



**SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERÚ**  
AFILIADA A LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE CIRUGÍA (FELAC)  
Sociedad Principal del Colegio Médico del Perú

**BOLETÍN ELECTRÓNICO**  
ISSN 1817 - 4469

**Año 13 No. 9 Setiembre 2017**  
**Comité de Publicaciones e Informática**  
**Editor: Dr. David Ortega Checa**



## **EDITORIAL**

### **AVANZANDO!**

Es una constante preocupación de la SCGP, lograr la capacitación de los cirujanos a nivel nacional. Desde hace algún tiempo estamos transmitiendo las reuniones científicas, dos por mes, via internet en tiempo real, desde el mes pasado hemos implementado estas transmisiones desde la plataforma de Facebook. Debemos recordar que en el facebook la SCGP tiene más de 2600 amigos, la conferencia de "Hernias Recidivadas" fue vista por 82 cirujanos y en tres semanas ha sido reproducido 2043 veces, y la última conferencia de "Falla Intestinal" fue vista por 87 cirujanos en tiempo real y esperamos que tenga un mayor número de reproducciones. Cuando se tomó la decisión de migrar desde Youtube a Facebook lo hicimos pensando en mejorar no solo la calidad de la transmisión sino sobretodo hacer mas amigable y fácil su visualización, la respuesta ha superado nuestra más optimistas expectativas. Hemos tenido participaciones desde Arequipa, Chimbote, Chiclayo, Ayacucho entre otros, lo cual nos llena de satisfacción pues estamos logrando llevar una mayor y mejor información a los cirujanos de nuestra patria.

En esta época, la informática nos brinda herramientas que podemos aprovechar para lograr una mayor difusión de nuestros conocimientos y lograr una constante capacitación. También, tenemos que anunciar la fundación de las filiales de nuestra institución en Chimbote, en este mes de Setiembre, y de Ayacucho en el mes de Octubre, sin duda vamos fortaleciéndonos institucionalmente en beneficio de nuestros asociados.

Invitamos a los cirujanos miembros de la orden en otras ciudades para que motiven a nuestros colegas para reactivar o formar los capítulos regionales.

Renovamos el compromiso de la SCGP de seguir trabajando en bien de la cirugía de nuestro país.

El Editor

## **CITAS**

El mundo no está en peligro por las malas personas sino por aquellas que permiten la maldad.

Albert Einstein

El político se convierte en estadista cuando comienza a pensar en las próximas generaciones y no en las próximas elecciones.

Winston Churchill

Todos los imperios no son más que el poder en la confianza.

John Dryden

## **AFORISMOS QUIRÚRGICOS**

Las compañías farmacéuticas son mejores inventando enfermedades para medicamentos que ya existen, que inventando medicamentos para enfermedades que ya existen.

Nassim Taleb

Sería fantástico que el médico tuviera la posibilidad de experimentar en sí mismo diversas medicinas. Comprendería la acción de los medicamentos de un modo muy distinto.

Mijail Bulgakov

La ciencia y la medicina se ocupan del cuerpo, mientras la filosofía trata de la mente y del alma, tan necesarias para un médico como la comida y el aire.

