



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2013-2014

ÍNDEX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
LLIBRE COMMEMORATIU	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2013-2014.....	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2012-13.....	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
XXI JORNADES DE CIRURGIA ALS HOSPITALS DE CATALUNYA.....	9
SESSIONS ORDINÀRIES	13
CURS 2013-2014	51
PRESIDENTS ANTERIORS.....	53
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT.....	54
JUNTA DE GOVERN.....	55
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	56
GRUPS DE TREBALL DE SUPERESPECIALITATS.....	57
CENTRES COL·LABORADORS.....	58
PREMIS HONORÍFICS 2013.....	59
NOMENAMENT DE MEMBRES HONORARIS 2013.....	60
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2013	61
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2013.....	63
INAUGURACIÓ DEL CURS 2013-2014.....	65
SESSIÓ INAUGURAL	66
IX CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA	67
PROGRAMA DE SESSIONS CURS 2013 – 2014	87
DOCUMENTS.....	103
EL FINAL D'UN PERÍODE.....	105
"GENDER AND SURGERY".....	107
INFLUÈNCIA DE LA INFORMACIÓ DIGITAL I DE LA INNOVACIÓ TECNOLÒGICA EN LA FORMACIÓ DELS RESIDENTS DE CIRURGIA GENERAL I DE L'APARELL DIGESTIU	109
GRAUS D'EVIDÈNCIA I ASSAIGS CLÍNICS EN CIRURGIA	117
ENTRE LA INELUDIBLE NECESSITAT I L'INALIENABLE DRET A DECIDIR: REFLEXIONS SOBRE ELS FONAMENTS ÈTICS I CIENTÍFICS DEL PROCÉS DE DECISIÓ EN CIRURGIA.....	123

FORMACIÓ EN CIRURGIA DEL TRAUMA I MORTALITAT	161
"IN MEMORIAM" MOISÈS BROGGI I VALLÈS.....	173
LA RENOVACIÓ COM A SIGNE DE VITALITATDE LES INSTITUCIONS....	175



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA



MEMÒRIA DEL CURS 2012-13

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 17 d'octubre de 2012
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. Presentació**
Sala Pedrós J.
President de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Associats**
Lliurament de Premis a treballs científics.
Rebasa Cladera P.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

Nomenament de nous Membres Associats

Blay Aulina, Lidia
Cano Rodríguez, Gisèle
Casellas Robert, Margarida
Cayetano Paniagua, Ladislao
Díaz Del Gobbo, Gabriel
González Castillo, Ana María
Hernández Martínez, Lourdes
Labró Ciurans, Meritxell
Muñoz Campaña, Anna
Pallisera Lloveras, Anna
Pardo Aranda, Fernando
París Sans, Marta
Picart Sola, Guillem
Sebastian Valverde, Enric
Serracant Barrera, Anna
Valverde Lahuerta, Sílvia

Nomenament de nous Membres Numeraris

Abellan Lucas, Miriam

Balsach Solé, Anna

Biel Arrufat, Alejandro

Botey Fernandez, Mireia

Casal Rossell, Miquel

Estalella Marcadé, Laia

Gómez Pallarès, Marta

Gonçalves Tinoco, Cristina

Lazaro Garcia, Laura

Membrilla Fernandez, Estela

Sales Rufi, Santiago

Salvans Ruiz, Sílvia

Sánchez Cabús, Santiago

20:25h. Nomenament de Membres Honoraris

Sala Pedrós J.

Broggi Trias, Marc Antoni

Grande Posa, Lluís

20:35 h. Lliurament de Premis a treballs científics.

Caballero Mestres F.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

Premi Manuel Corachan

Gangli secundari: una nova perspectiva en l'estadificació ganglionar axil·lar del càncer de mama

Julián JF, Navinés J, Pascual I, Torres M, Luna M, Mor E, Guàrdia N, Vallejos V, Fraile M, Fernández Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

Premi Carmen Benasco

Importància de les metàstasis ganglionars en el càncer de mama: des del respecte als avantpassats a les estratègies actuals

Encinas X, Fraile M, Julian F, Gubern JM, Puig P, Culell P, Jané J, Mira X, Alcaide A, Sanjuan A, Verge J.

Premi "XXV Congrés de la Societé Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973"

Premi "Ex Aequo" atorgat als dos treballs:

Evolució de la cirurgia de l'hèrnia inguinal als nostres hospitals

Albiol JM, Feliu X, Abad JM, Claveria R, Chierichetti C, Verge J.

Estudi dels efectes metabòlics de la plicatura gàstrica: anàlisi comparativa amb la gastrectomia lineal

Sabench F, Cabrera A, Hernández M, Blanco S, Vives M, Sánchez -Marín A, Sánchez-Pérez J, Del Castillo D.

20:45 h. Lliurament dels Premis Honorífics

Sala Pedrós J.

Premi Virgili al Dr. Cristóbal Pera Blanco-Morales

Premi Gimbernat al Dr. Miguel Ángel Cuesta Valentín

21:15 h. Cloenda de l'acte acadèmic

21:30h. Sopar de germanor

Hotel Espanya (Restaurant)
C/. Sant Pau, 9-11
08003 Barcelona.

XXI JORNADES DE CIRURGIA ALS HOSPITALS DE CATALUNYA

PROGRAMA CIENTÍFIC

Dijous, 18 d'octubre de 2012

08.15 - 09.00h Recepció i lliurament de documentació.

09.00 - 10.30h **Taula I: ACTUALITZACIÓ EN PATOLOGIA COLORECTAL**

President: Josep Verge, Consorci Sanitari del Garraf.

Moderador: Antoni Codina, Hospital Universitari Dr. Trueta de Girona.

- **Control de la infecció en Càncer Colorectal.**
Josep M. Badia, Hospital de Granollers.
- **Noves actituds en el tractament de la Diverticulitis Aguda.**
Laura Mora, CS Parc Taulí de Sabadell.
- **Ecografia endoanal i endorrectal. Quines són les indicacions actuals?**
David Parés, Parc Sanitari St. Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat.
- **Càncer de recte. Ressequem correctament el mesorecte?**
Sebastiano Biondo, HU de Bellvitge.
- **Colitis isquèmica.**
Marc Martí, HU de la Vall d'Hebron de Barcelona.
- **Càncer de colon complicat.**
Ferran Gris, HU Joan XXIII de Tarragona.

10.30 - 11.00h Pausa. Cafè

11.00 - 12.30h **Taula II: NOVETATS EN CIRURGIA DE L'HÈRNIA**

President: Miquel Fernández-Layos, Althaia-Xarxa Assistencial de Manresa.

Moderador: Xavier Sunyol, Consorci Sanitari del Maresme.

- **Tanquem la paret abdominal correctament?**
Francesc Marsal, Hospital Sta. Tecla de Tarragona.
- **Complicacions en cirurgia de la paret abdominal.**
Antonio Sánchez Marín, HU St. Joan de Reus.
- **Registre Nacional Català de la Paret.**
José Antonio Pereira, Hospital del Mar de Barcelona.
- **Laparoscòpia. Quin paper té actualment?**
Joaquim Robres, CS Integral Hospitalet de Llobregat.
- **Nous materials. Aporten quelcom de nou?**
Manuel López-Cano, HU Vall d'Hebron de Barcelona.
- **Tractament protèsic a l'Hèrnia de Hiatus. Aporta avantatges?**
Carles Hoyuela, Hospital Plató de Barcelona.

12.30 - 13.00h Inauguració oficial

13.00 - 14.00h **PREMIS SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

Moderadors: Joan Sala Pedrós, President de la Societat Catalana de Cirurgia.
Enric de Caralt, Consorci Hospitalari de Vic.

- **¿Es posible un discurso filosófico sobre la cirugía del Siglo XXI?**
Prof. Cristóbal Pera Blanco-Morales (Premi Virgili). Catedràtic Emèrit de Cirurgia. Universitat de Barcelona.
- **Cirurgia basada en la evidencia: perspectiva històrica.**
Prof. Miguel Ángel Cuesta Valentín (Premi Gimbernat). Amsterdam University.

14.00 - 15.30h Dinar

15.30 - 17.00h **Taula III: URGÈNCIES QUIRÚRGIQUES. ON SOM I ON ANEM**

President: Eduard Jaurrieta, HU de Bellvitge.

Moderador: Lluís Grande, Hospital del Mar de Barcelona.

- **Reorganització de les urgències quirúrgiques.**
Xavier Pérez, Hospital de Palamós.
- **Com estem operant les urgències als nostres hospitals?**
Josep Domingo, Hospital de Figueres.
- **Com ho estan fent a Europa?**
Joan Josep Sancho, Hospital del Mar de Barcelona.
- **Tractament del Politrauma a Catalunya.**
Salvador Navarro, corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.
- **Cirurgia urgent en el pacient geriàtric. Ho estem fent bé?**
Jaume Fernández-Llamazares, HU Germans Trias i Pujol de Badalona.
- **Cirurgia laparoscòpica a Urgències. Quin paper té?**
Carme Balagué, H. Sta. Creu i St. Pau de Barcelona.

17.00 - 17.30h Pausa. Cafè

17.30 - 19.00h **Taula IV: 20 ANYS DE CIRURGIA LAPAROSCÒPICA ALS NOSTRES HOSPITALS**

President: Manuel Trias, H. de la Sta. Creu i St. Pau de Barcelona.

Moderador: Xavier Feliu, H. d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia.

- **Inicis i aprenentatge.**
Enrique Fernández Sallent, H. d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia.
- **Formació en laparoscòpia. Com ho hem fet i com cal fer-ho.**
Eduard M. Targarona, H. de la Sta. Creu i Sant Pau de Barcelona.
- **Situació actual. Què hi ha consolidat?**
Miguel Ángel Cuesta, Amsterdam University.
- **Complicacions en cirurgia laparoscòpica.**
Salvadora Delgado, Hospital Clínic de Barcelona.
- **Què vindrà en cirurgia laparoscòpica?**
Jorge Olsina, H. Arnau de Vilanova de Lleida.
- **És justificable el cost de la laparoscòpia?**
Esteve Cugat, Hospital Mútua de Terrassa.

19.00 - 20.00h Millors comunicacions

20.00 - 20.30h Assemblea Societat Catalana de Cirurgia.

20.30 - 21.00h Cloenda

21,00 h. Sopar

SESSIONS ORDINÀRIES

8 de octubre de 2012

17:30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Peritonitis secundària i postoperatòria. Abscessos intra-abdominals.

Membrilla E. (Hospital del Mar de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

Abdomen catastròfic

Lupu I. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Ètica i recerca (clínica i experimental)

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona)

Moderador: Fabregat J. (Hospital Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

EL RACÓ DEL SOCI

El nou curs acadèmic

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Anàlisi de la utilitat del sistema de puntuació RSCLO per avaluar la dificultat quirúrgica en la colecistectomia laparoscòpica.

Hermoso J, Comajuncosas J, Gris P, Orbeal R, Jimeno J, Vallverdú H, López Negre JL, Urgellés J, Silva N, Sánchez-Pradell C, Estalella L, Parés D. (Hospital de Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat)

Estratègies en l'abordatge laparoscòpic de tumoracions de pàncrees d'una mida superior a 6 cm.

Fernández-Cruz L, Ferrer J, Sánchez S, López-Boado MA. (Hospital Clínic de Barcelona)

Llista d'espera en cirurgia general i digestiva: expectatives del pacient, qualitat de vida durant l'espera i satisfacció percebuda.

Parés D, Duran E, Hermoso J, Comajuncosas J, Gris P, Lopez-Negre JL, Urgellés J, Orbeal R, Vallverdú H, Silva N, Sanchez-Pradell C, Jimeno J. (Hospital de Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat)

**Adrenalectomia esquerra laparoscòpica transperitoneal a través d'incisió única.
Estudi Prospectiu.**

Vidal O, Valentini M, Ginesta C, Astudillo E, Fernàndez-Cruz L, García- Valdecasas JC. (Hospital Clínic de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Reseccions hepàtiques complexes

Figueras J. (Hospital Josep Trueta de Girona)

19 de novembre de 2012

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Bacteriologia quirúrgica: principals patògens emergents

Membrilla, E. (Hospital del Mar de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

Un cas de malaltia inflamatòria intestinal amb múltiples comorbiditats i complicacions

Calero, A. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Com es prepara i presenta un projecte d'investigació que pretengui ser finançat

Clavé, P. (Hospital de Mataró)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Moderador: Viñas J. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

EL RACÓ DEL SOCI

Novetats de la SCC

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Associació d'hiperparatiroidisme primari i carcinoma papil·lar de tiroide

Gironès Vila J, Rodríguez Hermosa JI, Fernandez Balcells M, Recasens M, Puig Costa M, Artigau Nieto E, Roig Garcia J, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Resposta patològica completa després de quimioteràpia neoadjuvant i cirurgia radical: millora la supervivència del càncer de recte?

Martin Grillo A, Olivet F, Julià D, Gomez N, Pujadas M, Farrés R, Ortiz R, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Resultats de les primeres 50 hepatectomies laparoscòpiques a l'Hospital de Girona. Estudi Cas-Control

Lopez Ben S, Albiol M, Falgueras L, Castro E, Codina Barreras A, Figueras J, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Feocromocitoma de gran mida en pacient obès mòrbid: adrenalectomia laparoscòpica

Rodríguez Hermosa JI, Gironès Vila J, Puig Costa M, Artigau Nieto E, Roig Garcia J, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona).

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cirurgia radical de la carcinomatosis peritoneal. Tècniques de peritonectomia

Barrios P. (Hospital Moisès Broggi de Sant Joan d'Espí)

VI CURS DE BIOÈTICA

26 de novembre de 2012

Direcció del curs: Broggi Trias MA.

Coordinació SCC: Sala Pedrós J.

10'30 hores

SESSIÓ INAUGURAL

1. Inauguració del curs.

Sala J.

10'45 hores

PRINCIPIS BÀSICS

2. Nous drets individuals i noves necessitats de la població. Nous deures del professional. Personalització. Relació clínica, confiança i nous models. Rebuig del tractament i objecció de consciència davant del rebuig.

Broggi MA.

11'30 hores. Pausa

12'00 hores

RESPONSABILITAT I CIRURGIA

3. Concepte de responsabilitat, de respondre. Equip, formació i delegació en els metges interns i residents (MIR). Urgències i decisions difícils. La Història Clínica com a arma i escut a utilitzar be. Accés i confidencialitat.

Sala J.

12'45 hores

4. Bioètica i Legalitat

José Maria F.

13'30 hores

5. Discussió.

Broggi MA.

14'00 hores. Pausa per dinar de treball

15'00 hores

ACEPTACIÓ O REBUIG DEL TRACTAMENT. LA PRÀCTICA I EL CONSENTIMENT INFORMAT (CI)

6. Els CI escrits: obert i tancat. El CI sobre exploracions que fan altres (radiologia, endoscòpia, etc.). El no consentiment i la racionalitat: els requisits del CI. El CI sota condicions del malalt. La negativa a un tractament o a una prova diagnòstica.

Broggi MA.

15'30 hores

EL MALALT INCAPAÇ O INCOMPETENT

Futilitat i Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET) i sedació.

Broggi MA.

Document de Voluntats Anticipades (DVA) com ajuda al professional.

Sala J.

16'30 hores

SITUACIONS PRÀCTIQUES

Visió comentada de la pel·lícula: Amar la Vida (Wit). 2001. Dirigida per Mike Nicholls i interpretada per Emma Thompson.

17'30 hores

RECAPITULACIÓ

Broggi MA.

18'00 hores

CLOENDA

Broggi MA.

SESSIÓ CONJUNTA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
SOCIETAT CATALANA DE PÀNCREES

26 de Novembre de 2012

19'00 hores

SIMPOSI – TAULA RODONA

Insuficiència pancreàtica exocrina postquirúrgica: què hem de fer ?

Moderadors: Boadas J. (Hospital de Terrassa)
Artigas V. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

En quines situacions pot haver-hi insuficiència pancreàtica exocrina post-quirúrgica?

Oms L. (Hospital de Terrassa)

Insuficiència exocrina: Com es detecta? Quines conseqüències clíniques i nutricionals té? Importància dels dèficits nutricionals parcials.

Puig- Diví V. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

Quin ha de ser el suport nutricional pre i post quirúrgic en el maneig dels pacients amb insuficiència pancreàtica exocrina?

Virgili N. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

Recomanacions de tractament farmacològic

Ilzarbe L. (Hospital del Mar de Barcelona)

10 de desembre de 2012

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Infeccions greus de parts toves

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

Traumatisme pancreàtic

Pavel M. (Hospital Clínic de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Principis d'informàtica a nivell d'usuari

Marcilla V. (Hospital de Mataró)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Suñol X. (Hospital de Mataró)

Moderador: Cugat E. (Hospital Mútua de Terrassa)

EL RACÓ DEL SOCI

Novetats de la SCC

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Sutures gàstriques amb coles sintètiques (Estudi experimental)

Tarascó J, Julian JF, Balibrea JM, Pascual I, Navínés J, Guardia N, Otero A, Haetta H, Clavell A, Cremades M, Gonzalez I, Troya J, Pacha MA, Piñol M, Alastrue A, Fernández-Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

Correlació entre la degranulació dels mastòcits peritoneals i el retard en la recuperació del trànsit gastrointestinal en pacients sotmesos a cirurgia colorectal

Berdun S, Bombuy E, Estrada O, Mans E, Rychter J, Clavé P, Vergara P, Suñol X. (Hospital de Mataró)

Pancreatitis aguda recidivant. Complicació tardana de quist de colèdoc intervingut

Martínez Ródenas F, Vila Planas JM, Torres Soberano G, Hernández Borlán R, Pou E, Alcaide A, Guerrero Y, Moreno J, Llopart JR. (Hospital Municipal de Badalona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Neoplàsia intraepitelial anal

Espin E. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

14 de gener de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Infecció de l'espai quirúrgic. Prevalença, risc, factors afavoridors i control epidemiològic

Jimeno J. (Hospital Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat)

CASOS CLÍNICS

Laceració hepàtica greu

González Barrales I. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Desenvolupament d'un protocol d'investigació (incloent una tesi doctoral)

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Bombardó J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Moderador: Caubet E. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

EL RACÓ DEL SOCI

Novetats de la SCC

Badia JM. (Hospital de Granollers)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Un nou procediment quirúrgic: Bipartició hepàtica in situ i lligadura portal en la hepatectomia seqüencial precoç: Resultats i incògnites

Cugat E, Herrero E, Garcia Domingo MI, Camps J, Simó F, Cirera L, Fernández J, De Marcos JA, Paraira M, San Martín M, Pedrerol A, Salas A, Rodríguez A. (Hospital Mútua de Terrassa)

Cas clínic: Metàstasi esplènica sincrònica en un càncer de còlon dret

Botey M, Bonfill J, Roura J, Gené M, Arner AM, Muñoz-Ramos C, Pérez G, Salvans F, García A. (Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès)

Resultats del tractament quirúrgic de la neoplàsia intraductal papil·lar mucinosa de pàncrees a l'Hospital de Terrassa

Balaguer del Ojo C, Mato R, Oms L, Sala Pedrós J, Güell D, Campillo F. (Hospital de Terrassa)

Estudi de la recurrència de la pancreatitis aguda litiàsica

Romaguera A, García-Borobia F, Bejarano N, Corcuera A, Extremiana F, García N, Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Tractament dels sarcomes retroperitoneals
Artigas V. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

SESSIÓ CONJUNTA

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

AGÈNCIA DE QUALITAT I AVALUACIÓ ASSISTENCIAL (AQuAS) DEL DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

28 de gener de 2013

19:00 hores

SIMPOSI – TAULA RODONA

Priorització d'intervencions quirúrgiques

Moderador: Sala Pedrós J. (Societat Catalana de Cirurgia)

Ponències:

Criteris generals de priorització d'intervencions quirúrgiques

Espallargues M, Adam P. (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitària)

Priorització en patologia anorectal benigna

Espin E, Sala Cascante F. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona - Hospital General de Vic)

Priorització en les hèrnies de la paret abdominal

Pereira JA, López Cano M. (Hospital del Mar de Barcelona - Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Priorització en les colelitiasis

Artigas V, Gil A. (Hospital de Sant Pau de Barcelona - Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell)

Debat compartit entre públic i ponents

11 de febrer de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Reacció inflamatòria.

Guirao X. (Hospital de Granollers)

CASOS CLÍNICS

Home de 48 anys amb dolor abdominal i distensió

Ranea A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Revisions sistemàtiques i metanàlisis

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Moderador: Vidal O. (Hospital Clínic de Barcelona)

EL RACÓ DEL SOCI

Sessió "In Memoriam" del Dr. Moisès Broggi Vallès

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Coristoma hepàtic. Revisió de la literatura a propòsit d'un cas

Alonso AV, Ruiz M, Camacho L, Cremades T, Catot L, Toapanta M, Alonso J, Morales M, Puigcercós JM. (Hospital Dos de Maig de Barcelona)

Hospitalització domiciliària quirúrgica (HDQ) com alternativa a l'hospitalització convencional

Roca J, Carbonell S, Chirveches E, Quer X, Saladich M, De Caralt E. (Hospital de Vic)

Cirurgia de l'hepatocarcinoma en malalts de més de 70 anys. Estudi comparatiu

Artigas V, Murillo A, González JA, Gallego A, Montserrat E, Rodríguez M, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona)

Resultats a llarg termini i qualitat de vida després del tractament quirúrgic per laparoscòpia de l'hèrnia paraesofàgica gegant

Marinello F, Targarona EM, Balagué C, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Sessió de morbi-mortalitat

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

25 de febrer de 2013

19:00 hores

TAULA RODONA

Risc i confiança en la innovació quirúrgica

Moderador: Navarro Soto S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

Ponents: De Lacy Fortuny A. (Hospital Clínic de Barcelona)
Targarona Soler EM. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
Figueras Felip J. (Hospital Josep Trueta de Girona)
Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

Debat compartit entre públic i ponents

SESSIÓ CONJUNTA

SOCIETAT CATALANA D'ANESTESIOLOGIA, REANIMACIÓ I TERAPÈUTICA DEL DOLOR

SOCIETAT CATALANA DE BIOÈTICA

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

4 de març de 2013

19:00 hores

TAULA RODONA

Rebuig del tractament amb hemoderivats en el pacient quirúrgic: problemes del dia a dia

Moderador: Broggi MA. (Comitè de Bioètica de Catalunya).

Ponents: Hernández J. (Jutge de l'Audiència de Tarragona)
Garcia Guasch R. (Societat Catalana d'Anestesiologia,
Reanimació i Terapèutica del Dolor)
Sala Pedrós J. (Societat Catalana de Cirurgia)

11 de març de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Xoc sèptic

Guirao X. (Hospital de Granollers)

CASOS CLÍNICS

Colitis pseudomembranosa

Bas C. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Conceptes bàsics sobre investigació en el sistema de salut

Del Castillo D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Biondo S. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

Moderador: Oms L. (Hospital de Terrassa)

EL RACÓ DEL SOCI

Novetats de la SCC

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Morbimortalitat i supervivència del tractament combinat de la carcinomatosi peritoneal: cirurgia radical més quimiohipertèrmia peritoneal (Tècnica de Sugarbaker)

Barrios P, Ramos I, Crusellas O, Comas J, Castellví J, Viso L, Galofré G, Martín M. (Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí)

Tractament de l'hemorràgia anastomòtica en cirurgia colorectal

Martínez, Vallet J, Vega AB, Gil V, Pons, Sueiras A. (Hospital de Viladecans)

Limfadenectomia en el càncer d'esòfag toràcic supracarinal: Dos o tres camps?

Gálvez A, Farran L, Miró M, Aranda H, Bettonica C, Estremiana F, Biondo S. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

La puntuació (score) de Nordlinger pot predir l'eficàcia de la quimioteràpia adjuvant després de la resecció de metàstasis hepàtiques de carcinoma colorectal.

Ramos E, Torras J, Lladó L, Rafecas A, Muñoz A, Busquets J, Peláez N, Secanella L, Fabregat J. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

La tècnica de separació de components en el tractament de l'hèrnia incisional

López Cano M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

**VÈ CURS AVANÇAT DE INFECCIÓ QUIRÚRGICA I SÈPSIA GREU
(Acreditació del nivell bàsic en Infeció Quirúrgica)**

18 de Març del 2013.

17:30 hores

Coordinació i presentació: Guirao X. (Hospital de Granollers)

Taller pràctic de formació amb l'exposició de casos clínics :

1.- Colecistitis

Moderador: Vidal O. (Hospital Clínic de Barcelona)

Ponent: Díaz del Gobbo G. (Hospital Clínic de Barcelona)

2.- Complicacions postoperatòries .

Moderador: Villalonga R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Ponent: Andrada D. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

3.- Diverticulitis aguda

Moderador: Olona C. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

Ponent: Jimenez Salido A. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

4.- Abscés intrabdominal després de perforació de víscera buida.

Moderador: Madrazo Z. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

Ponent: Maria Darriba Fernández M. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

Jornada de Comunicacions Científiques

Secció de Cirurgia de l'Agrupació de Ciències Mèdiques de Girona

21 de març de 2013

Seu de l'Agrupació de Ciències Mèdiques de Girona

Moderador: Codina Barreras A.

1- Diagnòstic i tractament de l'esofagitis per càustics

Roig Garcia J, Artigau Nieto E, Puig Costa M, Gironés Vila J, Rodríguez Hermosa JI, Ranea Goñi A, Casellas Robert M. (*Unitat de Cirurgia Esofagogastrica de l'hospital Dr. Josep Trueta de Girona*)

2- Estat actual del tractament de l'apendicitis aguda

Julià Bergkvist D, Gómez Romeu N, Pujadas de Palol M, Martín Grillo A, Olivet Pujol F, Farrés Coll R, García Moriana E, Gonzalez Londoño J, Codina Cazador A. (*Unitat de Cirurgia Colorectal de l'Hospital Dr. Josep Trueta de Girona*)

3- Pancreatitis Aguda Greu: definició actual i nou enfocament terapèutic mínimament invasiu

Albiol Quer MT, López Ben S, Falgueras Verdaguer L, Castro Gutierrez E, Gil Garcia J, Pigem Rodeja A, Codina Barreras A, Figueras Felip J. (*Unitat de Cirurgia Hepatobiliopancreàtica de l'Hospital Dr. Josep Trueta de Girona*)

8 de abril de 2013

17:30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Fístules enterocutànies: Fases evolutives i principis del tractament nutricional, farmacològic i quirúrgic

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

Tumor de Klatskin tipus IIIa

Carvajal F. (Hospital Mútua de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Assaigs clínics en cirurgia: Particularitats.

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Viñas J. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

Moderador: Alastrué A. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

EL RACÓ DEL SOCI

Novetats de la SCC

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hemorràgia d'anastomosis intestinals i còliques. Maneig terapèutic

Valverde S, Fernández de Sevilla E, Vallribera F, Espín E, Sánchez JL, Jiménez LM, Martí M, Pérez M, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Abordatge per toracotomia lateral del goll endotoràcic al mediastí posterior.

Baena JA, Ojanguren A, Ros S, De la Fuente MC, Artigas C, Palacios V, Mestres N, Olsina JJ. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

Experiència amb les reseccions venoses durant les reseccions pancreàtiques

Balsells J, Dopazo C, Landi F, Caralt M, Blanco L, Sapisochin G, Naval J, Bilbao I, Lazaro JL, Charco R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Gastrectomia vertical robòtica versus laparoscòpica. Estudi comparatiu de 200 casos

Fort JM, Vilallonga R, Caubet E, Gonzalez O, Balibrea JM, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Sessió bibliogràfica

Vallverdú H. (Hospital de Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat)

13 de maig de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Xoc sèptic

Guirao X. (Hospital de Granollers)

CASOS CLÍNICS

Hematoma expansiu cecal després de colonoscòpia normal

Jiménez, A. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Com es comuniquen els resultats d'un treball d'investigació

Rebasa P. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

Moderador: Codina A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

EL RACÓ DEL SOCI

Presentació del Projecte Essencial

Almazán C. (Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Avaluació dels factors de risc assistencials de perforació apendicular. Estudi cas-control

Ciscar A , Amillo M , Juvany M, Amador S, Guirao X, Hernando R, Badia JM. (Hospital de Granollers)

Reintervencions en Cirurgia General: Qui les hauria de fer?

Sánchez P, Membrilla E, Isbert F, Sancho JJ, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

Tractament de l'evisceració: Resultats d'un estudi multicèntric.

Pereira JA, López-Cano M, Feliu X, Hernández L, Andrada D, Gil E, Villanueva B, Rodrigues V, Sancho JJ, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona - Hospital d'Igualada - Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

La intervenció de Collis-Nissen en el tractament de l'hèrnia de hiatac amb esòfag curt: avaluació clínica, radiològica i de la qualitat de vida

Crous X, Pera M, Ramon JM, Puig S, Sánchez J, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tractament quirúrgic de la diabetis

Masdevall C. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

IV CURS DE PARET ABDOMINAL

INCLÒS EN EL CONGRÉS DE LA SECCIÓ DE PARET ABDOMINAL DE LA ASOCIACIÓ ESPANOLA DE CIRUJANOS (AEC)

23 de Maig de 2013.

Hotel Avenida Palace

15:30 a 16:30

MESA 4. CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE PARED

Presidente: Antonio Martín Duce, Madrid

Moderador: Xavier Feliu Palá, Igualada ,Barcelona

Hernia inguinal Laparoscópica. Técnica, y fijación. Evolución desde la primera publicación.

Sergio Roll, Brasil

Eventración Laparoscópica. Técnica, y fijación, ¿cierre del defecto?. Evolución desde la primera publicación.

Alfredo Carbonell, Carolina del Sur , U.S.A.

SILS y robótica en pared. ¿Necesitamos aprenderlo?.

Salvador Morales Conde, Sevilla

¿Existe una malla ideal para la cirugía laparoscópica de la hernia y eventración?.

Joaquín Picazo Yeste, Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Modelos de entrenamiento en cirugía endoscópica de pared abdominal.

Carlos Caballero, Barquesimeto-Venezuela

18:00 a 19:00

MESA 5. PREVENCIÓN

Presidente: Vicente Martí Martí, Valencia

Moderador: José Antonio Pereira Rodríguez, Barcelona

¿Cuál es la mejor apertura y cierre de la pared abdominal?

Mario Sáenz, Costa Rica

Factores de riesgo para el desarrollo de una hernia incisional.

Pilar Hernández Granados, Alcorcón, Madrid

¿Se puede prevenir la evisceración?.

José Manuel Francos Martínez, Barcelona

¿Mallas en la prevención de la hernia incisional?, ¿Sintéticas?, ¿Absorbibles?, ¿Biológicas?

Juan M. Bellón Caneiro, Alcalá de Henares , Madrid

“Conocer es prevenir”. Utilidad de los registros.

Xavier Feliu Palá, Barcelona

SESSIÓ CONJUNTA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA (CMA)
SOCIETAT CATALANA D'ANESTESIOLOGIA, REANIMACIÓ I TERAPÈUTICA
DEL DOLOR

27 de maig de 2013

19:00 hores

SIMPOSI – TAULA RODONA

Preguntes per a la CMA en temps de crisi

Moderador: Colomer O.

Ponències:

L'eficiència com argument ètic per la innovació

Esperalba J. (Hospital de Mataró)

L'especialització en CMA pot aportar eficiència al sistema?

Sintes D. (Hospital Municipal de Badalona)

La CMA: Una solució o un problema en temps de crisi? Ha cobert el màxim del seu catàleg?

Raich M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

De quina manera haurien d'encaixar la docència i la recerca en CMA amb l'eficiència social?

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

Debat compartit entre públic i ponents

10 de juny de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Tractament d'infeccions greus de parts toves

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

Empelt lliure de jejú: tractament d'un tumor de cèl·lules granulars d'esòfag cervical

Ramírez Maldonado (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica d'un article. Regles bàsiques

Rebasa P. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

18:45 hores

ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA

19:30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Del Castillo D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

Moderador: Bianchi A. (Hospital de Mataró)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Port únic, si o no, quin i perquè

Criado A, Petrini OA. (Clínica Terres de l'Ebre de Tortosa)

Variacions en les adipocines i en les citocines en pacients obesos mòrbids sotmesos a cirurgia bariàtrica: gastrectomia vertical laparoscòpica vs derivació (bypass) gastrojejunal laparoscòpica

Sabench F, Hernández M, Blanco S, Auguet MY, Terra X, Aguilar C, Vives M, Molina A, Richart C, Del Castillo D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

Reconstrucció laparoscòpica després d' una intervenció de Hartmann. La nostra experiència i consideracions tècniques

Blanco S, Raga E, París M, Muñoz A, Sánchez A, Sánchez J, Piñana ML, Jara J, Hernández M, Sabench D, Del Castillo D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

Sol·licitud de sang en reserva, preoperatòria, en cirurgia programada de còlon; necessitat o rutina

Feliu F, Gris F, Escuder J, Rueda JC, Coronas JM, Castellote M, Vadillo J, Olona C, Pla R, Duque E, Moreno F, Howe V, Vicente V. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Transplantament hepàtic de donant viu
García-Valdecasas JC. (Hospital Clínic de Barcelona)

**SECCIÓ DE CIRURGIA DE LA FILIAL DEL VALLÈS OCCIDENTAL (SCFVO) DE
L'ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES I DE LA SALUT
DE CATALUNYA I DE BALEARS (ACMSCB)**

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA (SCC)

IV JORNADA QUIRÚRGICA INTERHOSPITALÀRIA DEL VALLÈS OCCIDENTAL

27 de juny de 2013

Sala d'Actes de l'Hospital General de Catalunya (HGC) de Sant Cugat del Vallès.

