

BOLETÍN FELAC

Volumen 31 No. 4 Agosto – Diciembre 2024

Dr. David Ortega Checa
Director



FELAC

CONTENIDO

- Editorial
- Maestro Cirujano Latinoamericano:
 - Dr. Aurelio Rodríguez Vitela
- Gigantes de la Cirugía:
 - Dr. Charles McBurney
- Congreso ACS: Día Latinoamericano
- Historia de la Cirugía
 - Los Quirófanos: su evolución
- Mitos en Cirugía
- Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario
- Noticias breves
- Eventos

EDITORIAL

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN CIRUGÍA

La inteligencia artificial (IA) está revolucionando múltiples campos, y la cirugía no es la excepción. Con la capacidad de analizar grandes volúmenes de datos, aprender de experiencias previas y realizar tareas con una precisión asombrosa, la IA se está convirtiendo en una herramienta indispensable en los quirófanos modernos.

El uso de IA en cirugía ya está mostrando resultados prometedores. Sistemas de asistencia robótica, como el da Vinci, permiten a los cirujanos realizar procedimientos complejos con una precisión que sería difícil de lograr de otro modo. Además, la IA puede predecir complicaciones postoperatorias, personalizar planes quirúrgicos y mejorar los resultados a través de análisis detallados de imágenes y datos clínicos.

Sin embargo, junto con estos avances, surgen desafíos significativos. La integración de la IA en la cirugía requiere una formación especializada para los cirujanos y un marco ético robusto para asegurar que las decisiones automatizadas se alineen con el bienestar del paciente. Además, es crucial abordar las preocupaciones sobre la dependencia excesiva de la tecnología, que podría deshumanizar la relación médico-paciente.

La IA en cirugía promete un futuro en el que los procedimientos son más seguros, menos invasivos y personalizados. No obstante, este progreso debe ir acompañado de un enfoque cuidadoso y ético, asegurando que los beneficios tecnológicos se utilicen para complementar y no reemplazar la experiencia humana. El desafío es grande, pero también lo es el potencial de transformación en la medicina.

Dr. David Ortega Checa

MAESTRO CIRUJANO LATINOAMERICANO

Dr. Aurelio Rodríguez (Perú – USA)



Aurelio Rodríguez Vitela nació el 3 de julio de 1943 en la ciudad de Chíncha, ubicada a 200 km al sur de Lima, Perú. Sus padres fueron Marcelino Rodríguez Espinoza y María Vitela Supo.

Él, electricista, termina trabajando como proyccionista del viejo cine teatro municipal de Chíncha. La familia estaba conformada por cuatro hijos: Aurelio, el mayor, Haydee (que falleciera en un accidente de tránsito en 1970), Rosario y José. Vivió a las espaldas del cine donde trabajaba su padre.

Estudia en el Colegio José Pardo y Barreda de Chíncha, donde mostró un interés y una aptitud extraordinaria por las ciencias y termina la secundaria como primer alumno de su promoción.

La estrechez económica que padece la familia hace que Aurelio ayude con algunos empleos eventuales, destaca la labor que realizaba como

locutor de radio (era disc jockey) donde su melodiosa voz conquistó muchas admiradoras.

Se traslada a Lima, para postular en 1960 a la Facultad de Medicina de San Fernando, donde logró el ingreso antes de cumplir los 15 años de edad. En su juventud aprendió a tocar guitarra, siendo un destacado ejecutor de este instrumento y mejor cantante.

En la Facultad de Medicina de San Fernando desde el primer año, gracias a su magnífica memoria, se desempeña como asistente de anatomía humana, ahí conoce a otra estudiante de años inferiores

con quien se casa, Aurelio apenas cursaba el tercer año de facultad. Tiene sus tres primeros hijos, lo que hace que tenga que asumir hasta tres trabajos simultáneos.

En 1968 se gradúa como Médico Cirujano, se sentía en desventaja con sus compañeros de promoción, ya que la mayoría asistía a la guardia de diversos hospitales y realizaban prácticas quirúrgicas y él por sus labores no podía realizarlas, aunque ya se había propuesto dedicarse a la cirugía.