Noah Gordon

# VII CURSO: EVIDENCIA EN CIRUGÍA PROGRAMA

**14 y 15 de Setiembre**  
**Hospital Nacional Edgardo Rebagliati**

	Jueves 14	Viernes 15
8.15	INAUGURACIÓN	
	Módulo I Perioperatorio	Módulo VIII Miscelánea
8.30	¿Es útil la Proteína C Reactiva para detectar complicaciones infecciosas en cirugía abdominal? <b>Dr. Alfredo Allagual</b>	¿Se debe realizar colecistectomía en todos los pacientes con pólipo vesicular? <b>Dr. Juan Núñez</b>
8.45	¿Existe relación entre tabaquismo y complicaciones postoperatorias? <b>Dr. Gianni Aragón</b>	¿Cuál es el riesgo de obstrucción intestinal tras cirugía colorrectal abierta o laparoscópica? <b>Dr. Miguel León</b>
9.00	¿Qué es mejor la NPT o la NET en fístulas de intestino delgado? <b>Dr. Nathalie Mendoza</b>	¿Cuál es el método mecánico más efectivo en la profilaxis de tromboembolismo? <b>Dr. Luis Lizárraga</b>
9.15	¿Cuál es el impacto del Check list en la morbimortalidad quirúrgica? <b>Dr. Jorge Kohatsu</b>	¿Hay relación entre uso de AINES y dehiscencia intestinal? <b>Dra. Rocío Vila</b>
	Módulo II Estómago	Módulo IX Colon y Recto
9.30	¿Cuál es el rol de la omentectomía como parte de la cirugía radical, en cáncer gástrico? <b>Dr. Michel Portanova</b>	¿Es mejor la excisión completa de mesocolon que la "convencional" en cáncer de colon? <b>Dr. Iván Chávez</b>
9.45	¿La neoadyuvancia tiene un papel en el Cáncer de unión esofagogástrica? <b>Dr. Omel Zevallos</b>	¿Cuáles son los factores de riesgo en dehiscencia de anastomosis colorrectales? <b>Dr. David Ortega</b>
10.00	¿Se debe usar malla en el tratamiento de hernia hiatal? <b>Dr. Giancarlo Díaz</b>	En anastomosis colorrectal, ¿es necesario dejar dren? <b>Dr. Carlomario Cornejo</b>
10.15	¿Cuándo operar una fístula enterocutánea que está en tratamiento con NPT? <b>Dr. Nestor Palacios</b>	¿Cuál es el tiempo óptimo que debe transcurrir para cerrar una colostomía? <b>Dr. Gerardo Arredondo</b>
10.30	Intermedio	Intermedio
	Módulo III Bariátrica	Módulo X Colon y Recto
11.00	En gastrectomía en manga laparoscópica, ¿Cuál es la incidencia de reflujo gastroesofágico? <b>Dr. Jaime Herrera</b>	¿Cuál técnica es el mejor manejo para una Diverticulitis aguda hinchey III? <b>Dr. Jorge Cribilleros</b>
11.15	¿Cuál es el riesgo de hernia interna en pacientes operados de bypass gástrico en Y de Roux laparoscópico? <b>Dr. Pedro Rabanal</b>	¿En cáncer de recto, con neoadyuvancia, en la reestadificación, qué es mejor, la ecografía endorectal o RMN? <b>Dr. Carlos Luque Vásquez</b>
11.30	¿La cirugía laparoscópica en pacientes obesos, disminuye la tasa de infección de sitio operatorio? <b>Dra. Paola Dongo</b>	¿Cuáles son los factores de riesgo de resangrado en HDB por diverticulosis? <b>Dr. Yuri Maita</b>
11.45	¿Cuál es el mejor momento para operar las obstrucciones intestinales altas por bridas y adherencias? <b>Dr. Enzo Larrauri</b>	La restitución del tránsito en un procedimiento de Hartmann, ¿Qué es mejor, el abordaje abierto o laparoscópico? <b>Dr. Iván Vojvodic</b>
	Módulo IV Páncreas	Módulo XI Ano
12.00	¿Cuál es la eficacia de la clasificación revisada de Atlanta para definir la gravedad en pancreatitis aguda? <b>Dr. Guillermo Coayla</b>	¿Cuál es la efectividad del PPH en el tratamiento quirúrgico de Hemorroides? <b>Dr. Washington Pilco</b>
12.15	En la operación de Whipple, ¿Cuál se asocia con menor incidencia de fístula, la pancreatogastrostomía o la pancreatoyeyunostomía? <b>Dr. Gustavo Reaño</b>	En relación a la Técnica LIFT ¿Es la mejor en el manejo quirúrgico de las fístulas anorrectales complejas? <b>Dr. Julio Rivara</b>
12.30	¿La resección vascular mejoró el pronóstico de los pacientes con cáncer de cabeza de páncreas borderline? <b>Dr. Luis Mari</b>	En fisura anal crónica ¿Cuál es el mejor tratamiento: uso de Bottox o esfinterotomía? <b>Dr. Ameth Alvarez</b>
12.45	Necrosis pancreática infectada: ¿Cirugía o tratamiento mínimamente invasivo? <b>Dr. Sergio Zegarra</b>	¿Qué técnica tiene menos recidiva en el tratamiento del prolapso rectal? <b>Dr. Gustavo Tagle</b>
1.00	Receso	<b>CONFERENCIA</b> ¿Cómo realizar búsquedas en la web? <b>Dr. José Rojas</b>
1.30		Receso
	Módulo V Hígado y Vías Biliares	Módulo XII Pared Abdominal
2.30	En hepatocarcinoma, ¿Cuál tiene mejor eficacia, la quimioembolización asociada a ablación por radiofrecuencia o la hepatectomía parcial? <b>Dr. Eduardo Anchante</b>	¿Cuál es el mejor tratamiento de las eventraciones lumbares? <b>Dr. Santos Correa</b>
2.45	¿Qué tratamiento es más efectivo en el manejo del quiste hidatídico hepático Garbi I? <b>Dr. Carlos Arroyo</b>	¿Todavía se aplica el concepto de hernia diagnosticada, hernia operada? <b>Dr. David Alvarez</b>
3.00	¿Cuál es la terapia antibiótica más adecuada en Colecistitis aguda calculosa? <b>Dr. Ricardo Arones</b>	Con respecto a la recidiva y la inguinodinia, ¿Es la Hernioplastia laparoscópica mejor que la abierta? <b>Dr. Riks Mostacero</b>
3.15	¿Cuál es el rol de la colecistostomía en Colecistitis aguda? <b>Dr. Enrique Machicado</b>	En hernioplastia laparoscópica: ¿Cuál es mejor: TAPP o TEP? <b>Dr. César Rázuri</b>