11:30 hores

Benvinguda

Dr. Xavier Mate (Director General Capio – HGC)

11:35 hores

Presentació

Dr. Jordi Bombardó (President de la SCFVO de l'ACMSCB)

11:40 hores

Conferència Inaugural:

Planificació Sanitària de Catalunya

Honorable Boi Ruiz (Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya)

12:00 hores

Taula Rodona

Perspectives de futur de la cirurgia general a la Comarca del Vallès Occidental

Moderador: Sala Pedrós, Joan (President de la SCC)

Ponències:

Urgències en cirurgia

Navarro Soto, Salvador

(Cap de Servei de Cirurgia de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Gestió de les llistes d'espera en cirurgia general

Campillo Alonso, Francesc

(Cap de Servei de Cirurgia del Hospital de Terrassa)

Atenció al terciarisme en cirurgia

Veloso Veloso, Enrique

(Cap de Servei Cirurgia de l'Hospital Mútua de Terrassa)

La relació entre la cirurgia general i les especialitats quirúrgiques

Garcia Sanpedro, Àngel

(Cap de Servei de Cirurgia de Capiro HGC de Sant Cugat del Vallès)

L'oferta present i futura d'atenció quirúrgica

Ruiz Garcia, Boi

(Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya)

12:50 hores

Precs i preguntes als ponents

13:15 hores

Conclusions generals del debat

Sala Pedrós, Joan (President de la Societat Catalana de Cirurgia)

Cloenda de la Jornada

Honorable Boi Ruiz (Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2013-2014

INAUGURACIÓ

17 d'octubre de 2013



Libre Comr



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas	1927-1929
Manuel Corachan i Garcia	1930-1931
Joan Puig i Sureda	1932-1933
Joaquim Trias i Pujol	1934-1935
Joan Bartrina i Tomàs	1935-1936
Joan Puig i Sureda	1941-1951
Joaquim Trias i Pujol	1951-1953
Pere Piulachs i Oliva	1956-1961
Josep Soler i Roig	1961-1965
Jaume Pi i Figueres	1965-1969
Vicenç Artigas i Riera	1969-1971
Ramon Arandes i Adan	1971-1973
Joan Agustí i Peypoch	1973-1975
Víctor Salleras i Llinares	1975-1977
Antoni Sitges i Creus	1977-1981
Jordi Puig i La Calle	1981-1985
Cristóbal Pera Blanco Morales	1985-1989
Josep Curto i Cardús	1989-1991
Joan López Gibert	1991-1993
Jordi Olsina i Pavia	1993-1997
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	1997-2001
Laureà Fernández-Cruz i Pérez	2001-2005
Antoni Sitges Serra	2005-2009
Joan Sala Pedrós	2009-2013



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA



ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any Premi Virgili

1961	Joan Puig Sureda
1962	Joaquim Trias i Pujol
1963	Antonio Cortés Lladó
1964	Abilio Garcia Barón
1965	Josep Maria Gil Vernet
1966	Hermenegild Arruga i Liró
1967	Antoni Trias i Pujol
1968	Manuel Bastos Ansart
1969	Josep Trueta i Raspall
1970	Cristóbal Pera Jiménez
1971	Plácido González Duarte
1972	Pere Piulachs i Oliva
1973	Jaume Pi Figueras
1974	Josep Soler Roig
1975	Joaquim Salarich i Torrents
1976	Ferran Martorell i Otzet
1977	Antoni Puigverd i Gorro
1978	Antoni Llauredó i Tomàs
1979	Joan Prim i Rosell
1980	Moisés Broggi i Vallès
1981	Josep Masferrer i Oliveras
1982	Joan Agustí Peypoch
1983	Gerard Manresa i Formosa
1984	Josep Maria Gil Vernet
1985	Carlos Carbonell Antolí
1986	Sebastián García Díaz
1987	José Luis Puente Domínguez
1988	Antoni Caralps Massó
1989	Antoni Sitges Creus
1990	Victor Salleras i Linares
1991	Benjamín Narbona Arnau
1992	Emili Sala Patau
1993	Lino Torre Eleizegui
1994	Hipólito Durán Sacristán
1995	Joaquim Barraquer Moner
1996	Ángel Díez Cascón
1997	Jordi Puig Lacalle
1998	Antoni Viladot i Pericé
1999	Joan López-Gibert
2000	José Luis Balibrea Cantero
2001	Ramon Trias Rúbies
2002	Isidre Claret i Corominas
2003	Pascual Parrilla Paricio
2004	Josep Simó Deu
2005	Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
2006	Marià Ubach i Servet
2007	Manuel Bellón Caneiro
2008	Joan Martí Ragué
2009	Enrique Moreno González
2010	Carlos Pera Madrazo
2011	Eduard Jaurrieta Mas
2012	Cristóbal Pera Blanco-Morales

Premi Gimbernat

-	-
-	Philip Rowland Allison (Regne Unit)
-	Pablo Luis Mirizzi (Argentina)
-	Paul Eugene Santy (França)
-	Ernest Stanley Crawford (Estats Units)
-	Pietro Valdoni (Itàlia)
-	Claude D'Allaines (França)
-	Michael E. De Bakey (Estats Units)
-	Joao Cid Dos Santos (Portugal)
-	Rudolf Nissen (Suïssa)
-	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
-	Jean Louis Lortat-Jacob (França)
-	Henry Thomson (Regne Unit)
-	Paride Stefanini (Itàlia)
-	Marcel Roux (França)
-	John C. Goligher (Regne Unit)
-	Claude Romieu (França)
-	Claude Dubost (França)
-	Rodney Smith (Regne Unit)
-	Robert M. Zollinger (Estats Units)
-	Kenneth C. Mc Keown (Regne Unit)
-	Komei Nakayama (Japó)
-	Maurice Mercadier (França)
-	Philip Sandblom (Suècia)
-	Adrian Marston (Regne Unit)
-	Lloyd M. Nyhus (Estats Units)
-	Frederic Saegesser (Suïssa)
-	David B. Skinner (Estats Units)
-	Umberto Veronesi (Itàlia)
-	François Fékété (França)
-	Raul C. Praderi (Uruguai)
-	Louis. F. Hollender (França)
-	David C. Sabiston (Estats Units)
-	Konrad Messmer (Alemanya)
-	Patrick Forrest (Regne Unit)
-	Jacques Perissat (França)
-	Hans Beger (Alemanya)
-	Henri Bismuth (França)
-	Bruno Salvadori (Itàlia)
-	Alfred Cuschieri (Regne Unit)
-	Bernard Launois (França)
-	Charles Proye (França)
-	David Sutherland (Estats Units)
-	Markus Büchler (Alemanya)
-	John Smith (Regne Unit)
-	Henrik Kehlet (Dinamarca)
-	Jacques Marescaux (França)
-	Neil Mortensen (Regne Unit)
-	Abraham Fingerhut (França)
-	Pierre Alain Clavien (Suïssa)
-	Miguel Ángel Cuesta Valentin (Holanda)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Salvador Navarro Soto

Vicepresident

Josep Maria Badia i Pérez

Secretari

Pere Rebasà i Cladera

Tresorer

Salvadora Delgado Rivilla

Vicesecretari

Ramon Vilallonga Puy

Vocal primer

Rosa Jorba Martín

Vocal segon

Antonio Sánchez Marín



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Ramon Balius i Juli
Enric Vendrell i Torné
Eduard Basilio i Bonet
José Manuel Sánchez Ortega
Vicens Artigas i Raventós
Xavier Rius i Cornadó
Jordi Pié i Garcia
Josep Verge i Schulte-Eversum
Joan Figueras i Felip
Jaume Fernández-Llamazares i Rodríguez
Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Constancio Marco Molina
Antoni Sitges Serra
Roger Pla Farnós
Joan Sala Pedrós
Ferran Caballero Mestres
Salvador Navarro Soto
Josep Maria Badia Pérez
Pere Rebasa Cladera

GRUPS DE TREBALL DE SUPERESPECIALITATS

CURS 2012-13

Cirurgia coloproctològica

Coordinador

- Espin Basany, Eloi

Participants

- Aguilar Teixidó, Francesc
- Biondo Aglio, Sebastiano
- Codina Cazador, Antoni
- Fraccalvieri, Domenico
- Hidalgo Grau, Lluís Antoni
- Navarro Luna, Albert
- Parés Martínez, David
- Pera Roman, Miguel
- Serra Aracil, Xavier
- Vallribera Valls, Francesc

Cirurgia hepatobiliopancreàtica

Coordinador:

- Figueras Felip, Joan

Participants:

- Artigas Raventós, Vicenç
- Cugat Andorra, Esteve
- Gil Goñi, Antoni
- Grande Posa, Lluís
- Mato ruiz, Raül
- Olsina Ossler, Jordi Joan
- Oms Bernad, Lluís Maria

Cirurgia de paret abdominal

Coordinador:

- Feliu Palà, Xavier

Participants

- Colomer Miralbell, Òscar
- López Cano, Manuel
- Marsal Cavallé, Francesc
- Pereira Rodriguez, José Antonio
- Ribera Serra, Carles
- Robres Puig, Joaquim

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

Centre Mèdic Teknon de Barcelona
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat
Clínica de Ponent de Lleida
Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat.
Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell
Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran
Fundació Privada Hospital de Mollet
Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal d'Amposta
Hospital Comarcal de Blanes
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès.
Hospital Comarcal de Móra d'Ebre
Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga
Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal del Pallars de Tremp
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de l'Aliança de Lleida
Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Hospital de Mataró
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Jaume d'Olot
Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat
Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa
Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona
Hospital de Sant Rafael de Barcelona
Hospital de Santa Maria de Lleida
Hospital de Terrassa
Hospital de Viladecans
Hospital del Mar de Barcelona
Hospital del Vendrell
Hospital d'Igualada.
Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona
Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès
Hospital General de Granollers
Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona.
Hospital General de Vic
Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat
Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despi
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Plató de Barcelona
Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona
Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Institut Universitari Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Valls
Sant Hospital de la Seu d'Urgell



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2013

PREMI VIRGILI

Prof. LAUREÀ FERNÁNDEZ-CRUZ I PÉREZ

PREMI GIMBERNAT

Prof. CLAUDIO BASSI



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

NOMENAMENT DE MEMBRES HONORARIS 2013

Sancho Insenser, Joan Josep

Serra Aracil, Xavier



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2013 REUNIÓ DELS TRIBUNALS CURS 2012-13

Premi Manuel Corachan

El score de Nordlinger puede predecir la eficacia de la quimioterapia adyuvante después de resección de metástasis hepáticas de carcinoma colorectal

Ramos E, Torras J, Lladó L, Rafecas A, Muñoz A, Busquets J, Peláez N, Secanella L, Fabregat J. (Hospital Universitari de Bellvitge)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2013

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

Andrada Álvarez, José Daniel
Batista Castillo, Rodolfo
Clos Ferrero, Pere
García Pacheco, Juan Carlos
Gil Barrionuevo, Esther
Gómez Artacho, Miquel
Hidalgo Pujol, Marta
Howe, Victoria Mari
Jiménez Mariscal, Alicia
López Gordo, Sandra
Montes Ortega, Noemí
Pañella Vilamu, Clara
Pavel, Mihai-Calin
Puértolas Rico, Noèlia
Rada Palomino, Arantzazu
Sánchez Velázquez, Patricia
Solis Peña, Alejandro
Vela Polanco, Fulthon Frank
Vila Tura, Marina
Villanueva Figueredo, Borja
Zubieta Albarrán, Jonnathan

MEMBRES ASSOCIATS PENDENTS DE CONFIRMACIÓ

Cano Rodríguez, Gisèle
Casellas Robert, Margarida
Díaz del Gobbo, Gabriel
Hernández Martínez, Lourdes
Muñoz Campaña, Anna
Pardo Aranda, Fernando
Picart Sola, Guillem
Sebastian Valverde, Enric
Valverde Lahuerta, Sílvia

NOUS MEMBRES NUMERARIS

Casajoana Badia, Anna
Cremades Torredelot, Trinidad

MEMBRES NUMERARIS PENDENTS DE CONFIRMACIÓ

Sales Rufi, Santiago

MEMBRES ASSOCIATS QUE PASSEN A NUMERARIS

Amador Gil, Sara
Calero Lillo, Aránzazu
Corredera Cantarín, Constanza
Crous Masó, Xènia
Gómez Díaz, Carlos Javier
Jiménez Salido, Andrea
Juvany Gómez, Montserrat
López Borao, Jaime
Lorente Poch, Leyre
Silvio Estaba, Leonardo
Urdaneta Salegui, Gabriel
Vives Espelta, Margarida



Libre C



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2013-2014

INVITACIÓ

La Societat Catalana de Cirurgia (SCC) es complau en invitar-vos a assistir a la inauguració del nou curs acadèmic que es farà a l'Aula Gimbernat, de l'antic Col·legi de Cirurgia, al primitiu Hospital de la Santa Creu, actual seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya (C/. Del Carme, 47, 08001 Barcelona), a les 20 hores del proper dia 17 d'octubre, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del Premi Virgili 2013 al Dr. Laureà Fernández-Cruz Pérez i del Premi Gimbernat 2013, al Dr. Claudio Bassi. Així mateix, es farà públic i es lliurarà, si és el cas: el Premi Manuel Corachan d'enguany.

També es lliuraran els nomenaments de Membres Honoraris a aquells cirurgians que s'han distingit per la seva contribució al desenvolupament i millora de la Societat que en aquesta ocasió s'han atorgat al Dr. Joan Josep Sancho Insenser i al Dr. Xavier Serra Aracil.

Així mateix, en el curs de la cerimònia, es farà efectiva l'admissió de nous membres de la Societat amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles. Volem recordar que, d'acord amb els Estatuts i Reglament de Règim Intern, l'acte té caràcter vinculant, sent imprescindible la presència de les persones nominades perquè la seva acceptació o incorporació com a membres associats, numeraris o corresponents de la SCC sigui plenament vàlida.

El mateix dia, a les 21'30 hores, es farà el sopar anual de germanor de la SCC, a l'Hotel Espanya (Restaurant), C/. Sant Pau, 9-11, 08003 Barcelona, Telèfon 93 317 11 34. Us preguem confirmeu l'assistència al sopar a través de qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, i comunicació a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears (Veure peu de pàgina). ^aPels inscrits al IX congrés Català de Cirurgia a celebrar els propers dies 17 i 18 d'octubre, el sopar està inclòs en la inscripció però cal advertir-ho en fer-la. Pels no inscrits, us preguem indiqueu, al menys una setmana abans, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 d'octubre de 2013

Joan Sala Pedrós
President

Pere Rebas Cladera
Secretari

^a Societat Catalana de Cirurgia:
Seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, C/. De Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona. Telèfon: 93 203 07 92.
<http://www.academia.cat> Societats, Cirurgia.
<http://www.sccirurgia.org>

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 17 d'octubre de 2013
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. Presentació**
Sala Pedrós J.
President de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Associats**
Lliurament de Premis a treballs científics.
Rebasa Cladera P.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:25h. Nomenament de Membres Honoraris**
Sala Pedrós J.

Sancho Insenser, Joan Josep
Serra Aracil, Xavier
- 20:35 h. Lliurament dels Premis Honorífics**
Sala Pedrós J.

Premi Virgili al Dr. Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Premi Gimbernat al Dr. Claudio Bassi
- 21:05 Cerimònia de Canvi de President**
Sala Pedrós J.
Navarro Soto S.
- 21:15 h. Cloenda de l'acte acadèmic**
- 21:30h. Sopar de germanor**
Hotel Espanya (Restaurant)
C/. Sant Pau, 9-11
08003 Barcelona.

IX CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA

PROGRAMA CIENTÍFIC

Dijous, 17 d'octubre de 2013

08.00 Lliurament de documentació

SALA AUDITORI

09.00-10.30 Taula rodona

Tractament de la Pancreatitis Aguda Greu (PAG)

President de la taula: Figueras J. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Moderador: Codina Barreras A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Ponències:

Paper de les Citocines i altres mediadors en la PAG

Closa D. (IDIBAPS – Hospital Clínic de Barcelona)

Estadificació per TC de la PAG

Gil Bello D. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Necrosectomia en la PAG

Sabater L. (Hospital Clínic de València).

Tractament per etapes (*Step Approach*) en la PAG

Lopez-Ben S. (Hospital Josep Trueta de Girona)

10.30-11.30 Pausa amb cafè – **Discussió dels pòsters amb els autors**

Pòsters 1A

Moderadors: Busquets J. (Hospital de Bellvitge)
Cugat E. (Hospital Mútua de Terrassa)

Estudi prospectiu de 506 pacients sobre el tractament quirúrgic de la colecistitis aguda. Realment és millor la intervenció urgent?

Natalia Bejarano González; Pere Rebas Cladera; Andreu Romaguera Monzonís; Fernando Estremiana García; Constanza Corredera Cantarín; Cristina Jurado Ruíz; Francisco J García Borobia; Ángel Corcuera Amill; Neus García Monforte; Salvador Navarro Soto

Tumor de Gruber Frantz. Presentación de dos casos clínicos y revisión de la literatura

González Barrales I., Haetta H., Salas Ubierno M., Torres Marí A., Clavell A., Cremades M., Gómex M., Rozalén V., Alastrue A., Llamazares J.

Coristoma hepàtic: algo mas que un hallazgo infrecuente

Alonso Avilez Ma. Verónica, Ruiz Juan Miguel, Cremades Trinitat, Toapanta Martha, Catot Lucía, Lluís Camacho, Alonso Juan, Morales Miguel Angel, Camacho LLuis, Puigercós Fusté Josep María.

Abscés hepàtic d'origen amebià: maneig i formes de presentació a propòsit d'un cas

Marta París Sans, Esther Raga Carcellé, Andrés Muñoz García, Fátima Sabench Pereferer, Santiago Blanco Blasco, Antonio Sánchez Marín, Jordi Jara Lluçà, Daniel Del Castillo Déjardin.

Necrosectomia endoscòpica transgàstrica com a part del “step-up approach” en la pancreatitis aguda necrotitzant infectada

Raül Guerrero López; Andreu Romaguera Monzonis ; Heura Llaquet Bayo; Natàlia Bejarano Gonzalez; Cristina Jurado Ruiz; Fernando Estremiana García; Àngel Corcuera Amill; Neus García Monforte; Fèlix Junquera Florez; Francisco Javier García Borobia; Salvador

Rotura espontànea de la vía biliar

Ladislao Cayetano Paniagua; Lluís M. Oms Bernad; Dolors Güell; Raúl Mato Ruíz; Fabian Zárate Moreno; Cristina Balaguer del Ojo; Joan Sala Pedrós; Francesc Campillo Alonso

Pancreatitis aguda recurrent. Una complicació tardana del quist congènit de colèdoc operat

Francisco Martínez Rodenas; Gemma Torres Soberano; Raquel Hernández Borlan; Yaima Guerrero de la Rosa; Jose Enrique Moreno Solorzano; Edmon Pou Sanchís; Anna Alcaide Garriga; Josep Ramón Llopart López.

Presentacions infreqüents de hamartomatosis biliar

Veronica Gonzalez Santin; Sergio Gonzalez Martinez; Roberto Membra Ikuga; Fernando Mata Sancho; Jose Antonio Rodriguez Alvarez; Maria Jose Cacheda Madriñan, Rosa Jorba Martin; Pedro Barrios Sanchez

Tècniques de necrosectomia mínimament invasives en el tractament de la pancreatitis aguda greu. A propòsit d'un cas

Júlia Maria Gil Garcia; Maria Teresa Albiol Quer; Santiago López Ben; Laia Falgueras Verdaguer; Ernest Castro Gutiérrez; Antoni Codina Barrera; Joan Figueras Felip; Antoni Codina Cazador.

Hemorràgia digestiva per pseudoaneurisma de l'artèria hepàtica dreta. Una complicació molt poc freqüent de la colecistitis aguda

Carlos Javier Gómez Díaz; Heura Llaquet Bayo; Meritxell Labró Ciurans; Natàlia Bejarano Gonzalez; Fernando Estremiana García; Andreu Romaguera Monzonis; Àngel Corcuera Amill; Francisco Javier García Borobia; Salvador Navarro Soto

Pòsters 1B

Moderadors: Povés I. (Hospital del Mar de Barcelona)
Mato R. (Hospital de Terrassa)

Colecistectomia laparoscòpica por incisió única como procedimiento en cirugía de corta estancia

Lilia Martínez de la Maza; O Vidal; J Sampson; D Saavedra; J Martí; M Valentini; C Ginestà; G Benarroch; M Pavel; JJ Espert; JN Hidalgo; JC García-Valdecasas,

El tumor papil·lar mucinos intraductal (TPMI) de pàncrees en el diagnòstic diferencial de la pancreatitis crònica. A propòsit d'un cas

Raül Guerrero López; Fernando Estremiana García; Heura Llaquet Bayo; Natàlia Bejarano Gonzalez; Andreu Romaguera Monzonis; Àngel Corcuera Amill; Neus García Monforte; Francisco Javier García Borobia; Salvador Navarro Soto

Experiencia y desarrollo de la cirugía laparoscòpica a través de incisió única: la introducción progresiva de los procedimientos complejos es la clave

Óscar Vidal, Josep Martí, Mauro Valentini, Cesar Ginestà, Juan J. Espert, Alberto Martínez, Jimmy Nils Hidalgo, David Saavedra, Lilia Martínez, Jaime Sampson, Guerson Benarroch, Juan C. García-Valdecasas

Manejo multidisciplinar de la coledocolitiasis en pacientes de edad avanzada. a propósito de un caso

Daniel Andrada; Cristina Dopazo; Juan Echeverri; Victor Rodrigues; Giancarlo Romero; Esther Gil; Gonzalo Sapisochin; Jose Luis Lázaro; Itxarone Bilbao; Mercedes Pérez; Jose Ramon Armengol-Miró; Joaquin Balsells; Ramon Charco.

Tumor fibrós solitari hepàtic: cas clínic i maneig diagnòstic-terapèutic

Raül Guerrero López; Natàlia Bejarano Gonzalez; Andreu Romaguera Monzonis; Sheila Serra Pla; Fernando Estremiana García; Àngel Corcuera Amill; Neus García Monforte; Francisco Javier García Borobia; Salvador Navarro Soto

Desbridament retroperitoneal videoassistit en la pancreatitis aguda necrotitzant

Maria Isabel García-Domingo; Eric Herrero Fonollosa; Judith Camps Lasa; Miguel Riveros Caballero; Esteban Cugat Anodsrà

Manejo conservador de divertículo duodenal perforado: a propósito de 2 casos

Marta L. González Duaigües; Enrique Sierra Grañón; Antonio Fermiñan; Fernando Herrerias González; María Rufas; Víctor L. Palacios Arroyo; Núria Mestres Petit; Pablo Muriel Álvarez; Joan Viñas; Jorge Juan Olsina Kissler.

Aire en el conducte de Wirsung de etiologia inusual

Sergio Gonzalez Martinez; Rosa Jorba Martin; Verónica Gonzalez Santin; Robert Memba Ikuga; Maria Cacheda; Fernando Mata Sancho; Jose Antonio Rodriguez; Pedro Barrios Sanchez

Hemocollecisto una causa infrecuente de colecistitis gangrenosa y hemoperitoneo

Harold Jaime Vargas Pierola; Itziar Larrañaga Blanc; Judith Camps Lasa; Enrique Veloso Veloso

Tumors endocrins de pàncrees. Revisió a propòsit d'un cas

JA Duran; LE Escudero, P Viella; P del Moral, F Vasco, M gratacós, JO Versón; N Garriga; J Gelonch; D del Hoyo; J Diaz; M Llobet

Pòsters 1C

Moderadors: Jimeno J. (Hospital de Sant Boi del Llobregat)
Ribera C. (Hospital de Martorell)

Aplicació de Tissucol® a pacients operats per càncer diferenciat de tiroide. Què millorem?

Irene Bachero, Óscar Vidal, Emiliano Astudillo, Mauro Valentini, Cesar Ginestà, Laureano Fernandez-Cruz, Juan C. García-Valdecasas

Toracotomía lateral derecha para el abordaje del bocio mediastínico posterior

Marta L. González Duaigües; Juan Antonio Baena Fustegueras; Amaia Ojanguren Arranz; Mari Cruz de la Fuente Juárez; Susana E. Ros López; Víctor L. Palacios Arroyo; Núria Mestres Petit; Pablo Muriel Alvarez; Consuelo Artigas Marco; Jorge Juan Olsina Kissler

Un nuevo síndrome asociado al carcinoma adrenal

Juan Antonio Baena Fustegueras; Sonia Gatiús; Xavier Soria; Ana Velasco; Xavier Matías Guiu; Mari Cruz de la Fuente Juárez; Víctor Leonid Palacios; Elena Aguirre; Jordi J. Olsina Kissler.

Microcarcinoma papilar de tiroides con metástasis ganglionar cervical en paciente pediátrica

Francesc Simó Alari, Itziar Larrañaga Blanc, Joaquín Rivero Déniz, Esteban García Olivares, Harold Vargas Pierola, F. Xavier Rodríguez Alsina, Fernando Pardo Aranda, Enrique Veloso Veloso

Adrenalectomía endoscópica retroperitoneal en decúbito prono. Referencias, detalles técnicos y trucos

Óscar Vidal, Emiliano Astudillo, Mauro Valentini, Cesar Ginestà, Jaime Sampson, Jimmy Hidalgo, Alberto Martinez, Juan José Espert, Juan Carlos Garcia-Valdecasas, Laureano Fernández-Cruz

Guies vs pràctica clínica. Càncer de tiroide indiferenciat

Susana Ros López; Juan Antonio Baena Fustegueras; Mari Cruz de la Fuente Juárez; Víctor Leonid Palacios; Ferran Rius Riu; Sonia Gatiús Caldero; Xavier Matías Guiu; Jorge Juan Olsina Kissler

Carcinoma papil·lar insospitat al sí d'un quist tiroglós

Jordi Ardid; Salvador Guillaumes; Antoni Martrat; Joan Obiols; Miquel Trias; Laura Pulido; Carles Hoyuela

Púrpura trombòtica trombocitopènic refractària al tractament mèdic, una indicació poc freqüent de esplenectomia urgent

A Pelegrina, C Ginesta, M Valentini, O Vidal, JN Hidalgo, X Morales, A Martinez, G Benarroch, JC Garcia Valedecasas.

Coexistència de nervi laringi inferior recurrent i no recurrent

Alejandro Flor Costa; Josep Maria Raventós Negra

Tractament quirúrgic del quist epidermoide gegant de melsa

Lidia Blay, Luis Vega, Marina Molinete, Pere Besora, Ramón Claveria, Carmen Hidalgo, Xavier Feliu

Pòsters 1D

Moderadors: Medrano RG. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
Verge J. (Hospital de Sant Camil)

Actinomicosis primària de la pared abdominal

Alejandro Solis Peña; Marta Hidalgo Pujol; Daniel Andrada Alvarez; Borja Villanueva; Manuel López Cano

Tractament multidisciplinar del càncer de mama en un hospital comarcal

Climent Quintana Escandell; Saioa Gorostidi Aguirrezabala; Ruth Dinerstein; Rosana Garrone; Francisco Badia Torruella; Monica Estelrich; Ferran Moreno Sala; Catalina Faló Zamora i Antoni Gil Goñi

Utilització del sistema OTSC (Ovesco®) en el tractament de la perforació gàstrica. A propòsit d'un cas

Labró Ciurans, Meritxell; Corredera Cantarin, Constanza; Cánovas Moreno, Gabriel; BULLET Benedi, Enric; Serracant Barrera, Anna; Navarro Soto, Salvador

6 Casos de pacients portadors de pròtesis mamàries amb limfadenopatia axil·lar per infiltració de silicona

Lidia Blay, Marina Molinete, Luis Vega, Josep Maria Abad, Joan Basas, René Rodríguez, Xavier Feliu

Neoplàsia de mama com a troballa en l'explantació de pròtesi de silicona trencada

Lidia Blay, Marina Molinete, Luis Vega, Josep Maria Abad, Joan Basas, René Rodríguez, Xavier Feliu

Gastritis flegmonosa com a diagnòstic diferencial de l'abdomen agut

Arantazu Rada Palomino; Arantxa Muñoz Duyos; Noelia Pérez Romero; Harold Jaime Vargaz Pierola; Jorge Espinós Pérez; Enrique Veloso Veloso.

Tratamiento del trauma esplénico mediante esplenorrafia con malla reabsorbible

Fernando Pardo Aranda; Emilio Muñoz Muñoz; Fernando Carvajal López; Harold Vargas Pierola; Enrique Veloso Veloso

Obstrucció intestinal mecànica deguda a hèrnia paraduodenal dreta

Luis Vega, Daniel Carmona, Josep Camps, Lidia Blay, Marina Molinete, Xavier Feliu

Oclusió intestinal de causa poc freqüent: metàstasis intestinals de carcinoma escamós

Heura Llaquet Bayo; Aleidis Caro; Alexis Luna Aufroy; Raül Guerrero López; Javier Serra Aracil

Hèrnia de De Garegeot: exposició d'un cas

Neus Ruiz-Edo, Sara Llorca, Javier Barja, Marta Abadal, Sònia Casals, Xavier Suñol

SALA AUDITORI

11.30-12.45 **Les cinc millors comunicacions (O1-O5)**

President de la Taula: Navarro Soto S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

Moderador: Gelonch Romeu J. (Hospital de Palamós)

Predicció de les característiques patològiques del mesorecte després de l'abordatge laparoscòpic del càncer de recte

Sonia Fernandez Ananin; Eduardo M Targarona; Carmen Martinez; M^a Pilar Hernandez; Jesús Bollo; Juan Carlos Pernas; Diana Hernández; Carmen Balague; Manuel Trias

Resecció hepàtica per metàstasis de carcinoma colorectal: factors predictius per la supervivència en 490 pacients

Mihai-Calin Pavel; Josep Marti Sanchez; Amalia Pelegrina Manzano; Joana Ferrer Fabrega; Adalgiza Reyes Romero; David Calatayud Mizrahi; Santiago Sanchez Cabus; Constantino Fondevila Campo; Josep Fuster Obregon; Juan Carlos Garcia-Valdecasas Salgado

Mesures de prevenció de la infecció postoperatòria en cirurgia colorectal. Resultats d'una enquesta als hospitals catalans participants en el programa VINCAt

Josep M Badia; Marta Piriz; Evelyn Shaw E; Rosa Escofet; Enric Limon; Miquel Pujol; pel Programa VINCAt

Estudi comparatiu de la colecistectomia per port únic vs colecistectomia per quatre ports en règim de cirurgia sense ingrés

Francisco Rey Cabaneiro; Joan Barri Trunas; Rosa Jorba Martín; Joaquim Robres Puig; Loudes Parra García; Montserrat Bayo Sans; Juana Sanchez Clemente; Montserrat Martin; Pedro Barrios Sánchez.

**Canvis en els nivells d'adipo/citoquines després de la cirurgia bariàtrica:
Gastrectomia vertical vs Bypass gastrojejunal**

Fàtima Sabench Pereferer, Teresa Auguet Quintillà, Mercè Hernández González,
Ximena Terra Barbadora, Santiago Blanco Blasco, Ester Raga Carcellé, José
Antonio Porras Ledante, Antonio Sánchez Marín, Josep M^a Orellana Gavaldá,
Carmen Aguilar Crespillo .

SALA AUDITORI

13.00-14.00 Sessió Salvador Cardenal

Conferències dels Premis Virgili i Gimbernat

President de la Taula: Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

Moderador: Feliu Palà X. (Hospital d'Igualada)

Opcions tècniques a la cirurgia convencional dels tumors del pàncrees

Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona)

Surgical treatment of pancreatic cancer: from major resection to cell surgery

Bassi C. (Hospital GB Rossi de Verona)

14.00 Dinar

SALA AUDITORI

15.00-16.00 **Assemblea General**

16.00-17.30 Taula rodona

Amputació abdominoperineal: Nous punts claus d'un vell procediment

President de la taula: Viñas J. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

Moderador: Espin E. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Ponències:

William Ernest Miles. Una visió històrica

Viso L. (Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí)

Perquè hem de fer l'amputació diferent ?

Pascual M. (Hospital del Mar de Barcelona)

Com hem de fer l'amputació abdominoperineal?

Jimenez LM. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Penjalls després de l'amputació...quins? Com? Quan?

