



Acta correspondiente a la Asamblea Ordinaria del 29 de agosto del 2018

En el salón Terraza del Complejo Don Antonino Fernández Rodríguez, ubicado en Ejército Nacional No. 613, Col. Granada, en la Ciudad de México, siendo el miércoles 29 de agosto del 2018 a las 15:00 horas, y previa convocatoria publicada en la página web y enviada a todos los integrantes del “**Consejo Mexicano de Gastroenterología**”. **A.C.**, se reunieron los miembros de la Mesa Directiva 2018-2019, los consejeros y asociados del Consejo que desearon asistir, bajo el siguiente:

Orden del Día

- 1. Declaración de quórum e instalación de la Asamblea**
- 2. Bienvenida**
- 3. Lectura del acta de la Asamblea anterior**
- 4. Informe de Secretaría**
- 5. Informe de Tesorería**
- 6. Informe del Examen de Certificación**
- 7. Informe del Comité de Certificación Vigente**
- 8. Informe del Comité para Determinar Endoscopia Básica**
- 9. Informe sobre el logotipo del Consejo**
- 10. Informe del Presidente**
- 11. Asuntos Generales.**

1. Declaración de quorum e Instalación de la Asamblea.

Se nombraron por unanimidad como escrutadores a la Dra. Araceli Cruz Palacios y a la Dra. María Victoria Bielsa Fernández, quienes después de realizar el conteo de los asistentes informaron a la Asamblea que estaban presentes 33 asistentes, lo que no alcanzó el 66% de los asociados. En apego a los estatutos, se decretó una pausa de 5 min, tras los cuales se realizó un segundo conteo en el que se encontraron 34 asistentes con lo que se declaró establecida legalmente la Asamblea.

A continuación, se sometió a votación el orden del día, que se aprobó por unanimidad.

2. Bienvenida.

El Dr. Jorge Pérez Manauta, presidente de Consejo Mexicano de Gastroenterología, dio la bienvenida a la sesión y agradeció a todos su asistencia.

3. Lectura del acta de la Asamblea anterior.

El Dr. Ramón Carmona Sánchez informó que el acta de la Asamblea anterior fue enviada a todos los consejeros por internet para su lectura previa a la reunión, por lo que se preguntó si existían observaciones en su redacción.

El Dr. Juan Miguel Abdo Francis aclaró que aún no termina su función como miembro del Consejo Consultivo como lo indica el acta de la Asamblea de noviembre 2017, por lo que solicitó su corrección. Se asentó en esta acta la observación y se puso a consideración de los presentes quienes la aprobaron por unanimidad.

4. Informe de Secretaría.

El Dr. Ramón Carmona Sánchez informó que el pasado 16 de febrero, luego de haber cumplido con los requisitos que la CONACEM establece, otorgó el Certificado de Idoneidad al Consejo Mexicano de Gastroenterología con vigencia del 2018 al 2023. También informó que se trabaja en la elaboración de la *Lex artis ad hoc* o *Lex artis medica* con la ayuda del Lic. Ignacio Bazán, con la intención de tenerla lista en noviembre 2018 y presentarla ante CONACEM en la asamblea de febrero 2019. Finalmente informó que se ha solicitado el aval el Consejo para 59 actividades académicas, de las cuales se ha concedido a 51, dos se encuentran en proceso y se han negado 6 por motivos diversos. También se han firmado tres convenios con industria farmacéutica y de servicios médicos para evaluaciones de sus actividades sin que ello implique obligatoriedad en el otorgamiento del aval. Finalizó comentando que se seguirá promocionando esta función con el fin de incrementar las solicitudes de avales.

El informe fue sometido a votación por la Asamblea y aprobado por unanimidad.

5. Informe de Tesorería.

La Dra. Alejandra Consuelo Sánchez informó el estado financiero del Consejo, informando el saldo en cuentas en noviembre del 2017 hasta la actualidad. Informó también que los impuestos están pagados al día y no existe contingencias fiscales.

El informe se puso a consideración de la Asamblea. El Dr. Santiago Gallo Reynoso comentó que se podrían obtener recursos avalando sitios de entrenamiento u hospitales. La Dra. Alejandra Noble Lugo recomendó cautela, ya que tal acción podría generar confusiones tomando en cuenta las políticas diversas aplicables en los distintos sitios. El Dr. Juan Miguel Abdo Francis aclaró que esta no es función del Consejo, lo que es apoyado por otros asistentes. Finalmente el informe fue aprobado por unanimidad.