	Módulo VI Hígado y Vías Biliares	Módulo XIII Trauma
3.30	¿Se justifica el uso de antibióticos en colecistectomía laparoscópica? <b>Dr. María Cáceres</b>	En pacientes en estado crítico, ¿Es mejor el uso de coloides o cristaloides? <b>Dr. Juan Montenegro</b>
3.45	¿En colelitiasis asintomática se justifica el tratamiento no operatorio? <b>Dr. César Hirakata</b>	En trauma abdominal por bala: ¿Hay lugar para el manejo conservador? <b>Dr. Giuliano Borda</b>
4.00	¿Cuál es el tiempo ideal para realizar una cirugía correctiva después de una lesión quirúrgica de la vía biliar? <b>Dr. Jenner Betalleguz</b>	¿Qué pacientes son candidatos para el manejo no operatorio del trauma esplénico penetrante y en quienes fracasa? <b>Dr. César Huaranca</b>
4.15	¿Cuál es el intervalo de tiempo para realizar la colecistectomía después de una pancreatitis biliar severa? <b>Dr. Fernando Revoredo</b>	En el manejo del abdomen abierto por sepsis abdominal ¿Qué es mejor: Bolsa de Bogotá o Terapia de presión negativa? <b>Dr. Felix Camacho</b>
4.30	Intermedio	Intermedio
	Módulo VII Abdomen Agudo	Módulo XIV Miscelánea
4.45	En una apendicitis aguda no perforada, ¿el tratamiento con antibióticos es comparable con la apendicectomía? <b>Dr. Aurora Pinillos</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
5.00	¿Sirven los sistemas de puntuación para diferenciar la apendicitis aguda no complicada de la complicada? <b>Dr. Alvaro Felipa</b>	¿Cuál es la eficacia de la Resonancia Magnética en la definición del trayecto de las fístulas anales? <b>Dr. Rosa Quispe</b>
5.30	En obstrucción intestinal por adherencias: ¿Qué es mejor, laparoscopia o Cirugía Abierta? <b>Dr. Aurelio Barboza</b>	¿Las suturas con antibacterianos disminuyen las infecciones de sitio quirúrgico? <b>Dr. Javier Börger</b>
5.45	Qué es mejor en el abdomen agudo de la gestante: Laparoscopia o Cirugía Abierta <b>Dr. Patricia Santos</b>	¿La incisión debería ser cerrada (cierre primario) después de una laparotomía por trauma de colon? <b>Dr. Franklin Távara</b>
6.00		<b>CONFERENCIA</b> ¿Cómo adaptar una guía clínica? <b>Dr. Carlos Salazar</b>
6.30		<b>CLAUSURA</b>

## CONTRA LA MALA CIENCIA: SOBRE LA INFLACIÓN DE ESTUDIOS DE BAJA CALIDAD Y LA INEFICIENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La ciencia padece un síndrome difícil de caracterizar y más difícil todavía de tratar. El cuerpo de la ciencia ha desarrollado en las últimas décadas un crecimiento de apariencia tumoral que podríamos llamar la mala ciencia o ciencia mal hecha. Esta excrecencia está constituida por todos esos estudios de baja calidad que no aportan sino ruido y confusión. Se sospecha que, por carencias metodológicas y de otro tipo, la mayoría de los tres millones de estudios que se publican anualmente (un millón de ellos, en el campo de la biomedicina) carece de relevancia científica. Los resultados de muchos de ellos no son reproducibles y hasta es bien posible que sean falsos, como advirtió John Ioannidis en su artículo *Why most published findings are false*, publicado en 2005. Este artículo, que significó un bofetón a la comunidad científica y es ya uno de los más citados, disparó las alarmas sobre la credibilidad y la dilapidación de recursos en la investigación. Ahora, en el primer número de 2017 de la revista *Nature Human Behavior*, Ioannidis y otros investigadores proponen una serie de medidas para mejorar la confianza y eficiencia de la ciencia en un Manifiesto for reproducible science.