Kreisler E. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

SALA 3

16.15-18.00 Comunicacions

Moderadors: Charco R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)
Garcia Borobia P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Aplicabilitat i resultats de l'hepatectomia dreta "in place" amb maniobra de hanging, en metàstasis hepàtiques de carcinoma colorectal

Laura Lladó; Anna Muñoz; Emilio Ramos; Jaume Torras; Joan Fabregat ; Juli Busquets; Núria Pelaez; Lluís Secanella; Antoni Rafecas

Noves estratègies en el tractament de la pancreatitis aguda necrotitzant

Raül Guerrero López; Andreu Romaguera Monzonis; Fernando Estremiana García; Heura Llaquet Bayo; Natàlia Bejarano Gonzalez; Àngel Corcuera Amill; Neus García Monforte; Francisco Javier García Borobia; Salvador Navarro Soto

Maneig de les neoplàsies intraductals papil·lars mucinoses (NIPM) de pàncrees: experiència en 103 pacients

Peláez Serra N, Busquets Barenys J, Secanella Medayo L, Serrano Piñol T, Valls Duran C Torras Torra J, Gornals Soler J, Fabregat Prous J.

Evolución de los resultados de supervivencia y recidiva tras la resección de metástasis hepáticas de carcinoma colorectal. Análisis estratificado por niveles de riesgo en una serie de 1000 hepatectomías

Zerpa C, Ramos E, Torras J, Llado L, Rafecas A, Muñoz A, Busquets J, Pelaez N, Secanella L, Fabregat J

Experiència d'una unitat d'alt volum en el tractament quirúrgic dels tumors neuroendocrins no funcionants de pàncrees

Elena Ramirez Maldonado; Juli Busquets Barenys; Teresa Serrano Piñol; Nuria Pelaez Serra; Lluís Secanella Medayo; Carles Valls Duran; Laura Martínez Carnicero; Emilio Ramos Rubio; Laura Llado Garriga; Joan Fabregat Prous.

Colecistectomia per port únic. L'experiència dels 100 primers casos

H. Subirana Magdaleno; R. Jorba Martín; J. Barri Trunas; J. Robres Puig; FJ. Rey Cabaneiro; A. Palliser Lloveras; C. Buqueras Bujosa; A. Vasco Rodríguez; S. López Rodríguez; MC. López Sanclemente; P. Barrios Sánchez.

Tractament laparoscòpic de la coledocolitiasi associada a coelitiasi en un únic temps

Verónica González-Santín; Rosa Jorba; Robert Memba; Sergio González; María José Cacheda; Fernando Mata; Pedro Barrios

Coelitis simple. ¿Laparoscopia convencional o abordaje transumbilical (SILS)?

Jaime Sampson; Óscar Vidal, Mauro Valentini; Cesar Ginestà; Juan J. Espert; Alberto Martínez; Lilia Martínez de la Maza; David Saavedra; Guerson Benarroch; Juan C. García-Valdecasas.

Colecistectomia laparoscòpica en règim de cirurgia major ambulatoria. Estudi dels 100 primers casos

H. Subirana Magdaleno; R. Jorba Martín; J. Barri Trunas; J. Robres Puig; FJ. Rey Cabaneiro; A. Pallisera Lloveras; C. Buqueras Bujosa; A. Vasco Rodríguez; S. López Rodríguez; MC. López Sanclemente; P. Barrios Sánchez.

Resultados de la ampulectomía transduodenal por tumores benignos de la ampolla de Vater

Carla Zerpa Martin; Juli Busquets Barani; Nuria Pelaez; Lluís Secanella; Laura Lladó; Emilio Ramos; Antonio Rafecas; Jaume Torras; Joan Fabregat Prous

SALA 10

17.30-18.30 Comunicacions

Moderadors: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
Font J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Factores de riesgo de conversión en cirugía adrenal

Mauro Valentini; Oscar Vidal Perez; Emiliano Astudillo; Jaime Sampson; David Saavedra; Cesar Ginesta; Jimmy Hidalgo; Irene Bachero; Juan Carlos Garcia-Valdecasas; Laureano Fernandez-Cruz

Factors de risc intraoperatoris de l'hipoparatiroidisme a la tiroidectomia total. Resultats inicials d'un estudi observacional prospectiu

Ana Ciscar; Xavier Guirao; Xavier Mira, Josep Maria Campos; Sara Amador; Mireia Amillo; Fulton Frank Vela; Angel Serrano; Ignasi Castells; Josep Maria Badia.

Desarrollo de la cirugía laparoscópica a través de incisión única: La introducción progresiva de los procedimientos complejos es la clave

Lilia Martinez de la Maza; O Vidal; J Sampson; D Saavedra; J Marti; M Valentini; C Ginestà; G Benarroch; A Martinez; JJ Espert; JN Hidalgo; JC García-Valdecasas,

Adequació de l'ús de la Ressonància Magnètica en l'estudi preoperatori de la neoplàsia de mama

Fulthon Frank Vela Polanco; Xavier Mira Alonso; María José Villanueva Berruezo, Joaquim Sánchez Fernández; Josep Maria Badia Pérez

Anàlisi i resultats dels indicadors de qualitat en Cirurgia Major Ambulatoria a l'Hospital Municipal de Badalona durant el període 2010-2012

Francisco Martínez Rodenas; Fina Codina Grifell; Jose Enrique Moreno Solorzano; Gemma Torres Soberano; Raquel Hernández Borlan; Yaima Guerrero de la Rosa; Edmon Pou Sanchís; Anna Alcaide Garriga; Josep Ramon Llopart López.

Suprarrenalectomía antecrónica por metástasis pulmonar. Nuestra experiencia

Fernando Pardo Aranda; Itziar Larrañaga Blanc; Joaquín Rivero Déniz; Esteban García Olivares; Xavier Rodríguez Alsina; Enrique Veloso Veloso

Aplicabilidad de la cirugía video-asistida (MIVAP) i endoscópica (EP) para el tratamiento del hiperparatiroidismo primario

Óscar Vidal, Emiliano Astudillo, Mauro Valentini, Cesar Ginestá, Jaime Sampson, Jimmy Hidalgo, Alberto Martínez, Juan José Espert, Juan Carlos García-Valdecasas, Laureano Fernández-Cruz

Àrea Integrada del Pacient Quirúrgic Complex: l'equip multidisciplinar al servei del pacient

Rosa Jorba Martín; Núria Borrell Brau; Maria José Bernat, Lluís Pascual Huertas; Lluís Reig, Marta Martín, Sergio Martínez, M^a Jose Cacheda.

TICs per a la gestió de la llista de espera en Cirurgia general: Quins són els hàbits i opinions dels pacients?

Jordi Miquel; Helena Vallverdú; Jordi Comajuncosas; Judit Hermoso; Jaime Jimeno; Laia Estalella; Rolando Orbeal; Pere Gris; Joan Urgellés; José Luis López Negre; Cristina Sánchez; David Parés

Sol·licitud de sang preoperatòria

Francesc Feliu; Fernando Gris; Jorge Escuder; Juan C. Rueda; Laia Ramiro; Montserrat Olona; Manuel Castellote; Jordi Vadillo; Carles Olona; Juan A. Spuch; Enric Duque; Félix Moreno; Victoria Howe; Vicente Vicente.

AULA GIMBERNAT – REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

20.00 Inauguració del Cours

21.30 Sopar de la Societat Catalana de Cirurgia

Divendres, 18 d'octubre de 2013

SALA AUDITORI

09.00-10.30 Taula Rodona

Paret Abdominal Oberta Postoperatòria Aguda (PAOP-Aguda)

President de la taula: Marsal F. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)
Moderador: Feliu X. (Hospital d'Igualada)

Ponències:

La paret abdominal com a òrgan

Bellón JM. (Hospital General Universitario de Alcalá de Henares)

Concepte de PAOP-Aguda

López Cano M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

PAOP-Aguda no intencionada (Evisceració)

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

PAOP-Aguda intencionada (Abdomen obert)

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

SALA 10

09.00-10.30 **Sessió de vídeos**

Moderadors: Oms L. (Hospital de Terrassa)
Villalobos R. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

Principios básicos del tratamiento combinado radical de la carcinomatosis peritoneal (CP): Cirugía radical (CR) mediante peritonectomias seguida de quimiohipertermia peritoneal (HIPEC). Aproximacion tecnica dirigida a cirujanos no especializados y oncólogos

Isabel Ramos; Oriol Crusellas; Jaume Comas; Sergi Mompart; Lorenzo Viso; Jordi Castellví Luis Ortiz de Zarate; Pedro Barrios

Seccionectomia lateral esquerra per port únic. Evolució de la cirurgia hepàtica per laparoscòpia

Judith Camps Lasa; Eric Herrero Fonollosa; María Isabel García Domingo; F Simó Alari; M Riveros Caballero; A Rodríguez Campos; E Cugat Andorrà.

Pancreatectomia distal més annexectomia esquerra per port únic

Eric Herrero; Judith Camps; María Isabel García; Miguel Riveros, Jordi Isern; Lara Quintas; Aurora Rodríguez, Esteve Cugat

Técnica de extracción rápida del injerto hepático de donante cadáver

Zerpa C; Ramos E; Torras J; Llado L; Rafecas A; Muñoz A; Busquets J; Pelaez N; Secanella L; Fabregat J.

Hernioplàstia inguinal bilateral laparoscòpica amb cola (Histoacryl®): un pas més cap a la reparació herniària sense dolor

Carlos Hoyuela; Miquel Trias; Jordi Ardid; Antoni Martrat; Joan Obiols; Laura Pulido; Salvador Guillaumes

Dues tècniques per realitzar reparació d'hèrnia inguinal amb pròtesi de PPL sense sutures

Lidia Blay, Luís Vega, Marina Molinete, Pep Camps, Daniel Carmona, David Salazar, Xavier Feliu

Reparació laparoscòpica d'eventració paraestomal associada a eventració recidivada de laparotomia mitja: tècnica quirúrgica

Carlos Hoyuela; Antoni Martrat; Jordi Ardid; Joan Obiols; Miquel Trias; Salvador Guillaumes; Laura Pulido

SALA 10

09.00-10.30 **Sessió de vídeos**

Moderadors: Corbella E. (Pius Hospital de Valls)
Guirao X. (Hospital de Granollers)

Enucleación laparoscópica de leiomioma esofágico en herradura

Eduardo M. Targarona Soler; Carlos Rodríguez-Otero Luppi; Carmen Balagué Pons; Jesús Bollo Rodríguez; Aurora Carrasquer Puyal; Bernabé D'Aloia; Manel Trias

Tractament laparoscòpic de l'hernia diafragmàtica traumàtica d'aparició tardana

Marta París Sans, Esther Raga Carcellé, Antonio Sánchez Marín, Santiago Blanco Blasco, Fàtima Sabench Perefferrer, Mercè Hernández González, Jesús Sánchez Pérez, Adolfo Criado Gabarró, Daniel Del Castillo Déjardin.

Manejo del mucocele apendicular en sus diversas manifestaciones clínicas e histológicas. Programa de carcinomatosis peritoneal de Catalunya

Isabel Ramos; Oriol Crusellas; Jaume Comas; Sergi Mompert; Jordi Castellvi; Jordi Mas; Luis Ortiz de Zarate; Pedro Barrios

Fístules rectouretrals. Protocol d'actuació i tècnica de reparació mitjançant cirurgia endoscòpica transanal (TEO) amb malla biològica

Labró Ciurans, Meritxell; Serra Aracil, Xavier; Mora López, Laura; Caro Tarrago, A; Alcantara Moral, Manel; Navarro Soto, Salvador

Resecció laparoscòpica de divertículu epifrénicu

Carlos Rodríguez-Otero Luppi; Eduard M. Targarona Soler; Carmen Balagué Pons; Mariel González Calatayud; Jesús Bollo Rodríguez; Jose Lluís Pallarés Segura; Manel Trias Folch

Apendicectomia mini-laparoscòpica modificada: una alternativa quirúrgica sin cicatrices visibles

David Saavedra-Perez; Cesar Ginesta; Mauro Valentini; Jaime Sampson; Oscar Vidal; Guerson Benarroch; Juan Carlos García-Valdecasas

Colectomia subtotal laparoscòpica amb anastomosi lateroterminal iliorectal: tècnica quirúrgica

Carlos Hoyuela; Laura Pulido; Salvador Guillaumes; Jordi Ardid; Antoni Martrat; Miquel Trias; Joan Obiols

Tractament laparoscòpic del vòlvul de cec

Luis-Enrique Escudero Almazán; Piedad del Moral Ramírez; Antoni Durán Porta; Paulí Viella Reglà; Montserrat Gratacós Teixidor; Francisca Vasco Rodríguez; José Versón Pentón; Nicolás Garriga Rodríguez; Jaume Gelonch Romeu

10.30-11.30 Pausa amb cafè – **Discussió dels pòsters amb els autors**

Pòsters 2A

Moderadors: Garsot E. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)
Rodamilans X. (Hospital de Santa Maria de Lleida)

Efecte de la Gastrectomia vertical amb o sense preservació antral sobre la qualitat de vida i la tolerància alimentària: resultats preliminars

Alicia Molina López, Fàtima Sabench Pereferrer, Ana Bonada Sanjaume, Mercè Hernández González, Santiago Blanco Blasco, Margarida Vives Espelta, Daniel Del Castillo Déjardin.

Efectes calorimètrics de l'exclusió duodenal en un model experimental d'obesitat

Fàtima Sabench Pereferrer, Margarida Vives Espelta, Arantxa Cabrera Vilanova, Mercè Hernández González, Esther Raga Carcellé, Santiago Blanco Blasco, M^a Luisa Piñana Campón, Antonio Sánchez Marín, Andrés Muñoz García, Daniel Del Castillo Déjardin.

Intrusió de malla a l'esòfag després de reparació laparoscòpica d'hèrnia hiatal amb malla diafragmàtica

A. Aldeano, C. Zapata, N. Rosón*, A. Ciscar, M. Amillo, E. Nve, J. Rigau**, JM. Badia.

Anàlisi de la corba ponderal en pacients obesos mòrbids intervinguts amb una Gastrectomia vertical laparoscòpica

Alicia Molina López, Fàtima Sabench Pereferrer, Mercè Hernández González, Santiago Blanco Blasco, Antonio Sánchez Marín, Ana Bonada Sanjaume, Isabel Megías Rangil, Daniel Del Castillo Déjardin.

Hernioplàstia inguinal amb cola sintètica (Histoacryl): experiència inicial

Carlos Hoyuela; Joan Obiols; Miquel Trias; Salvador Guillaumes; Jordi Ardid; Antoni Martrat; Laura Pulido

Utilitat d'una unitat d'hospitalització a domicili com a suport al tractament de les complicacions de la cirurgia de l'eventració

M^a Carmen Mías Carballal; Rafael Villalobos Mori; Víctor Palacios Arroyo; Susana Ros Lopez; Noemi martin Ruano; Antonieta Massoni Piñeiro; Alfredo Escartin Arias; Fernando Herrerias Gonzalez; Cristina Gas Ruiz; María Rufas Acin; Jorge Juan Olsina Kissler

Hamartoma de glàndulas de Brunner

Sorin Mocanu; Alberto Diez-Caballero Alonso; Alicia Jiménez Mariscal; Lluís Aguilar Blasco

Manejo conservador en perforación esofágica espontánea

Francesc Simó Alari, Noelia Pérez Romero, Javier Osorio Aguilar, Joaquín Rodríguez Santiago, Enrique Veloso Veloso.

Tumor desmoide gigante de pared abdominal. A propósito de un caso

Félix Moreno Fernández; Carles Olona Casas; Enric Duque Guilera; Victoria Howe; José María Coronas Riba; Vicente Vicente Guillén

Pòsters 2B

Moderador: Estrada O. (Hospital de Mataró)
Sueiras A. (Hospital de Viladecans)

Complicaciones de la colocación de stents en cáncer oclusivo de colon

Francesc Feliu, Andrea Jiménez, Fernando Gris, Jorge Escuder, Juan C. Rueda, Manel Castellote, Jordi Vadillo, Carles Olona, Juan A. Spuch, Enric Duque, Félix Moreno, Victoria Howe, Vicente Vicente

Cáncer de colon T1: valoración riesgo/beneficio del tratamiento quirúrgico complementario a la resección endoscópica

David Saavedra-Perez; Maria Fernandez; Salvadora Delgado; Raul Almenara; Dulce Momblan; Ainize Ibarzabal; Raquel Bravo; Ricard Corcelles; Antonio Maria Lacy

Displasia neuronal intestinal en paciente con pseudo-obstrucción colónica crónica. Caso clínico

M.C. López, L. Viso, J. Castelv, S. Mompart, D. Sabia, L. Ortiz de Zárate, N. Farreras, V. Fernández-Trigo, R. Ribas, J. Mas, P. Barrios.

Evolución de paciente ingresados con diagnostico diverticulitis aguda no complicada

J. Ordóñez, C. Ginesta, O. Vidal, G. Benarroch, M. Valentini, J.N. Hidalgo, A. Martínez, X. Morales, J.C. Garcia-Valdecasas.

Actinomicosi: presentació com a massa pèlvica

E.Garcia-Moriana,N.Gómez, D.Julià,M.Quera, F.Olivet, R.Farrés, A.Martín, M.Pujadas, A.Codina-Cazador

Mediastinitis per diverticulitis perforada en sigma

Marina Molinete; Lidia Blay; Luís Vega; René Rodríguez; Pere Besora; Josep Camps; Ramón Claveria; Josep Maria Abad; Xavier Viñas; Xavier Feliu

Diagnòstic de cistoadenoma mucinos apendicular a partir d'hernioplàstia inguinal

Lidia Blay, Luís Vega, Marina Molinete, Pere Besora, Ramón Claveria, Enrique Fernández Sallent, Xavier Feliu

Tres intussuscepcions intestinals sincròniques en pacient amb síndrome de Peutz Jeghers

Clavell A.; Tarascó J.; Rozalén V.; Piñol.; Fernández-Llamazares J.

Lipoma submucós de còlon. Una inusual causa de intussuscepció del còlon

Luis Aguilar Blasco ; Igor Storozhuk ; Alicia Jimenez MARiscal ; Ma Antonia Lequerica Cabello ; Joan Torralba Llopis ; JM Raventós i Negra

Prolapse rectal per intussuscepció d'una neoplàsia de sigma

Clavell A.; Vela S.; Troya J.; Pacha M.A.; Cremades M.; Piñol M.; Fernández-Llamazares J.

Pòsters 2C

Moderador: Morales X. (Hospital Clínic de Barcelona)
De Caralt E. (Hospital de Vic)

**Avaluació laparoscòpica inicial en el maneig de la massa apendicular:
Experiència i resultats en un centre especialitzat**

Sampson Jaime MD; Ginesta Cesar MD; Valentini Mauro MD PhD; Saavedra Perez David MD; Morales Xavier MD; Martinez Alberto MD; Benarroch Guerson MD PhD; García-Valdecasas Juan C. MD PhD

Oclusió, peritonitis i anastomosis. Què s'està fent al nostre centre amb la neoplàsia de còlon complicada?

Margarida Casellas i Robert; Alejandro Ranea Goñi; Júlia Gil Garcia; Elisabet Garcia Moriana; Antoni Codina Barrera; Ramon Farrés Coll; Antoni Codina Cazador

TEM i perforació rectal després de colpoperineoplastia àmb Prolift®

Anna Serracant Barrera; Manuel Álcantara Moral; Eduardo Vicente Palacio; Meritxell Labró Ciurans; Sheila Serra Pla; Cristina Jurado Ruiz; Xavier Serra Aracil; Salvador Navarro Soto

Gangrena de Fournier: Infecció fulminant

Noelia Puértolas Rico, Emilio Muñoz Muñoz, Maria Isabel Garcia Domingo, Noelia Pérez Romero, Arantxa Rada Palomino, Fernando Pardo Aranda, Harold Jaime Vargas Pierolas, Enrique Veloso Veloso

Infecció de ferida resistent al tractament? Descarta el pioderma gangrenós

Heura Llaquet Bayo, Laia Peña Morillas, Elena González Cañas, Jorge Romaní de Gabriel, Antonio Giménez Gaibar.

Oclusió intestinal per metàstasi de melanoma maligne

Luis Vega, Lidia Blay, Marina Molinete, Xavier Viñas, Daniel Carmona, Josep Camps, J. M Abad, Xavier Feliu

Invasió intestinal en adults

Anna Serracant Barrera; Laura Mora Lopez; Aleidis Caro Tarragó; Cristina Jurado Ruiz; Sheila Serra Pla; Meritxell Labró Ciurans; Xavier Serra Aracil; Salvador Navarro Soto

Seguiment i extracció d'un objecte metàl·lic punxant intraabdominal

Lidia Blay, Marina Molinete, Luis Vega, Pere Besora, Ramón Claveria, Hasan Janafse, Xacier Feliu

Litiasis apendicular incidental, ¿es necesaria una intervenció profiláctica?

Harold Jaime Vargas Pierola; Emilio Muñoz Muñoz; Ana La Puente Torrens; Enrique Veloso Veloso

l·li biliar causant d'obstrucció colònica. Presentació de dos casos

Núria Mestres Petit; Ferran Herrerías González; Jordi Melé Olive; Marta Lourdes González Duaigües; Víctor L. Palacios Arroyo; Pablo Muriel Alvarez; María Pilar Rufas Acín; José Enrique Sierra Grañón; Antonio Ferriñán Rodríguez; Joan Viñas Salas; Jorge Juan

Pòsters 2D

Moderadors: Sabench F. (Hospital de Sant Joan de Reus)
Caballé J. (Hospital General de Manresa)

Tumor maligne de la beina nerviosa perifèrica sobre neurofibroma plexiforme.

A propòsit d'un cas

Marta Hidalgo Pujol; Alejandro Solís Peña; Nivardo Rodriguez Conde; Ramona Vergès; Cleofé Romagosa; Manuel Armengol

Metástasis suprarrenal izquierda tardía de hipernefroma derecho

Alicia Jimenez Mariscal

Espiradenocarcinoma ecrí, infreqüent però a tenir en compte

Ma. Verónica Alonso Avilez, Trinitat Cremades Torradeflot, Martha Toapanta Valencia, Lucia Catot Alemany, Lluís Camacho, Miguel Angel Morales García, Juan Alonso Daniel, Juan Miguel Ruiz Gómez, Josep María Puigercós Fusté

Síndrome del xoc tòxic estreptocòccic en les urgències quirúrgiques

Fulthon Vela; Xavier Guirao; Montserrat Juvany; Miquel Casal; Ana Ciscar; Orlando Aurazo; Josep M^a Badía.

Congelacions greus en un hospital de 1er nivell

Toni Veres Gómez; Emili Riera Peters; Juanjo Espinosa García; Oriol Barceló Peiró; Marta Prats Arimón

Hematúria i agitació com a signes d'alarma de la fascitis necrotitzant

abdominal massiva i letal després d'una cirurgia d'oclusió intestinal

Muriel Álvarez P; Escoll Rufino J; González Duaigües M; Palacios Arroyo V; Mestres Petit N; Villalobos Mori R; Santamaría Gómez M; Artigas Marco C; Escartin Arias A; Olsina Kissler JJ.

Hèrnia isquiorectal, a propòsit d'un cas

Luis Vega, Lidia Blay, Marina Molinete, Josep Camps, Hasan Hussein, Rene Rodriguez, Xavier Feliu

Schwannoma benigne, un infreqüent tumor primari del retroperitoneu

Francisco Martínez Rodenas; Gemma Torres Soberano; Maria Rosa Fernández Franco; Antonio Oliva Soler

Invaginació intestinal per heterotòpia pancreàtica. A propòsit d'un cas

Labró Ciurans, Meritxell; Caro Tarrago, Aleidis; Serracant Barrera, Anna; Montes Ortega, Noemí; Hidalgo Rosas, José; Navarro Soto, Salvador

Pneumomediastí espontani. Exposició de dos casos

Neus Ruiz-Edo, Guillem Picart, Víctor Belda, Maria Cagnone, Joan de la Cruz, Marta del Bas, Xavier Suñol

Ganglioneuroma . A propòsit de dos casos amb diferent orientació terapèutica

Lluís Aguilar Blasco ; Alberto Díez Caballero ; Ma Antonia Lequerica Cabello ; Joan Torralba Llopis ; JM Raventós i Negra

SALA 3

11.30-13.15 Comunicacions orals

Moderadores: Sánchez Marin A. (Hospital de Sant Joan de Reus)
Albiol MT. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Tratamiento del abdomen abierto con terapia de presión negativa. estudio comparativo

Félix Moreno Fernández; Carles Olona Casas, Enric Duque Guilera; Victoria Howe; José María Coronas Riba; Vicente Vicente Guillén

Índice de Charlson: buen predictor de complicaciones postoperatorias en pacientes que requieren cirugía urgente

Andrea Soria; Jaime Jimeno; Cristina Sánchez; Natalia Silva; Judit Hermoso; Rolando Orbeal; Helena Vallverdú; Pere Gris; Laia Estalella; Jordi Comajuncosas; Jose Luis López-Negre; Joan Urgelles; David Parés

Efecte de la profilaxis tòpica en la taxa de infecció de ferida quirúrgica, i la presència de bacteries multiresistents

Mireia Amillo Zaragüeta; Sara Amador Gil; Montserrat Juvany Gomez; Ana Ciscar Belles; Guillem Prats Pastor; Guzman Franch Arcas; Xavier Guirao Garriga, Josep Maria Badia Perez

Apendicectomía laparoscópica en pacientes mayores de 65 años de edad: características clínicas y quirúrgicas

David Saavedra-Perez; Cesar Ginesta; Jaime Sampson; Nils Jimmy Hidalgo; Mauro Valentini; Oscar Vidal; Xavier Morales; Alberto Martinez; Guerson Benarroch; Juan Carlos Garcia-Valdecasas

Oclusió neoplàsica aguda de colòn esquerre: utilització d'endopròtesi com a pont a la cirurgia i abordatge laparoscòpic

Irene Bachero, Jaime Sampson, David Saavedra, Xavier Morales, Cesar Ginestà, Juan C. García-Valdecasas

Apendicectomia laparoscòpica de incisió única (SILS) suprapúbica: una opció quirúrgica sin cicatrices visibles

David Saavedra-Perez; Oscar Vidal; Cesar Ginesta; Mauro Valentini; Josep Marti; Guerson Benarroch; Juan Carlos Garcia-Valdecasas

Anàlisi prospectiu comparatiu entre la colecistectomia programada i la urgent en 1553 pacients. És veritat que no hi ha diferències?

Natalia Bejarano González; Pere Rebas Cladera; Andreu Romaguera Monzonís; Fernando Estremiana García; Constanza Corredera Cantarín; Cristina Jurado Ruíz; Francisco J García Borobia; Àngel Corcuera Amill; Neus García Monforte; Salvador Navarro Soto

Análisis de la morbi-mortalidad relacionada con la pancreatitis aguda grave en el contexto de una guía clínica multidisciplinar

María José Cacheda; Robert Membra; Rosa Jorba; Sergio González; Verónica González; José Antonio Rodríguez; Pedro Barrios

Anàlisi del fracàs terapèutic de les lesions esplèniques en trauma tancat

Anna Serracant Barrera, Heura Llaquet Bayo, Sandra Montmany Vioque, Eva Ballesteros Gomiz, Pere Rebas Cladera, Salvador Navarro Soto.

Pneumoretroperitoneu: etiopatogènia i consideracions diagnòstiques. Estudi transversal a l'Hospital de Mataró

Pere Clos Ferrero; Francesc Espín Àlvarez; Albert Bianchi Cardona; Xavier Suñol Sala

SALA 9

11.30-13.15 Comunicacions orals

Moderadores: Delgado S. (Hospital Clínic de Barcelona)
Garcia Domingo MI (Hospital Mútua de Terrassa)

Implementació d'un centre europeu d'excel·lència en cirurgia bariàtrica. Com ho faig?

Vilallonga, Fort, Gonzalez, Caubet, Lecube, Mesa, Balibrea, Ciudin, Armengol.

Dubte diagnòstic en l'adenocarcinoma de recte T1-T2: cirurgia endoscòpica transanal o escissió total del mesorecte

A.Caro, X. Serra, L. Mora, J. Hidalgo, M.Alcántara, J. Bombardó, I.Ayguavives, S. Navarro

Anàlisi del maneig de les fugues gàstriques i estudi dels factors predictius en el context d'una gastrectomia vertical

Esther Raga Carcellé, Margarida Vives Espelta, Santiago Blanco Blasco, Marta París Sans, Fátima Sabench Pereferrer, Mercè Hernández González, Antonio Sánchez Marín, Jesús Sánchez Pérez, M^a Luisa Piñana Campón, Daniel Del Castillo Déjardin.

Resultats clínics i oncològics de qualitat mesorectal en càncer de recte

Jordi Castellvi, Lorenzo Viso, Luis Ortiz, Jordi Mas, Sergi Mompart, Nuria Farreres, Domenico sabia, Ruth Ribas, Vicens Fernandez, Jaume Comas, Maria Clara Lopez, Pedro Barrios.

Resección ileocecal por laparoscopia en la enfermedad de Crohn: serie de 42 casos consecutivos

Sampson Jaime; Delgado Salvadora; R. Bravo; D. Momblán; Baanante Juan C; A Ibarzabal; J Panés; AM Lacy.

Resultats de l'amputació abdominoperineal per càncer de recte

Javier de Castro; Xavier Guedes; Andrés Dárdano; Adrian Medina; Josep Roca; Enric de Caralt

És possible prevenir l'aparició d'eventracions de laparotomia mitjana en cirurgia programada? Estudi prospectiu aleatoritzat

A. Caro-Tarragó, C. Olona-Casas, A. Jiménez-Salido, C. Rueda-Chimeno, J. Vadillo-Bargalló, F. Gris Yrayzoz, X. Serra-Aracil, S. Navarro-Soto, V. Vicente-Guillen

Resultados de la supervivencia de la cirugía radical + quimiohipertermia peritoneal (CR+HIPEC) en la carcinomatosis peritoneal originada en el colon, apéndice y pseudomixoma peritoneal. Programa de carcinomatosis peritoneal de Catalunya

Oriol Crusellas; Isabel Ramos; Jaume Comas; Jordi Castellvi; Lorenzo Viso; Luis Ortiz de Zarate; Pedro Barrios

Cirurgia hepàtica per port únic. Aporta algun benefici?

Judith Camps Lasa, María Isabel García Domingo, Eric Herrero Fonollosa, Francesc Simó Alari, Miguel Riveros Caballero, Esteve Cugat Andorra

Resultados de la supervivencia de la cirugía radical + quimiohipertermia peritoneal (CR+HIPEC) en la carcinomatosis peritoneal (CP) de origen gástrico, mesotelioma peritoneal y recidiva del cáncer de ovario. Programa de carcinomatosis peritoneal de Catalunya

Oriol Crusellas; Isabel Ramos; Jaume Comas; Gonzalo Galofre; Alicia Martinez; Pedro Barrios

SALA AUDITORI

13.10-13.45 **Cloenda**

Sala J. (President del Comitè Organitzador)

Navarro S. (President del Comitè Científic)

Societat Catalana de Cirurgia

PROGRAMA DE SESSIONS CURS 2013 – 2014

14 d'Octubre de 2013

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Cas Clínic

Moreno F. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

Hospital Plató de Barcelona

Centre Mèdic Teknon de Barcelona

Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat

Coordinador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona)

Moderador: Rueda C. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Utilitat de l'estudi del gangli sentinella en el càncer colorectal: Estat actual

Pallarès L. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

11 de Novembre de 2013

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA
L'ESPAI DEL SOCI**

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona

Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona

Hospital de Figueres

Hospital de Palamós

Hospital Comarcal de Blanes

Hospital de Campdevàno

Hospital de Sant Jaume d'Olot

Hospital de Puigcerdà

Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Hospital Comarcal del Pallars de Tremp

Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran

Coordinador: Codina – Cazador A. (Hospital Trueta de Girona)

Moderador: Camps J. (Hospital Mútua de Terrassa)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

9 de Desembre de 2013

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital de Mataró

Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Hospital Municipal de Badalona

Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

Coordinador: Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

Moderador: Miguel Pera. (Hospital del Masr de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

13 de Gener de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès

Coordinador: Bombardó J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Moderador: Parés D. (Hospital de Sant Boi del Llobregat)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

10 de Febrer de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona

Hospital General de Vic

Coordinador: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Moderador: Vilallonga R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Sessió de morbimortalitat

10 de Març de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA
L'ESPAI DEL SOCI**

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat

Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat.

Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell

Hospital de Viladecans

Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí

Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat

Coordinador: Biondo S. (Hospital de Bellvitge)

Moderador: Olsina JJ. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

28 d'Abril de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona.

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Hospital de Santa Maria de Lleida

Clínica de Ponent de Lleida

Coordinador: Armengol M. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Moderador: López Ben S. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Sessió bibliogràfica

12 de Maig de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital del Mar de Barcelona

Hospital General de Granollers

Fundació Privada Hospital de Mollet

Hospital de Sant Celoni

Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa

Hospital d'Igualada.

Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga

Coordinador: Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

Moderador: Vidal O. (Hospital Clínic de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

16 de Juny de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona

Pius Hospital de Valls

Hospital del Vendrell

Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Hospital Comarcal de Móra d'Ebre

Hospital Comarcal d'Amposta

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès.

Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes

Coordinador: Del Castillo D. (Hospital de Reus)

Moderador: Jorba R. (Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Calendari de Sessions de Formació Bàsica i Avançada: Curs 2013-2014

Sessió	Regió Sanitària	Hospitals
14 d'Octubre de 2013	<u>Barcelona (BCN) – Muntanya Oest</u> BCN – Esquerra de l'Eixample, BCN – Sant Gervasi, BCN – Les Corts. <u>Baix Llobregat (BL)</u> BL - Font Santa	Hospital Clínic de Barcelona Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona Hospital Plató de Barcelona Centre Mèdic Teknon de Barcelona Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat Coordinador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona) Moderador: Rueda c. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)
11 de Novembre de 2013	<u>Girona</u> Gironès, Alt Empordà, Baix Empordà, Selva, Ripollès, Garrotxa, Pla de l'Estany, Alt Maresme <u>Alt Pirineu i Aran</u> Cerdanya, Alt Urgell, Pallars Jussà, Val d'Aran Pallars Sobirà, Alta Ribagorça	Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de Blanes Hospital de Campdevànol Hospital de Sant Jaume d'Olot Hospital de Puigcerdà Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell Hospital Comarcal del Pallars de Tremp Espitalu Val d'Aran de Vielha e Mijaran Coordinador: Codina – Cazador A. (Hospital Trueta de Girona) Moderador: Camps J. (Hospital Mútua de Terrassa)
9 de Desembre de 2013	<u>Litoral Nord</u> <u>Barcelonès Nord</u> Baix Maresme	Hospital de Mataró Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet Coordinador: Suñol X. (Hospital de Mataró) Moderador: Pera M(iguel). (Hospital del Mar de Barcelona)
13 de Gener de 2014	<u>Vallès Occidental</u> Sabadell, Terrassa – Rubí – Sant Cugat	Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès Coordinador: Bombardó J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell) Moderador: Parés d. (Hospital de Sant Boi del Llobregat)
10 de Febrer de 2014	<u>Barcelona - central</u> BCN – Horta Guinardó Mar, BCN – Gràcia, BCN – Sant Andreu, BCN – Dreta de l'Eixample <u>Catalunya Central</u> Osona	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona Hospital General de Vic Coordinador: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona) Moderador: Vilallonga R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Calendari de Sessions de Formació Bàsica i Avançada: Curs 2013-2014 (cont.)

Sessió	Regió Sanitària	Hospitals
10 de Març de 2014	<u>Baix Llobregat</u> BL - Delta – Litoral, BL - Centre-Nord, BL - Font Santa	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat. Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell Hospital de Viladecans Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat Coordinador: Biondo S. (Hospital de Bellvitge) Moderador: Olsina J.J. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)
28 d'Abril de 2014	<u>Barcelona (BCN) – Muntanya Est</u> BCN – Horta Guinardó Muntanya, BCN – Nou Barris <u>Lleida</u> Segrià, Noguera, Segarra, Urgell, Garrigues, Pla d'Urgell	Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona. Hospital de Sant Rafael de Barcelona Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Santa Maria de Lleida Clínica de Ponent de Lleida Coordinador: Armengol M. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona) Moderador: López Ben S. (Hospital Josep Trueta de Girona)
12 de Maig de 2014	<u>Barcelona (BCN) - litoral</u> BCN – Ciutat Vella, BCN – Sants Montjuïc, BCN – Sant Martí <u>Catalunya Central</u> Vallès Oriental Bages, Anoia, Berguedà, Solsonès	Hospital del Mar de Barcelona Hospital General de Granollers Fundació Privada Hospital de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa Hospital d'Igualada. Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga Coordinador: Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona) Moderador: Vidal O. (Hospital Clínic de Barcelona)
16 de Juny de 2014	<u>Tarragona</u> Baix Camp, Tarragonès, Alt Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat, Alt Penedès, Garraf <u>Terres de l'Ebre</u> Baix Ebre, Terra Alta, Montsià, Ribera d'Ebre	Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona Pius Hospital de Valls Hospital del Vendrell Hospital Verge de la Cinta de Tortosa Hospital Comarcal de Móra d'Ebre Hospital Comarcal d'Amputa Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès. Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes Coordinador: Del Castillo D. (Hospital de Reus) Moderador: Jorba R. (Consorci Sanitari Integral de l'Hospitalet del Llobregat)

Societat Catalana de Cirurgia
Ponències d'encàrrec de Formació Bàsica i Avançada
Curs 2013-2014

Sessió	Concepte	Tema
14 d'Octubre de 2013	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	
11 de Novembre de 2013	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	
9 de Desembre de 2013	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	
13 de Gener de 2014	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	
10 de Febrer de 2014	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Sessió de morbiditat	

Societat Catalana de Cirurgia
Ponències d'encàrrec de Formació Bàsica i Avançada (Cont.)
Curs 2013-2014

Sessió	Concepte	Tema
10 de Març de 2014	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	
28 d'Abril de 2014	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Sessió bibliogràfica	
12 de Maig de 2014	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	
16 de Juny de 2014	Fisiopatologia	
	Problemes Clínics	
	Metodologia i Estadística	
	Actualització i Tècnica Quirúrgica	

Societat Catalana de Cirurgia
Calendari de Congressos, Cursos i Simposis: Curs 2013-2014

Sessió	Regió Sanitària	Concepte
17 i 18 d'Octubre de 2013	Totes	IX Congrés Català de Cirurgia
25 de Novembre de 2013	Totes	VII Curs de Bioètica
25 de Novembre de 2013	Totes	Simposi:
24 de Febrer de 2014	Totes	VII Curs de Gestió Clínica, Qualitat Assistencial
24 de Febrer de 2014	Totes	VI Curs de Cirurgia Major Ambulatoria
24 de Febrer de 2014	Totes	Simposi:
17 de Març de 2014	Totes	V Curs d'Infecció en Cirurgia
26 de Maig 2014	Totes	V Curs de Cirurgia de la Paret Abdominal
26 de Maig de 2014	Totes	Simposi:

Per a més informació o més actualitzada, consultar les webs:

<http://www.sccirurgia.org>

o bé

<http://www.acmcb.es/societats/cirurgia/index.htm>

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2013

Barcelona, 17 d'octubre de 2013

EL FINAL D'UN PERÍODE

Joan Sala Pedrós, Josep Maria Badia Pérez, Pere Rebas Cladera, Daniel Del Castillo Déjardin, María Jesús López Pereira, Ramon Vilallonga Puy, Antonio Sánchez Marin.

Amb la fi del quadrienni iniciat per l'octubre del 2009 es completa un nou cicle de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC). La nova Junta que en va assumir la gestió en la renovació del 2011, s'havia marcat un pla en quatre etapes: reforçar les arrels, cohesionar el tronc, dissenyar les branques i donar forma al conjunt sense deixar de florir a cada curs ni d'aportar nous fruits conreats amb l'art i la ciència de la cirurgia per al bé de la societat en general.

Si bé les circumstàncies generades per la crisi dels darrers anys no han estat del tot favorables, la tenacitat, la força de voluntat, el sentit cívic i la il·lusió dels cirurgians i cirurgianes no han defallit en cap moment, fent possible que els esforços de la Junta no fossin estèrils. Ben al contrari, han mantingut, com ha estat sempre al llarg de la història de la cirurgia catalana, els seus objectius ben clars i disposats a no retrocedir en la línia de progrés ni a defallir en la dura pràctica professional amb sentit ètic i amb esperit de servei.

Però es completa també una etapa més llarga, iniciada amb la nova Junta de l'any 2001 que pretenia enfocar el nou mil·lenni també per a la nostra Societat amb els canvis que les nous temps reclamaven. Es va aconseguir amb la col·laboració del col·lectiu de Caps de Servei dels Hospitals de Catalunya el poder fer els congressos catalans de cirurgia cada 2 anys, consolidant plenament la seva reconeguda utilitat, sense deixar de banda les Jornades de Cirurgia dels Hospitals de Catalunya que s'han continuat fent arreu del país gràcies a l'esforç i la dedicació dels diferents responsables organitzadors. Malauradament, en els darrers temps, la crisi i les retallades econòmiques que ha comportat en diferents nivells, des de l'administració sanitària fins al món comercial, han representat una amenaça per a la persistència de la formació continuada i per a l'encaix dels nous avenços en cirurgia, adaptats a les característiques, ara i aquí, del país i la societat a la qual donem servei.

Les perspectives ens indiquen que caldrà cercar noves vies, si cal obrint nous camins, per continuar mantenint vius els objectius de la nostra Societat. I caldrà fer-ho, una vegada més, amb idees noves i clares, adaptades a les noves circumstàncies que el futur ens depari, sense defallir en el sentit comú, en la tenacitat i en la força de voluntat que han caracteritzat sempre als cirurgians. Qualitats, totes elles, que sens dubte posseeixen les persones que es faran càrrec de la gestió de la nostra Societat a partir del proper acte inaugural, com és tradicional.

Però estem tranquils i amb renovada il·lusió. La nova Junta, serà presidida pel Dr. Salvador Navarro, de provada aptitud i reconeguda trajectòria en el camp de la formació quirúrgica. Coneixem bé les característiques del seu pensament: organitzat, metòdic, clar i contundent. Però comptarà a més amb l'enriquiment aportat per dues cirurgianes de gran prestigi: la Dra. Salvadora Delgado i la Dra. Rosa Jorba que representen una nova generació en la qual la incorporació femenina a la professió fa temps que ha deixat de ser pionera i heroica per passar a ser una aportació imprescindible dins l'estructura actual dels serveis quirúrgics.

Sense oblidar que una bona part de la Junta continua amb renovada vocació la tasca desenvolupada en els darrers anys, mentre altres, conclòs el seu període de servei, es retiren amb la satisfacció profunda d'haver col·laborat, no tan sols a mantenir l'alt nivell rebut dels nostres antecessors si no també d'haver intentat, malgrat les dificultats, conservar la línia de millora progressiva imprescindible per sobreviure.

Però no tan sols ens satisfà que l'arbre segueixi viu si no el fet que la Societat Catalana de Cirurgia continuï sent una institució robusta, arrelada al país i a la gent, plena d'inquietuds de millora que fan preveure noves i saboroses collites de fruits benèfics per a la salut de les persones i de la societat en general durant molt de temps. Amb l'ajuda de tots.

Pels que estimem la cirurgia, la ciència i el país de les persones, els tres grans eixos del nom de la nostra institució, no hauria de resultar difícil albirar un futur engrescador, malgrat les amenaces, ple d'oportunitats de progrés.

La Junta

"GENDER AND SURGERY"

Claudio Bassi

Professore associato. Dipartimento di Chirurgia. Sezione di Chirurgia Generale B. Ospedale GB Rossi. Università degli Studi di Verona. Italia

We could start talking about "Gender and Surgery" with the sentence written in the Inaugural Reading of the American Medical Association in 1871, i.e. 142 years ago:

"Another disease has become epidemic. The issue of women in relation to medicine, it is only one of the forms in which PESTIS MULIERIBIS annoys the world. In other ways it attacks the courtroom, floundering between the jury box, and clearly going to rise above the parliamentary seat, it is struggling in vain to reach the priestly garb and thundered from the pulpit; screams meetings political, harangue university classroom, infects the masses with his poison and pierces even the triple brass that surrounds the heart of the politician".

In Europe the inclusion of women into the medical faculties has been similarly, with only a handful of them reaching a chairman position.

Before 1970 women represented less than 10% of students enrolled in medicine. After 2000 there was a substantial increase in the enrolment of female students, such that women now exceed 60% of total medical students.

And in most cases, the percentage of women admitted to the first year, is greater than the percentage of women who participated in the test.

At the beginning the women's path in surgical specialties presented considerable difficulties, mainly due to the difficulties of acceptance of male surgical world, even without going to extremes of Dr. James Barry (1795-1865) nicknamed the "Beardless Lad". He attended the Edinburg Medical School, during the Napoleonic Wars was an Army Surgeon and he also performed one of the first successful caesarean section. *But at the time of the burial he/she was found to be a woman.*

The integration process of the female gender in Surgery started earlier and with fewer obstacles in the Anglo-Saxon society, where as early as 1993 Prof. Claude Organ, (the same which is dedicated the "Claude Organ Travelling Fellowship" of the ACS) described in the speech "Toward a more complete society", the advantages and the benefits for the society with the participation, contribution and leadership of women and minorities in the field of surgery.

Currently, the ratio of women in surgical training is far less than that the ratio of women in medical school. The pattern of low applications rates by women to surgical specialties is complex and shaped by multiple factors, often surgical specialties are not attractive to the female gender, unwelcoming, without reference models and with gender discrimination.

But we have to remember that in recent years, many studies reported, that as for women and men in the choice of the specialty has become important the so-called controllable lifestyle. The following characteristics of a controllable lifestyle have been defined: personal time free of practice requirements for leisure, family, and non-vocational pursuits and control of total weekly hours spent on professional responsibilities. For female physicians the prospect of combining their professional career with family responsibilities is a key issue in the process of speciality choice or changing the speciality to which they initially aspired. Consideration of a "controllable lifestyle" by surgical administrators will help with the recruitment of women into surgery.

Therefore are essential choices and changes in mentality that make for everyone, but especially for the female gender, surgical specialties "friendly" .

This also provides the enhancement of women who are already present in many surgical departments, so that they can become models to imitate and not examples not to follow.

To continue to meet the demand for general surgeons, residency program directors and medical educators need to apprehend trends in specialty choice and what these trends may mean for the future of Surgery

Claudio Bassi

INFLUÈNCIA DE LA INFORMACIÓ DIGITAL I DE LA INNOVACIÓ TECNOLÒGICA EN LA FORMACIÓ DELS RESIDENTS DE CIRURGIA GENERAL I DE L'APARELL DIGESTIU

Laureano Fernández-Cruz

Catedràtic de Cirurgia de la Universitat de Barcelona, Unitat de Cirurgia Biliopancreàtica i Trasplantament Pancreàtic, Hospital Clínic de Barcelona

La formació dels residents de l'especialitat de cirurgia general i de l'aparell digestiu (CGAD) es regeix per uns programes dissenyats i establerts per la comissió nacional de l'especialitat. Aquest programa té una durada de cinc anys i ofereix uns períodes de formació i pràctiques amb rotacions per unitats pròpies de l'especialitat CGAD (cirurgia endocrina, colo-rectal, hepato-bilio-pancreàtica, etc.) i per unitats fora de l'especialitat (cirurgia toràctica, urològica, vascular, etc.).

L'objectiu d'aquests programes és que quan els cirurgians acabin la residència, hagin aconseguit la competència de l'especialitat i comencin la seva trajectòria professional com especialistes. Per competència s'ha d'entendre haver assolit les habilitats tècniques que permetin resoldre els problemes més freqüents en situacions d'urgència quirúrgica (apendicitis, colecistitis, oclusió intestinal) i en altres procediments que se centrin en àrees com la cirurgia de la mama, paret abdominal, vies biliars, tracte gastrointestinal i cirurgia proctològica. L'educació polivalent adquirida pot permetre, amb més temps de formació, assolir la capacitat específica en la cirurgia d'una de les àrees de les subespecialitats de CGAD. Podem dir que al nostre país aquests objectius s'han assolit amb un nivell general de satisfacció. Però cal analitzar aquesta satisfacció tenint en compte el desenvolupament tecnològic actual. En aquesta anàlisi hauríem de diferenciar el que sembla adequat per a l'educació i el que ho és per a l'entrenament.¹

En aquests darrers anys hem assistit a una reducció en el nombre d'intervencions quirúrgiques fetes pels residents a causa de la reducció de les hores de feina (d'acord amb la directiva europea), a un increment en el nombre de tasques administratives i a la major dedicació a les guàrdies nocturnes; tot plegat en detriment del temps que haurien d'estar treballant en el quiròfan. Per fer front a aquesta realitat, s'estan buscant solucions per millorar els nivells d'educació aprofitant els canvis de la tecnologia de la informació i amb noves fórmules per a l'aprenentatge de la tècnica quirúrgica.

L'educació dels residents del segle XXI ha estat modificada substancialment des de finals del segle XX. Clàssicament, la formació pràctica dels residents es basava en l'aprenentatge de les tècniques quirúrgiques mitjançant l'observació dels procediments quirúrgics, que eren duts a terme pels cirurgians experts. L'educació es rebia per l'assistència a les conferències, a les sessions clíniques del departament, atenent els comentaris dels especialistes durant el passí de visita en les sales d'hospitalització, i per l'accés a la informació mèdica que es discutia a les sessions bibliogràfiques.

En l'actualitat, el desenvolupament de la informació digital ha canviat les eines i els mètodes que es fan servir per a l'educació dels residents. En les decisions que afecten a un procediment quirúrgic compta l'opinió de l'expert basada en la seva experiència personal, i també en les dades que proporciona l'anàlisi de la medicina basada en l'evidència. Les decisions clíniques hauran d'estar fonamentades en la informació computada que recull els resultats obtinguts d'estudis aleatoritzats o metanàlisis. D'aquesta manera es confronta un pla terapèutic amb altres que ja hagin demostrat un benefici per als pacients. En la decisió que s'adopti finalment, es coneixen a l'avançada els resultats esperats i les complicacions previstes. El plantejament d'una decisió en contra d'un recomanació necessitarà d'una justificació raonada. Aquesta informació és de gran ajut per a la comunicació dels residents amb els pacients i els seus familiars. A més a més, per als residents suposa l'aprenentatge de l'exercici de la responsabilitat professional.

El desenvolupament dels webs participatius a Internet està canviant els models tradicionals d'educació mèdica. El Web 2.0 descriu una Internet on cadascú pot aportar i editar informació, seguint l'èxit d'altres webs com Wikipedia que actua com enciclopèdia "online" d'accés lliure. En un estudi recent s'assenyala que el 70 % dels metges utilitzen la Wikipedia en les seves tasques clíniques, i que algunes wikis serveixen com eines per a una interacció metge-pacient i faciliten una informació adequada sobre un procediment quirúrgic.² El Web 2.0 serà un mitjà que permetrà la comunicació entre els professionals mèdics i un instrument idoni per a que els nostres residents tinguin una educació més ràpida i completa.³ Les facultats de Medicina i els hospitals universitaris haurien d'afrontar el repte de la informació digital per assegurar i mantenir la qualitat científica i d'interès per a l'educació mèdica. En aquest lloc, el paper dels tutors dels residents és important.

En l'actualitat l'entrenament dels residents de CGAD també té innombrables reptes. Com entrenament hem d'entendre l'ensenyament que rep un cirurgià per a reaccionar de manera definida, o fer les coses de manera determinada. És uniforme aquesta manera de fer en aquest període d'innovació quirúrgica (a tots els hospitals acreditats per a la docència)? Aquesta pregunta suposa més reflexions que respostes convincentes. En la cirurgia moderna, en la majoria dels casos, la tècnica quirúrgica per al tractament d'una malaltia determinada ja està establerta, amb resultats provats i universalment acceptats. Tanmateix, els avenços tecnològics han revolucionat la manera de fer del cirurgià, i han aconseguit una millora en els resultats clínics, que serien inimaginables fa 15 o 20 anys.

La innovació tecnològica es va iniciar i desenvolupar amb la cirurgia laparoscòpica que va ocasionar uns canvis dràstics en l'aplicació del mètode quirúrgic. En l'abordatge quirúrgic se substitueix l'àmplia obertura de la cavitat abdominal per la utilització d'orificis cutanis, el contacte amb els teixits i els òrgans es fa amb instruments endoscòpics, que permeten una dissecció anatòmica amb un traumatisme mínim i una precisió més gran recolzada per una visualització més bona del camp operatori. La tecnologia ha permès el desenvolupament de fonts d'energia que fan l'hemostàsia més segura, i l'aplicació de nous mètodes de secció d'òrgans i teixits eviten pèrdues de sang i disminueixen les possibilitats de fístules en l'òrgan romanent. Les tècniques d'anastomosi són més reproduïbles, són instrumentals, no manuals, pel que disminueix la dependència de l'habilitat del cirurgià i del material de sutura utilitzat. Comparada amb la cirurgia oberta, la cirurgia laparoscòpica associa menys dolor postoperatori, menys pèrdues de sang, un restabliment precoç de la mobilitat intestinal i una estada inferior a l'hospital. Tanmateix, la morbiditat i la mortalitat quirúrgiques són similars en ambdues cirurgies.

Malgrat que disposen d'aquesta nova cirurgia, anomenada mínimament invasiva o d'accés mínim, alguns cirurgians no tenen l'entrenament necessari per dur-la a terme i d'altres la restringeixen per a situacions clíniques particulars. La cirurgia laparoscòpica és el "*gold standard*" o de preferència per al tractament de la litiasi vesicular, del reflux gastro-esofàgic, dels tumors adrenals i de la cirurgia de l'obesitat. En centres especialitzats aquest abordatge s'està desenvolupant en el tractament de tumors del fetge, del pàncreas, de l'esòfag, de l'estómac i de les malalties col·rectals.

En els hospitals acreditats la formació i l'entrenament dels residents de cirurgia és uniforme pel que fa al temps de residència, però difereix en l'entrenament sobretot de la denominada cirurgia d'innovació tecnològica.

En hospitals amb recursos i vocació en l'aplicació d'aquesta tecnologia, els residents tenen l'oportunitat de viure l'experiència d'una cirurgia que és en contínua evolució. Habitualment aquests centres tenen una especial dedicació a la cirurgia oncològica i a la cirurgia dels trasplantaments en general. Són hospitals amb una activitat quirúrgica molt especialitzada i amb poca activitat en les àrees que constitueixen el nucli de la formació d'un cirurgià general. Els residents tenen menys oportunitats d'actuar com cirurgians principals que els que treballen en hospitals en els que la cirurgia oberta és la de preferència per a la majoria dels procediments quirúrgics. Si afegim que el protagonisme d'aquests residents en la cirurgia de risc (esofagectomia, hepatectomia, pancreatectomia, trasplantaments, etc.) és poc rellevant, les possibilitats d'actuació quirúrgica com cirurgians principals encara són més reduïdes.

En aquests hospitals amb vocació en la cirurgia d'innovació tecnològica, els cirurgians especialistes es veuen afavorits per la indústria per a la incorporació de nous instruments, amb el propòsit de fer una cirurgia laparoscòpica més segura i eficaç per als pacients operats. El cirurgià especialista i expert en una de les àrees de la subespecialitat CGAD es veu immers, de manera constant, en una corba d'aprenentatge en la utilització de la nova tecnologia. Amb freqüència, en el quiròfan coincideixen els residents i els cirurgians especialistes en la línia de cirurgians en formació, però a diferents nivells d'experiència quirúrgica. El cirurgià resident assisteix de manera passiva al continu entrenament del cirurgià expert que vol assolir el nivell de competència. Aquesta realitat fa que els residents hagin de seguir l'estela de la corba d'aprenentatge dels cirurgians especialistes.

És en els serveis d'urgències on els residents tenen l'oportunitat d'incorporar la cirurgia laparoscòpica al seu entrenament en els tractaments d'apendicitis aguda i de colecistitis aguda. Tanmateix, la cirurgia laparoscòpica en aquestes situacions clíniques és tècnicament més difícil que l'abordatge obert, i associa un nombre més elevat de complicacions.

En un article recent, D Page ⁴ reflexiona sobre la competència quirúrgica del programa actual de residència de CGAD a Nord Amèrica, i es pregunta què hi hem guanyant i què hi he perdut. Hi ha tres aspectes importants: ⁵ 1) l'expansió de les àrees de cirurgia general amb l'arribada de la tecnologia moderna, que ha impulsat la cirurgia laparoscòpica, ha fet obsolets els 5 anys de residència; 2) els residents són incapaços de fer, de manera competent, el nombre d'intervencions quirúrgiques del programa. De les 121 operacions que els directors del programa consideren essencials en la graduació del resident, només 18 són fetes més de 10 vegades, 83, menys de 5 vegades, i el 50% dels residents no havien fet mai cap de les 50 intervencions que s'inclouen en les 121 operacions essencials. El nombre d'intervencions de cirurgia laparoscòpica (colecistectomia) fetes pels residents durant 5 anys va ser, aproximadament, de 84 casos; 3) davant aquesta realitat és necessària una redefinició de l'especialitat de cirurgia general. Aquesta experiència americana exemplifica les dificultats de l'entrenament que s'ofereix als residents de CGAD per arribar a la competència quirúrgica. Aquestes dificultats segons Pugh et al. ⁶ radiquen, probablement, en una àmplia desconexió en la percepció que tenen els responsables dels programes de residència i els residents, del que és més idoni per a la preparació d'un cas quirúrgic. Per als cirurgians del "staff" els residents haurien de parar molta atenció a la història clínica del pacient i al trastorn fisiopatològic de la malaltia. Per als residents té més interès la revisió dels aspectes de la tècnica quirúrgica necessària per al tractament del cas. La solució, probablement, deu ser en l'equilibri adequat entre l'educació (informació) i l'entrenament (desenvolupament d'una tècnica).

En la cirurgia electiva, la colecistectomia feta per via laparoscòpica amb la utilització de 3 o 4 trocars és el procediment que es fa servir amb més freqüència per a l'entrenament dels residents. Tanmateix, la innovació tecnològica ha fet que un bon nombre de cirurgians facin la colecistectomia a través d'un port únic^{7,8} o amb la utilització de mini instruments. La introducció d'aquests presumibles avenços en el tractament de la litiasi biliar no ha demostrat que ofereixin avantatges sobre la cirurgia laparoscòpica convencional. En una recent revisió, aquesta cirurgia d'incisió única associa una major incidència de lesió quirúrgica de la via biliar i els autors fan alçaprem en la major complexitat en la realització del procediment (a causa de la pèrdua de la triangulació entre el laparoscopi, els instruments de treball i la alineació dels instruments en paral·lel), i en la dificultat per fer la colangiografia operatòria quan sigui necessària.⁹ A més a més, l'abordatge de port únic afegeix encara més dificultats a la cirurgia de major complexitat com ara la colecistitis aguda. En els centres amb cirurgians experts en la utilització del port únic per a la colecistectomia es redueixen les possibilitats d'actuació del resident com a cirurgià responsable.¹⁰ La mini-laparoscòpia és una tècnica segura i similar a la laparoscòpia convencional i pot ser una alternativa vàlida en l'aprenentatge del resident.

Recentment, alguns centres han introduït la cirurgia per orificis naturals per al tractament de la litiasi biliar (*natural orifice transluminal endoscopic surgery* [NOTES]). La realització d'aquesta cirurgia mitjançant la perforació de la vagina, de l'estómac o del còlon ha estat utilitzada també per al tractament de: apendicitis aguda, tumors intraabdominals, etc.⁷ L'experiència publicada d'aquests abordatges ofereix uns resultats satisfactoris¹¹ però no ha demostrat que millorin la seguretat i l'eficàcia d'altres procediments endoscòpics convencionals, per la qual cosa no té cap sentit oferir-los com entrenament al cirurgià resident a causa de la seva complexitat. Els cirurgians residents també assisteixen, en alguns hospitals, a la incorporació de la cirurgia robòtica.^{12,13} Quan es compara amb la cirurgia laparoscòpica, aquesta cirurgia pot oferir grans avantatges, com ara la major precisió en la visualització del camp operatori (visió 3D) i una major facilitat en la manipulació dels instruments, que proporcionen més seguretat en la tècnica quirúrgica. A tall d'exemple, podem citar les experiències en la realització de la prostatectomia radical, i les tècniques de reconstrucció després d'una duodenopancreatectomia cefàlica. L'inconvenient més gran en el desenvolupament de la cirurgia robòtica del sistema da Vinci, és el cost econòmic i el temps operatori que és més llarg que el que s'espera amb l'abordatge laparoscòpic. No obstant això, la cirurgia robòtica té un futur prometedor amb la incorporació de nous instruments que faran que sigui una cirurgia més ràpida i segura. Noves incorporacions com la tecnologia d'imatge per fluorescència, Firefly, proporcionen una guia per imatges i identificació en temps real de punts de referència anatòmics.¹³ La càmera robot d'infrarojos, després de la injecció intravenosa de verd d'indocianina, permet la visualització de marges de teixits vascularitzats que poden ajudar a fer la cirurgia oncològica amb una més gran seguretat i eficàcia. La participació del resident en la cirurgia robòtica és nul·la ja que el cirurgià fa la intervenció assegut davant d'una consola. Tanmateix, el cirurgià resident hauria de tenir l'oportunitat d'assistir a sessions de cirurgia robòtica just per conèixer una experiència quirúrgica, però amb els ulls oberts a un instrument de treball, que potser haurà d'incorporar en la seva trajectòria professional en un futur no gaire llunyà.

Una de les qüestions que preocupen en l'entrenament dels residents de CGAD és que, a banda que adquireixin la capacitat tècnica en aquest abordatge laparoscòpic, el fet de posar un èmfasi exclusiu en aquest tipus de cirurgia no els permeti ser capaços de dur a terme la mateixa intervenció amb el mètode obert. Agafem com exemple la colecistectomia; en un nombre de casos hi ha la probabilitat de convertir-la en cirurgia oberta. Aquesta preocupació ha motivat un estudi prospectiu aleatoritzat del tractament de la litiasi vesicular simple i complicada fent servir la via oberta amb incisió mínima (4-8 cm) i la via laparoscòpica amb 4 trocars, amb la participació de cirurgians experts en ambdós abordatges.¹⁴ Entre els resultats destaca un temps operatori significativament menor en l'abordatge obert, però no s'han trobat diferències entre els dos grups en les variables, com ara índex de conversió, dolor postoperatori, complicacions, estada hospitalària o readmissions. Pensem que la intenció d'aquests cirurgians no és canviar la preferència de l'abordatge laparoscòpic en la litiasi vesicular, sinó assenyalar que l'abordatge obert també és una opció vàlida i útil per a l'entrenament dels residents en aquesta cirurgia.

Des del primer any els residents, sens dubte, han d'iniciar l'entrenament en cirurgia endoscòpica. Les oportunitats de participació en les sessions operatòries variaran depenent de la major o menor dedicació dels hospitals a la cirurgia d'innovació tecnològica. Cal, però, que tots els residents adquireixin les mateixes habilitats tècniques, amb independència del lloc de l'hospital on treballin. Amb aquest propòsit han d'utilitzar el laboratori d'animal d'experimentació i dels simuladors que faciliten l'aprenentatge en la utilització dels instruments endoscòpics, integritat dels nusos de sutura, maniobres de dissecció, etc., tot això s'ha de fer de manera repetitiva i reproducible.¹⁵ Aquests exercicis han de ser monitoritzats per un cirurgià expert que guii l'evolució i el progrés de l'aprenentatge d'aquesta tècnica. La interacció entre cirurgià monitor – cirurgià resident és molt útil per tal que aquesta col·laboració es concreti al quiròfan en fer una tècnica quirúrgica en particular.

Conclusions

Aquests darrers anys la formació dels residents ha estat influenciada pel que s'anomena "edat de la informació i de la revolució tecnològica". L'educació està facilitada per la utilització de: Internet, Wikipedia, Eeb 2.0, etc., que constitueixen els instruments idonis per tenir un accés més ràpid i complet a la informació. Les decisions clíniques es basen en les dades de la medicina basada en l'evidència i permeten unes recomanacions amb base científica.

La innovació tecnològica ha canviat la manera de fer d'un gran nombre d'intervencions quirúrgiques. La cirurgia laparoscòpica, durant aquest anys, ha incorporat, de manera constant, noves tecnologies que permeten una cirurgia menys invasiva (amiga del pacient) i igual de segura i eficaç que els procediments oberts. A la cirurgia laparoscòpica a més dels beneficis de: atenuació de la resposta al *stress* quirúrgic, menor lesió dels teixits, reducció del dolor i recuperació més ràpida, s'hi poden afegir els avantatges immunològics: menys nivells de interleukina 6 i proteïna C reactiva, que poden ser d'importància cabdal en els resultats de la cirurgia oncològica.¹⁶

Algunes de les tecnologies de la cirurgia laparoscòpica també han estat introduïdes en els procediments oberts. Des del primer any el resident ha de ser entrenat en la utilització de les noves tecnologies a través d'un aprenentatge en el laboratori amb l'experimentació animal i amb la utilització de simuladors. D'aquesta manera la corba d'aprenentatge en la cirurgia laparoscòpica serà més curta i oferirà totes les garanties de seguretat al pacient.