Aurelio decide emigrar a los Estados Unidos, un paso valiente y desafiante que demostraría ser decisivo en su carrera. En Estados Unidos, enfrentó y superó las barreras del idioma, la cultura y el sistema piramidal de la residencia con una determinación inquebrantable.

En 1971 ingresa como interno quirúrgico al Hospital de la Universidad de Cincinnati. El trabajo era arduo, le costaba el doble de tiempo realizar las historias clínicas por su dificultad inicial con el idioma. En este nosocomio en el Servicio de Emergencia es testigo de una toracotomía de resucitación, que evocó la reciente muerte de su hermana en un accidente de tránsito, él considera que este fue el impulso que lo llevaría a dedicarse al cuidado del trauma.

Continúa su entrenamiento quirúrgico en el Henry Ford Hospital en 1972.

En 1973 es aceptado en el Pontiac General Hospital (Universidad de Michigan), para seguir con su entrenamiento en 2^o, 3^o y 4^o año, permanece hasta 1976, era un hospital comunitario que le permitió una amplia práctica quirúrgica en cirugía general, vascular y ortopédica.

En 1976 su esfuerzo y dedicación le permitieron ingresar a uno de los programas de residencia más prestigiosos de EEUU y el mundo, la University of Maryland, el Shock Trauma Center, donde realiza un fellowship de Trauma para especializarse en cirugía de trauma y cuidados críticos bajo el liderazgo del Dr. Cowley.

En 1979 realiza una especialización en cirugía torácica y cardiovascular, en la State University Detroit en Michigan, lo que permite mejorar su técnica y experiencia en ese campo y que repercute en su reputación internacional, logrando publicar un libro sobre Trauma Torácico.

En el Shock Trauma Center, el alto volumen de pacientes que se atendían le permite realizar sus primeras publicaciones, destacando el estudio de lavado peritoneal diagnóstico, describiendo la técnica semicerrada.

Con el tiempo, no solo se destacó como cirujano de trauma, sino que también se convirtió en un líder en su campo. Su excepcional habilidad en la sala de operaciones, combinada con su capacidad para enseñar y guiar a otros, lo llevaron a ocupar posiciones de liderazgo en el campo del manejo del paciente con trauma múltiple.

Se convierte en profesor de la Universidad de Maryland y Director Asociado del centro de trauma.

El hecho de recibir una docena anual de pacientes con ruptura de la aorta torácica por trauma cerrado le permitió escribir varias publicaciones sobre el tema y tener Cursos Nacionales de cómo reparar la aorta, con practica en cadáveres con alumnos de todo Estados Unidos.

Publica el primer estudio de Sonografía en trauma en EEUU en 1992, convirtiéndolo en pionero del uso del ahora llamado FAST.

Debido a la intensa labor docente realizada con los fellows al retirarse del Shock Trauma Center en el año 2000 es distinguido como el mejor profesor y se crea el premio anual "Aurelio Rodríguez" al mejor fellow graduado cada año y que se encuentra vigente en la actualidad.

En el año 2000 trabaja en el Allegheny General Hospital en Pittsburgh, Pennsylvania, donde ejerce como Director del Centro de Trauma y profesor del Drexel College of Medicine. Allí continúa su carrera académica y crea el primer Instituto Geriátrico de Trauma y edita su libro Trauma Geriátrico

En el 2010 pasa al Sinai Hospital de Baltimore y en el 2012 al Conemaugh Memorial Hospital en Pennsylvania, donde crea el segundo Instituto Geriátrico de Trauma. Se retira en 2014.

Su Curriculum Vitae con más 200 publicaciones científicas, 12 libros y cientos de presentaciones en EEUU y en países de todos los continentes, es impresionante.

Pero su visión iba más allá de la práctica clínica. Reconociendo la necesidad de un intercambio de conocimientos más estrecho entre los cirujanos de trauma en las Américas, fue el fundador de la Sociedad Panamericana de Trauma. Esta organización ha sido crucial para mejorar la atención del trauma en toda la región, promoviendo la investigación, la educación y la colaboración internacional. Fue elegido su primer Presidente en 1986.

A lo largo de su carrera, Aurelio ha recibido numerosos premios y reconocimientos por su labor. Sin embargo, aquellos que han trabajado con él saben que su verdadero legado reside en el impacto que ha tenido en las vidas de sus pacientes y en la inspiración que ha brindado a las nuevas generaciones de cirujanos.