Qué credibilidad merece una ciencia que no es reproducible, por qué hay tanta ciencia de baja calidad y qué se puede hacer para paliar el problema son quizá las tres principales cuestiones que deberían analizarse. Vayamos por partes. La falta de rigor de buena parte de la producción científica quizá no ha trascendido todavía a la sociedad, pero preocupa a un número creciente de investigadores. Una encuesta realizada en 2016 por la revista *Nature* entre 1.576 científicos reveló que el 52% de ellos cree que existe una crisis de reproducibilidad, esto es, una crisis que afecta a uno de los pilares básicos del conocimiento científico. La medicina parece ser un área más afectada que la química y la física, según los encuestados. El 73% de ellos considera que al menos la mitad de los trabajos publicados en su campo son reproducibles y apenas el 31% cree que la imposibilidad de reproducirlos significa que sean falsos. Pero estos datos tampoco son muy alentadores y muestran un cierto deterioro en la credibilidad de la ciencia.

En opinión de los investigadores, los principales factores que impiden la reproducción de los trabajos son la publicación selectiva de resultados, la presión por publicar y las carencias estadísticas, pero también invocan otras deficiencias, desde el diseño del estudio a la insuficiente revisión por pares. El evaluar la tarea científica por el volumen de publicaciones es probablemente una de las grandes perversiones del modelo actual, pero

para entender bien el problema hay que tener en cuenta que la mala ciencia también tiene sus beneficiarios. Y estos son no solo los científicos mediocres incapaces de hacer ciencia excelente, sino también todos aquellos grupos económicos o profesionales que prefieren los resultados defectuosos o ambiguos de la mala ciencia a los de un buen estudio, porque probablemente estos no les favorecerían. Como mostraba una reciente encuesta de Vox ya comentada en otra ocasión, hay muchas cosas que mejorar en la ciencia actual. En la misma línea, este nuevo "manifiesto por la ciencia reproducible" plantea mejoras relacionadas con la metodología, la publicación de los resultados, la transparencia, la evaluación y los incentivos. Son muchas las posibles formas de actuar contra la mala ciencia, pero quizá la más eficaz sea la que empieza por uno mismo y su entorno, fomentando el espíritu crítico y recordando que uno tiende a dar por bueno y verdadero lo que le beneficia. Y esto es muy poco científico.

Gonzalo Casino <http://www.escepticemia.com/2017/01/17/contra-la-mala-ciencia/>

## ¿LA EDAD DEL MÉDICO PODRÍA AFECTAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN?

Al contrario de la creencia popular, un médico de más edad y más experimentado quizá no siempre sea la mejor opción.

Una nueva investigación sugiere que cuando son tratados por un médico mayor, los pacientes hospitalizados de a partir de los 65 años de edad se enfrentan a un riesgo ligeramente más alto de morir en el plazo de un mes tras su admisión que si los trata un médico más joven.

Una excepción a ese hallazgo es que no se encontró ninguna diferencia relacionada con la edad al considerar a los pacientes internos atendidos por médicos mayores que manejan un volumen alto de pacientes admitidos, de 200 o más al año.

Por lo demás, la tasa de mortalidad a los 30 días fue de un 10.8 por ciento para las personas mayores tratadas por médicos menores de 40 años de edad. Cuando un médico tenía entre 40 y 49 años, la tasa de mortalidad de los pacientes fue de un 11.1 por ciento. Y entre los médicos de 50 a 59 años, la tasa de mortalidad a 30 días de los pacientes fue de un 11.3 por ciento.

Las personas mayores atendidas por médicos de a partir de 60 años de edad se enfrentaban a la tasa más alta de mortalidad a los 30 días, de un 12.1 por ciento, encontró el estudio.

"Los hallazgos no sorprendieron a nuestro equipo", dijo el autor líder del estudio, el Dr. Yusuke Tsugawa, asociado de investigación en el departamento de políticas y gestión de la salud de la Facultad de Salud Pública T.H. Chan de la Universidad de Harvard, en Boston.

Estudios anteriores ya han indicado que el conocimiento clínico y el cumplimiento de las directrices podrían reducirse a medida que los médicos envejecen, anotó.

Dicho esto, los autores del estudio describieron los nuevos hallazgos como "exploratorios" y "observacionales". Y añadieron que todavía no se puede extraer una conclusión clara sobre si ser tratado por un médico de más edad en realidad provoca que el riesgo de morir aumente.

El estudio incluyó a casi 737,000 pacientes internos en hospitales que recibían Medicare, y que habían sido tratados entre 2011 y 2014. Casi 19,000 médicos participaron en la atención de los pacientes.

Se asignaron los pacientes a los médicos en base a los horarios laborales y los puntos específicos de los casos, y se consideró que los protocolos de asignación eran comparables entre los médicos de todas las edades.

En última instancia, los investigadores encontraron que la edad de un médico no afectaba al riesgo de que el paciente fuera readmitido tras el alta.