Laureano Fernández-Cruz

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández-Cruz L. General surgery as education, not specialization. *Ann Surg* 2004;240(6):932-938
2. Belda R, Ferrer M, García Torrecillas JM, Alvarez A, Reina A. Cirujano 2.0: el reto está en la red. *Cir Esp* 2013;91(6):358-360
3. Blackmur JP, Clement RGE, Brady RW, Oliver ChW. Surgical training 2.0: How contemporary developments in information technology can augment surgical training. *The Surgeon* 2013;11:105-112
4. Page DW. Surgical competence today: What have we gained? What have we lost. *Southern Medical Journal* 2010;103:1232-1234
5. Bell RH Jr, Biester TW, Tabuenca A, Rhodes, RS, Cofer JB, Britt LD, Lewis Jr FR. Operative experience of residents in US general surgery programs: a gap between expectation and experience. *Ann Surg* 2009;249:719-724
6. Pugh CM, Da Rosa DA, Glenn D, Richard H, Bell Jr. A comparison of faculty and resident perception of resident learning needs in the operating room. *J Surg Educ* 2007;64:250-255
7. Morales-Conde S. NOTES, puerto único: una promesa de futuro o algo pasajero. *Cir Esp* 2013;91(1):1-3
8. Noguera JF. Colectectomía de única incisión: ¿una innovación segura? *Cir Esp* 2013;91(7):401-403
9. Joseph M, Phillips M, Farrell T, Rupp C. Single incision laparoscopic cholecystectomy (SILC) is associated with a higher bile duct injury rate. A review and word of caution. *Ann Surg* 2012;256(1):1-6
10. Pucher PhH, Sodergren MH, Singh P, Darzi A, Paraksera P. Have we learned from lessons of the past? A systematic review of training for single incision laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2013;27:1478-1484
11. Horgan S, Meireles O, Jacobsen GR, Saudler BJ, Ferreres A, Ramamaoorthy S, Savides T, Katagiri T, Dota T, Sedrak M, Majid S, Nijhawan S, Talamini MA. Broad clinical utilization of NOTES: is it safe. *Surg Endosc* 2013;27:1872-1880
12. Sodergren MH, Darzi A. Robotic cancer surgery. *Br J Surg* 2013;100:3-4
13. Pietrabissa A, Vinci L, Pugliere L, Peri A. Cirugía robótica: controversias actuales y expectativas futuras. *Cir Esp* 2013;91(2):67-71
14. Rosenmüller MH, Thoren Ürnberg M, Myrnäs T, Lundberg O, Nilsson E, Haapamäki. Expertise-base randomized clinical trial of laparoscopic versus small-incision open cholecystectomy. *Br J Surg* 2013;100:886-894
15. Bell RH Jr. Why Johnny cannot operate. *Surgery* 2009;146:533-542
16. Fox JP, Desai MM, Krumholz HM, Gross CP. Hospital level outcomes associated with laparoscopic colectomy for cancer in the minimally invasive era. *J Gastrointest Surg* 2012;16:2112-2119

GRAUS D'EVIDÈNCIA I ASSAIGS CLÍNICS EN CIRURGIA

Joan J Sancho

Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari del Mar.
Departament de Cirurgia. Universitat Autònoma de Barcelona

Introducció

L'assaig clínic aleatoritzat és millor que altres formes d'assaig clínic i està àmpliament acceptat en les proves de tractaments farmacològics. No obstant això, aquest tipus d'assaig és relativament rar en cirurgia i la seva proporció entre els articles científics publicats en cirurgia és certament escassa (1).

Hi ha una sèrie de particularitats que afecten als assajos clínics en Cirurgia. Unes de caire metodològic, altres de tipus legal i d'altres –compartides amb els assajos quirúrgics-, sobre la qualitat de l'evidència (2).

Un dels aspectes que més frena la realització d'un assaig clínic promogut per Cirurgians, -que som els millor situats per fer-nos “preguntes quirúrgiques” i dissenyar l'estratègia per resoldre-les-, és el marc legal que regula la recerca clínica. Actualment és dóna la paradoxa de que si un Cirurgià veu un vídeo a internet sobre una nova tècnica quirúrgica i la vol començar a aplicar a tots els seus pacients a partir d'ara, només li cal fer-ho. No li cal omplir cap imprès, emetre cap informe, dependre de cap comitè. Si vol però comparar-la amb la tècnica que feia abans, llavors ha d'iniciar un tortuós viatge burocràtic amb incert final però amb entrebancs garantits. Es més, si el cirurgià en qüestió només vol revisar les històries clíniques dels pacients que havia operat amb la tècnica antiga abans d'implementar la nova, també ha de demanar permís a un comitè, que jutjarà si pot o no fer-ho, si la privacitat dels pacients es veurà afectada, etc. Aquesta absurda asimetria, -puc introduir una tècnica nova sense dir-ho i no puc llistar cent analítiques sense demanar permís-, es actualment un dels frens a la recerca clínica a casa nostra.

A més, dels assajos clínics en cirurgia, només un terç són realitzats per cirurgians, només una quarta part comparen dues tècniques quirúrgiques i són publicats en revistes quirúrgiques en una tercera part dels casos (Solomon et al., 1994).

Les bases científiques de l'assaig clínic són la comparabilitat entre grups, l'avaluació cegada i l'anàlisi objectiu dels resultats. No s'ha establert un disseny d'assaig clínic ideal que contempli les necessitats especials dels assajos en cirurgia. L'oportunitat de la metodologia per a la distribució aleatòria de pacients, intervencions i especialment cirurgians és encara objecte d'una forta controvèrsia (3).

L'assaig clínic en front d'altres tipus d'estudis clínics

La qualitat i el procés de revisió dels assajos clínics és permanentment analitzada i millorada (4), però al mateix temps proliferen dues varietats d'articles a la literatura científica que tenen molt més impacte "real" sobre la pràctica clínica que els propis assajos clínics especialment en l'àmbit quirúrgic: Els falsos metanàlisis i les guies de pràctica clínica.

El metanàlisi fou concebut com a l'eina definitiva per acumular l'experiència de varis assajos clínics (prospectius aleatoritzats i controlats, s'entén). Actualment però, els editors de les revistes científiques, mèdiques i quirúrgiques per un igual, accepten nombrosos articles que inclouen en el títol "Revisió sistemàtica i metanàlisi de..." i sota aquesta prestigiosa aparença inclouen en el text tècniques de mata –anàlisi aplicades a estudis clínics que no son assajos clínics (prospectius aleatoritzats i controlats, s'entén) ni s'hi assemblen. Molts babaus captivats per l'encapçalament salten directament a les conclusions i comencen a creure el que els autors propugnen. Com "ho diu el darrer metanàlisi" ja ho podem aplicar. Aquest tipus de treball representen un gran perill i haurien d'esser retitulats com a "Revisió de la literatura", títol menys impactant però més real.

Les anomenades "Guies de Pràctica Clínica" tan ubiqües avui en dia en els nostres serveis quirúrgics són sovint patrocinades per la indústria. Cal recordar que per definició les "*guidelines*" són només consensos d'experts, i per tant tenen un baix nivell d'evidència en contrast amb el alt nivell d'evidència científica que hem atorgat als assajos clínics (5).

Tipus d'assaigs clínics en cirurgia

El terme "assaigs clínics en cirurgia" inclou qualsevol tipus d'assaig clínic que involucra un pacient quirúrgic. És possible distingir però diversos tipus d'assajos clínics en l'entorn quirúrgic. En primer lloc l'assaig clínic que compara dues tècniques quirúrgiques és el paradigma de l'assaig "quirúrgic", pateix les limitacions metodològiques específiques dels assajos clínics en cirurgia (6). En segon lloc, els assajos clínics que enfronten una tècnica quirúrgica a un tractament mèdic són almenys tan comuns com els primers, i són probablement els que presenten les majors complicacions metodològiques doncs combinen les dels tractaments farmacològics amb els dels tractaments quirúrgics, el cegat és certament impossible i l'avaluació de resultats sol implicar variables percebudes de forma subjectiva (7). Finalment, bona part dels assajos clínics en cirurgia són en realitat assaigs clínics farmacològics en pacients quirúrgics que els reben perioperatoriament i que inclouen usualment fàrmacs per prevenir complicacions intra o postoperatories, per complementar l'efecte de la tècnica quirúrgica i tots els fàrmacs i maniobres terapèutiques del postoperatori. I naturalment els assajos clínics de tècniques i fàrmacs anestèsics es realitzen en pacients quirúrgics encara que habitualment no siguin considerats assaigs clínics en cirurgia.

Tots ells comparteixen alguna de les dificultats i limitacions metodològiques i ètiques inherents a realitzar un assaig clínic en pacients quirúrgics que s'analitzen en aquest capítol.

Tipus de variables específiques dels assaigs clínics en cirurgia

Els assaigs clínics en cirurgia impliquen una sèrie de variables inherents a l'acte quirúrgic que s'han de considerar obligatòriament tant en el disseny de l'assaig com en l'anàlisi dels seus resultats. Entre les variables preoperatories, l'antecedent de cirurgia - prèviament relacionada o no amb el procediment a realitzar durant l'assaig - és un condicionant fonamental. Les reintervencions sempre comporten un risc afegit de complicacions postoperatories, solen allargar el temps quirúrgic i poden modificar la tècnica quirúrgica inicialment planejada. Durant la intervenció, el tipus d'anestèsia i els fàrmacs utilitzats poden originar una font de variació difícil de controlar. Així mateix, fàrmacs i hemoderivats administrats en el període perioperatori s'han de tenir en compte com a font de variabilitat.

Durant la intervenció quirúrgica, les variacions de la tècnica, l'experiència del cirurgià i els condicionants anatòmics del pacient generen una variabilitat que pot ser molt influent en els resultats finals. Les variacions, o desviacions, de la tècnica es donen entre centres, entre cirurgians i fins i tot en un mateix cirurgià entre casos, sigui per evolució de la seva experiència o per adaptació individual a cada pacient. Les variacions de la tècnica poden donar-se en aspectes tan importants com l'extensió d'una resecció o la col·locació de drenatges, o bé tan subtil com la tècnica d'hemostàsia o el rigor d'una dissecció ganglionar. La descripció minuciosa de la tècnica és fonamental per minimitzar les variacions no registrades, i fins i tot pot ser necessària la demostració pràctica de cada pas de la tècnica en el propi quiròfan a tots els participants.

Després de la intervenció quirúrgica, el tractament postoperatori constitueix una font important de variacions, especialment si apareixen complicacions per a les que no s'ha establert un protocol d'actuació uniforme.

La Cirurgia com a placebo

Hi ha una sèrie de condicionants al voltant d'una intervenció quirúrgica que li són úniques: les expectatives del pacient, l'entorn quirúrgic, la personalitat del cirurgià, l'anestèsia, la mateixa incisió i la seva cicatriu, tot contribueix a l'efecte de la cirurgia independentment de l'efecte específic del procediment quirúrgic. Les expectatives depenen de les experiències prèvies de familiars i amics, la durada i el dolor de la malaltia i fins de la publicitat d'aquest tipus de cirurgia en els mitjans de comunicació en alguns casos. L'avaluació dels resultats es pot veure així mateix influenciada per les esperances i l'orgull tant del pacient com del cirurgià.

La definició estàndard de placebo com "qualsevol efecte atribuïble a un medicament independent del seu efecte farmacològic o als seus propietats específiques" hauria de ser modificada perquè fos mesurable el seu efecte en el caos de la cirurgia. En cirurgia l'efecte placebo pot ser definit com la diferència entre l'efecte real de la intervenció quirúrgica i l'efecte específic atribuïble a qualsevol procediment quirúrgic (8).

Cap de les mesures proposades en els assaigs clínics convencionals per mesurar l'efecte placebo pot ser fàcilment aplicat als assajos quirúrgics que afronten una tractament mèdic a una tècnica quirúrgica. Sembla escassament ètic, per exemple, practicar una incisió i suturar sense realitzar el procediment quirúrgic, el que seria l'equivalent d'ingerir una càpsula que conté un excipient inert. A més, per mesurar l'efecte placebo de l'anestèsia s'hauria d'administrar anestèsics a un pacient sense practicar cap procediment quirúrgic, mètode que probablement seria acceptat per pocs comitès ètics i cap pacient.

S'han donat a la història de la cirurgia notables exemples d'intervencions quirúrgiques que van ser molt populars i de les que posteriorment s'ha demostrat que no tenien cap efecte real sobre l'evolució de la malaltia que pretenien tractar. Així, la nefropèxia per l'anomenat "ronyó flotant", la colectomia per millorar l'epilèpsia, la laparotomia per a la tuberculosi intestinal o la lligadura de l'artèria mamària interna per millorar el reg miocàrdic després de patir un *angor* són tristos exemples d'una barreja entre l'efecte placebo i la prepotència dels cirurgians (9). Totes elles han estat escombrades dels quiròfans després d'una anàlisi estricta dels resultats per mitjà d'assaigs clínics més o menys rigorosos.

Alguns components de l'efecte placebo relatius de l'acte quirúrgic han estat analitzats específicament. Des l'entusiasme i la personalitat del cirurgià com a component innegable l'efecte d'algunes intervencions (és freqüent que el "inventor" d'una tècnica obtingui repetidament millors resultats que els seus seguidors), fins a la utilització de complexes cares i ultramodernes "maquinàries", han estat identificats com a potenciadors de l'efecte placebo gairebé tots els actors i decorats d'un acte quirúrgic.

Com sigui que l'efecte placebo pot afectar fins a un 35% de les respostes, la majoria dels assaigs que avaluen l'efecte d'una nova tècnica quirúrgica necessitarien tres grups: Control no tractat, control tractat i control amb intervenció simulada, un disseny particularment difícil de dur a terme. En qualsevol cas, s'ha de tenir en compte que per a tractaments farmacològics la durada de l'efecte placebo se sol estimar en uns tres mesos. Si es tracta de procediments invasius, s'estima que l'efecte placebo pot durar més temps i per tant una avaluació de l'efecte de qualsevol tècnica quirúrgica ha d'incloure, almenys, una avaluació dotze mesos després de la cirurgia.

Condicions específiques que dificulten els assajos clínics en cirurgia

Poca experiència dels cirurgians en la realització d'assajos clínics

Aquesta "dificultat" esgrimida de forma reiterada en revistes mèdiques com quirúrgiques, forma part d'una argumentació circular per la qual els cirurgians no fan assajos perquè no tenen experiència, que mai tindran perquè no fan assajos i així *ad nauseam*. La relativament parca contribució dels cirurgians a la realització i publicació d'assajos clínics queda reflectida en les polèmiques xifres abocades en un contestat article (10) . Una explicació més plausible pot radicar en la relativa facilitat amb què una nova tècnica quirúrgica o la variació d'una existent, pot introduir-se en la pràctica clínica respecte a la laboriosa certificació d'un nou fàrmac. La poderosa agència FDA nord-americana no imposa la certificació d'una variació tècnica i així els influents cirurgians nord-americans no es veuen pressionats en la mateixa mesura que els seus col·legues no-quirúrgics.

Dificultat en el finançament dels assajos clínics quirúrgics

Aquesta particularitat gens menyspreable des del punt de vista pràctic deriva de l'escàs interès comercial que suscita en les companyies farmacèutiques, - principals promotores dels assajos clínics "mèdics" -, la introducció d'una nova tècnica quirúrgica, especialment si hi ha una alternativa mèdica al tractament . Capítol a part mereixen les tècniques que comporten la utilització d'instrumental específic, amb la notable excepció de la colecistectomia laparoscòpica, que es va introduir massivament abans que qualsevol grup es dignés contrastar la seva validesa en un assaig clínic prospectiu i randomitzat, i que segueix considerant-se el tractament estàndard de la litiasi biliar malgrat els estudis que qüestionen la seva seguretat (Majeed A and Johnson A 1996)

Irreversibilitat del tractament quirúrgic

Mentre que en els tractaments amb fàrmacs els pacients disposen d'una clàusula d'escapament per defecte si la resposta és poc satisfactòria, en cirurgia habitualment el tractament és irreversible o, de forma extraordinària, implica una segona intervenció habitualment més perillosa que la inicial. La clàusula d'escapament no té doncs de sentit en els assajos clínics que impliquen una tècnica quirúrgica.

Els assajos clínics en cirurgia priven al pacient del benefici de rebre, un cop finalitzat l'assaig, el tractament que s'hagi demostrat més eficaç, tal com molts assajos clínics de fàrmacs per a malalties cròniques poden oferir com a incentiu addicional per enrolar-se en un assaig randomitzat.

Tant la irreversibilitat com la incertesa de beneficiar-se del millor tractament, afecta de forma molt negativa el grau d'acceptació pel pacient, a la dificultat per enrolar nous pacients i certament intensifica el dilema ètic a què s'enfronten tant el cirurgià com el promotor de l'assaig .

Risc inherent al procediment quirúrgic

Tots els procediments quirúrgics comporten un risc implícit tant pel propi acte quirúrgic, com per l'anestèsia i les cures postoperatòries associats. Tot i que aquests riscos no estiguin directament causats per l'assaig, qualsevol complicació peri o

postoperatòria pot ser atribuïda al cirurgià que és responsable personal i legalment del resultat de la intervenció.

La tècnica quirúrgica requereix habilitat i entrenament

La cirurgia requereix un entrenament tècnic i implica molta més experiència manual que la mera administració de fàrmacs. El nivell tècnic d'un cirurgià per a qualsevol parella de procediments a comparar no és habitualment la mateixa. Per tant, el biaix inherent a l'habilitat tècnica pot aparèixer lligat a molts assajos clínics que comparen tècniques realitzades pel mateix cirurgià o grup de cirurgians. Aquest biaix no pot ser eliminat pel encegat i pot afavorir de forma sistemàtica les intervencions més simples tècnicament, les més usades o les que tenen a priori la preferència del cirurgià (9)

Resum

Abans que qualsevol nou medicament sigui introduït en la pràctica clínica, la seva eficàcia ha de ser provada mitjançant un assaig clínic randomitzat, demostrant que almenys és tan efectiu com els medicaments prèviament en ús. Aquesta premissa no es compleix per a les noves tècniques quirúrgiques. Hi ha una sèrie de condicionants metodològics, legals i pràctiques, que dificulten, però no impedeixen, la realització d'assaigs clínics en cirurgia.

Joan Josep Sancho Insenser

BIBLIOGRAFIA

1. Chang SM. Randomised surgical trials. *Lancet*. 1993;342(8876):929. Epub 1993/10/09.
2. Itani KM. Prospective randomized trials in surgery: we are missing the ball! *Journal of the American College of Surgeons*. 2013;216(3):508. Epub 2013/02/19.
3. Ashton CM, Wray NP, Jarman AF, Kolman JM, Wenner DM, Brody BA. Ethics and methods in surgical trials. *Journal of medical ethics*. 2009;35(9):579-83. Epub 2009/09/01.
4. Dechartres A, Charles P, Hopewell S, Ravaut P, Altman DG. Reviews assessing the quality or the reporting of randomized controlled trials are increasing over time but raised questions about how quality is assessed. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(2):136-44. Epub 2010/08/14.
5. Brouwers MC, Browman GP. Development of clinical practice guidelines: surgical perspective. *World journal of surgery*. 1999;23(12):1236-41. Epub 1999/11/07.
6. Majeed AW, Johnson AG. Evaluating new surgical procedures. Design of trials should depend on whether new skills are required. *BMJ*. 1996;312(7031):637. Epub 1996/03/09.
7. Solomon MJ, Laxamana A, Devore L, McLeod RS. Randomized controlled trials in surgery. *Surgery*. 1994;115(6):707-12. Epub 1994/06/01.
8. Johnson AG. Surgery as a placebo. *Lancet*. 1994;344(8930):1140-2. Epub 1994/10/22.
9. Johnson AG, Dixon JM. Removing bias in surgical trials. *BMJ*. 1997;314(7085):916-7. Epub 1997/03/29.
10. Horton R. Surgical research or comic opera: questions, but few answers. *Lancet*. 1996;347(9007):984-5. Epub 1996/04/13.

ENTRE LA INELUDIBLE NECESSITAT I L'INALIENABLE DRET A DECIDIR: REFLEXIONS SOBRE ELS FONAMENTS ÈTICS I CIENTÍFICS DEL PROCÉS DE DECISIÓ EN CIRURGIA

Sala Pedrós, J.

Decidir és humanament inevitable

Contínuament ens veiem en la necessitat de prendre decisions. Fins i tot els que es neguen a fer-ho estan prenent la decisió de deixar en mans dels altres, de l'atzar o del medi, les decisions que poden afectar la seva vida. No-decidir no és altra cosa que la tria d'una opció més entre les possibles que se'ns presenten.

Aquesta inexorable necessitat de decidir està molt unida a la llibertat de la persona. Només es pot decidir entre opcions possibles i cada possibilitat suposa un grau de llibertat. No són possibles les opcions que contradiuen les lleis de la física o de la biologia, per exemple. Si que és possible prendre decisions que contradiuen les lleis humanes o els principis ètics, tot i que això implica un cert risc d'exclusió social que depèn de cada individu i de la societat que forma part.

La vida ens situa contínuament en cruïlles en les quals hem de triar entre quedar-nos immòbils o elegir un camí dels possibles. Tornar enrere, podria ser possible en l'espai però no en el temps. Les decisions s'han de prendre en un moment precís i únic de l'espai-temps, de manera que el fet de dubtar significa, si més no, optar per esperar que ja és, en sí, una decisió.

Afortunadament no som conscients de totes les decisions que el nostre cervell pren contínuament, com no som conscients del fet de respirar o de fer la digestió. La intuïció, conscient o inconscient, permet resoldre de manera automàtica moltes situacions de la vida diària que requereixen triar entre opcions. I normalment aquestes decisions automàtiques representen un cert grau de determinisme genètic, s'ha dit que ancorat en la part més arcaica del cervell, fins a un nivell preconscient com les accions generades a partir del rinencèfal, de manera gairebé reptiliana. Però els humans, que han desenvolupat altres àrees cerebrals, poden prendre decisions molt més analítiques, racionals o empíriques però basades en principis o valors, tres dels quals: la veritat, la bondat i la bellesa, Plató ja considerava fonamentals per a l'home.

Avui en dia, la veritat està lligada a l'evidència científica i a la racionalitat lògica. La bondat forma part d'una ètica universal, basada en el respecte i en la llibertat, encara que es nodreixi de sentiments irracionals però reals o de creences imaginàries. La bellesa és la base de l'art, amb la càrrega de joia, d'equilibri, d'imaginació i d'enginy que comporta. Les decisions humanes poden estar matisades per tots aquests valors incorporats en l'evolució que, si bé pressuposen un major grau d'indeterminisme, també permeten l'expressió de l'autèntica naturalesa humana.

Les decisions en cirurgia

Un procés de presa de decisions objectiu i racional pot ser vital quan es refereix a decisions que poden influir en la vida de les persones, tant en quantitat com en qualitat. En quantitat pel fet de poder afectar la mortalitat o la seva magnitud oposada: la supervivència. En qualitat pel fet de tenir transcendència per a la qualitat de vida lligada a la salut. Les decisions en cirurgia són d'aquesta mena i mereixen per tant un enfocament basat en l'evidència, sense oblidar els importants aspectes ètics implicats, com a base d'una atenció mèdica més crítica, objectiva i respectuosa amb les persones.^{1 2}

Si decidir és inevitable i permanent, vol dir que tots els implicats en un determinat problema han de prendre decisions relacionades amb la qüestió de manera contínua. En cirurgia, el principal decisor és el protagonista principal: el pacient amb una determinada afecció susceptible de ser millorada mitjançant una intervenció quirúrgica. Sovint és ell o el seu representant legal (en cas de menors d'edat o discapacitats) qui té l'última paraula a l'hora de decidir que fer amb el seu propi cos. Això es refereix a la decisió bàsica en cirurgia que és la tria entre dues opcions: operar o no-operar. L'autonomia del pacient és radical. Una persona adulta, responsable, en ple ús de les seves facultats mentals, té el dret inalienable de decidir sobre com enfrontar els temes de salut que afecten la seva vida en quantitat o en qualitat.

A partir d'aquí, seguiran tota una sèrie de decisions, derivades de la primera, que el pacient ja no serà capaç de poder prendre per sí sol i haurà de delegar en experts; pel cas de la cirurgia: un cirurgià. Els diferents experts han de tenir la confiança del pacient com a element indispensable per obtenir el millor resultat amb la decisió inicial presa. En una intervenció, és l'expert que ha de prendre decisions sobre la preparació de l'operació, l'obtenció de la informació prèvia que consideri necessària per optimitzar els resultats, les persones imprescindibles per col·laborar a dur a bon terme la missió encomanada pel pacient, etc.

Com en una cascada d'esdeveniments, totes les persones implicades en el cas (anestesiòlegs, intensivistes, patòlegs, oncòlegs, digestòlegs, endocrinòlegs, infermeres, sanitaris, administratius i un llarg etc) també han de prendre decisions que poden influir en el resultat. I cada coparticipant en el procés ha d'estar disposat a poder explicar al pacient els motius de cada una de les seves decisions, encara que, com és evident, no les pot consultar una per una perquè convertiria la tasca principal en impossible. D'aquí la necessitat ineludible de disposar de la confiança de la persona que delega la seva voluntat en un element clau: el cirurgià, però també en tot un equip i en el propi sistema sanitari.

L'objectiu d'aquesta reflexió és aprofundir en l'estructura del procés de decisió, aplicat a la cirurgia, com un cas específic en el qual la importància del resultat pot ser vital per a un individu concret. De manera especial, es tracta d'una reflexió sobre la presa de decisions en casos complexos de pacients que, per l'edat o la patologia associada, queden exclosos de la majoria de revisions sistemàtiques com a base del coneixement contrastat existent però que la societat exigeix que tinguin una atenció adequada.³ És a dir aquells pacients que, per la seva marginalitat o exclusió de les poblacions clàssiques més freqüents, obliguen a una revisió individual del cas, més enllà de les possibles solucions algorísmiques derivades dels estudis controlats i randomitzats, gairebé sempre referits a poblacions estàndard. Naturalment es tracta d'una reflexió analítica sobre els components rellevants que s'haurien de tenir en compte en un procés de decisió raonat, des d'una perspectiva científica però també des del respecte ètic a l'autonomia del pacient.

Per a una millor comprensió d'alguns conceptes, resulta, si més no, útil expressar-los mitjançant algunes fórmules matemàtiques senzilles. Es tracta només de petites indicacions per a una aproximació numèrica als temes plantejats, però poden ser obviades fàcilment sense que la comprensió general del text es vegi afectada. De fet, es tracta només de petits suggeriments. Un plantejament matemàtic estricte, obligaria a una molt més gran minuciositat però faria la lectura més feixuga pel lector no especialment interessat en el càlcul matemàtic. Allò més important per qualsevol cirurgià són els conceptes bàsics en els quals s'hauria de basar una presa de decisions analítica.⁴

Les extraordinàries possibilitats que ofereix avui en dia l'ajuda informàtica permeten efectuar càlculs concrets de manera interna, en el sí d'un programa d'ordinador, de la mateixa manera que les operacions complexes les pot realitzar una calculadora, sense necessitat d'emascarar els conceptes rellevants al cas. Els recursos informàtics bàsics aplicats a la cirurgia s'han postulat i utilitzat de fa temps amb èxits més o menys diversos.⁵ Però continuament sorgeixen noves aplicacions que obren noves possibilitats d'ajuda a la presa de decisions.^{7 8} Conèixer els fonaments matemàtics, encara que siguin rudimentaris, que determinen els resultats dels programes d'ajuda, pot ser útil per poder avaluar correctament la fiabilitat i les característiques dels resultats que ens ofereix, però no és imprescindible; com no ho és saber electrònica per mirar la televisió, només per saber que no és pròpiament màgia si no coneixement físic del medi i les seves possibilitats.

Amb l'esclat de la informàtica generalitzada, es van plantejar múltiples models de decisió aplicables en cirurgia, però la majoria han estat emprats només per experts, en especial en relació a factors econòmics més que clínics, sense arribar a influir de manera conscient en la pràctica clínica ordinària.^{9 10 11} Possiblement la seva complexitat i la dificultat de determinats conceptes matemàtics han estat un obstacle a la seva generalització. De totes maneres, alguns dels principis d'aquest tipus de metodologia són importants per encarar la medicina del futur, tant des del punt de vista clínic com ètic o d'eficiència i per això cal fer l'esforç d'intentar reflexionar-hi una mica des de la perspectiva clínica.

Les fonts del coneixement necessari per prendre decisions en cirurgia

Les circumstàncies que acompanyen una decisió en cirurgia poden ser molt variables. Algunes decisions poden ser molt meditades, preparades i analitzades rigorosament, disposant de tot el temps necessari. En aquests casos el sistema de decisió pot ser reglat, és a dir basat en regles o normes (guies clíniques, vies clíniques, protocols), elaborades a partir del màxim nivell de coneixement. Els algorismes ben definits i clars, provinents de fonts d'evidència científica que gairebé no deixen lloc a dubte, són els models freqüencialistes o estadístics que s'enforteixen com més alta és la probabilitat del resultat i, per tant, més rellevant el nivell de confiança d'una opció.

Una qüestió pertinent que cal tenir en compte és saber d'on prové l'evidència científica i fins a quin punt resulta creïble.^{12 13} El patró estàndard actual el donen els metaanàlisis que treuen el més alt nivell d'evidència dels estudis controlats i randomitzats. Però fins i tot aquests tipus d'estudis plantegen els seus reptes en cirurgia que cal prendre en consideració.¹⁴ Però fins i tot en els casos d'evidència més clara, aquesta evidència no deixa de ser en relació a una població que, per la seva pròpia diversitat intrínseca, no té perquè ser aplicable a un cas clínic concret, fora de l'estudi, per molt que coincideixi bàsicament amb les característiques del conjunt. Per això, cada vegada que apliquem les conclusions d'un estudi a un altre cas particular qualsevol, exigeix un cert grau d'inferència lògica.¹⁵

Fins i tot en casos d'evidència feble, l'experiència, pròpia o d'altres, fa que la incertesa no sigui absoluta. L'estudi estadístic de les diferents freqüències de presentació d'esdeveniments distints, representa un cert grau d'informació que pot ser aprofitada per la presa de decisió.

Però naturalment la major part d'informació prové dels articles científics publicats, en especial d'aquells que ofereixen majors garanties per incloure resultats d'estudis randomitzats i controlats (*RCT: randomized controlled trials*), o millor encara de metanàlisis o revisions del màxim nombre possible d'aquests estudis que, analitzats conjuntament, permetin treure'n conseqüències més universals i vàlides.¹⁶ Cal tenir en compte els possibles biaixos que pot tenir cada un d'aquests estudis.^{17 18} No sempre disposem d'evidències d'aquest tipus però, quan no les tenim, altres fonts provinents d'estudis no randomitzats poden aportar un cert grau d'informació, tenint en compte totes les precaucions necessàries.¹⁹ I, si més no, la pròpia intuïció pot ser l'única informació que disposem, tot i que resulti més o menys especulativa, però sempre tindrà més valor que l'absolut desconeixement.

En altres situacions, la complexitat del cas pot fer molt difícil, per no dir impossible, una decisió reglada. Hi poden influir molts factors: múltiples variables, manca d'evidència específica que s'adapti a totes les circumstàncies concurrents, absència d'una opció amb resultats clarament superiors a les altres, o amb nivells més baixos de probabilitat i confiança. És llavors quan el model de decisió haurà de ser més analític i, on hi manqui evidència, caldrà utilitzar la inferència lògica a partir del coneixement biològic bàsic, de la comparació amb casos i situacions similars o, fins i tot de la pròpia experiència i de les preferències del pacient. És a dir un model més individualitzat que, a partir de la comparació de les diferents opcions, permeti elegir la que sembla aportar més versemblança i per tant credibilitat.²⁰

Altres decisions poden precisar de ser preses en situacions de gran pressió emocional, de risc elevat, de situacions imprevistes, inesperades o, fins i tot, desconegudes, amb pressa de temps que no permet obtenir la informació que es desitjaria ni la claredat mental per raonar adequadament. Aquesta és sovint la situació en el quiròfan, durant l'acte operatori.²¹ És en aquests casos quan la intuïció, mitjançant el reconeixement primari de patrons fonamentals, permet prendre una decisió al marge de la lògica, del coneixement conscient i del càlcul.²² Llavors és quan l'experiència resulta fonamental.²³ Una decisió ràpida, gairebé inconscient, espontània, primària (reptiliana), corre el risc de cercar la comoditat del propi cirurgià o decisor en aquell moment. Poder evitar-ho pot ser fruit d'una meditada determinació ètica i professional i d'una racionalització assumida pel fet d'haver viscut moltes situacions semblants, encara que no fossin exactes, però amb patrons bàsics que permetin optar, encara que de manera primària, per la millor opció possible en el moment, naturalment d'entre les que formen part del bagatge cultural del decisor.

Es pot dir que, davant d'un fet o situació inesperada, sempre hi cap el model creatiu de decisió, és a dir aquell que, basat en l'enginy i la intel·ligència del decisor, permet fer el disseny d'una nova opció que dona lloc a una solució imprevista davant d'un problema desconegut. Però no tothom té la mateixa capacitat creadora encara que formi part del vessant artístic de la cirurgia.