Dr. David Ortega Checa
ExPresidente FELAC

GIGANTES DE LA CIRUGÍA

Charles Heber McBurney (1845 – 1913)

El nombre del Dr. Charles Heber McBurney es sinónimo de signo diagnóstico, hito y técnica para el manejo quirúrgico del apéndice vermiforme inflamado (apendicitis). Su destreza quirúrgica se extendió hasta ser pionero en un enfoque operativo para el tratamiento de cálculos impactados en el conducto biliar común, la técnica quirúrgica para la reparación de la hernia inguinal y el tratamiento de la dislocación del húmero resultante de una fractura.

El Dr. McBurney nació el 17 de febrero de 1845. Recibió su educación universitaria y de posgrado en la Universidad de Harvard, donde recibió sus títulos AB (Artium Baccalaureus, es decir, Licenciatura en Artes) y AM (Artium Magister, es decir, Maestría en Artes). Posteriormente se matriculó en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia en la ciudad de Nueva York y recibió su título de médico en 1870.



Después de una pasantía de un año en el Hospital Bellevue de Nueva York, realizó estudios de posgrado en Viena, París y Londres. Al regresar a los Estados Unidos en 1872, el Dr. McBurney fue nombrado Demostrador Asistente de Anatomía en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York. Continuó en este cargo hasta su nombramiento como Profesor de Cirugía en 1889. En 1901 fue nombrado Profesor de Cirugía Clínica y en 1907 recibió la distinción de Profesor Emérito de Cirugía. McBurney fue miembro de la Sociedad Médica Estadounidense y fue nombrado miembro honorario del Royal College of Surgeons. También fue miembro de varias sociedades nacionales e internacionales, incluida la Academia de Medicina de Nueva York y la Sociedad Quirúrgica de París.

Nueva York y la Sociedad Quirúrgica de París.

El Dr. McBurney fue miembro del personal visitante o consultor en varios hospitales diferentes de Nueva York, incluidos St. Luke's, Bellevue, Presbyterian, New York Hospital y el Hospital Roosevelt. Fue en el Hospital Roosevelt donde William H. Syms otorgó una donación filantrópica que proporcionó los fondos que permitieron al Dr. McBurney construir el pabellón quirúrgico modelo que imaginó. El "Pabellón de Operaciones Syms", llamado así por su patrocinador financiero, se inauguró en 1892 y luego alcanzó notoriedad internacional por su enseñanza e investigación quirúrgica. Dirigido por la práctica del Dr. William Halsted en Johns Hopkins, McBurney introdujo y

exigió que todos los miembros del equipo quirúrgico en el quirófano usaran guantes quirúrgicos de goma para mantener técnicas asépticas estrictas.

El Dr. McBurney describió una técnica en la que abordó un cálculo del colédoco a través de una incisión en el duodeno y la ampolla (esfinterotomía), seguida de dilatación de la ampolla con fórceps y extracción del cálculo. Antes de este momento, los cálculos del colédoco se abordaban a través de una coledocotomía anterior que requería una incisión directa del colédoco. En muchos casos, los cálculos del colédoco ahora se extraen por vía endoscópica. La notoriedad de McBurney por este novedoso enfoque nunca alcanzó la de su famoso signo o la incisión quirúrgica que lleva su nombre para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la apendicitis.

McBurney describió su experiencia con la presentación y la dificultad ocasional para diagnosticar la apendicitis aguda. Abogó por el tratamiento quirúrgico temprano de esta enfermedad e informó que el punto de máxima sensibilidad palpable está determinado por la presión aplicada con un dedo (signo de McBurney) y estaba ubicado "exactamente entre una pulgada y media y dos pulgadas de la espina iliaca anterosuperior en una línea recta trazada desde ese proceso hasta el ombligo" (punto de McBurney). Se creía que este punto de referencia correspondía a las áreas del apéndice inflamado que irritaban el peritoneo abdominal sobre el segmento del dermatoma T11 y T12. Contrariamente a la descripción original de McBurney, la mayoría de los libros de texto describen erróneamente que el punto se produce en la unión de los tercios lateral y medio de una línea que se extiende desde la espina ilíaca anterosuperior hasta el ombligo.