Pero los hallazgos indicaron una pequeña diferencia en el riesgo de muerte a 30 días. Esto se mantuvo incluso tras tomar en cuenta variables que podrían afectar a dicho riesgo, como los datos demográficos del paciente, las características del médico no relacionadas con la edad, y las variaciones en la estructura del hospital.

En cuanto a qué podría explicar la diferencia aparente en el riesgo, Tsugawa apuntó a dos factores opuestos.

Por un lado, anotó que "las habilidades clínicas y el conocimiento acumulados por los médicos experimentados pueden conducir a una atención de mayor calidad".

Pero por otro lado, Tsugawa advirtió que "las habilidades y el conocimiento [de los médicos] también pueden quedarse anticuados, a medida que la tecnología científica y las directrices clínicas cambian a lo largo del tiempo. Nuestros hallazgos sugieren que este último factor podría tener un impacto más contundente en los resultados de los pacientes que el primero".

Dados estos hallazgos, ¿deberían los pacientes hospitalizados y sus seres queridos buscar a cuidadores más jóvenes?

"No nos lo parece", dijo Tsugawa. "Hay muchos factores más que los pacientes deben tomar en cuenta al elegir médico que podrían ser más importantes que su edad".

El estudio aparece en la edición en línea del 16 de mayo de la revista BMJ.

Linda Aiken, directora del Centro de Investigación sobre Resultados y Políticas de Salud de la Universidad de Pensilvania, fue coautora de un editorial que acompañó al estudio en la revista. Dijo que los hallazgos son "clínicamente relevantes y ameritan atención".

Pero desenredar los motivos subyacentes podría resultar difícil, sugirió Aiken.

Un problema, dijo es que "la educación y las calificaciones de los profesionales clínicos en los hospitales con responsabilidades importantes con los pacientes varían de forma significativa". Además, añadió, "no todos los hospitales son iguales".

Esto da más importancia a que "los pacientes deben ser consumidores más informados al elegir un hospital", aconsejó Aiken.

Y respecto a esto, subrayó un factor crítico que el estudio actual no abordó: los enfermeros.

"Los hospitales cuya excelencia en enfermería ha sido reconocida, conocidos como hospitales magnéticos, se pueden encontrar en [www.nursecredentialing.org](http://www.nursecredentialing.org)", dijo Aiken.

"Los hospitales magnéticos tienen mejores resultados con los pacientes, lo que incluye una mortalidad más baja y una satisfacción del paciente más alta, tras tomar en cuenta las diferencias en las calificaciones de los médicos", aseguró Aiken.

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=90875&uid=358649&fuente=inews>

## EL CURIOSO ORIGEN DEL NOMBRE DE ALGUNAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Suelen ser perfectos desconocidos para la mayoría de los mortales, a pesar de que a diario sus nombres están en boca de cientos de millones de personas a lo largo y ancho del planeta. Johnnie Walker, Jack Daniel's, Jim Beam, Jose Cuervo, Tanqueray, Campari, etc. Pero...¿Quiénes fueron estos hombres, de dónde provenían, cómo llegaron a construir imperios comerciales?

Hagamos un poco de historia y veamos algunas de las anécdotas que les acompañan.

### JOHNNIE WALKER

El hombre que se esconde tras, probablemente, el whisky más popular, nació en Ayshire, Escocia. Cuando su padre murió en 1819, John Johnnie Walker heredó un fondo de unas 400 libras que invirtió en un almacén de ultramarinos. Con el tiempo se convirtió en un próspero comerciante de la ciudad de Kilmarnock, también en Escocia, donde vendía un whisky llamado Walker's Kilmarnock.

Pero serían su hijo Alexander, y más tarde su nieto, que tras pasar algún tiempo en la ciudad galesa de Glasgow aprendiendo a realizar mezclas con el té, y ya de vuelta al domicilio familiar, tomó las riendas del negocio aplicando sus conocimientos al whisky. Así nació el primer blended (antes de 1860 era ilegal realizar mezclas de whisky, lo que se conoce hoy como blended, es decir, mezclar malta y grano), llamado Old Highland Whisky que más tarde, en 1908, tomaría el nombre que hoy todos conocemos, Johnnie Walker Whisky.



### JACK DANIEL

Jack Daniel Jasper Newton, Jack Daniel, era descendiente de unos colonos galeses que llegaron a EE.UU. a comienzos del siglo XIX. Su fecha de nacimiento no se conoce con exactitud pero se puede datar entre 1846 y 1850 y fue el primero de trece hermanos. Comenzó destilando whiskey en Lynchburg, Tennessee a la edad de 16 años.

