obstrucción intestinal, coagulopatías, obesidad, cirrosis, incapacidad de tolerar la anestesia general, colédocolitiasis, y colecistitis aguda, pero al acumular mayor experiencia los cirujanos con los procedimientos laparoscópicos, y al sucederse progresos técnicos de la instrumentación, hubo necesidad de revalorar dichas limitaciones; algunas de ellas se tornaron solo en relativas.

Unas pocas ya no se consideran contraindicaciones, porque, en tales situaciones, la planificación apropiada, el juicio de un experto y una técnica quirúrgica meticulosa evitarán complicaciones, y aun así, permitirán al paciente obtener los beneficios de la cirugía muy poca invasora, como es la colecistitis aguda,<sup>1,9</sup> cirugías previas, embarazo, etc. Por ejemplo existen tres situaciones específicas consideradas alguna vez como contraindicaciones para la laparoscopia: 1) operaciones previas en el abdomen; 2) obesidad, y 3) embarazo. La técnica puede utilizarse en forma segura en personas con cualquiera de los tres problemas si se utilizan estrategias y tácticas específicas para evitar posibles trastornos.<sup>2,4,10,11</sup>

En este diplomado de cirugía endocópica pude participar y

**CUADRO 1.** Resultados de colecistectomías laparoscópicas.

Estudio	Años	Pacientes	Conversión (%)	Complicaciones (%)	Lesiones conducto biliar (%)	Días hospitalizados	Colangiografía transo (%)
Z^Graggen	1997	10,174	20	10.3	-	5.4	0.1
Russell	1996	15,221	-	-	0.25	-	22
Wherry	1996	9,130	9.8	6.1	0.41	-	43
Lam	1997	213	2.8	18	0	0.3	0
Fiore	1997	1,002	6.1	-	0	-	29
Fair	1997	3,804	6.7	8.4	0.1	2.6	23
Mjaland	1997	200	2	6.5	0.5	<1	0
Ferzli	1996	1,142	0.3	0.6	0.1	<2	-
Eldar	1997	146*	27	17	<1.5	3	19
Koo	1996	60*	25	20	0	2.5	83
Taylor	1997	2,061	3.1	0.7	0	<2	0
Estudio Euro Club cirujano del sur	1993	15,644	3-8	1.6-6.4	0.2-0.6	3.2	-
Scott	1991	1,518	4.7	5.1	0.5	1.2	29
	1992	12,397	4	4	0.4	<2	40
<b>Total</b>		<b>73,012</b>	<b>8.3</b>	<b>5.6</b>	<b>0.3</b>	<b>3.1</b>	<b>25</b>

\* Colecistitis aguda

practicar algunos procedimientos endoscópicos. Pero, el más frecuente y en el cual se centra el mayor número de horas de entrenamiento laparoscópico para un Cirujano General, es el de la colecistectomía, por lo que, consideramos la colecistectomía laparoscópica “la regla de oro” para todo cirujano para realizar otros procedimientos endoscópicos.<sup>12,13</sup>

La Colecistectomía Laparoscópica es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se extirpa la vesícula biliar, utilizando pequeñas incisiones en la pared abdominal<sup>14</sup> por las cuales se introducen diferentes elementos ópticos conectados a un equipo de video e instrumental quirúrgico especialmente diseñado para tal fin. Esta intervención logra disminuir el trauma quirúrgico y favorecer una recuperación rápida con respecto a la colecistectomía abierta. Las ventajas del abordaje laparoscópico estriban en la corta estancia hospitalaria, la rápida incorporación del paciente a la actividad habitual, así como en la mínima cicatriz abdominal residual. Sus desventajas, en la visión bidimensional de la cavidad abdominal, imposibilidad de palpar las vísceras abdominales en el transcurso de la intervención.<sup>15</sup>

Se acepta que, en el transcurso de una colecistectomía laparoscópica, la conversión a vía abierta será necesaria en el 5-10% de las ocasiones, fundamentalmente por dificultades en la disección (ante la inflamación aguda o adherencias previas) y/o sospecha de lesión quirúrgica de la vía biliar. Los riesgos de la colecistectomía electiva son bajos. Sin embargo, la colecistectomía laparoscópica supone, con respecto a la cirugía abierta, doble riesgo de lesión de la vía biliar 1.33% vs 0.67%, respectivamente, así como de estructuras vasculares e intestinales.