La combinación de antecedentes compatibles con apendicitis, leucocitosis y dolor localizado en el punto de McBurney tiene una precisión diagnóstica de alrededor del 75%. En los hombres, donde el diagnóstico de apendicitis aguda inicialmente no está claro, el hallazgo de dolor sobre el punto de McBurney fue útil para confirmar el diagnóstico.

En otra publicación, McBurney describió el abordaje quirúrgico de la apendicitis iniciado originalmente por Louis L. McArthur y conocido como incisión en parrilla. A pesar de la descripción original de McArthur de la incisión, ha recibido el nombre de "incisión de McBurney". McBurney describió: "La incisión en la piel es oblicua de aproximadamente diez centímetros de largo. Cruza una línea trazada desde la espina ilíaca anterior hasta el ombligo casi en ángulo recto, aproximadamente a una pulgada de la espina ilíaca, y está situada de manera que su tercio superior queda por encima de esa línea ". A diferencia de los enfoques anteriores, se empleó disección roma para separar y evitar cortar las fibras musculares, manteniendo así la integridad de la pared abdominal.

El Dr. McBurney murió de una enfermedad cardíaca el 7 de noviembre de 1913 en Brookline, Massachusetts. Sus alumnos siempre lo recordarán como un maestro talentoso con exquisitas habilidades operativas y por la importante contribución que hizo a una mejor comprensión del tratamiento quirúrgico de la apendicitis.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1237161/>

CONGRESO CLÍNICO American College of Surgeons DÍA LATINOAMERICANO

En el próximo Congreso Clínico del American College of Surgeons, que se llevará a cabo en San Francisco del 19 al 22 de octubre, la FELAC organizará el Día Latinoamericano como parte del programa de este prestigioso evento. Invitamos a todos los cirujanos de nuestro continente a acompañarnos en esta importante sesión, que se celebrará el domingo 20 de octubre de 2024, cuyo programa es el siguiente:

	Moderador:	Dr. Natan Zundel (Colombia)
	Co-moderadora:	Dra. Juliana Ordoñez (Colombia)
2.30 pm	Bienvenida	Dra. Lilian Torregosa (Presidente FELAC)
2.35 – 3.05 pm	Cirugía segura: ¿Es posible?	Dr. Héctor Noyola Villalobos (México)
3.05 – 3.35 pm	Plataformas robóticas y laparoscópicas	Dr. Santiago Horgan (Argentina)
3.35 – 4.05 pm	Manejo actual del tratamiento de la Hernia Hiatal: Mallas, Robot. ¿A quién, cómo y cuándo?	Dr. Mario A. Masrur (Argentina)
4.05 – 4.35 pm	Hernias ventrales e inguinales complejas	Flavio Malcher Martins de Oliveira (Brasil)
4.35 – 5.05 pm	Intervenciones metabólicas de una sola anastomosis: presente y futuro	Dr. Felipe Cantu Garza (México)

Historia de la Cirugía

LOS QUIROFÁNOS: SU EVOLUCIÓN

La aparición del primer quirófano tal y como lo conocemos hoy en día, una sala especializada para la realización de intervenciones quirúrgicas, es bastante cercana en el tiempo, pero hay datos que indican que se llevaban a cabo intervenciones quirúrgicas desde hace más de 3000 años.

Se conservan documentos que demuestran que los egipcios, sobre el año 3.000 a.C., ya realizaban intervenciones quirúrgicas, de hecho, se considera que tenían bastantes conocimientos relativos a Medicina en comparación a otras civilizaciones contemporáneas.

De hecho, la primera intervención quirúrgica de la que se tiene constancia en la Historia la realizaron los egipcios. Se trata de la circuncisión, y en el templo de Menfis hay un grabado, la representación más antigua de una intervención quirúrgica, que representa esta intervención.

Los egipcios realizaban cirugías, pero no se tiene constancia de que contaran con un lugar específico con unas características específicas donde realizar las intervenciones quirúrgicas.