6. Informe del Examen de Certificación

La Dra. Saraí González Huevo informó que, con la ayuda de 18 profesores de la Asociación Mexicana de Gastroenterología y de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal y Colegio de Profesionistas, se sustituyeron 10% de los reactivos del examen aplicado en febrero del 2018 y se modificó 10% adicional. El examen fue aplicado el sábado 17 de febrero de 2018, en las nuevas instalaciones de NWKIT Consultores ubicadas en el edificio

Acta Asamblea Ordinaria, agosto 2018

UNY II, Av. Universidad No. 749 3er. Piso, esquina Miguel Laurent, col. Del Valle Sur, Delegación Benito Juárez, código postal 03100, de la Ciudad de México, sin incidentes. Los aspirantes se registraron en línea utilizando el sistema SIGME: 82 para endoscopia del aparato digestivo, 57 para gastroenterología y 23 para gastroenterología pediátrica y nutrición. La prueba constó de 300 reactivos en tres módulos. Aprobaron el examen 41 postulantes de endoscopia (50%), 51 postulantes de gastroenterología (89%), y 21 de gastroenterología pediátrica y nutrición (91%). Dos médicos inscritos no se presentaron al examen de endoscopia. Mencionó que todas las sedes fueron informadas por escrito sobre los resultados de sus egresados. Finalmente informó que, para el examen 2019 el comité de Gastroenterología será encabezado por el Mauricio Castillo Barradas, el comité de Endoscopia por el Dr. Fernando Rojas Mendoza y el comité de Gastroenterología y nutrición pediátrica por la Dra. Solange Heller.

Se abrió a comentarios y preguntas.

El Dr. Federico Roesch Dietlen propuso informar a la UNAM sobre los resultados, tomando en cuenta que esa universidad avala a la mayoría de las sedes de entrenamiento. El Dr. Santiago Gallo Reynoso propuso considerar un examen especial para certificar a aquellos egresados hace más de 5 años. El Dr. Jorge Pérez Manauta comentó que, aunque la CONACEM ha solicitado propiciar la certificación de estos médicos, no se contempla un examen especial. El Dr. Juan Miguel Abdo Francis aclaró que esta medida ya se llevó a cabo en una ocasión y se acordó no volverla a aplicar. Finalmente, el Dr. Ulises Leal Quiroga mencionó que él mismo se propuso como consejero voluntario para presentar el examen, pero nunca fue requerido a lo que el Dr. Ramón Carmona Sánchez comentó que fue una omisión involuntaria y extiende una disculpa por el hecho.

El informe fue aprobado por unanimidad.

7. Informe del Comité de Certificación Vigente.

El Dr. Javier Vinageras Barroso mostró la documentación requerida a los médicos y que deben integrar en su archivo único electrónico del sistema SIGME. Informó que, del 16 de noviembre de 2017 al 20 de agosto del 2018, 150 médicos han acreditado su certificación para mantenerla vigente: 68 en gastroenterología, 21 en gastroenterología pediátrica y nutrición, 48 en endoscopia del aparato digestivo y 13 en cirugía del aparato digestivo.

Comentó el problema recurrente que presentan los médicos que solicitan mantener la certificación vigente sin contar con la certificación previa de Gastroenterología o Cirugía y aclara que, aunque es un requisito vigente actual este no puede ser aplicado en forma retroactiva. Se recibieron comentarios al respecto.

El Dr. Juan Miguel Abdo Francis aclaró que esto se debe a que el Consejo Mexicano de Gastroenterología emitía la certificación directa sin solicitar la certificación vigente en gastro o cirugía. El Dr. Humberto Hurtado Andrade hizo una relatoría de las tres etapas de la certificación de gastroenterología quirúrgica, misma que ya no se aplica en la actualidad. El Dr. Jorge Pérez Manauta comentó el problema que implican las solicitudes para mantener la certificación luego de largos periodos de no renovarla. La Dra. Alejandra Noble Lugo recomendó establecer un criterio de temporalidad para aceptar una solicitud de certificación vigente en aquellos casos en

Acta Asamblea Ordinaria, agosto 2018

los que se dejó vencer su vigencia. El Dr. Francisco Huerta Iga recomendó no permitir la certificación si ésta se ha dejado vencer por periodos prolongados. El Dr. Luis Uscanga Domínguez propuso que quien haya dejado vencer la certificación por un periodo de cinco años o menos podría recertificarse por currículum, mientras que quienes hayan dejado vencer la vigencia de la certificación por más de 5 años lo deberían hacer por examen. Los Drs. Louis de Giua, Federico Roesch y Ramón Carmona hicieron comentarios a favor y en contra de esta propuesta. La Dra. Rosalba Moreno Alcántar recomendó promocionar y difundir la necesidad y conveniencia de mantener la certificación vigente. La Dra. Gabriela Reyes Zermeño preguntó acerca de las modalidades educativas que ofrece el consejo (por ejemplo: cursos) para aquellos interesados en certificarse a lo que el Dr. Ramón Carmona respondió que no es función del Consejo la organización de cursos. Luego de diversas consideraciones, el Dr. Clovis Maroun Marun propuso que se votara al respecto de un criterio de temporalidad para mantener la certificación vigente por currículum o por examen.