No parecen existir diferencias de costo entre las dos modalidades de colecistectomía. La tasa de mortalidad global es inferior al 1% en la cirugía electiva y del 7-14% en la urgente.

El porcentaje de complicaciones de 2 a 6.87% y la mortalidad de 0.04 a 0.23% en la cirugía electiva y del 7-14% en la urgente. En el cuadro No. 1. Podemos observar los resultados de la colecistectomía laparoscópica por estudios realizados a nivel mundial.

Se acepta que, en el transcurso de una colecistectomía laparoscópica, la conversión a vía abierta será necesaria en el 5-10% de las ocasiones, fundamentalmente por dificultades en la disección ante la inflamación aguda o adherencias previas y/o sospecha de lesión quirúrgica de la vía biliar.<sup>15</sup>

## DISCUSIÓN

La cirugía laparoscópica, como la conocemos hoy en día, no

es sino el resultado de los esfuerzos repetidos, durante muchas generaciones, de cirujanos visionarios que anhelan el poder ofrecer curación quirúrgica de los padecimientos, sin causar el daño involuntario que se ocasiona al abrir la pared abdominal.

Aunque la exploración laparoscópica se ha practicado como tal desde principios del siglo pasado, no fue hasta finales de 1980 cuando se presentó una difusión explosiva, debido por una parte a los avances tecnológicos y, por otra, a que la videograbación de los procedimientos quirúrgicos ha facilitado su difusión, lo que ha permitido su rápida aceptación y expansión.

Al comenzar este milenio el cirujano, además de dominar su oficio, también es responsable de identificar y aprender nuevas técnicas que han sido introducidas con frecuencia cada vez mayor. Debe superar la desconfianza instintiva hacia lo nuevo y al mismo tiempo no sentir demasiado entusiasmo ni adoptar en una forma irracional métodos no probados.

Los cirujanos también deben valorar y escoger con gran cuidado los métodos y las tecnologías, para así dedicar el tiempo necesario a su aprendizaje, que complementará su práctica e intereses. Han surgido cada vez más novedades de las que pudiera aprender y practicar una persona individual, con experiencia, de manera que la cirugía se ha vuelto una especialidad con límites relativos, a diferencia de otros definidos de manera específica.

Los cirujanos también participan en el proceso de medir los resultados obtenidos con estas nuevas técnicas. Contribuir a la evaluación de resultados permitirá a la comunidad médica definir rápidamente y diferenciar entre lo que constituye un progreso verdadero, y una moda y también a los cirujanos a saber si una nueva técnica que hayan adoptado, debe ser aprendida a conciencia y es idónea para su práctica profesional.

El entorno asistencial actual exige la incorporación de nuevas tecnologías que se someten a valoración rigurosa, por diversas razones, que incluyen mejor calidad de la atención, disminución de riesgos, eficacia con un beneficio en función de su costo, y aceptación y satisfacción por el paciente. Para obtener cualquiera de los resultados es importante contar con las herramientas de medición y análisis. Por fortuna, es posible realizar tales tareas con las nuevas tecnologías, propias de la Era de la Información. Los medios diagnósticos de la endoscopia virtual, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, tienen incorporados instrumentos de medición exactos. Pueden hacerse comparaciones entre los métodos videoendoscópicos virtuales y reales, para el análisis

objetivo y el control y resultados de telecirugía y simuladores quirúrgicos utilizan posiciones del extremo de los instrumentos para situar con exactitud cada dispositivo quirúrgico real, o en la simulación generar el instrumento virtual.<sup>3</sup> Esta misma medición puede ser rastreada para la cirugía o la simulación de modo que se mida objetivamente la destreza manual y la realización práctica del cirujano. De este modo, el aspecto por vencer en la actualidad no es si el cirujano puede, de manera objetiva, hacer mediciones y análisis de resultados de una operación, sino decidir exactamente que aspectos métricos es significativo.

Conforme avance la tecnología hasta ordenes de magnitud de micras y amstrong, será factible lograr una complejidad cada vez mayor en dispositivos cada vez más pequeños. No se conocen las consecuencias que ello tiene para el cirujano, quizás los sistemas permitirán la práctica sistemática de métodos quirúrgicos a nivel microscópico, en que sea factible operar en glándulas microscópicas o incluso células. El proceso educativo de los cirujanos deberá contener información sobre modelamiento molecular, dinámica celular, tecnología de interfaz e integración de sistemas. En el momento subsisten las habilidades tradicionales del cirujano, aunque la especulación estimulará la imaginación al grado de que alcance posiciones de liderazgo en estas ciencias nuevas y no quede rezagado a medida que otros especialistas avanzan en terrenos nuevos.