En la Antigua Grecia, allá por el año 400 a.C., se crearon templos en honor al Dios de la Medicina: Asclepio, a estos templos acudían enfermos para sanarse y en muchas ocasiones los médicos realizaban allí intervenciones quirúrgicas. Estos templos contaban con salas diferenciadas para que los enfermos realizaran ejercicios, probablemente lo que hoy conocemos como rehabilitación, y con salas para que descansaran, en muchas ocasiones estas salas cumplían la función que hoy cumplen las salas de reanimación de los hospitales.

En la Edad Media los barberos, aparte de dedicarse a cortar el pelo y las barbas de los hombres, eran los encargados de practicar diversas intervenciones quirúrgicas.

Algunos barberos prestaban sus servicios de forma ambulante o acudiendo a las casas de los pacientes, mientras que otros realizaban estas intervenciones en sus barberías. Con el tiempo el barbero ambulante fue desapareciendo y las intervenciones se realizaban en las barberías.

Teniendo en cuenta este caso, podríamos identificar las barberías como antiguos quirófanos improvisados, aunque muy diferentes al concepto de quirófano que tenemos hoy en día.

A partir de los siglos XV y XVI podemos decir que comienza a nacer la cirugía moderna. En esta época comienzan a abandonarse prácticas como el uso de aceite hirviendo y el instrumental quirúrgico se va perfeccionando poco a poco.

Para el comienzo del siglo XVIII era muy frecuente que las operaciones de los pacientes se realizaran en los hospitales o consultas médicas o en el propio domicilio del paciente o del médico.

Uno de los primeros quirófanos del que se tienen noticias, entendiendo quirófano como sala específica para realizar intervenciones quirúrgicas que cuenta con el material necesario, fue en Estrasburgo en 1782. A finales también del siglo XVIII, se documenta que se instauró el primer quirófano de Estados Unidos, en Baltimore, de la mano del médico Felipe Syng Physik.

En Londres se encuentra el “Old Operating Theatre” una sala de operaciones que pertenecía al Hospital St Thomas y que hoy en día se conserva como museo.

Se trata de uno de los quirófanos más antiguos de los que se tienen datos, ya que data de 1822.

El Old Operating Theatre se encuentra situado en la buhardilla de la última planta de la iglesia de St Thomas. Este antiguo quirófano se encontraba allí de manera clandestina. Los pacientes acudían allí para someterse a operaciones de forma clandestina también.

La finalidad de esa sala era la de probar técnicas y remedios con esperados fines académicos. Por ello había una mesa de operaciones en el centro y estaba rodeada de gradas a dos alturas, para que los alumnos de Medicina pudieran observar cómo se realizaban las intervenciones quirúrgicas en directo. En el quirófano se empleaban multitud de hierbas y polvos variados, pieles de animales e incluso fetos de animales que siguen conservándose para el deleite del público.

En el ahora museo también se conserva el instrumental médico que allí se empleaba, como por ejemplo fórceps, espátulas, pinzas o tenazas.

Hablando de los orígenes de los quirófanos que conocemos hoy en día, es importante destacar que la anestesia no se empezó a usar hasta 1846, por tanto, todas las intervenciones quirúrgicas que se llevaban a cabo hasta el momento se hacían con los pacientes conscientes, o en algunos casos los pacientes consumían bebidas alcohólicas o drogas antes de someterse a las intervenciones para poder aguantar el dolor.

Un punto importante en el tema de los quirófanos y de las intervenciones quirúrgicas lo puso Ignaz Semmelweis, hacia 1861, cuando promulgó que todo el mundo debía lavarse las manos antes de entrar a su “quirófano” y antes y después de tocar a los pacientes. También impulsó la esterilización del material quirúrgico. Estas medidas fueron las precursoras de la antisepsia moderna, a raíz de ello la mortalidad descendió considerablemente.

Antes de la antisepsia no solo los pacientes eran los que salían perjudicados debido a la falta de higiene en las intervenciones quirúrgicas, sino también algunos médicos y cirujanos que se infectaban o contraían las infecciones de sus pacientes al realizarles las intervenciones.

Hoy en día existen salas especiales para realizar intervenciones quirúrgicas, los quirófanos modernos, que cuentan con todo el material técnico y tecnológico necesario y con unas condiciones de higiene y de antisepsia óptimas.