Qualsevol que sigui el sistema de decisió aplicable en un moment donat: reglat, analític, intuïtiu o creatiu, cal estar preparat per assumir-lo en les millors condicions possibles. D'aquí que la formació d'un bon cirurgià hagi d'incloure també l'entrenament en habilitats quirúrgiques no tècniques entre les quals destaca la presa de decisions.²⁴ ²⁵ Això comporta enfortir els tres grans eixos que han de guiar, conscient o inconscientment, el procés de presa de decisions: l'evidència, la inferència i l'experiència.

L'evidència prové de la revisió contínua del coneixement actualitzat, filtrat metodològicament i acreditat per la fiabilitat estadística que permeti acotar, tant la població a que es refereix, amb les característiques que la defineixen, com el grau d'incertesa que comporta l'acceptació de la recomanació que generen.²⁶

La inferència, basada en el raonament lògic i el mètode heurístic, prové del coneixement bàsic de la naturalesa: biològica, física, química o matemàtica que permetin inferir possibles resultats a partir del coneixement científic contrastat i no de prejudicis o de simples suposicions infundades. Cal ser molt caut amb els principis o mems^a heretats de mestres que, en el fons, es basaven en els coneixements i les circumstàncies passades que, a vegades podien tenir una certa utilitat en determinades situacions però que avui en dia poden haver estat desbordades per la realitat.^b Sens dubte, molts d'aquests mems tenen una certa lògica però sovint ens han quedat més gravades per la influència emocional del mestre que per la pròpia validesa universal contrastada de l'expressió.^c

^a Mem: (per analogia amb: gen) unitat mínima de transmissió, imitació o replicació de l'herència cultural, en forma d'idea, de símbol o de pràctica, que passa d'una ment a una altra mitjançant, la parla, l'escriptura, els gestos, els rituals o altres fenòmens imitables. (Wikipedia).

^b Per exemple: "Els grans cirurgians fan grans incisions".

^c Per exemple: "Contra hemorràgia incisió" o "No deixis pondre el sol sobre una obstrucció"...

Per últim, cal tenir en compte l'experiència. Només el fet d'haver passat moltes hores al quiròfan, d'haver-se trobat en molts tipus diversos de problemes, d'haver vist moltes operacions amb diferents graus d'implicació que inclouen veure com han reaccionat altres cirurgians davant l'imprevist, poden ser la base d'una bona intuïció que permeti la millor decisió en els moments més difícils.²⁷ Sempre que tot això s'hagi acompanyat d'una permanent auditoria personal, que hagi analitzat els resultats obtinguts amb les decisions preses, s'hagi sotmès a una autocrítica rigorosa, des de la revisió de l'evidència actualitzada i la inferència raonada, fruits de la recerca o l'auditoria metodològicament inqüestionables.^{28 29}

La primera decisió: Triar el model de decisió

Totes les decisions impliquen un cert grau d'incertesa. El fet d'existir opcions diverses fa que cap d'elles tingui un resultat del tot previsible. Naturalment, davant la certesa absoluta no plantejaria dubtes cap decisió. Triar una opció suposa sempre un cert risc d'error però també un cert grau de confiança en l'encert. Delimitar, encara que sigui de manera grollera o subjectiva, sense la rigorositat matemàtica, aquest grau de risc o de confiança pot ser, si més no, un bon exercici mental d'aproximació a l'autèntic interès del pacient de manera raonada i en consciència.

No resulta fàcil trobar l'equilibri just entre les implicacions econòmiques, des d'una perspectiva comunitària d'ús racional dels recursos, i les implicacions ètiques, des d'una perspectiva de respecte a l'autonomia individual del pacient i el seu dret a decidir. L'avantatge d'un sistema analític és que permet enfocar les possibles solucions des de paradigmes diferents i comparar els resultats dels diversos paràmetres d'interès entre les distintes perspectives en joc.

En aquest sentit, per la seva naturalesa, més assequible conceptualment, el denominat mètode de l'arbre de decisió, adaptat amb algunes variacions en especial semàntiques i de procediment, permet una anàlisi exhaustiva de possibilitats a tenir en compte.^{30 31} Es tracta d'un mètode fàcil d'entendre i que pot incloure tots els aspectes rellevants a la decisió tant per l'individu com per la societat.

La reflexió sobre tots aquests aspectes obliga a descriure pas a pas cada un dels apartats importants, per tal d'anar aprofundint en la seva comprensió. Per ajudar a fer més entenedors els conceptes, alguna petita llicència semàntica pot ajudar a aclarir el significat autèntic dels termes emprats, més enllà de l'ortodòxia metodològica. Alguns dels conceptes són creditors d'una definició matemàtica, motiu pel qual resulta aconsellable la inclusió d'algunes fórmules senzilles i bàsiques. La descripció gràfica progressiva del procés permet la incorporació de nous conceptes en les successives figures, facilitant un seguiment evolutiu que faci més assequible no tan sols la comprensió global del mètode si no també els elements claus a tenir en compte en la decisió.

Amb aquests conceptes fonamentals intentarem aprofundir en les decisions complexes en cirurgia, plantejant les principals característiques que tenen les opcions, els esdeveniments, les probabilitats, les utilitats i les esperances en els pacients quirúrgics o tributaris de poder-ho ser.

Problema com a punt de partida d'una decisió

Allò que ens situa en un punt de decisió és l'existència d'un problema. L'objectiu de la medicina i de la cirurgia és resoldre els problemes de salut.³² Tenim un problema quan posseïm informació parcial sobre una qüestió, és a dir: coneixem algunes dades però no totes i, per tant, respecte a aquella qüestió determinada, ens movem en un cert ambient d'incertesa.

Sovint la incertesa està lligada a l'espai: obrim o no obrim una porta (o una panxa) si no estem segurs de què hi pot haver a l'altra banda? Pot ser perillós? Pot causar algun dany? Si sabem exactament que hi ha a l'altra banda, la decisió pot ser molt simple però, i si no en sabem res o molt poc? Simultàniament, els problemes estan relacionats amb el temps. No es poden prendre decisions sobre coses passades perquè, fins ara, el sentit del temps és unidireccional i cap decisió actual pot canviar el passat. En canvi, tota decisió actual pot influir en el futur. La diferència és que, en l'espai ens podem moure en tres dimensions (per convenció); podem anar endavant o endarrere, amunt o avall, a dreta o a esquerra; en el temps només podem anar cap al futur. Diem endavant per analogia amb l'espai però el temps no és ben bé una dimensió més, com les tres de l'espai; és una variable diferent i amb les seves característiques pròpies. Per això els problemes de salut en cirurgia són, fonamentalment, problemes de pronòstic.

Però, sobre tot, un problema, en el cas de la cirurgia, és un problema de salut. Sabem que una determinada afecció o condició de salut pot tenir un tractament: una operació quirúrgica, que pot aportar una solució que representi un guany clar en quantitat o en qualitat de vida. Es tracta d'un coneixement empíric, provinent del fet que un determinat procediment s'ha demostrat eficaç en alguns casos semblants tot i que rarament en tots.

Quan ens trobem davant d'un problema de salut que pot ser resolt mitjançant la cirurgia, estem en un punt o un node de decisió, sempre que tinguem més d'una opció per triar. Per tant, el primer punt a plantejar-se són les opcions a l'abast. De fet, en el curs d'atenció a un pacient, ens podem anar trobant en diferents nodes de decisió, per això se solen representar per un quadrat a l'interior del qual hi pot haver un nom o millor un símbol o un simple número ordinal (1,2,3,4...) que identifiqui aquell node de decisió.

Començant a conèixer els elements de l'arbre, es tracta d'expressar que, quan un determinat problema pot tenir diverses solucions, cal triar-ne una. Estem davant d'un procés de decisió que s'inicia amb el problema (representat per un petit quadrat o node de decisió), del qual en surten, com a branques, les solucions o opcions possibles. (Figura 1)

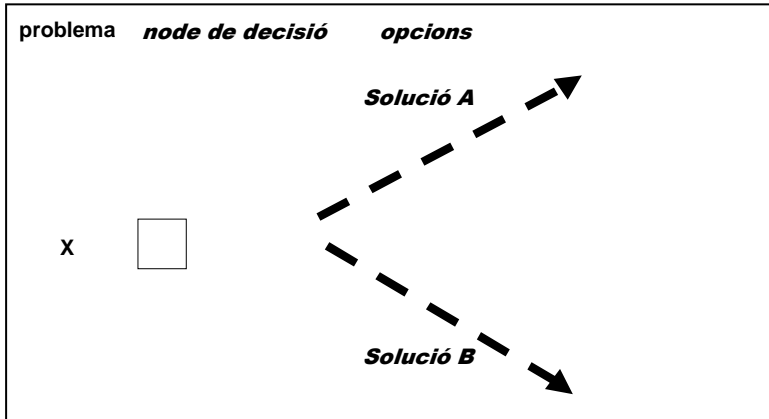


Figura 1: Plantejament d'un problema i les seves solucions possibles en format d'arbre: Node de decisió i opcions disponibles.

X: problema.

A, B: solucions (opcions disponibles)

L'objectiu de la decisió: triar una opció entre les disponibles

El fet de triar una solució, d'entre les possibles, no resolt el problema, perquè les conseqüències no són indiferents a l'opció elegida. Cada opció condueix a situacions distintes que marquen un camí sense tornada (per allò que dèiem de la fletxa del temps). De fet, si fracassa la solució triada, podem, a vegades, provar-ne una altra d'alternativa, però la trajectòria ja serà diferents de si l'haguéssim escollit d'entrada. Naturalment si haguéssim sabut que ens trobaríem amb un fracàs havent triat la primera opció, ens l'haguéssim estalviat i hauríem anat directament a una altra.

Normalment, en cirurgia, es tracta d'elegir entre dues possibilitats bàsiques: operar o no-operar. Després es pot continuar aprofundint entre altres opcions derivades d'aquesta primera: en cas d'operar, decidir qui, com, quan, on, fer-ho. En cas de no operar, decidir si triar un altre tractament alternatiu, d'entre els possibles, o fer abstenció terapèutica. És a dir, que una vegada feta la primera decisió, se'n succeeixen tota una cadena de decisions derivades, cada una constituint un nou node de decisió del qual en surten noves opcions específiques. Tot plegat adopta una estructura fractal, de branques i més branques que, com en un arbre, semblen anar creixent indefinidament tot i que sempre hi ha un final previsible en cada cas, al menys pel que fa a les decisions més rellevants.

En cirurgia, si l'opció que s'ha triat és operar, ja no es pot no operar per resoldre el problema en quina solució hem fracassat. Per petites que siguin, les conseqüències de la intervenció, encara que sigui una simple cicatriu, deixen la seva empremta gravada per sempre més en el cos. D'aquí que sigui molt important preveure que pot passar després d'haver elegit cada opció possible abans de fer la tria. Es tracta doncs, com hem dit, d'un problema fonamentalment de pronòstic. El pronòstic és una qüestió bàsica en cirurgia i en medicina per tal de poder controlar el risc, d'aquí la importància de poder disposar de dades fiables sobre les diferents afeccions quirúrgiques.³³

Per tal de fer l'exposició més simple, ens concentrarem en la decisió primera, és a dir considerant com a opcions només dues: operar i no-operar.

Esdeveniments derivats de triar una opció

L'elecció d'una solució del conjunt de disponibles, constitueix el motiu bàsic del procés de decisió; però no acaba aquí el problema. El fet que no totes les solucions porten als mateixos resultats obliga a fer una bona tria que, en coherència amb els objectius de bondat o el principi de beneficència, seria aquella que permet obtenir el millor resultat possible. (Figura 2)

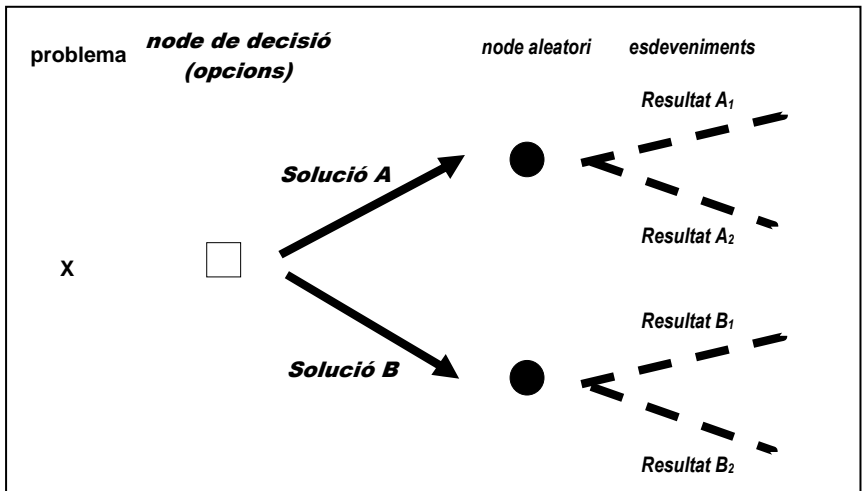


Figura 2: Plantejament d'un problema i les seves solucions possibles en format d'arbre: Node aleatori i esdeveniments possibles (i=1,2) per cada solució existent (A,B).

X: problema.

A, B: solucions (opcions disponibles)

A_i, B_i: resultats possibles de cada solució existent (esdeveniments possibles i)

La qüestió està en determinar quin és el resultat millor. Només l'experiència d'haver hagut de prendre decisions en situacions semblants, anteriorment, ens pot servir d'informació dels diferents successos possibles que denominarem esdeveniments. Si només es pogués donar un sol esdeveniment per a cada opció elegida, el problema seria molt més senzill: triar l'opció que porta a l'esdeveniment que considerem millor. Però la realitat és més complexa i, en general, demostra que es poden donar esdeveniments diversos per una mateixa opció. Esdeveniments que poden ser excloents, és a dir només un dels possibles per a cada opció, o no excloents, és a dir que se'n pot donar més d'un com a conseqüència de triar una opció. El fet que se'n doni un o més, sense que tinguem la seguretat, per endavant, de quin o quins es donaran, fa que el fenomen es denomini estocàstic, o sigui: depenent de l'atzar o de la sort (esdeveniment aleatori).

Com que cada opció pot donar lloc a una sèrie de resultats diferents que no podem controlar, significa que el decisor s'enfronta a una manca d'informació sobre el futur i que està immers en un ambient d'incertesa. Així com la tria de l'opció depèn de la voluntat del decisor, el resultat ja no depèn d'ell si no que resulta imprevisible. D'aquí que, una vegada presa la decisió, ens trobem en un moment d'expectativa per veure que passa. Aquest punt es representa amb un petit cercle ple i es denomina node aleatori.

Cada opció ens situa en un node aleatori diferent, perquè cada una pot portar a l'aparició de successos distints que conformen el conjunt d'esdeveniments diferents de l'opció corresponent. Tot i que alguns esdeveniments en els quals estem interessats poden ser semblants en una o altra opció.

Per exemple, els esdeveniments que ens interessin pel cas d'operar, podem resumir-los en dos: sense cap complicació postoperatòria o amb complicació postoperatòria. Dins de les possibles complicacions es podrien establir una llista de possibilitats: des de l'èxitus fins a les diferents complicacions relacionades, més o menys, amb el fet quirúrgic, és a dir amb haver triat l'opció d'operar; per simplicitat considerarem només les dues bàsiques: complicació i no-complicació. Quelcom de semblant podem fer per l'opció de no-operar; considerarem dos esdeveniments possibles: que se solucioni el problema sense operar o que no se solucioni; és a dir, els esdeveniments també serien, de manera molt resumida, dos: solucionable i no solucionable. Amb això podem representar l'expansió de l'arbre de decisió amb les branques principals (opcions) sortint dels nodes de decisió i les branques secundàries (esdeveniments) sortint dels nodes aleatoris.

Esdeveniments estocàstics i probabilitats

Malgrat dependre de l'atzar, el fet que alguns dels possibles esdeveniments, derivats d'un node aleatori, siguin més freqüents i per tant més probables que altres, permet albirar quines opcions és més probable que donin lloc a resultats millors més sovint. D'aquí que puguem associar un valor de probabilitat a cada esdeveniment possible que ens donarà idea de la plausibilitat que s'esdevingui.

La informació que tenim sobre aquestes probabilitats de presentació dels diferents esdeveniments prové dels estudis previs, ja siguin propis o accessibles mitjançant les publicacions en revistes científiques.

Aquest coneixement, encara que incomplet, permet predir coses del futur amb un cert grau de confiança però també de risc; per tant, el desconeixement no és absolut. L'experiència ens ha demostrat que les lleis de la física i de la biologia són inexorables i això ens permet fer prediccions de fets simples, amb prou aproximació, quan coneixem el comportament de totes o la majoria de variables implicades en la predicció. Tot i que sempre s'ha d'estar preparat per l'imprevist. Però quan una determinada qüestió es pot veure influïda per múltiples variables, no totes previsible, estem davant d'un problema complex i cal decidir, entre les opcions possibles, aquella que ens ofereix la major versemblança del millor resultat.

Cada succés pot esdevenir amb un cert grau de probabilitat que indica fins a quin punt és plausible que es presenti. Poden haver-hi esdeveniments que siguin beneficiosos per la persona afectada, per exemple el fet que no hi hagi complicació per l'opció d'operar o el fet que sigui solucionable sense operar. Altres esdeveniments poden ser perjudicials com el que hi hagi complicació o que no sigui solucionable.

Entre la confiança i el risc

La probabilitat que es doni un esdeveniment beneficiós la denominem confiança perquè en el fons és una mesura de la confiança que ens genera l'opció triada.

Sempre hi ha circumstàncies que, per la pròpia naturalesa de la persona afectada o per les característiques externes que concorren en el cas, el lloc i el moment, el resultat no ha estat tan efectiu com s'esperava. És aquesta probabilitat que s'esdevingui un succés inesperat i indesitjat que rep el nom de risc i, en el cas de la cirurgia, de risc quirúrgic. Tota decisió en un ambient d'incertesa, per limitat que sigui, comporta risc i, per tant la millor decisió serà aquella que, davant d'un problema, minimitza el risc i optimitza el resultat. Aquesta probabilitat que s'esdevingui una complicació, com a esdeveniment perjudicial o indesitjat, que se'n diu risc, és també una mesura del grau de desconfiança que ens genera l'opció triada. Risc i confiança són per tant dues mesures complementàries que es poden veure representades en l'arbre de la Figura 3.

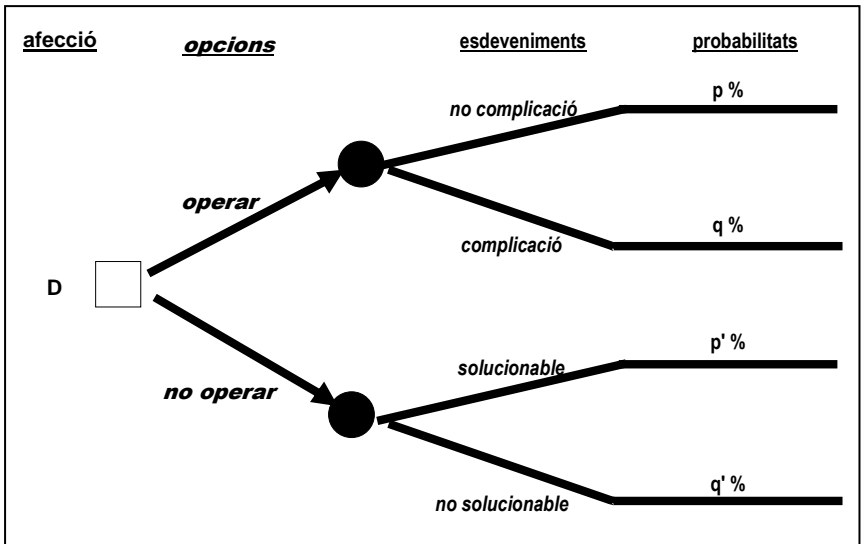


Figura 3: Plantejament d'un problema de decisió en cirurgia i les seves opcions possibles en format d'arbre: Probabilitat de cada esdeveniment possible segons opció.

D: problema (diagnòstic, afecció)
 p, p': probabilitats (confiances)
 q, q': probabilitats (risks)

Les complicacions, pel seu caràcter inesperat, són els tipus d'esdeveniments indesitjats que més s'intoleren. Però hi ha altres esdeveniments que no es presenten de manera aleatòria si no que depenen directament de l'opció triada i, malgrat ser indesitjats, no es pot dir que siguin imprevistos. Es tracta de les seqüeles que se segueixen inevitablement de cada tipus d'intervenció, encara que només sigui la cicatriu cutània.³⁴ Es podrien incloure també en l'arbre de decisió, però de moment no ho farem per simplificar les coses. També posats a considerar més esdeveniments possibles, per exemple complicacions de complicacions, caldria anar afegint més branques a l'arbre de manera indefinida.

El càlcul probabilístic

Tant si en denominem confiança com risc, es tracta de probabilitats que segueixen els principis del càlcul probabilístic. La màxima probabilitat és 1 i la mínima 0, de manera que, si denominem p la probabilitat d'ocurrència d'un determinat esdeveniment i q la del seu complementari, és a dir la probabilitat de no ocurrència d'aquest esdeveniment, la seva suma de probabilitats no pot ser mai superior a 1. Si denominem p a la probabilitat de no complicació, q seria la seva probabilitat complementària, és a dir, la probabilitat de complicació.

Es tracta que el risc global representi el valor complementari de la confiança, de manera que

(1) $p + q = 1$

p: confiança (probabilitat de no complicació)
 q: risc global de complicació (morbimortalitat)

L'absència de complicació pot ser considerada com un dels esdeveniments possibles; de fet, aquell en el qual se sol estar més interessat o es considera més desitjable; d'aquí que avaluï la confiança que ens mereix a priori el fet de triar una determinada opció.

Una qüestió important és en quins esdeveniments estem interessats. D'una manera natural semblaria que la llista de complicacions possibles, amb els seus respectius riscos, permetria establir el risc global de cada opció com la suma dels corresponents riscos. Per exemple, els descrits a la Figura 4.

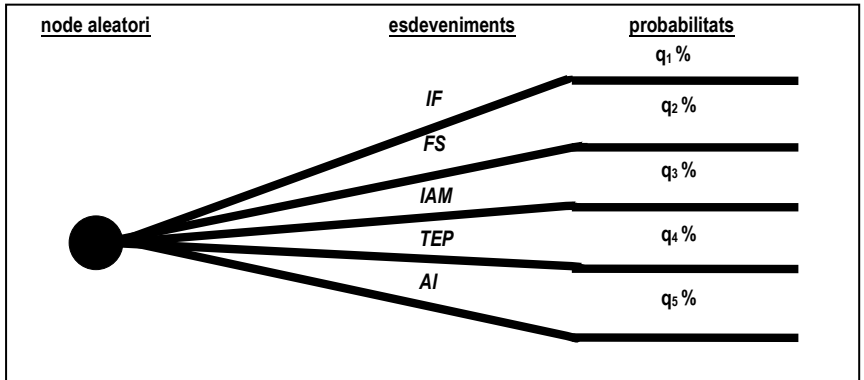


Figura 4: No de aleatori després d'una intervenció quirúrgica. Format en branques d'arbre i probabilitat de cada esdeveniment possible (i=1,2,3...) segons l'opció d'operar.

IF: Infecció de Ferida

FS: Fallida de Sutura

TEP: TromboEmbolisme Pulmonar

IAM: Infart Agut de Miocardi

AI: Altres

q: probabilitats (riscos) parcials de complicacions diverses (no excloents entre si) causes de morbimortalitat.

Però per poder-ho considerar així, caldria que els diferents riscos d'esdeveniments indesitjats, correspongessin a esdeveniments excloents entre si, però l'existència de complicació, acostuma a ser més complicada perquè es poden presentar diverses complicacions al mateix temps.³⁵ La més temuda pot ser la mort, és a dir la probabilitat d'èxitus o de mortalitat, que pot ser complementària de la no mortalitat però no necessàriament de la no complicació. De fet es poden donar altres complicacions com una infecció de ferida, una tromboflebitis, una fallida de sutura o un infart de miocardi cada una amb una probabilitat determinada, però la suma de riscos no és equivalent al risc global pel fet de no ser esdeveniments excloents entre si.

És a dir que, si agafem la probabilitat de complicació (risc de morbimortalitat global) com la suma de les probabilitats o riscos parcials de les diferents complicacions, ens podem trobar que

$$(2) \quad \Sigma q_i \neq q$$

q: risc global de complicació (morbimortalitat)

q_i: probabilitats (riscos) parcials de complicacions diverses (no excloents entre si) causes de morbimortalitat.

La mortalitat es compta com una complicació, la més greu possible, però l'esdeveniment èxitus es pot donar associat a qualssevol altres morbiditats (infecció de ferida, tromboembolisme pulmonar...). També qualsevol altra morbiditat es pot donar associada a una o més de les altres, inclòs l'èxitus, simultàniament en un mateix pacient, de manera que, probablement

$$(3) \quad \Sigma q_i > q$$

q: risc global de complicació (morbimortalitat)

q_i: probabilitats (riscos) parcials de complicacions diverses (no excloents entre si) causes de morbimortalitat.

Però per poder parlar d'espai probabilístic cal que

$$(4) \quad q = 1 - p$$

p: confiança (probabilitat de no complicació)

q: risc global de complicació (morbimortalitat)

I sempre que es pugui donar més d'un esdeveniment indesitjat, simultàniament, la suma de riscos individuals resultaria ser superior a la unitat

$$(5) \quad (p + \Sigma q_i) > 1$$

p: confiança (probabilitat de no complicació)

q_i: probabilitats (riscos) parcials de complicacions diverses (no excloents entre si) causes de morbimortalitat.

Pel que no es tractaria d'una distribució de probabilitats. La probabilitat que es doni simultàniament una infecció de ferida i una tromboflebitis, per exemple, no és exactament la suma dels dos riscos de cada una per separat. De fet seria la suma dels dos riscos menys el risc que es donin simultàniament les dues complicacions.

Cal tenir en compte les lleis i normes del càlcul de probabilitats per avaluar correctament confiances i riscos.

$$(6) \quad q(\text{IF U TEP}) = q(\text{IF}) + q(\text{TEP}) - q(\text{IF/TEP})$$

q(IF U TEP): risc compost (unió) dels dos esdeveniments IF i TEP simultàniament
 q(IF): risc simple de l'esdeveniment IF
 q(TEP): risc simple de l'esdeveniment TEP
 q(IF/TEP): risc de l'esdeveniment IF donat que ja ha tingut l'esdeveniment TEP
 IF: Infecció de Ferida
 TEP: TromboEmbolisme Pulmonar

Per tant, la suma dels riscos individuals de cada possible complicació, quan poden presentar-se simultàniament més d'una, seria

$$(7) \quad \sum q_i > (1 - p)$$

p: confiança (probabilitat de no complicació)
 q_i: probabilitats (riscos) parcials de complicacions diverses (no excloents entre si) causes de morbimortalitat.

Si es vol doncs una distribució de probabilitats, els esdeveniments no poden ser les complicacions aïllades si no les complicacions aïllades però també les probabilitats de presentar-se juntes totes les combinacions possibles de coincidència entre elles. De la relació exhaustiva de tots els esdeveniments únics o múltiples possibles, se'n podria dir riscos normalitzats

$$(8) \quad q = \sum q_i^*$$

q: risc global de complicació (morbimortalitat)
 q_i*: probabilitats (riscos) parcials de cada tipus de complicació incloent totes les combinacions possibles de presentació de més d'una complicació (necessàriament excloents entre si).

De manera que es complís

$$(9) \quad q = \sum q_i^* = 1 - p$$

p: confiança (probabilitat de no complicació)
 q: risc global de complicació (morbimortalitat)
 q_i*: probabilitats (riscos) parcials de cada tipus de complicació incloent totes les combinacions possibles de presentació de més d'una complicació (necessàriament excloents entre si).

A més del càlcul, és important també saber la procedència poblacional de les dades sobre riscos i confiança. El més habitual és que els diferents factors de risc es tinguin en compte en base a experiències prèvies, com més àmplies millor, a partir de la informació disponible preoperatòriament.³⁶ Però a vegades també es poden considerar tenint en compte les característiques tècniques de la pròpia intervenció.³⁷ El maneig del risc quirúrgic és una habilitat fonamental en cirurgia.³⁸ Cal saber explicar molt bé als pacients el risc que significa la seva intervenció.³⁹

Els cirurgians acostumem a estar interessats en els aspectes clínics de la nostra tasca i per tant en la transcendència de les complicacions pel pacient però, a vegades, des d'una perspectiva de gestió, l'interès es pot centrar en altres aspectes com el cost econòmic.⁴⁰

No totes les complicacions són igual de greus, de manera que s'han establert classificacions en funció de la seva transcendència clínica.^{41 42 43} Aquesta transcendència clínica es pot mesurar en termes d'utilitat, com veurem a continuació.

Mesura de les conseqüències d'un esdeveniment: Valoració de la utilitat

Tot i que per algunes decisions les dades de risc o confiança poden ser prou il·luminadores, sovint no resulten suficients. De fet, allò que de veritat interessa, per comparar les solucions, són els resultats de cada una, no tan sols des del punt de vista qualitatiu de diferents esdeveniments o quantitatiu amb les seves pròpies probabilitats cada un, el fonamental són en realitat les conseqüències que pot tenir cada esdeveniment en termes de benefici o malefici. Per mesurar les conseqüències d'una elecció, s'utilitza el concepte d'utilitat que, tot i assemblar-se o poder-se fins i tot expressar en termes de probabilitat, té un sentit finalista pragmàtic diferent, lligat a la idea de mesura d'utilitat en el sentit de fer servei, bo o dolent, per millorar o per empitjorar la situació prèvia.

Cada esdeveniment derivat de triar una opció pot tenir conseqüències que poden ser positives o negatives i, en qualssevol dels dos casos, poden ser de major o de menor magnitud, és a dir que poden ser calibrades qualitativament i quantitativament. El paràmetre que s'utilitza per fer aquesta calibració rep el nom genèric d'utilitat. Parlem de nom genèric perquè en realitat la utilitat pot ser avaluada a partir d'una o més variables i mesurada en diferents tipus d'unitats. Per exemple es poden mesurar en diners (cost, estalvi...) o en termes dels emprats en economia, que han estat les més usats fins ara.^{44 45 46} Però també es poden utilitzar aspectes més clínics com els relacionats amb el temps (durada, vida mitjana...).⁴⁷ Fins i tot els criteris qualitius (benestar, felicitat, salut...) poden ser rellevants per ajudar a prendre una bona decisió.^{48 49 50} Tot plegat fa que una valoració global de la utilitat pugui resultar, si més no, complexa, però com més factors es tinguin en compte en la decisió més fàcil és que s'aproximi al criteri de Pareto de benefici per tothom.^{51 52}

Utilitat i disutilitat

La utilitat, des del punt de vista clínic o de la salut, està relacionada fonamentalment amb la vida, tant des del punt de vista quantitatiu com qualitatiu. La quantitat de vida es pot valorar des d'una perspectiva positiva (supervivència, esperança de vida) o negativa (mortalitat).^{53 54 55} La qualitat de vida també es pot plantejar des d'una perspectiva positiva (benestar relacionat amb la salut) o negativa (malestar per morbiditat).^{56 57} Realment la idea d'utilitat es correspondria filològicament a la utilitat vista des d'una perspectiva positiva. D'aquí que la utilitat des d'una perspectiva negativa es coneix com a disutilitat. En sentit ampli, el terme utilitat inclou tant les utilitats com les disutilitats.

Totes aquestes variables d'utilitat no són si no visions parcials de diferents aspectes de la utilitat, d'aquí que s'anomenin utilitats parcials o simples. Taula 1

Utilitats parcials	(U_j)
Supervivència a 5 anys	(U1)
Qualitat de vida	(U2)
...	
Disutilitats parcials	(V_j)
Pèrdua de vida per mortalitat a 30 dies	(V1)
Pèrdua qualitat de vida per morbiditat	(V2)
...	

Taula 1: Utilitats i disutilitats. Exemples d'utilitats (utilitats/disutilitats) parcials simples (j=1,2,3...).

u_j: utilitats parcials simples j

v_j: disutilitats parcials simples j

Càlcul d'utilitats

El càlcul d'utilitats, que en un principi es va denominar càlcul utilitarista o càlcul hedonista, es va desenvolupar poc després del càlcul de probabilitats i, en certa manera, va voler seguir un model semblant d'estandardització.^{58 59} Com que comparar variables expressades en diferents magnituds resultava impossible, la manera de poder-ho fer era convertir les diferents magnituds en un valor teòric comú i universal que representa una mesura de la utilitat normalitzada. Però així com la probabilitat sempre és positiva i pot variar de 0 a 1 (de 0 al 100%, si es vol en percentatge), la utilitat presentava algun problema afegit. En efecte si es donava el valor 1 a la màxima probabilitat, el valor mínim no seria 0 si no que, podent existir utilitats negatives (disutilitats), el valor mínim correspondria a la màxima disutilitat, és a dir -1. El valor 0 correspondria, en tot cas, al valor estrictament neutre, ni útil ni disútil, simplement: inútil.