Hombre de fuerte carácter y mala memoria, una mañana de un 10 de octubre de 1911 se levantó muy temprano para ir a trabajar y se encontró con que no podía abrir su caja fuerte pues había olvidado la combinación. Enfadado por el hecho, la propinó una fuerte patada, con tan mala fortuna que se lastimó el dedo gordo del pie lo que le provocó una infección sanguínea que le conduciría a la muerte.



Se cuenta que para intentar sanar el dedo introducía el pie a diario en su propio whiskey.



La razón por la cual en las botellas de Jack Daniel's aparece la leyenda Lem Mottow Prop. se debe a que en 1907 delegó la contabilidad de sus negocios a fin de buscar esposa, pero nunca llegó a contraer matrimonio, ni tuvo descendencia directa.

Lem Mottow era su sobrino favorito y a la muerte de Jack fue el que dió continuidad a la empresa. La anécdota del pie daría precisamente pie a que en enero de 2006 apareciera una campaña publicitaria en el metro de Londres que decía, Moral: Never go to work early -Moraleja: nunca vayas a trabajar temprano.

### JOSÉ CUERVO

La historia de esta dinastía tequilera, hoy líder mundial de la industria del ramo acaparando el 50% del mercado mundial y presente en más de 90 naciones, se remonta a 1758 cuando José Antonio de Cuervo recibe como regalo del Rey de España unas tierras en la región de Jalisco, México, en lo que hoy se conoce como Tequila.



Allí comenzó a cultivar agave o pita americana. José utilizaba sus plantas para fabricar la secular bebida mexicana conocida como mezcal. Más tarde, en 1781, su hijo José Prudencio de Cuervo, justo cuando el rey Carlos III decretaba la prohibición de fabricar y comercializar bebidas alcohólicas con el fin de favorecer la industria alcoholera española, adquirió unos terrenos en Hacienda de Abajo, en el municipio de Cañadas de Obregón, también en el estado de Jalisco, donde con el transcurrir del tiempo instalaría la Tarberna de Cuervo, luego conocida como La Rojeña.

Ya en 1795, y bajo reinado de Carlos IV, su hermano José María Guadalupe de Cuervo recibía la primera concesión para fabricar las mieles del agave, o sea, el tequila. La familia comenzó a embotellar sus productos allá por 1880 y en 1900 tomó el nombre por el que hoy se conoce, Jose Cuervo.

En la actualidad, su dueño es Juan Domingo Beckmann de Cuervo que representa la sexta generación que cuida de la bebida nacional mexicana. La idea original de marcar los barriles con el símbolo de un cuervo representa la primera vez que se utilizó en una marca comercial.

### JIM BEAM

A finales de 1700, emigrantes de la familia Boehm provenientes de Alemania llegaban a EE.UU. asentándose en las exuberantes colinas de Kentucky. Allí, Johannes Jacob Beam comenzó a experimentar con el maíz y el grano que crecía en su granja mezclándolos con las claras aguas que fluían no muy lejos y en 1788 creó su primera destilería. Empezó a comercializar barriles de Old Tub, con este apodo fue conocido su whiskey en los primeros tiempos, en 1795. Jacob le pasó el testigo a su hijo David Beam, quien a su vez se lo pasó a su hijo David M. Beam y éste al suyo, el coronel James Jim Beaugard Beam ya en 1894, quien a la edad de 30 años se hizo cargo del negocio familiar.



Tras superar varias prohibiciones, incluida la del año 1933, Jim creó su propia destilería y resucitó la vieja marca Old Tub añadiendo un nuevo producto al que llamó bourbon Jim Beam, siendo hoy en día el más vendido del planeta.

### CAMPARI



Gaspere Campari encontró su propio destino bien pronto. A la edad de 14 años era ya en un maestro mezclador en Turín. En 1860, como propietario del Café Campari, en Milán, empezó a ofrecer a su clientela este aperitivo amargo de su invención hecho a partir de extracto de alcachofa.

En un principio lo llamó Bitter alla olandese -amargo holandés- para más tarde darle su apellido. Sus ingredientes son alto secreto, tan solo conocidos por el presidente de la compañía y un reducido número de colaboradores cercanos, pero, al parecer, incluyen quinina, ruibarbo y toronja -naranja amarga-.

Según la leyenda, su característico color rojo original era extraído del caparazón de la tortuga aunque a día de hoy el colorante empleado proviene de la cochinilla.

### TANQUERAY

Charles Tanqueray pertenecía a la tercera generación de clérigos de una familia de la villa de Tingrith, en el condado de Bedfordshire, Inglaterra, y estaba predestinado también a tomar los hábitos.