Con todos estos avances ha llegado una nueva responsabilidad ética y moral para analizarlas no solo a la luz de la mejoría en la atención de los enfermos, sino también su trascendencia en la sociedad como un todo. Si continúa el ritmo extraordinario de la evolución en pocos años, será imposible considerar la participación de los futuros cirujanos. De este modo, para estar preparados, debemos tener un espíritu abierto, deseo de considerar y valorar nuevas directrices, y la honestidad y el valor para cambiar si un nuevo método resultó ser valioso. Una mente preparada es la precursora de un espíritu abierto.

Es pues, la cirugía laparoscópica la nueva tecnología que todo cirujano debe de tener en sus manos, hacerla suya y crecer con ella.

## CONCLUSIÓN

Ha llegado un nuevo siglo y con él la invasión de la tecnología desarrollada en el pasado siglo, y dentro de la cirugía, la cirugía laparoscópica, una nueva tecnología que ha generado grandes cambios y la necesidad de adaptarse a ellos, ya que ha modificado radicalmente la forma de dar atención a los enfermos. La cirugía de invasión mínima al igual que la cirugía

llamada tradicional o abierta, pretende buscar un beneficio claro y definitivo para el paciente. Debido a que la vía de acceso y las incisiones son menores de tamaño, éstas causarán, obviamente menor dolor, lo que disminuye la angustia del enfermo y le permite visualizar que las cicatrices, por lo tanto, serán menores y menos visibles o notorias, factor importante en toda persona operada.

No solamente observamos estos beneficios, sino que también, si partimos del mismo concepto de causar menor daño posible en nuestro enfermo, al haber incisiones de menor tamaño, su recuperación será más rápida y por lo tanto podrá incorporarse a sus actividades familiares, sociales y laborales en menor tiempo que con los procedimientos quirúrgicos tradicionales, con los consiguientes beneficios personales y económicos que esto implica.

Dentro de la filosofía propia de la cirugía de invasión mínima, esta involucrado en el uso de nuevas tecnologías, que facilitan los procedimientos como tal y que le den al enfermo mayores posibilidades de recuperación de la salud. Somos testigos de esta evolución con ejemplos como el uso de la robótica y la computación en procedimientos de telepresencia, instrumentos y ópticas de menor tamaño, las cuales causan menores lesiones en los tejidos al introducirlos, el uso de equipos de ultrasonido diagnóstico y terapéutico, etc. que han permitido realizar otras investigaciones quirúrgicas con accesos más inocuos que la cirugía abierta o tradicional.

Tenemos que aceptar que estamos en un proceso continuo de desarrollo profesional y la cirugía de invasión mínima nos ha permitido incrementar nuestros conocimientos, destrezas y habilidades en la evolución de este proceso de adaptabilidad evolutiva de la cirugía.

Por lo antedicho, es importante que todo cirujano debe involucrarse en esta nueva tecnología, que ya es parte del arsenal quirúrgico y tomarla como una nueva opción quirúrgica, pero con mejores ventajas sobre la cirugía abierta, debido a la recuperación rápida del enfermo, menor estancia hospitalaria, integración pronta al trabajo, que reditúan en beneficio de las instituciones y de la salud propia de los pacientes.

La cirugía laparoscópica representa una muestra viva de que la ciencia avanza sin descanso a pasos agigantados en el mundo de la medicina, hasta hace 15 años se dudaba y rechazaba la posibilidad de extraer la vesícula por un "tubito", hoy en día nadie duda que la colecistectomía laparoscópica es la cirugía de elección para resección de vesícula a pesar de que es una entidad relativamente joven, la cirugía laparoscópica llegó a ser un modelo que ha revolucionado la cirugía en el mundo abriendo nuevas fronteras hacia la era

de la Telemedicina y Telecirugía (medicina y cirugía a distancia).

Para entender nuestro presente y avanzar confiados en el futuro tenemos que conocer y entender nuestro pasado, y el mundo de la medicina no es la excepción.