Determinar els valors màxims o mínims no sempre resulta senzill però es poden trobar formes de simplificar-ho. En el cas de paràmetres que es poden expressar en termes de freqüència relativa, en percentatge o com a probabilitat, resulta fàcil: el 100% de freqüència o la probabilitat 1 representen el valor màxim. Per exemple si parlem de supervivència a 5 anys (o a 10 anys, o a 20...) el valor màxim és la supervivència del 100% (utilitat 1) i el mínim la de 0% (utilitat 0). Si en canvi parlem en termes de mortalitat, el valor màxim seria el 100% de mortalitat (utilitat mínima o disutilitat màxima -1) i el mínim també el 0% (utilitat màxima o disutilitat mínima 0). En aquest cas, en tractar-se de paràmetres en certa manera complementaris, conceptualment i matemàticament (per exemple 50% de supervivència implica 50% de mortalitat i *viceversa*), en un cas (supervivència) es considera des de la perspectiva positiva (supervivència o mitja ampolla plena) mentre que en l'altra es considera des de la perspectiva negativa (mortalitat o mitja ampolla buida). En el cas del 50%, podria semblar que una anul·laria l'altra (utilitat 0,5 una per disutilitat -0,5 l'altra) però, com veurem més endavant, els valors personals poden fer que això no sigui ben bé així. En qualsevol cas, per exemple, si la supervivència fos del 70% i per

tant la mortalitat del 30%, llavors una tindria utilitat 0,7 i l'altra disutilitat -0,3. El saldo ^a seria 0,4 en positiu però, de fet, s'haurien de tenir en compte les dues magnituds complementàries pel fet que, des del punt de vista de la utilitat representen coses diferents.

En el cas d'altres valoracions d'utilitat com les relacionades amb la qualitat de vida, per poder establir els valors màxim i mínim, cal tenir en compte l'interval de l'escala utilitzada, és a dir el valor màxim i el mínim de puntuacions possibles. Per exemple, si s'utilitza una escala com la de Karnofsky que té una puntuació de 0 a 100, de nou resulta fàcil: 100 és la utilitat màxima (utilitat 1) i 0 és la mínima. En aquest cas també és important fixar els límits de la perspectiva individual. Per exemple, alguns poden considerar que una qualitat de vida baixa (inferior a un índex de 50 o menys de l'escala de Karnofski) segueix sent, malgrat tot, una utilitat (la vida és un valor absolut, per sobre de tot), en quin cas la puntuació 0 equivaldria a utilitat 0. Altres podrien considerar que per sota de 50 (o 30, o 20... segons els valors de cada persona) és més aviat una disutilitat, en quin cas el valor mínim 0 correspondria a una utilitat (disutilitat) de -1. En aquest cas, s'hauria de convertir els 50 punts en el percentatge corresponent de punts d'utilitat o de disutilitat. És a dir, de 0 a 50 punts repartir-se una unitat de disutilitat, per tant un valor de disutilitat o utilitat negativa, mentre que de 50 a 100 punts el percentatge corresponent o la part corresponent de la unitat de utilitat seria positiva pròpiament. Naturalment, si el límit de disutilitat es fixés en, per sota de puntuació 30, per exemple, la utilitat de 70 punts (puntuacions de 30 a 100) s'hauria de convertir en percentatge o equivalents a una unitat d'utilitat mentre la utilitat (disutilitat) de 30 punts correspondrien al percentatge o part corresponent de la unitat de disutilitat (utilitat negativa).

Quan l'escala no és de tipus percentual, com passa per exemple l'índex de Katz d'activitats de la vida diària (AVD) que, per a l'apartat de bàsiques, té una puntuació màxima de 20 punts o, pel global, poden ser 54 punts, cal referir la utilitat a aquests valors. Per a les bàsiques el 100% serien els 20 punts i per a les globals seria de 54 (utilitat 1). Pel dos casos la puntuació mínima seria 0 equivalent a un 0% (utilitat 0). La valoració subjectiva: optimista o pessimista (realista?) de la qualitat de vida, resulta rellevant a l'hora de fer-ne la valoració conjunta, com es veurà més endavant.

Des del punt de vista del càlcul, no entrarem aquí en les consideracions ètiques del problema si no en la manera com es podrien efectuar les transformacions dels diferents valors de les distintes utilitats parcials per poder fer compatibles els uns amb els altres. Per exemple, des del punt de vista econòmic, sumar peres amb pomes consisteix simplement en sumar el cost amb diners de les peres amb el cost en diners de les pomes, sent els diners la unitat de mesura comú entre les dues fruites. En el càlcul probabilístic també es pot fer quelcom de semblant, operar (sumar, restar, etc.) amb probabilitats de diferents esdeveniments permet poder barrejar conceptes diferents en un sol context (matemàtic). Des del punt de vista de la utilitat en salut, s'ha buscat trobar una moneda comú recurrent a unitats que incorporen factors tan importants com quantitat i qualitat de vida, de forma sintètica; és el cas de les unitats denominades qaly (anys viscut amb qualitat de vida lligada a la salut plena). Però també, el càlcul utilitarista hauria de permetre operar amb utilitats en un sentit

^a En anglès: *pay off*

abstracte com el corresponent de la probabilitat. Intentarem explorar algunes línies en aquest sentit.

Per veure com es pot aconseguir a la pràctica començarem per definir l'equivalent de la utilitat màxima en cada cas en forma de percentatge o d'utilitat màxima (1).

(10) $u_{j\text{màx.}} \Leftrightarrow 100\%$

$u_{j\text{màx.}}$: utilitat parcial simple j màxima possible

De manera semblant, podem definir l'equivalent de la utilitat mínima en cada cas en forma de percentatge o d'utilitat mínima o disutilitat màxima (-1).

(11) $v_{j\text{màx.}} \Leftrightarrow -100\%$

$v_{j\text{màx.}}$: disutilitat parcial simple j màxima possible

Això suposa que, a diferència de les probabilitats que es poden donar en l'interval [0, 1], les utilitats es poden donar en l'interval [-1, 1]. Figura 5

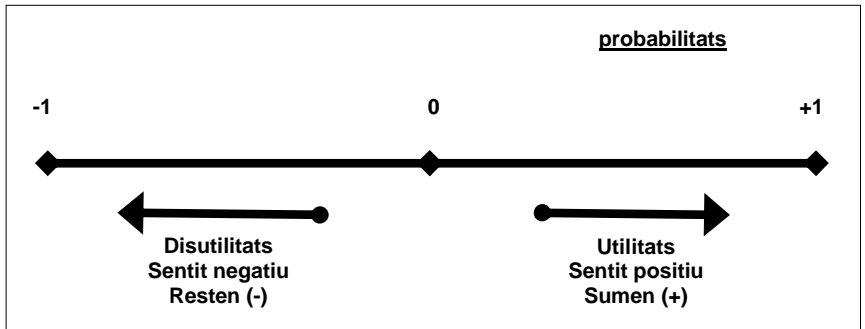


Figura 5: Utilitats i disutilitats. Sentit. Comparació de l'interval de probabilitat [0, 1] amb l'interval d'utilitat [-1, 1].

Com que davant d'un determinat problema, podem estar interessats en més d'una utilitat parcial simple, s'haurà de convertir les diferents unitats de mesura d'aquestes utilitats, expressades de manera absoluta en expressions relatives als seus corresponents valors màxims i mínims, convertits en percentatge o en fraccions de les unitats úniques (normalitzades) d'utilitat. Per tal de poder efectuar càlculs o establir relacions entre elles, les utilitats parcials es poden normalitzar utilitzant la transformació següent:

$$(12) \quad u_{ji}^* = u_{ji} / u_{jm\grave{a}x.}$$

u_{ji} : utilitats parcials simples j dels esdeveniments i
 $u_{jm\grave{a}x.}$: utilitat parcial simple j màxima possible
 u_{ji}^* : utilitats parcials simples j normalitzades dels esdeveniments i

o la forma equivalent per a les disutilitats:

$$(13) \quad v_{ji}^* = v_{ji} / v_{jm\grave{a}x.}$$

v_{ji} : disutilitats parcials simples j dels esdeveniments i
 $v_{jm\grave{a}x.}$: disutilitat parcial simple j màxima possible
 v_{ji}^* : disutilitats parcials simples j normalitzades dels esdeveniments i

D'aquesta manera, les utilitats màximes normalitzades, corresponents a valors equivalents de la utilitat parcial expressada en els seus valors originals, serà sempre

$$(14) \quad u_{jm\grave{a}x.}^* \leq 1$$

$u_{jm\grave{a}x.}^*$: utilitat parcial simple j màxima normalitzada

Mentre que les disutilitats màximes normalitzades, corresponents a valors equivalents de la disutilitat parcial expressada en els seus valors originals, serà sempre

$$(15) \quad v_{jm\grave{a}x.}^* \geq -1$$

$v_{jm\grave{a}x.}^*$: disutilitat parcial simple j màxima normalitzada

I, per tant les utilitats mínimes normalitzades, seran sempre

$$(16) \quad u_{jmin.}^* \geq 0$$

$u_{jmin.}^*$: utilitat parcial simple j mínima normalitzada.

I les disutilitats mínimes normalitzades,

$$(17) \quad v_{jmin.}^* \leq 0$$

$v_{jmin.}^*$: disutilitat parcial simple j mínima normalitzada

El fet d'emprar les utilitats parcials simples normalitzades, permet establir relacions de càlcul entre elles, generant un valor sintètic del conjunt d'utilitats parcials que es pot anomenar utilitat composta, com a resum de totes les utilitats simples de cada esdeveniment en una opció determinada:

$$(18) \quad u^*_{jo} = \sum u^*_{ji}$$

u^*_{jo} : utilitats parcials simples j normalitzades dels esdeveniments i de l'opció o
 u^*_{ji} : utilitat j global de l'opció o

I el mateix es pot fer amb les disutilitats, generant la disutilitat composta de l'esdeveniment en l'opció,

$$(19) \quad v^*_{jo} = \sum v^*_{ji}$$

v^*_{jo} : disutilitats parcials simples j normalitzades dels esdeveniments i de l'opció o
 v^*_{ji} : disutilitat j global de l'opció o

L'avantatge més important però seria que a partir de les utilitats dels esdeveniments de cada opció, es podria calcular la utilitat global de l'opció,

$$(20) \quad u^*_o = \sum u^*_{jo} \leq 1$$

u^*_{jo} : utilitats simples parcials normalitzades j globals de l'opció o
 u^*_o : utilitat global de l'opció o

Així com, a partir de les disutilitats dels esdeveniments de cada opció, es podria calcular la disutilitat global de l'opció,

$$(21) \quad v^*_o = \sum v^*_{jo} \geq -1$$

v^*_{jo} : disutilitats simples parcials normalitzades j globals de l'opció o
 v^*_o : disutilitat global de l'opció o

Naturalment, si un mateix esdeveniment pogués tenir simultàniament utilitats i disutilitats, com quan s'ha parlat de supervivència i mortalitat com a formes complementàries d'avaluar un mateix esdeveniment, la utilitat composta d'aquell esdeveniment vindria donada per la fórmula següent:

$$(22) \quad u_{Ci} = \sum u^*_{ji} - \sum v^*_{ji}$$

u^*_{ji} : Utilitat parcial simple j normalitzada de l'esdeveniment i.
 v^*_{ji} : Disutilitat parcial simple j normalitzada de l'esdeveniment i.
 u_{Ci} : Utilitat composta de l'esdeveniment i.

De manera que podria tenir valor positiu (utilitat), si predominés la utilitat, o valor negatiu (disutilitat), si predominés la disutilitat:

Naturalment, si l'esdeveniment només tingues diverses mesures d'utilitat, la seva utilitat composta seria,

$$(23) \quad u_{Ci} = \sum u^*_{ji}$$

u^*_{ji} : utilitats parcials simples normalitzades j de l'esdeveniment i

u_{Ci} : utilitat composta de les j utilitats parcials simples normalitzades de l'esdeveniment i

O, si l'esdeveniment només tingues diverses mesures de disutilitat, la seva disutilitat composta seria,

$$(24) \quad v_{Ci} = \sum v^*_{ji}$$

v^*_{ji} : disutilitats parcials simples normalitzades j de l'esdeveniment i

v_{Ci} : disutilitat composta de les j utilitats parcials simples normalitzades de l'esdeveniment i

L'arbre de decisió amb les utilitats simples normalitzades i amb les utilitats compostes de cada esdeveniment, com si fossin les fulles de cada branca, es pot veure a la Figura 6

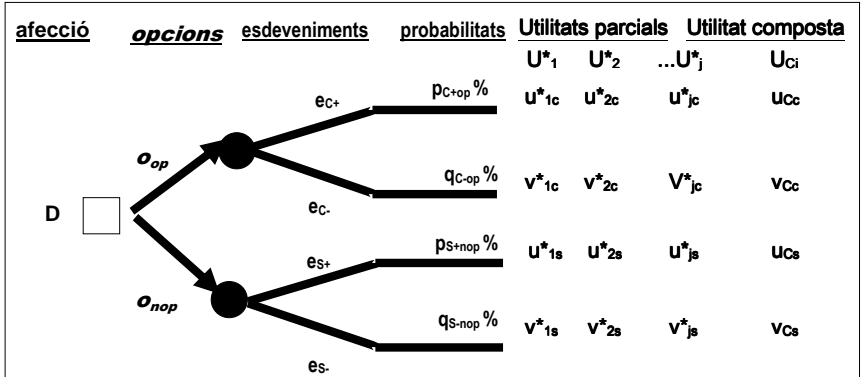


Figura 6: Plantejament d'un problema de decisió en cirurgia en format d'arbre: Opcions bàsiques ($o=op., nop.$) amb els seus esdeveniments ($i=c,s$) bàsics cada una i les probabilitats (confiança p , risc q) i utilitats (utilitats/disutilitats) parcials simples ($j=1,2,3\dots$) normalitzades de cada esdeveniment i la seva utilitat composta.

Problema: D (diagnòstic, afecció)

Opcions O_o : O_{op} = operar, O_{nop} = no-operar

Esdeveniments e_i : e_{C+} : Curatiu, e_{C-} : No curatiu, e_{S+} : Solucionable, e_{S-} : No solucionable

Probabilitats:

- Confiances: p_{io} = confiança de l'esdeveniment i en l'opció o

- Riscos: q_{io} = risc de l'esdeveniment i en l'opció o

U^*_{ij} : Utilitats parcials simples normalitzades ($j = 1,2,\dots$)

$u^*_{ij} = u^*_{1c}, u^*_{1s}, u^*_{2c}, u^*_{2s}, \dots, u^*_{jc}, u^*_{js}$: utilitats parcials simples normalitzades ($j = 1,2,\dots$) pels esdeveniments ($i=c, s$)

$v^*_{ij} = v^*_{1c}, v^*_{1s}, v^*_{2c}, v^*_{2s}, \dots, v^*_{jc}, v^*_{js}$: disutilitats parcials simples normalitzades ($j = 1,2,\dots$) pels esdeveniments ($i=c, s$)

U_{Ci} : Utilitats compostes de l'esdeveniment i

$u_{Ci} = u_{Cc}, u_{Cs}$: utilitats compostes de les j utilitats simples parcials pels esdeveniments $i=c, s$.

$v_{Ci} = v_{Cc}, v_{Cs}$: disutilitats compostes de les j disutilitats simples parcials pels esdeveniments $i=c, s$.

Però com ja s'ha dit abans, aquest tipus de càlcul suposaria que les diferents utilitats parcials simples es consideren exactament igual de desitjables, pel fet d'haver realitzat el càlcul de les utilitats compostes sense cap mena de distinció entre elles. Això pot respondre als valors del pacient però també pot passar que una persona determinada no valori per igual una utilitat parcial que un altra. Es tracta d'una qüestió ètica decidir quina utilitat parcial valorar més que les altres, però pot ser un simple problema matemàtic intentar quantificar el grau d'aquesta preferència per ajustar el càlcul a la voluntat del pacient.

Ètica, autonomia del pacient i valors personals en el procés de decisió

Sense la ciència, la moralitat és cega; però sense moralitat, la ciència és inútil, innecessària i paralítica.⁶⁰ Sense voler equiparar moralitat amb ètica, seria un altre debat, cal respectar els principis ètics, en especial quan s'ha de prendre decisions. D'alguna ja han anat sortint aquests principis: de beneficència, de no maleficència, de respecte a l'autonomia del pacient o de justícia.⁶¹ Si cal respectar els valors de cada persona (autonomia del pacient) ens podem preguntar d'on venen aquests valors.

Com s'ha dita abans, el determinisme biològic està sovint darrera moltes de les intuïcions inconscients. No és infreqüent que triem una determinada opció perquè no en podem triar cap més, d'acord amb la nostra estructura mental. Però fins i tot podent triar, la via més possible o al menys aquella que ens sembla més versemblant, pot ser aquella que, havent permès sobreviure al procés de selecció natural fins a aquell moment, constitueix una característica gravada en la memòria bioquímica del genoma o, en algun cas, en l'epigenoma.

No tan sols els "gens", actius o inactius, condicionen les decisions automàtiques o les intuïtives, també les idees que guardem emmagatzemades en el nostre cervell. En expressió del biòleg Richard Dawkins, l'equivalent al "gen" en la memòria biològica és el "mem" en la memòria intel·lectual. Es tracta de petites unitats bàsiques d'informació cultural, que ens han transmès les persones que ens han envoltat o hem elaborat a partir de la interpretació del món basada en la pròpia experiència.⁶²

Tot allò que conforma el bagatge cultural imprès en el nostre cervell serveix de referència individual i és, en el seu conjunt, únic. Aquest bagatge que els filòsofs alemanys anomenaven "*weltanschauung*" o intuïció del món, és únic i diferent en cada persona, perquè ningú pot haver adquirit els mateixos coneixements, en el mateix ordre i al mateix moment. Resulta altament improbable, per no dir gairebé impossible, que la formació del que es podria denominar el "*software*" cerebral específic, sigui exactament igual entre dos individus, fins i tot en bessons univitel·lins, amb un mateix genoma, encara que hagin heretat els mateixos prejudicis o incorporat les mateixes experiències, perquè mai seran ben bé iguals en tot; en algun moment hauran divergit. Un clon pot tenir la mateixa càrrega genètica que un altre però, exposats a medis diferents o a experiències distintes, acabaran per generar una composició memètica cerebral que, si més no, no serà absolutament idèntica. D'aquí que conceptes com qualitat de vida relacionada amb la salut pot diferir entre individus per estar ponderats amb experiències o expectatives diferents.⁶³

Però, si aquest magatzem cerebral de dades o "mems" no pot ser mai igual entre dues persones, si que pot tenir trets genèrics característics que es poden agrupar com a constituents d'una determinada cultura (constituint el que es coneix com memplex o complex de mems), de manera que cada persona acaba definint-se per una sèrie de "subcultures" que influeixen en les decisions diferents entre uns i altres. Per exemple dues persones poden coincidir, o no, a grans trets, en una cultura religiosa, política, filosòfica, etc però poden diferir en algun aspecte com la passió per un esport, els hàbits alimentaris o les preferències musicals, per citar alguns dels múltiples exemples de conjunts de mems que componen cada bagatge personal. La importància relativa que es concedeix a cada mem, o cada grup o subgrup cultural,

determina una especial escala de valors pròpia de cada individu, tot i que, en alguns aspectes, més o menys compartit per un col·lectiu.

Existeix un subjectivisme evident que marca la personalitat de cadascú. No és estrany doncs que persones diferents puguin prendre decisions distintes en situacions molt similars. De fet en cirurgia, davant d'un pacient que s'ha d'operar, pot ser que diferents cirurgians opinin de manera diversa. D'aquí que en un temps es possessin de moda els denominats programes de segona opinió, intentant enfortir la consistència de les decisions.^{64 65}

Però també sovint ens adonem que persones formades en cultures molt distintes prenen decisions iguals en situacions freqüents. Existeixen característiques bàsiques, similars en gairebé totes les cultures, suficients perquè no resulti difícil elaborar una llista de principis ètics universals de bondat o consensuar les bases generals d'aproximació a la veritat a través del mètode científic. Però, tot i així, els valors individuals poden ser força variables i, de la mateixa manera que resulta molt difícil consensuar criteris objectius que permetin establir categories entre escales de valors diferents, les variables que influeixen en la presa de decisions poden ser tan grans que seria molt difícil jutjar quina és la millor. La simple utilització de la qualitat de vida lligada a la salut per tal de prendre decisions ja suposa, per sí mateix, centrar la decisió en el pacient i no tan sols en el seu problema de salut.^{66 67}

Però de la mateixa manera que hi han mems basats en evidències científiques o en principis ètics universals, també n'hi ha de basats en prejudicis, supersticions o mites, heretats o adquirits, però allunyats de la realitat o del nivell de coneixement actual. D'aquí la importància dels professionals per aportar informació contrastada i acreditada que permetin al pacient fer la seva tria en base a un coneixement actualitzat i a l'estat actual dels resultats en l'atenció sanitària.

La llei d'autonomia del pacient estableix ben clarament que no es pot fer res en un pacient en contra de la seva voluntat, que s'expressa en forma de consentiment. Però com va establir en el seu moment l'informe Belmont i han recollit les normes ètiques i de bona pràctica clínica o, fins i tot, les lleis, el consentiment ha de ser informat, és a dir, després que el professional hagi explicat, de manera clara i concisa, els pros i els contres de la seva decisió. Però com és natural, aquesta informació que es dona al pacient és important i cal que sigui explicada de manera entenedora, compassiva i humana que, sense amagar cap fet rellevant, aporti al pacient els elements de judici necessaris per actuar d'acord amb els seus valors, però coneixedor de les possibles conseqüències de les diferents opcions en joc. Més encara, tenint en compte que la informació donada pot influir en els resultats.^{68 69} Alguns pacients prefereixen no conèixer detalls en relació a la seva esperança de vida, tot i que, fins i tot en aquests casos es poden trobar formes de donar la informació que el pacient pugui necessitar de la manera més tolerable possible.⁷⁰

Podem esquematitzar el valor de les preferències en un cas de comparació, més enllà d'una simple avaluació quantitativa de les diferents utilitats parcials simples. A vegades l'avaluació qualitativa pot tenir molt més interès i resultar molt més comprensible.⁷¹ Per exemple, suposem que estem interessats en dues utilitats simples parcials (les fonamentals): quantitat de vida (supervivència) i qualitat de vida (lligada a la salut).^{72 73 74} Una decisió que comporti augmentar les dues seria èticament acceptable per tothom (des d'un punt de vista d'interès social, caldria tenir en compte també el cost, però aquesta seria una altra qüestió). Naturalment si l'opció comportés disminuir la supervivència i la qualitat de vida, seria inacceptable. Però, i si l'opció comportés una major supervivència amb una pitjor qualitat de vida? O, *viceversa*, una millor qualitat de vida amb una menor supervivència? Evidentment es tracta de dues preguntes que caldria contestar d'acord amb els valors del pacient. Figura 7

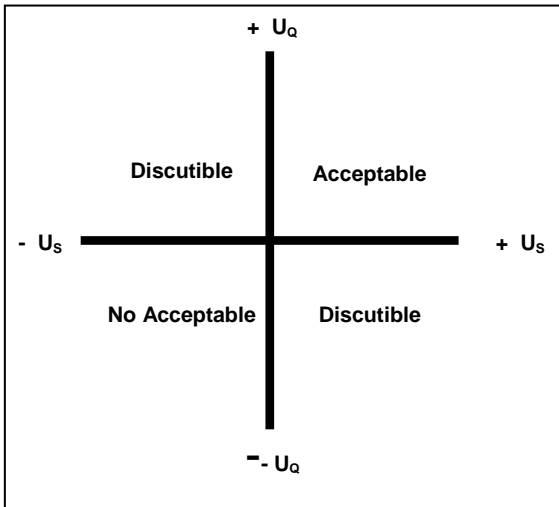


Figura 7: Valoració qualitativa conjunta d'utilitats: Qualitat de vida i Quantitat de vida (supervivència).

U_s : Supervivència.
 U_q : Qualitat de vida.

El paper orientatiu del professional sanitari pot ser molt rellevant però la decisió final és del pacient. Moltes intervencions comporten seqüeles o complicacions que tenen transcendència per a la qualitat de vida del pacient, tant des del punt de vista alimentari (intervencions del tracte digestiu) com sexual (intervencions pelvianes) o de mobilitat (intervencions d'extremitats). En el cas d'afeccions greus com el càncer, la negociació interna del propi pacient de sospesar avantatges i inconvenients o canvis en els seus hàbits de vida, pot ser ajudada per una informació apropiada que faci possible acceptar determinades limitacions que, com l'experiència del professional indica, resulten més tolerables del què a primera vista sembla, tot i que obligui a canviar d'objectius vitals. En qualsevol cas, el coneixement de l'experiència viscuda per altres o testimoniada pels professionals, pot ser de gran importància pel pacient, ajudant-lo a prendre una decisió lliure i conscient però més basada en la realitat que en les seves pròpies pors o prejudicis.^{75 76} L'experiència del cirurgià ha d'incloure també el seu coneixement de les mesures de qualitat de vida que resulta cada vegada més necessari com a habilitat associada a un adequada presa de decisions centrada en el pacient i, per tant, cal que sigui també considerada com un punt d'orientació fonamental en la recerca clínica.^{77 78}

Incorporació dels valors personals al càlcul d'utilitats

La possibilitat d'incorporar preferències personals, al model de càlcul que hem anat veient, no resulta fàcil però existeixen formes d'aproximar-s'hi, encara que sigui només com un exercici especulatiu que serveixi d'orientació per a la decisió final. Com a exemple, descriurem una manera senzilla d'analitzar-ho.

Per al càlcul de les utilitats compostes de cada esdeveniment o de cada opció, hem considerat com si cada utilitat parcial simple tingués el mateix valor una vegada normalitzada. Això no sempre és així. Ja hem vist com una determinada persona pot considerar molt més important un aspecte com la supervivència que no pas el de la qualitat de vida o *viceversa*, per citar un exemple.

Sense oblidar que, l'avaluació qualitativa definitiva la farà el propi pacient al final del nostre procés que té només un sentit orientatiu i fonamentat, podem fer l'exercici d'ajudar als càlculs introduint valors de ponderació, totalment subjectius, que depenguin de l'escala de valors de cada persona. Naturalment això implica conèixer molt bé aquesta escala de valors de cada persona, una qüestió de la qual no tothom n'és plenament conscient i per tant no sempre és possible. Pot ser, en un futur, seria un criteri a introduir en l'elaboració dels documents de voluntats anticipades amb la corresponent educació per entendre bé la qüestió. De moment però ens quedarem tan sols en introduir la perspectiva ètica, basada en l'escala de valors de cadascú, per matisar les diferents utilitats parcials simples i així poder genera una utilitat composta més ajustada a les creences de cada persona. Una manera simple de fer-ho, podria ser assignar un mínim de 0 punts o un màxim de 100 a cada utilitat simple ponderada, de manera que el pacient pugui ponderar de 0 a 100 la importància que concedeix a cada una. Naturalment això no resulta fàcil a la pràctica però, ara i aquí, es tractaria només de presentar una solució senzilla al problema.

Un exemple de possible ponderació es pot veure a la Taula 2:

Utilitats	(U [*] _j)	Valor personal	(K _j)
Supervivència a 5 anys	(U [*] ₁)	90	(k ₁)
Qualitat de vida	(U [*] ₂)	100	(k ₂)
Vida (-) Mortalitat a 30 dies	(V [*] ₁)	100	(k ₃)
QV (-) per morbiditat	(V [*] ₂)	80	(k ₄)
...			

Taula 2: Utilitats i disutilitats compostes, ponderades per factors subjectius. Exemples d'utilitats (utilitats/disutilitats) parcials simples (j=1,2,3...).

U^{*}_j: Utilitats parcials simples normalitzades.

V^{*}_j: Disutilitats parcials simples normalitzades.

K_j: Factors subjectius de ponderació de cada utilitat/disutilitat parcial simple normalitzada.

Amb aquests valors personals, subjectius, es pot ajustar els càlculs d'utilitat que passarien a ser els nous valors ponderats d'utilitat:

$$(25) \quad u_{Pj} = k_j \times u_j^*$$

u^{*}_j: Utilitat simple parcial normalitzada j

k_j: Factor de ponderació de la utilitat j.

u_{Pj}: Utilitat j ponderada.

O també de disutilitat:

$$(26) \quad v_{Pj} = k_j \times v_j^*$$

v^{*}_j: Disutilitat simple parcial normalitzada j.

k_j: Factor de ponderació de la disutilitat j.

v_{Pj}: Disutilitat j ponderada.

Naturalment, la nova utilitat composta passaria a ser la resultant de la ponderació desigual de les diferents utilitats parcials normalitzades, és a dir, la resultant (útil o disútil) de cada esdeveniment :

$$(27) \quad u_{CPi} = \sum k_j u_{Pji}^* - \sum k_j v_{Pji}^*$$

u^{*}_{Pji}: Utilitat simple parcial normalitzada j de l'esdeveniment i.

v^{*}_{Pji}: Disutilitat simple parcial normalitzada j de l'esdeveniment i.

k_j: Factor de ponderació de la utilitat o disutilitat j.

u_{CPi}: Utilitat composta ponderada de l'esdeveniment i.

Aquests valors finals d'utilitat de cada esdeveniment possible, permetrien calcular la utilitat global de cada opció,

$$(28) \quad u_{CPo} = \sum u_{CPio}$$

u_{CPio} : utilitat composta ponderada de les j utilitats parcials simples normalitzades de l'esdeveniment i de l'opció o

u_{CPo}: utilitat composta ponderada global de l'opció o

O també la disutilitat global de cada opció,

$$(29) \quad V_{CPi0} = \sum V_{CPi0}$$

V_{CPi0} : disutilitat composta ponderada de les j disutilitats parcials simples normalitzades de l'esdeveniment i de l'opció o

V_{CP0} : disutilitat composta ponderada global de l'opció o

Amb la resultant global (utilitat o disutilitat) ponderada de l'opció:

$$(30) \quad U_{P0} = \sum U_{CPi0} - \sum V_{CPi0}$$

U_{CPi0} : utilitat composta ponderada de les j utilitats parcials simples normalitzades de l'esdeveniment i de l'opció o

V_{CPi0} : disutilitat composta ponderada de les j disutilitats parcials simples normalitzades de l'esdeveniment i de l'opció o

U_{P0} : utilitat composta ponderada neta global de l'opció o

Per a un càlcul utilitarista, paral·lel (salvant totes les distàncies) al càlcul probabilístic, caldria renormalitzar les utilitats compostes ponderades per ajustar-les a l'interval $[-1, 1]$ utilitzant de nou el mateix sistema percentual que hem fet servir abans.

Les possibilitats del càlcul d'utilitats s'han vist incrementades pel desenvolupament de l'estadística denominada bayesiana, per haver tingut com a base fonamental el denominat teorema de Bayes, de gran utilitat en molts camps a més del càlcul probabilístic.⁷⁹

De la conjunció entre probabilitats i utilitats, provenen els criteris de decisió fonamentada, basats en el concepte d'esperança.

Esperances i temors

Cal tenir en compte aquests dos valors bàsics: probabilitat i utilitat, per poder generar una expectativa real de les conseqüències d'una determinada decisió. De fet, clàssicament, el producte de la probabilitat per la utilitat s'ha denominat esperança matemàtica,^a de manera que aquella opció que ens generi una expectativa matemàtica^b més gran seria la que, en coherència hauriem de triar com a millor.

Clàssicament s'ha utilitzat el terme esperança matemàtica en relació a jocs basats en l'atzar (la sort). Així, l'exemple clàssic era que la utilitat de treure el primer premi a la loteria era igual a l'import del premi multiplicada per la probabilitat de treure'l. Encara que el premi fos molt alt, si la probabilitat de treure'l era baixa, l'esperança matemàtica també era baixa, encara que l'esperança personal pogués ser tan alta com la imaginació permetés.