Con el paso de los años los quirófanos han ido evolucionando hasta convertirse en lo que hoy día conocemos.

<https://www.operarme.es/blog/el-primer-quiropano-de-la-historia/>

MITOS EN CIRUGÍA

En el artículo “Mitos comunes en Cirugía” (Common myths in surgery, Surgical Rounds - January 2004), el Dr. Moshe Schein describe una infinidad de mitos que “vivimos en nuestro quehacer profesional.

Un mito es una creencia de aceptación acrítica por parte de los miembros de un grupo, en este caso de los cirujanos. El autor describe una lista de más de un centenar de mitos que en su opinión tenemos los cirujanos, a pesar de ser descrito hace 20 años, todavía encontramos muchos de ellos en la actualidad

Aquí mencionaremos algunos:

1. La duración de una operación no importa.
2. La cirugía puede ayudar a pacientes asintomáticos.
3. En general, las operaciones radicales en cáncer son mejores
4. Hay pacientes con cáncer, en quienes su oncólogo se niega a tratar con quimioterapia.
5. Las pancreaticoduodenectomías mejoran el resultado global en pacientes con cáncer de páncreas
6. Las adherencias causan dolor; la liberación alivia el dolor.
7. Las incisiones sanan de un lado a otro - no de punta a punta, por lo tanto, la longitud no importa.
8. Línea media incisiones son los mejores
9. La sutura del plano subcutáneo mejora la cicatrización
10. Los puntos de contención (Suturas de retención) en el cierre abdominal deben utilizarse en pacientes de alto riesgo.
11. Las anastomosis mecánicas son mejores que las manuales
12. La sutura a dos planos es mejor que en un solo plano en las anastomosis intestinales.
13. El uso rutinario de la descompresión nasogástrica después de la laparotomía es beneficiosa.
14. La sonda nasogástrica protege la anastomosis gastrointestinal
15. Alimentación en el postoperatorio del paciente debe ser realizado gradualmente
16. El uso de drenes peritoneales es beneficioso.
17. Tratamiento con cámara hiperbárica es útil en Gangrena, Fasciitis necrotizante
18. Preparación preoperatoria del colon disminuye la morbilidad postoperatoria

Finalmente terminamos anotando algunas frases que le serán muy comunes:

- “Cuando cerramos estaba seco”
- “El paciente sangró después de la operación por que hizo una coagulación intravascular diseminada”
- “El paciente que presentó dehiscencia anastomótica, murió de neumonía”
- “He buscado en toda la literatura”
- “Nuestra mortalidad es 0 %”
- “Nunca he tenido complicaciones con este procedimiento”

El artículo fue tomado de: <http://www.docschein.com/Myths.pdf> actualmenete no disponible.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL TRACTO ALIMENTARIO - AAST

Estimados amigos miembros de FELAC. quisiera aprovechar esta oportunidad de dirigirme a todos los cirujanos y presidentes de las sociedades que integramos la federación a través de nuestro boletín.

Quizá algunos de ustedes recordaran que desde el año 2015 estando en ese tiempo representando a la FELAC tuvimos acercamientos con diversas sociedades de prestigio internacional con la finalidad de estrechar lazos e intercambio académico.

En el caso específico de la SSAT Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario logramos dos años después participar con ellos en forma activa y para el 2019 México se integró como el primer capítulo extranjero con dicha sociedad. Posterior a ello 13 sociedades lo han hecho de igual manera como Japón, Alemania, Italia etc. y muchos de FELAC como Brasil, Ecuador, Perú, Honduras y Nicaragua estos dos últimos en forma conjunta y por último Colombia en noviembre del año pasado durante el congreso de FELAC e IFSES en Cartagena de Indias.

Lo más importante de recalcar es que como un mutuo reconocimiento a las respectivas sociedades, todos los cirujanos miembros de FELAC no requieren mandar documento curricular alguno es suficiente con la ficha de identificación. nombre completo con dirección postal, correo electrónico, aval de la sociedad quirúrgica de FELAC a la que pertenezca y reconocimiento por algún miembro del Board de la SSAT, por lo cual pueden usar el nombre de Eduardo Montalvo quien está a cargo del comité de relaciones internacionales o el mío Samuel Shuchleib recién nombrado vicepresidente de la SSAT.