La mayoría de los presentes votaron a favor de que, todos quienes soliciten su certificación podrán hacerlo por currículum siempre que su certificado tenga menos de 2 años de haber vencido. Por el contrario, todos aquellos que dejen vencer su certificación por más de 2 años deberán presentar examen.

Luego de esta votación, el informe se aprobó por unanimidad.

8. Informe del Comité para Determinar Endoscopia Básica

El Dr. Mauricio Castillo Barradas informó las conclusiones de la comisión encargada de definir la endoscopia básica.

Mencionó que la obtención de privilegios, competencia y habilidades para realizar procedimientos endoscópicos requiere destreza en aspectos técnicos, interpretativos, cognitivos y la capacidad de integrar los hallazgos endoscópicos dentro de la práctica clínica. Que el entrenamiento debe incluir conocimiento y entendimiento de indicaciones, la realización expedita de los procedimientos, interpretación correcta de los hallazgos, integración de los hallazgos en el manejo o planes terapéuticos, evitar y manejar correctamente las complicaciones del procedimiento realizado y reconocer las limitaciones personales en la realización de los procedimientos. Además, debe ser de la duración suficiente para adquirir experiencia, debe proveer conocimiento de la fisiopatología, diagnóstico y manejo de enfermedades digestivas para las cuales los procedimientos endoscópicos están indicadas.

Describió que, de acuerdo a sociedades internacionales, los procedimientos endoscópicos pueden clasificarse procedimientos “estándar” (básicos) y procedimientos avanzados. Los procedimientos estándar son aquellos que se realizan comúnmente, además de contar con una disponibilidad casi universal. Estos procedimientos son parte de las capacidades diagnósticas y terapéuticas mínimas esperadas de médicos que realizan endoscopias; se espera cuenten con las habilidades para dominar estos procedimientos, las cuales se deben obtener a lo largo y durante un programa de posgrado de gastroenterología. Los procedimientos estándar incluyen: esofago-gastroduodenoscopia, rectosigmoidoscopia flexible, colonoscopia, cápsula endoscópica, biopsia de mucosa con pinza, polipectomía (estándar: pinza, asa fría y asa caliente, de lesiones menores de 1.5 cm y/o que requieran

elevación y resección de la mucosa), dilatación de estenosis pépticas del esófago (dilatadores mecánicos e hidrostáticos), ligadura y esclerosis de varices esofágicas, así como colocación de gastrostomía percutánea. El grupo de trabajo consideró que aún y cuando la hemostasia endoscópica como inyección, electrocauterio, escleroterapia y ligadura de várices requiere considerable habilidad endoscópica, son técnicas esenciales para cada endoscopista como parte de la resolución de potenciales complicaciones de los procedimientos estándar y deben incluirse como parte de los procedimientos de endoscopia estándar o básica.

El grupo de trabajo consideró que las técnicas avanzadas requieren del dominio de los procedimientos básicos y generalmente requiere de un año de entrenamiento adicional a los 3 años del curso de gastroenterología. Se debe considerar que no todos los médicos están aptos, deben o quieren buscar entrenamiento avanzado, considerando sus habilidades, necesidades locales y nacionales del sistema de salud de dichos procedimientos, además que no todos los programas deben o están en condiciones de ofrecer entrenamiento avanzado. Tal entrenamiento preferentemente debe concentrarse en programas con una buena relación de volumen de pacientes y experiencia de los profesores. El entrenamiento avanzado debe ofrecerse solo a aquellos alumnos que se espere sean capaces de alcanzar habilidad en el procedimiento al grado de realizarlo de manera no supervisada al término de su entrenamiento. El ofrecer exposición limitada a ciertos procedimientos avanzados (CPRE, USE, etc.) durante el curso de gastroenterología con la esperanza de que el alumno posteriormente complete un entrenamiento avanzado no se considera apropiado. Los procedimientos avanzados son aquellos que por su naturaleza son complejos, demandan una elevada técnica para realizarlos y con frecuencia se asocian a un riesgo alto de complicaciones e incluyen: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y sus intervenciones asociadas, ultrasonido endoscópico y sus intervenciones asociadas, dilatación neumática de acalasia, dilatación de estenosis esofágicas complejas (por radiación, cáusticos, neoplasias), colocación de endoprótesis, técnicas de ablación de esófago de Barrett, resección y disección endoscópica de la mucosa, polipectomía de pólipos grandes (>1.5 cm), enteroscopia profunda, ablación endoscópica de tumores, miotomía endoscópica *per oral* y resección de lesiones submucosas.