**REFERENCIAS**

1. Heredia J, Carrasco R, Shuchleib Ch, Chousleb Ka, Pérez. Cirugía Endoscópica Actualidades, Avances y Perspectivas, 2002.
2. Carol E. H. Scout-Conner. Cirugía muy poco invasora. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, 4(1): 2000.
3. Marescaux J, Leroy J, Rubino F, Smith M, Vix M, Simone M, Mutter D. Transcontinental Robot- assisted Remote Telesurgery: Feasibility and potential Applications. Annals of Surgery. 235(4): 487-92, 2002, Apr.
4. Pérez-Castro. Manual de Cirugía Laparoscópica. 1995.
5. Dubois F. Cholécystectomie et exploration de voie biliaire principale por coelioscopie. Encycl. Med. Chir. Techniques chirurgicales- Appareil digestif, 40-950, 1993.
6. Berthou JC, Drouard F, Passone-Szerzynan.- Traitement coelioscopique de la lithiase de la voie biliaire principale- Encycl. Méd. Chir. Techniques chirurgicales- Appareil digestif, 40-950. 1995.
7. Traner SE, Thompson MH. Comparison of endoscopic

sphincterotomy and laparoscopic exploration of the common bile Duct. British Journal of Surgery. 89(12): 1495-504, 2002 Dec.

8. Giurgiu DI, Margulies DR, Carroll BJ, Gabbay J. Laparoscopic common bile duct exploration: Long- term outcome. Archives of Surgery. 134(8): 839-43; Discussion 843-4, 1999, Aug.
9. Liu TH., Consoti ET., Mercer DW. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: technical considerations and outcome. Seminars Laparoscopic Surgery 2002; 9(1):24-31.
10. Carth H. Ballantyne. Atlas de Cirugía Laparoscópica. 2002.
11. J. Cueto, A. Weber. Cirugía Laparoscópica. 1997.
12. Flum DR, Koepsell T, Heagerty P. Common bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy and the use of intreoperative cholangiography: Adverse outcome of preventable error?. Archives of Surgery. 136(11): 1287-92, 2002, Nov.
13. Archer SB, Brown BW, Smith GD, Hunter JG. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: Results of a national surgery. Annals of surgery. 234(4): 549-58; Discussion 558-9, 2001 Oct.
14. José L. Porrero Carro. Cirugía de la pared abdominal. 1997.
15. L. Chicharro, J. Vilaseca, Tratamiento de la litiasis biliar, 2002. www.prous.com/digest.

**¿QUE ES Y QUE SIGNIFICA EL ENCUENTRO NACIONAL E INTERNACIONAL DE BIOETICA EN TABASCO?**

Es un foro de reflexión que se realiza en el edén, desde el ámbito en que profesionistas y los estudiantes de hoy que aspiran a servir dignamente como profesionistas en un futuro inmediato, intercambiaran puntos de vista para esclarecer dilemas, misterios, teorías y así crecer en el conocimiento de la Bioética.

Las actividades que se desarrollan día con día, en un entorno, que no siempre es el que se ha soñado, y los retos que la vida misma ofrece como oportunidades para alcanzar el fin último del hombre, la felicidad, son motivo de profunda reflexión para personas que han decidido trascender por vía del estudio de este disciplina.

La historia de la humanidad permite analizar a posteriori los aciertos y fracasos que han llevado muchas veces al género humano el cual a creer que todo lo que se puede hacer se debe hacer, surgiendo de allí la ciencia de los deberes, la ética, la moral, la política, la burocracia, la democracia, conceptos todos que al ser sometidos a las creencias de hoy, son distintos al pensamiento clásico

griego, latino, judío, cristiano, renacentista, modernos o posmoderno.

Es pues indispensable propiciar estos espacios para revitalizar el pensamiento del hombre y enfrentar en mejores condiciones los retos del mañana.

Es nacional por la participación de la Academia Nacional Mexicana de Bioética A. C. y sus diferentes capítulos estatales. Es internacional porque nos visita un maestro chileno que habrá de compartir con nosotros sus conocimientos, pero sobre todo es de Tabasco, de tal forma que pueda ser esperado año con año, con entusiasta participación de la Secretaria de Salud en el Estado, la UJAT, la CECAMET, la Academia Nacional de Bioética del Estado de Tabasco, el Capitulo Tabasco de la Academia Nacional Mexicana de Bioética y su liga Estudiantil Universitaria, solo así, el deber se habrá cumplido.

Dicho evento tendrá lugar los días 9 y 10 de noviembre del 2006, en el Hotel Calinda Viva Villahermosa.

**Fuente:** Comisión Estatal de Arbitraje Médico.