Pero a la edad de 20 años eligió no seguir la tradición familiar y comenzó a destilar ginebra en una pequeña planta del distrito londinense de Bloomsbury. Pocos años más



tarde, en 1847, ya enviaba sus cargamentos de ginebra a lo largo de todo el Imperio Británico donde los propietarios de plantaciones y las tropas destacadas desarrollaron el vicio de mezclarla con tónica.

Durante la II Guerra Mundial la destilería quedó prácticamente destruida permaneciendo tan solo en pie unos alambiques conocidos como Old Tom que aún se usan hoy en día en Cameronbridge, Escocia. Es una London Dry Gin, llamada así por el proceso de destilación, no por el origen del producto que en su mayoría es escocés.

Y una curiosidad más. La única diferencia entre las palabras whisky y whiskey viene porque en torno a 1870 las destilerías irlandesas y estadounidenses añadieron la e para distinguir un producto que consideraban de mayor calidad. Hoy en día, whisky [plural whiskies] es usado generalmente para referirse a whiskies destilados en Escocia, País de Gales, Japón y Canadá, mientras que whiskey se usa en Estados Unidos e Irlanda. Aunque en 1968 una directiva de la ATF especificó whisky como la manera correcta de nombrarlo en Estados Unidos, la mayoría de productores estadounidenses todavía utilizan la ortografía histórica.

<http://noticiasinteresantes.blogcindario.com/2009/06/01557-el-curioso-origen-del-nombre-de-algunas-bebidas.html>

## LOS HÉROES DEL ÁRTICO DE LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

En junio de 1941, Hitler inicia la ofensiva en el Frente Oriental para invadir la Unión Soviética (Operación Barbarroja), un plan demasiado ambicioso. La brutal ofensiva alemana consiguió penetrar en las confiadas defensas del Ejército Rojo y ganar terreno rápidamente. No obstante, la llegada del invierno estabilizó el frente permitiendo que el Ejército Rojo se agrupase y desbaratar los planes de Hitler. Pero los soviéticos no estaban solos, recibieron la ayuda de los Convoyes del Ártico. En palabras de Winston Churchill...

The worst journeys in the world (Los peores viajes del mundo)

Inglaterra sabía que si Alemania tenía éxito en el Frente Oriental durante la invasión de la Unión Soviética, volvería a centrar todas sus fuerzas en el Frente Occidental. Así que, si ayudaban a los soviéticos a mantener a raya a los alemanes lo hacían también en su propio beneficio. Lógicamente, no podían enviar suministros o armas por vía terrestre o aérea, sólo quedaba la opción del mar... desde Islandia y, sobre todo, desde el Reino Unido atravesando el océano Ártico hasta los puertos de soviéticos de Murmansk y Arkhangelsk. Desde el mes de agosto de 1941, 78 convoyes consiguieron entregar cuatro millones de toneladas de armamento (7.000 aviones, 5.000 tanques) combustible, alimentos y medicinas. Intervinieron 1.400 barcos mercantes protegidos por naves de guerra de la Royal Navy británica y 66.000 soldados británicos y marinos mercantes. Además de los evidentes beneficios de la ayuda prestada, para Stalin fue una prueba concluyente de que los aliados no iban a dejarles solos en su enfrentamiento con Hitler.

En tiempos de paz no habría hecho falta llegar hasta el Ártico, pero Alemania controlaba la península escandinava y patrullaba las aguas del Atlántico norte con buques de guerra, aviones de la Luftwaffe y los temibles U-Boot (submarinos). Así que, la alternativa más segura era la ruta del Ártico. Además de los alemanes, se enfrentaron a un peligro mayor: el frío extremo, tempestades, enormes olas... y los icebergs.

“Aprendimos lo que era el frío extremo cuando al coger las cadenas y los cables sin guantes, nos arrancábamos la piel. [...] El frío era inimaginable, pero teníamos que salir a picar el hielo que se formaba sobre la cubierta atados con cuerdas. Si durante el invierno el problema eran las terribles condiciones climatológicas, durante el verano ártico, con sus correspondientes horas de sol casi perpetuo y las dificultades para conciliar el sueño, los convoyes se veían obligados a navegar a plena luz facilitando su localización a los alemanes... 85 barcos mercantes, 16 buques de la Royal Navy y más de 3.000 británicos se perdieron en la misión de ayuda a los soviéticos.

Terminada la Segunda Guerra Mundial, las tensiones con la Unión Soviética dejaron a estos héroes del Ártico marginados de cualquier reconocimiento. Setenta años después, cuando David Cameron fue nombrado Primer Ministro del Reino Unido, consiguieron el reconocimiento por el que llevaban décadas luchando... sólo unos 200 veteranos de los convoyes del Ártico seguían con vida.

Lo importante no son las medallas, sino las historias que hay detrás.