Ideal es que el país interesado reúna 15 cirujanos para poder ser considerado como capítulo y uno de ellos nombrado como representante del grupo con la finalidad de tener representación durante las reuniones internacionales, sin embargo, la integración puede ser en forma individual.

Consientes que un número significativo de cirujanos y endoscopistas Latinoamericanos asisten con regularidad al congreso anual de DDW en los Estados Unidos de Norte América, logramos conseguir que el costo de la membresía se redujera a 115 dólares anuales con los siguientes derechos, descuento de 50% en los congresos de la DDW, diploma como miembro activos con todos los derechos de la propia sociedad, inscripción al Journal of Gastrointestinal Surgery en su versión electrónica, posibilidad de acceder a múltiples becas en los Estados Unidos de Norteamérica para cirujanos jóvenes y muchas más oportunidades que pueden ser vistas en el portal de la SSAT

El trámite y el pago correspondiente lo hará el aplicante en forma directa, sin embargo, si continuamos constituyendo los capítulos, podremos incrementar el intercambio académico en forma recíproca con nuestras sociedades y ocupar posiciones relevantes dentro del seno de dicha sociedad y robustecer aún más las relaciones de FELAC con esta tan importante sociedad académica.

Mayores informes: emontalvoj@gmail.com, samuelschuchleib@yahoo.com.mx

Samuel Shuchleib.
Ex Director Ejecutivo FELAC

NOTICIAS BREVES

+ Recientemente se presentó el libro titulado *"Manejo Nutricional y Suplementación en Cirugía Bariátrica"*, cuyos autores son Brenda Ceballos, Nelson Rodríguez y Estuardo Behrens. Felicitaciones por este importante logro, que sin duda beneficiará a la comunidad quirúrgica.

+ La Federación Latinoamericana de Cirugía extiende sus más sinceras felicitaciones a la Dra. Elena López Gavito, destacada cirujana mexicana, por su reciente nombramiento como Vicepresidenta del Consejo Mexicano de Cirugía General. Sin duda, la Dra. López es un motivo de orgullo para la cirugía en toda Latinoamérica.

+ El Dr. Estuardo Behrens ha anunciado la celebración del XXVI Congreso Latinoamericano de Cirugía FELAC, que se llevará a cabo del 21 al 25 de julio de 2025 en la Ciudad de Guatemala. Este importante evento, organizado por la Asociación de Cirujanos de Guatemala, reunirá a destacados cirujanos de toda Latinoamérica.

+ La Asociación Mexicana de Cirugía General, ante los daños originados por el Huracán John, ha anunciado la nueva fecha del XLVIII Congreso Internacional de Cirugía General que se realizará del 24 al 29 de noviembre del 2024 en la ciudad de Acapulco.

EVENTOS

110rd Annual Clinical Congress

American College of Surgeons

19 al 22 de Octubre del 2024

San Francisco – USA

www.facs.org

74º Congreso Uruguayo de Cirugía

Sociedad de Cirugía del Uruguay

18 al 20 de Noviembre del 2024

Montevideo – Uruguay

www.scu.org.uy

XCVI Congreso Chileno e Internacional de Cirugía

Sociedad de Cirujanos de Chile
19 al 22 de Noviembre del 2024
La Serena – Chile
<https://www.socich.cl>

XLVIII Congreso Internacional de Cirugía General

Asociación Mexicana de Cirugía General
24 al 29 de Noviembre del 2024
Acapulco – México
<https://amcg.org.m/>

94º Congreso Argentino de Cirugía

Asociación Argentina de Cirugía
25 al 27 de Noviembre del 2024
Buenos Aires – Argentina
<https://aac.org.ar>

XIX Congreso Internacional de Cirugía General / Sociedad de Cirujanos Generales del Perú

18 al 21 de Marzo del 2025
Lima – Perú
www.scgp.org

XXVI Congreso Latinoamericano de Cirugía FELAC / Asociación de Cirujanos de Guatemala

21 al 25 de Julio del 2025
Guatemala – Guatemala

51st World Congress of the International Society of Surgery ISS/SIC – International Surgical Week

19 al 23 de Abril de 2026
México - México



FELAC