En informe se puso a consideración de la Asamblea. El Dr. Santiago Gallo Reynoso preguntó cuál es el objetivo de tal análisis a lo que el Dr. Jorge Pérez Manauta respondió que se hizo a petición de la UNAM. El Dr. Clovis Maroun Marun preguntó quién se hace responsable de la preparación los médicos que reciben entrenamiento en endoscopia. El Dr. Luis Uscanga Domínguez aclaró que estos trabajos se han realizado debido a que, bajo el esquema actual de certificaciones, se está impidiendo la práctica de la endoscopia a un grupo importante de gastroenterólogos que cuenta con el entrenamiento suficiente en procedimientos básicos y no tienen el interés de realizar procedimientos avanzados. La Dra. Saraí González Huevo preguntó si se realizará el cambio del nombre de la especialidad en el certificado a lo que el Dr. Uscanga aclara que el nombre cambia en el Consejo, pero no necesariamente en el título universitario. El Dr. Felipe Zamarripa Dorsey pregunta cómo funcionará el nuevo certificado considerando que no todas las sedes cuentan con recursos uniformes para la preparación de sus médicos en entrenamiento. La Dra. Alejandra Noble Lugo destaca la importancia de definir las categorías de endoscopia “básica” y “avanzada”. El Dr. Clovis Maroun Marun señaló que habrá demandas

con el nuevo esquema de categorías en la endoscopia a lo que el Dr. Francisco Huerta Iga comenta que la mayor parte de las complicaciones por procedimientos endoscópicos las generan cirujanos con preparación deficiente. El Dr. Juan Miguel Abdo Francis recalcó que el Consejo debe seguir certificando gastroenterología y endoscopia tal y como lo marca su función.

Luego de escuchar todos los comentarios al respecto, el informe fue aprobado por unanimidad.

9. Informe sobre el logotipo del Consejo

El Dr. Humberto Hurtado Andrade informó acerca de la falta de una descripción oficial detallada del logotipo del Consejo Mexicano de Gastroenterología y presentó el resultado de los trabajos realizados al respecto. Mostró las características detalladas del logotipo, la descripción de los símbolos y el código o paleta de colores utilizados, que deberán respetarse en lo subsecuente.

El símbolo del Consejo Mexicano de Gastroenterología, A. C., lleva en el centro una serpiente entrelazada alrededor de un báculo, el cual es más ancho en su parte superior, sobre un fondo circular azul oscuro que lleva en la periferia, de abajo a arriba y en forma semicircular, dos ramas de laurel, una diestra y otra siniestra, que se aproximan en su parte inferior, atadas por un lazo de oro que termina en la parte inferior en dos extremos delgados, rodeadas por una orla azul más claro con dos bordes, uno más grueso que el otro, de color dorado, con dos salientes en la parte superior y en aquella la leyenda CONSEJO MEXICANO DE GASTROENTEROLOGÍA, A. C., en letras doradas, que en su parte inferior se une a un listón de convexidad superior, con dos bordes dorados, que lleva la leyenda FUNDADO EN 1979 en letras doradas y que termina en dos extremos delgados en la parte inferior.



El Dr. Hurtado recomendó incluir esta descripción en los estatutos del Consejo. Finalmente hizo entrega del archivo electrónico que respalda lo anteriormente descrito. Se puso a consideración de la Asamblea la descripción del logo del Consejo que fue aprobada por unanimidad.

Acta Asamblea Ordinaria, agosto 2018

10. Informe del Presidente.

El Dr. Jorge Pérez Manauta comentó que ha rendido su informe a través de los diversos comités a los que agradeció su trabajo, lo cual fue aprobado por unanimidad.

11. Asuntos generales

El Dr. Federico Roesch Dietlen informó que el libro de la historia del Consejo del Consejo Mexicano de Gastroenterología se ha concluido, pero falta el pago respectivo. El Dr. Jorge Pérez Manauta informó que existe el compromiso de patrocinio y solo está se está en espera del cumplimiento.

No habiendo más asuntos que tratar, se da por concluida la Asamblea a las 17:40 horas del miércoles 29 de agosto del 2018.

Dr. Jorge Pérez Manauta
Presidente

Dr. Ramón Isaias Carmona Sánchez
Secretario