<http://historiasdelahistoria.com/2013/04/22/los-heroes-del-artico-de-la-segunda-guerra-mundial>

# La Limeñita y Ascoy



## La Limeñita y Ascoy, (Alejandro 1985-Rosa Dolores 1995)

Los hermanos Alejandro Ascoy y Rosa Dolores Ascoy conformaron un famoso dúo de música criolla en 1937. El sentimiento y la emoción con que cantaban y sobretodo la cuidadosa selección que hacían de aquellos valeses de la Guardia Vieja los hizo inmortales. Tuvieron mucha fama, pero no dinero.



## E V E N T O S

**9no. Curso Internacional de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática / Hosp. Italiano**  
6 al 8 de Septiembre del 2017 \* Buenos Aires – Argentina  
[www.cursoitaliano.com.ar](http://www.cursoitaliano.com.ar)

**Curso Nacional “Evidencia en Cirugía” / Sociedad de Cirujanos Generales del Perú**  
14 y 15 de Septiembre del 2017 \* Lima – Perú  
[www.scgp.org](http://www.scgp.org)

**3er. Congreso Latinoamericano de Cirugía Hepatopancreática y biliar /**  
Sociedad de Cirujanos de Chile  
24 al 27 de Septiembre del 2017 \* Viña del Mar – Chile  
<http://www.hpbchile.cl/>

**Páncreas 2017 / International Association of Pancreatology – LAPSG**  
28 al 30 de Septiembre del 2017 \* Buenos Aires – Argentina  
[www.pancreas2017.com](http://www.pancreas2017.com)

**88º Congreso Argentino de Cirugía / Asociación Argentina de Cirugía**  
9 al 12 de Octubre de 2017 \* Buenos Aires - Argentina  
[www.acc.org.ar](http://www.acc.org.ar)

**103rd Annual Clinical Congress / American College of Surgeons**  
22 al 26 de Octubre del 2017 \* San Diego – USA  
[www.facs.org](http://www.facs.org)

**90º Congreso Chileno e Internacional de Cirugía / Sociedad de Cirujanos de Chile**  
1 al 4 de Noviembre del 2017 \* Pucón – Chile  
[www.socich.cl](http://www.socich.cl)

**Fórum Internacional de Cáncer de Recto - FICARE 2017**  
16 al 18 de Noviembre del 2017 \* Sao Paulo – Brasil  
[www.ficare.com.br](http://www.ficare.com.br)

**68º Congreso Uruguayo de Cirugía / Sociedad Uruguaya de Cirugía**  
28 al 30 de Noviembre del 2017 \* Montevideo – Uruguay  
<http://www.scu.org.uy/>

**4th NY Master Course in Endocrinology and Endocrine Surgery / Department**  
of Surgery Icahn School of Medicine at Mount Sinai  
7 al 9 de Diciembre del 2017 \* New York – USA  
<http://cmetracker.net/MSSMCMEB/Login?formname=RegLoginLive&EventID=201351>

**JORNADA INTERNACIONAL CIRUGÍA 2018 / Sociedad de Cirujanos Generales**  
del Perú  
14 al 16 de Marzo del 2018 \* Lima – Perú  
[www.scgp.org](http://www.scgp.org)

**16th World Congress of Endoscopic Surgery (WCES) jointly hosted by**  
**SAGES & CAGS**  
11 al 14 de Abril del 2018 \* Seattle – USA  
[www.sages2018.org](http://www.sages2018.org)

**V Simposio Latinoamericano ENDOSUR 2018 / Clínica Las Condes**  
1 al 3 de Agosto del 2018 \* Santiago – Chile

**LXII Congreso Anual American College of Surgeons Capítulo Chileno**  
6 al 8 de Mayo del 2018 \* Viña del Mar – Chile  
[www.acschile.cl](http://www.acschile.cl)

**XIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA FELAC 2019 / Sociedad de**  
Cirugía del Uruguay  
1 al 4 de Diciembre del 2019  
Punta del Este \* Uruguay

ESTAMOS EN YOUTUBE ([www.youtube.com](http://www.youtube.com))  
SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERÚ  
TODAS LAS CONFERENCIAS A SU DISPOSICIÓN  
También en FACEBOOK

### SUSCRIPCIÓN

Todos los interesados en recibir el Boletín Electrónico de la SCGP, órgano electrónico oficial de la Sociedad de Cirujanos Generales del Perú, de edición mensual, sólo tienen que hacerlo escribiendo a [informes@scgp.org](mailto:informes@scgp.org).

Si no desea recibir este Boletín, por favor escríbanos a esta misma dirección y coloque en asunto "No Deseo".

¡SIGUENOS EN FACEBOOK!

\*Sociedad de Cirujanos Generales del Perú\*

\*Eventos SCGP\*