Traspassant la relació entre probabilitat i utilitat al terreny de les decisions, en cirurgia per exemple, ens podem trobar que la probabilitat de tenir una complicació greu pot ser molt baixa però, si la seva disutilitat és molt alta, pot ser un factor bàsic a l'hora de prendre una decisió per la por que genera. Per tant cal tenir en compte la utilitat i la probabilitat a l'hora de decidir. De fet, el producte d'aquests dos paràmetres es pot fer

^a En anglès: *mathematical hope, expected value*

^b En anglès: *expectancy*

correspondre amb al concepte d'esperança matemàtica o, al menys d'esperança o expectativa de salut.^a

De manera que podríem dir que l'esperança (matemàtica) de no tenir cap complicació depèn de la probabilitat que es doni aquest esdeveniment (no complicació), és a dir la confiança, multiplicat per la utilitat que s'espera obtenir-ne.

$$(31) \quad E = p \times u$$

p: Probabilitat de no complicació (confiança)
u: Utilitat (positiva)
E : Esperança matemàtica (positiva)

Per analogia, quan es tracta de la probabilitat de tenir complicacions, és a dir el risc (de morbimortalitat que, sent una probabilitat només pot expressar-se en valors positius) multiplicat per la utilitat (que per una complicació seria negativa, és a dir una disutilitat), dóna com a producte una magnitud negativa, és a dir una esperança negativa que amb un cert sentit pràctic se'n podria anomenar temor (o por) per contraposició a un sentiment positiu (com és l'esperança en la vida real). Llavors tenim que el temor seria:

$$(32) \quad T = q \times v$$

q: Probabilitat (necessàriament positiva) de complicació (risc)
v: Disutilitat (utilitat negativa)
T: Esperança matemàtica negativa (Temor)

Situats de nou en l'arbre de decisió, pels esdeveniments favorables que seran aquells que aporten confiança i tenen utilitat positiva (la utilitat composta ponderada de cada esdeveniment, com a síntesi de la utilitat del resultat desitjable) tindrem que l'esperança serà:

$$(33) \quad E_i = u_{CPI} \times p_i$$

p_i: Probabilitat (confiança) de l'esdeveniment i.
u_{CPI}: Utilitat composta ponderada de l'esdeveniment i.
E_i: Esperança de l'esdeveniment i.

Mentre que, pels esdeveniments desfavorables, aquells que suposen un risc i tenen utilitat negativa (disutilitat composta ponderada com a síntesi de la disutilitat del resultat indesitjable), el temor serà:

$$(34) \quad T_i = v_{CPI} \times q_i$$

q_i: Probabilitat (risc) de l'esdeveniment i.
v_{CPI}: Disutilitat composta ponderada de l'esdeveniment i.
T_i: Temor de l'esdeveniment i.

^a Per simplificar: Esperança (E)

En conjunt, la forma completa de l'arbre, amb nusos, branques, fulles simples i compostes i fruits quedaria com en la Figura 8

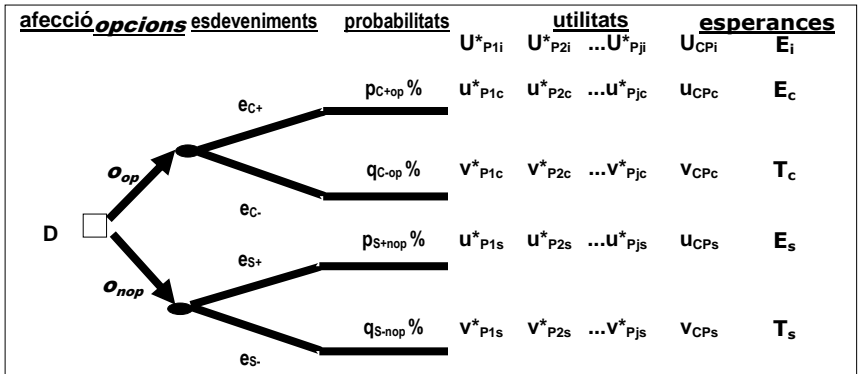


Figura 8: Plantejament d'un problema de decisió en cirurgia en format d'arbre: Opcions bàsiques (o=operar, no operar) amb els seus esdeveniments possibles (i=c,s) bàsics cada una i les probabilitats (confiança p, risc q), les utilitats (disutilitats simples parcials normalitzades i ponderades i les compostes ponderades, així com les esperances o temors de cada esdeveniment.

Problema: D (diagnòstic, afecció)

Opcions O_o : O_{op} = operar, O_{nop} = no-operar

Esdeveniments e_i : e_{c+} : Curatiu, e_{c-} : No curatiu, e_{s+} : Solucionable, e_{s-} : No solucionable

Probabilitats:

- Confiances: p_{io} = confiança de l'esdeveniment i en l'opció o

- Riscos: q_{io} = risc de l'esdeveniment i en l'opció o

$U^*_{Pji} = U^*_{pjci}, U^*_{Pjs}$: Utilitats parcials simples normalitzades ponderades j de cada esdeveniment i=c,s

$U^*_{Pji} = V^*_{pjci}, V^*_{Pjs}$: Disutilitats parcials simples normalitzades ponderades j de cada esdeveniment i=c,s

$U_{CPi} = U_{CPci}, U_{CPs}$: Utilitat composta ponderada dels esdeveniments i=c,s.

$V_{CPi} = V_{CPci}, V_{CPs}$: Disutilitat composta ponderada dels esdeveniments i=c,s.

$E_i = E_c, E_s$: Esperança de l'esdeveniment i=c,s.

$T_i = T_c, T_s$: Temor de l'esdeveniment i=c,s.

També la síntesi entre esperances i temors de cada esdeveniment es pot calcular, per a una opció determinada, a partir de la fórmula:

$$(35) \quad E_o = \sum (U_{CPio} \times p_{io}) - \sum (V_{CPio} \times q_{io})$$

p_{io} : Probabilitat (confiança) de l'esdeveniment i en l'opció o

U_{CPio} : Utilitat composta ponderada de l'esdeveniment i en l'opció o

q_{io} : Probabilitat (risc) de l'esdeveniment i en l'opció o

V_{CPio} : Disutilitat composta ponderada de l'esdeveniment i en l'opció o

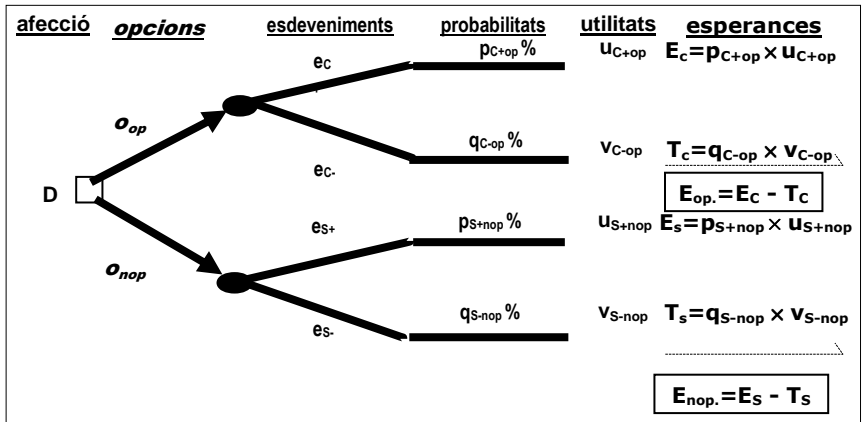
E_o : Esperança de l'opció o

O, de manera més simplificada:

$$(36) \quad E_o = \Sigma E_{io} - \Sigma T_{io}$$

E_o : Esperança de l'opció o
 E_{io} : Esperança de l'esdeveniment i en l'opció o
 T_{io} : Temor de l'esdeveniment i en l'opció o

De manera que el criteri per preferir una opció a una altra seria la seva major esperança com s'indica en la Figura 9



Criteri
 $E_{op.} > E_{nop.} \rightarrow$ **operar**
 $E_{op.} < E_{nop.} \rightarrow$ **no operar**

Figura 9: Plantejament d'un problema de decisió en cirurgia en format d'arbre: Opcions bàsiques (o=op., nop.) amb els seus esdeveniments possibles (i=c,s) bàsics cada una i les probabilitats (confiança p, risc q), amb les utilitats (utilitat u, disutilitat v) i esperances (esperança E, temor T) de cada opció.

- Problema: D (diagnòstic, afecció)
 Opcions O_o : O_{op} = operar, O_{nop} = no-operar
 Esdeveniments e_i : e_{c+} : Curatiu, e_{c-} : No curatiu, e_{s+} : Solucionable, e_{s-} : No solucionable
 Probabilitats:
 - Confiances: p_{io} = confiança de l'esdeveniment i en l'opció o
 - Riscos: q_{io} = risc de l'esdeveniment i en l'opció o
 Utilitats:
 - Utilitats positives: u_{io} : utilitat de l'esdeveniment i en l'opció o
 - Disutilitats (negatives): v_{io} : disutilitat de l'esdeveniment i en l'opció o
 Esperances matemàtiques
 - Esperances positives: $E_i = E_c, E_s$: Esperança de l'esdeveniment i=c,s.
 - Temors (negatius): $T_i = T_c, T_s$: Temor de l'esdeveniment i=c,s.
 - Sintètica: $E_o = E_{op}, E_{nop}$ Esperança per opció o=op, nop

També, de manera genèrica podríem tenir en compte més opcions, cada una amb els seus esdeveniments possibles i amb les seves probabilitats, utilitats i esperances. Naturalment, en el cas d'existir més de dues opcions, l'ordre de preferència el donaria la seva major esperança.

(37)

$$E_{o1} > E_{o2} > E_{o3} \dots$$

I = {1,2,3...I} Ordre de preferència I de les diferents opcions o segons l'esperança matemàtica de cada una.
 E_{oi} : Esperança de l'opció ordenada I

El concepte d'esperança permet establir un criteri més o menys objectivable de selecció de l'opció que, racionalment, ofereix més garanties d'èxit davant d'un problema de decisió amb un cert grau de complexitat i en un ambient d'incertesa en quan al pronòstic.

En síntesi, davant d'un problema de decisió en el qual ens trobem amb diverses solucions possibles, cal analitzar els possibles esdeveniments derivats del fet d'haver triat una determinada opció, les probabilitats dels esdeveniments, tant dels favorables (confiances) com dels desfavorables (riscos) i les utilitats parcials simples ponderades pels valors subjectius del decisor (la persona afectada pel problema), sintetitzades en una utilitat composta ponderada de cada esdeveniment, tant si és favorable (utilitat) com si és desfavorable (disutilitat), que ens permeti conèixer les expectàncies, també tant positives (esperances) com negatives (temors), de cada esdeveniment i la resultant de cada opció. En coherència, preferirem aquella opció que ens ofereixi una major esperança.

Tot això no seria possible sense els audits que permeten conèixer els resultats propis, utilitzant sistemes d'avaluació realment útils de manera crítica i adequats a cada tipus de problema.^{80 81} Cal no oblidar que, si realment es vol una cirurgia més segura, cal revisar la pròpia experiència per aconseguir evitar els errors.^{82 83} Naturalment també cal conèixer els resultats dels altres atenent a la literatura científica pertinent, amb una constant actualització.

Si bé els càlculs que hem proposat per donar un sentit més rigorós a l'exposició, poden aparèixer com a prou enrevessats com per fer desistir a l'analista decisor més voluntariós, la possibilitat de convertir el procés en un programa informatitzat podria simplificar molts dels passos, a partir de disposar de la informació clínica del cas en concret i de l'estat actual de les dades de probabilitat pronòstica i d'utilitats de les diferents opcions segons els possibles esdeveniments.

Però fins i tot amb un resultat clar de preferència d'una opció en relació a una altra o altres, tot i haver tingut en compte els valors personals del pacient en relació a cada utilitat, el criteri resultant no podria ser mai res més que orientatiu, corresponent la decisió final al pacient, fins i tot si fos incoherent amb el resultat obtingut.

Resum

Davant d'un problema de decisió, cal tenir en compte les opcions disponibles per resoldre'l, els possibles esdeveniments que poden derivar-se de la tria de cada opció amb la probabilitat que es produeixin (confiances i riscos), les conseqüències de cada un dels esdeveniments (utilitats i disutilitats) ponderades pels valors subjectius de la persona afectada i les esperances o temors que suscita cada opció, tenint en compte la coherència en l'elecció però també la llibertat individual per decidir. El fet de poder quantificar, d'alguna manera, tots aquests paràmetres esmentats, pot resultar d'ajudar per dotar de robustesa i d'objectivitat el criteri de decisió.

Sala Pedrós, J.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Sox Jr H. Decision Analysis: A Basic Clinical Skill?. *N Engl J Med* 1987; 316: 271-272.
- ² McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 287(6409):1919-1923.
- ³ McGory ML, Kao KK, Shekelle PJ, Rubenstein LZ, Leonardi MJ, Parikh JA, Fink A, Ko CY. Developing Quality Indicators for Elderly Surgical Patients. *Ann. Surg.* August 2009; Vol. 250 N° 2: 338 – 347.
- ⁴ De Dombal FT. El proceso que conduce a la toma de decisiones en cirugía. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
- ⁵ Hobsley M, Lorenz W. Decision making in surgery including use of artificial intelligence. *Theor Surg* 1990; 5: 97-101.
- ⁶ De Dombal FT. Computer based assistance for medical decision making. *Gastroenterol Clin Biol* 1984; 8: 135-37.
- ⁷ De Dombal FT. Computers in surgery. *Theor Surg* 1990; 5: 60-63.
- ⁸ Zaragoza A, Rodríguez Montes JA, Culebras J, García Sancho L. El cirujano y la medicina basada en la evidencia (y II). Desarrollo de un sistema asesor informatizado para apoyo a la decisión clínica: Sistema Asesor de Estrategia Terapéutica (SAETA). *Cirugía Española*. Junio 1998; Vol. 63 N° 6: 463 – 468.
- ⁹ Ridderikhoff J. Models of decision-making in the general practice: a design for a descriptive research. *Med Inform* 1985; 10: 323-327.
- ¹⁰ Pauker S, Kassirer J. Decision Analysis. *N Engl J Med* 1987; 316: 250-258.
- ¹¹ Pliskin JS. Medical strategies, clinical algorithms, protocol charts and decision analysis: some definitions and implications for surgical care. *Theor Surg* 1988; 2: 199-203.
- ¹² Zaragoza A, Rodríguez Montes JA, Culebras J, García Sancho L. El cirujano y la medicina basada en la evidencia (I). ¿Por qué no es obvio lo evidente?. *Cirugía Española*. Junio 1998; Vol. 63 N° 6: 457 – 462.
- ¹³ Maier RV. What the Surgeons of Tomorrow Needs to Know About Evidence-Based Surgery. *Arch. Surg. Mar*, 2006; 141: 317-23.
- ¹⁴ McCulloch P, Taylor I, Sasako M, Lovett B, Griffin D. Randomised Trials in Surgery: Problems and Possible Solutions. *BMJ* 2002; 324: 1448-51.
- ¹⁵ Holmberg L, Baum M, Adami HO. On the scientific inference from clinical trials. *J. Evaluation Clin. Practice*. 1999; Vol 5 N° 2: 157 – 162.
- ¹⁶ Farrokhyar F, Karanickolas PJ, Thoma A, Simunovic M, Bhandari M, Devereaux PJ, Anvari M, Adili A, Guyatt G. Randomized Controlled Trials of Surgical Interventions. *Ann. Surg.* March 2010; Vol. 251 N° 3: 409 – 416.

-
- ¹⁷ Fung EK, Lore JM. Randomized Controlled Trials for Evaluating Surgical Questions. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* June 2002; Vol. 128: 631 – 634.
- ¹⁸ Thoma A, Farrokhkar F, Bhandari M, Tandan V, Users' Guide to the Surgical Literature: How to Assess a Randomized Controlled Trial in Surgery. *J Can Chir* 2004; 47 (3): 200-8.
- ¹⁹ Norris SL, Atkins D. Challenges in using Nonrandomized Studies in Systematic Reviews of Treatment Interventions. *Ann. Internal Med.* June, 21 2005; Vol. 142 Nº 12 ((part 2): 1112 – 1119.
- ²⁰ Sala Pedrós J. Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi doctoral. Barcelona, 1990.
- ²¹ Flin R, Youngson G, Yule S. How do surgeons make intraoperative decisions? *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 235-239.
- ²² Gross R, Lorenz W. Intuition in surgery as a strategy of medical decision making: its potency and limitations. *Theor. Surg.* 1990; 5: 54-59.
- ²³ Hobsley M. The nature of clinical acumen. *Theor Surg* 1986; 1: 10-18.
- ²⁴ Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N. Non technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature. *Surgery.* February 2006; Vol. 139 Nº 2: 140 – 149.
- ²⁵ Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a Rating System for Surgeons Non-Technical Skills. *Medical Education.* 2006; 40: 1098-1104.
- ²⁶ Marshall JC. Surgical Decision-Making: Integrating Evidence, Inference and Experience. *Surg Clin N Am.* 86 (2006): 201-215.
- ²⁷ Abernathy & Hama. *Surgical Intuition: What is and how to get it.* Mosby 1995.
- ²⁸ Pollock A, Evans M. *Surgical Audit.* Butterworths. London, 1989.
- ²⁹ Mathie RT, Taylor KM, Calnan JS. *Principles of Surgical Research.* Wright. Butterworths, London, 1989.
- ³⁰ Weinstein MC, Fineberg HV, Elstein AS, Frazier HS. *Clinical Decision Analysis.* Philadelphia: W.B.Saunders, 1980.
- ³¹ Grenier B. *Décision médicale.* Paris: Masson, 1990.
- ³² Cutler P. *Problem Solving in Clinical Medicine: From Data to Diagnosis.* Baltimore: Williams & Wilkins, 1985.
- ³³ Eiseman B, ed. *Prognosis of Surgical Disease.* Philadelphia: W.B. Saunders Co, 1980: 256-258.
- ³⁴ Sala Pedrós J. *Conceptes Bàsics en Cirurgia.* Terrassa: Fundació Joan Costa Roma, 2000.
- ³⁵ Aziz F, Khalil A, Hall J. Evolution of Trends in Risk Management. *ANZ J Surg.* 2005; 75: 603-7.
- ³⁶ Dimick JB, Pronovost PJ, Cowan JA, Lipssett PA, Stanley JC, Upchurch GR. Variation in postoperative complication rates after high-risk surgery in the United States. *Surgery.* October 2003; Volume 134, Number 4: 534 – 541
- ³⁷ Pettigrew RA, Burns HJ, Carter DC. Evaluating surgical risk: the importance of technical factors in determining outcome. *Br J Surg* 1987; 74: 791-4.
- ³⁸ Hugh T. *Surgical Risk Management.* ANZ J Surg. 2007; 77: 807-8.
- ³⁹ Edwards A, Elwyn G, Mulley A. Explaining risks: turning numerical data into meaningful pictures. *BMJ.* 6 April 2002; Vol. 324: 827 – 830.
- ⁴⁰ Davenport DL, Henderson WG, Khuri SF, Mentzer RM. Preoperative Risk Factors and Surgical Complexity Are More Predictive of Costs Than Postoperative Complications. A Case Study Using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) Database. *Annals of Surgery.* October 2005. Volume 242, Number 2: 463 – 471

-
- ⁴¹ Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed Classification of Complications of Surgery with Examples of Utility in Cholecystectomy. *Surgery*. May 1992; 111 (5): 518-26.
- ⁴² Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann. Surg.* Aug.2004; 240 (2): 205-13.
- ⁴³ Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The Accordion Severity Grading System of Surgical Complications. *Ann. Surg.* 2009; 250 (2): 177-186.
- ⁴⁴ Rovira J. La mesura de la salut dins l'avaluació econòmica. *Salut. Catalunya.* Jul/set 1990. Vol. 4 N° 3: 101 – 104.
- ⁴⁵ Robinson R. Economic Evaluation and Health Care. What does it mean? *BMJ*, 307; 1993: 670-3.
- ⁴⁶ Newbold D. A brief description of the methods of economic appraisal and the valuation of health states. *J. Advan. Nurs.* 21; 1995:325-33.
- ⁴⁷ Colton T. *Estadística en Medicina. Tablas de longevidad por edad, sexo y raza.* U.S.A. 1968. Barcelona: Salvat, 1979: 56-57.
- ⁴⁸ Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cual es su importancia? *Cir. Esp.* 2004; Vol. 76 N° 2: 71 – 77.
- ⁴⁹ Lohr KN, Wehling JH. Progressos en qualitat de vida i avaluació de l'estat de salut. *Salut. Catalunya.* Jul/set 1990. Vol. 4 N° 3: 83 – 88.
- ⁵⁰ Fraser SCA. La valoración de la Calidad de Vida en la Práctica Quirúrgica. *Br. J. Surg. (Ed. Esp.)* Mayo, 1993; Vol. 9. N° 5: 360 – 367.
- ⁵¹ Robinson R. Evaluation and Health Care. Cost-utility analysis. *BMJ*. October 1993; Volume 307 (2): 859 - 862
- ⁵² Hilden J. Utility analysis. *Theor Surg* 1987; 2: 133-137.
- ⁵³ Phillips C, Frazier M, Graff D. The Baltimore anaesthesia study committee; Review of 1024 postoperative deaths. *JAMA* 1960: 2015-019.
- ⁵⁴ Lardenoye JWHP, Kappetein AP, Vrancken Peeters MPFM, Spaander PJ, Breslau PJ. Value of keeping records of mortality. *Eur. J. Surg.* 2002; 168: 436-40.
- ⁵⁵ Glance LG, Lustik SJ, Hannan EL, Osler TM, Mukamel DB, Quian F, Dick AW. The surgical Mortality Probability Model: Derivation and Validation of a Simple Risk Prediction Rule for Noncardiac Surgery. *Ann. Surg.* April 2012; Vol.225 N° 4: 696 -702.
- ⁵⁶ Alonso J, Antó JM. La versió espanyola del perfil de salut de Nottingham: una escala de mesura de la salut percebuda. *Salut. Catalunya.* Jul/set 1990. Vol. 4 N° 3: 105 – 110.
- ⁵⁷ Garrat AM, Ruta DA, Abdalia MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF-36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*. 29 May 1993; Vol. 306: 1440 – 1444.
- ⁵⁸ Mill JS. *El Utilitarismo.* Ed. Altaya. Barcelona 1997.
- ⁵⁹ Alcoberro. *L'Utilitarisme.* Ed. UOC. Barcelona, 2007.
- ⁶⁰ Olson R. *Science Deified and Science Defied.* University of California Press. Berkeley 1990.
- ⁶¹ Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford University Press. New York, 1979
- ⁶² Dawkins R. *The selfish gene.* 30th Anniversary edition. Oxford University Press. 2006.
- ⁶³ Carr AJ, Gibson B, Robinson PG. Measuring Quality of Life. Is quality of life determined by expectations or experience? *BMJ* 19 May 2001. vol. 322: 1240-1243.
- ⁶⁴ Rutkow I, Gittelsohn A, Zuidema G. Surgical Decision Making: The Reliability of Clinical Judgment. *Ann Surg* 1979; 190: 409-419.

-
- ⁶⁵ Rutkow I. Fidedignidad y duplicabilidad de los procesos de toma de decisiones quirúrgicas. *Surg Clin North Am* 1982; 4: 727-741.
- ⁶⁶ Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ* 62 May 2001. vol. 322: 1297-1300.
- ⁶⁷ Carr AJ, Higginson IJ. Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred? *BMJ* 2 June 2001. vol. 322: 1357-1360.
- ⁶⁸ Clancy C, Cebul R, Williams S. Guiding Individual decisions: A randomized, controlled trial of decision analysis. *Am J Med* 1988; 84: 283-88.
- ⁶⁹ Littenberg B, Sox Jr H. Evaluating Individualized Medical Decision Analysis. *Am J Med* 1988; 84: 289-90.
- ⁷⁰ Clarke MG, Kennedy KP, MacDonagh RP. Discussing life expectancy with surgical patients: do patients want to know and how should this information be delivered? *Biomed Central. BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008, 8: 24: 1 – 7.
- ⁷¹ Pope C, Mays N. Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-45 (1 July).
- ⁷² Singer PA, Tasch ES, Stocking C, Rubin S, Siegler M, Weichselbaum R. Sex or Survival: Trade-Offs Between Quality and Quantity of Life. *J. Clin. Oncology*. Feb, 1991; vol. 9 N° 2: 328 – 334.
- ⁷³ Uhlmann RF, Pearlman RA. Perceived Quality of Life and Preferences for Life-Sustaining Treatment in Older Adults. *Arch. Inter. Med.* March 1991; Vol. 151: 495 – 497.
- ⁷⁴ Thoma A, Cornacchi SD, Lovrics PJ, Goldsmith CH. User's Guide to the Surgical Literature: How to Assess an Article on Health-Related Quality of Life. *Can. J. Surg.* Jun, 2008; 51 (3): 215-24.
- ⁷⁵ Bowling A. *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales.* 2nd Edition. Open University Press. 2001. <http://mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206417.pdf>
- ⁷⁶ Vallribera F. Influencia de la cirugía laparoscòpica en la percepci3n de calidad de vida despu3s de apendicectomía. Ensayo clínic multic3ntrico, aleatorizado y abierto de comparaci3n de dos t3cnicas quirúrgicas. Tesis doctoral. Facultat de Medicina. Departament de Cirurgia. Universitat Aut3noma de Barcelona. 2008.
- ⁷⁷ Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 15 June 2002; Vol 324: 1-5.
- ⁷⁸ Hart A. Measuring health in quantitative studies. *Complementary Therapies in Medicine*. 2005; 13: 139-143.
- ⁷⁹ Bernardo JM. *Bioestadística: Una perspectiva Bayesiana.* Barcelona: Vicens Universidad, 1981.
- ⁸⁰ Copeland GP. The POSSUM System of Surgical Audit. *Arch. Surg.* Jan 2002; 137: 15-19.
- ⁸¹ Boulton M, Maddern GJ. Clinical Audits: Why and for Whom. *ANZ J. Surg.* 2007; 77: 572-578.
- ⁸² Rebasas P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous Monitoring of Adverse Events: Influence on the Quality of Care and the Incidence of Errors in General Surgery. *World J Surg.* 2009. 33: 191-8.
- ⁸³ Clarke JR. Making Surgery Safer. *J Am Coll Surg.* Vol. 200, No. 2, February 2005: 229 - 235.

FORMACIÓ EN CIRURGIA DEL TRAUMA I MORTALITAT

Salvador Navarro Soto, Sandra Montmany Vioque, Pere Rebas Cladera, Carme Colilles Calvet.

INTRODUCCIÓ

El politraumatisme segueix tenint una elevada incidència a nivell mundial. ¹ En els països desenvolupats, els traumatismes són la principal causa de mort entre els 10 i els 40 anys d'edat. ⁸⁴ Més de 9 persones moren cada minut per lesions per violència, i els accidents automobilístics causen més d'1 milió de morts anuals. ⁸⁴ Per altra banda, encara avui, segueix vigent l'afirmació de Donald Trunkey : "per cada mort, dos pacients quedaran permanentment invàlids". ² Diferents estudis epidemiològics senyalen un augment progressiu de les lesions traumàtiques fins l'any 2030. ³ Aquestes lesions comporten una considerable pèrdua d'anys de vida productiva, impliquen alts costos sanitaris i elevats índexs d'incapacitat, representant tot això, a més de l'indiscutible drama humà, una important pèrdua socioeconòmica. ⁴

Per intentar disminuir aquests resultats o com a mínim no empitjorar-los, considerem imprescindible l'ús d'un mètode, ben estandarditzat i àmpliament acceptat, pel control inicial i el tractament per prioritats dels pacients politraumatitzats. Amb aquest objectiu, al 1978 a Nebraska (Estats Units), va aparèixer el protocol del curs "*Advanced Trauma Life Support*" (ATLS), ⁵ inicialment dirigit a metges que, de forma regular, no atendien a pacients politraumatitzats; no obstant, l'*American College of Surgeons*, va valorar aquest mètode com el millor sistema per a la correcta avaluació i tractament d'aquests pacients, des dels hospitals rurals fins als *Trauma Centers* .

El protocol ATLS va ser acceptat, al 1980, per l'*American College of Surgeons* com el programa estàndard pel tractament dels pacients politraumatitzats i va ser incorporat en el seu programa educatiu. Actualment, és el mètode més àmpliament acceptat a nivell internacional pel control inicial i el tractament dels pacients politraumàtics. ⁵

Des de la seva utilització, diversos autors i a diferents països han publicat els resultats de l'aplicació del protocol ATLS en referència a la mortalitat dels pacients traumàtics, abans i després d'aplicar-lo. Ariyanayagam i Jameel, ^{6 7} a Trinitat i Tobago, van observar, al 1992, una disminució de la mortalitat del 49% al 46%, abans i després d'aplicar el mètode ATLS i del 67.5% al 33.5% al 1993. En el 2003, Van Olden, ⁸ a Holanda, va descriure una disminució de la mortalitat del 48% al 31%, abans i després d'aplicar el mètode ATLS; un any més tard, estudiant la mortalitat en els primers 60 minuts després de l'arribada del pacient a l'hospital, va observar una diferència del 24% al 0%. ⁹

També s'han analitzat els resultats en la morbimortalitat dels pacients politraumatitzats en aplicar el mètode ATLS conjuntament amb altres factors de millora. Hashmi analitza el risc de complicacions i de mortalitat abans i després d'aplicar diversos punts de millora, entre ells l'ATLS, objectivant un menor índex de complicacions i mortalitat després d'instaurar-los.¹⁰ Hegdes, analitzant l'aplicació, a nivell rural als Estats Units, de diferents criteris definits pel mètode ATLS, va observar un augment en la supervivència dels pacients més greus.¹¹

A Catalunya un estudi, centrat en l'aplicació d'indicadors clínics en el tractament dels pacients politraumatitzats, basats en l'ATLS, va observar una disminució de complicacions però no de mortalitat després de l'aplicació dels indicadors escollits.¹²

No obstant, un estudi retrospectiu grec,¹³ publicat al 2011, encara que amb evidents carències metodològiques, va concloure que els pacients atesos per metges formats en l'ATLS, morien més (3.7% vs 2%).

Al 2009 una revisió de la Cochrane no va trobar cap article que complís amb els criteris de qualitat exigits, per poder comparar resultats abans i després d'aplicar el mètode ATLS, conclouent que no existia evidència per afirmar que l'aplicació d'aquest mètode millorés el pronòstic dels pacients politraumàtics.⁴

A partir d'aquí ens plantejem la següent hipòtesi: l'aplicació de l'ATLS podria disminuir la mortalitat evitable o potencialment evitable dels pacients traumàtics.

L'objectiu del nostre estudi va ser analitzar si la formació mitjançant el mètode ATLS redueix la mortalitat evitable o potencialment evitable dels pacients politraumatitzats.

MATERIAL I MÈTODES

Estudi retrospectiu basat en la recollida prospectiva de pacients politraumatitzats iniciada al gener del 2007 fins desembre 2012.

En la recollida s'hi han inclòs tots els pacients politraumàtics majors de 18 anys, ingressats en l'àrea de crítics i aquells que van ser èxits en el box d'atenció al pacient politraumatitzat.

S'han registrat les següents variables per a cada cas: edat, sexe, mecanisme d'acció, índex de severitat (ISS),¹⁴ "*revised trauma score*" (RTS),¹⁵ signes vitals prehospitalaris i hospitalaris, proves complementaries, diagnòstic i tractament de cada lesió, complicacions i resolució del cas, especificant data i causa de la mort quan el pacient va ser èxitus.

En el nostre estudi s'han seleccionat els pacients, inclosos en aquest registre, que han sigut èxits durant el seu ingrés a l'hospital i aquells que van ser èxits en el box d'atenció al pacient politraumatitzat.

Mitjançant un comitè multidisciplinari, format per anestesistes, cirurgians, intensivistes, neurocirurgians i radiòlegs, s'han detectat els errors existents en el tractament de cada pacient i les possibles lesions inadvertides. La major part dels

membres del comitè, eren instructors del curs ATLS i no havien participat directament en el tractament del pacient.

Mitjançant l'anàlisi dels errors, s'ha pogut classificar la mort en tres grups: evitable, potencialment evitable o inevitable. La mort evitable podria estar causada per la presència d'un error. La mort potencialment evitable presenta un error, però no podem saber si la mort s'hauria produït de totes maneres. La mort inevitable és aquella que s'hauria produït independentment de l'existència d'errors o no en el tractament del pacient.

Gràcies a les dades proporcionades per l'*Asociación Española de Cirujanos*, s'ha pogut registrar el número d'especialistes en el nostre centre que estan formats mitjançant el curs ATLS, especificant l'any en el qual van obtenir aquest certificat.

Anàlisi estadística: El registre de cada pacient és prospectiu, entrant en una base de dades ACCESS (Microsoft) en format protegit per evitar l'entrada de dades errònies o fora de rang. Les dades contínues es descriuen mitjançant mitjana i desviació estàndard, i s'analitzen amb t Student si es confirma que la variable segueix una distribució normal o mètodes no paramètrics si no segueix la llei normal. Les dades discontinues es presenten com a percentatge i s'analitzen mitjançant Chi quadrat o test de Mantel Haenszel, si hi ha més de 2 categories ordenades. S'ha considerat significativa tota $p < 0.05$. No s'han efectuat correccions per anàlisis múltiples. Pels càlculs estadístics s'ha utilitzat *IBM SPSS Statistics 21*.

RESULTATS

Des del gener del 2007 fins el desembre del 2012, s'han registrat 898 pacients politraumatitzats, que han ingressat en l'àrea de crítics o que van ser èxitus en el box d'atenció al pacient politraumatitzat.

La majoria dels pacients eren homes (76%), amb una edat mitjana de 45 anys (DS 64) i havien patit un traumatisme tancat (93.5%). L'ISS mitjà de la sèrie és de 21 (DS 15), i la mortalitat és del 10.7% (96 casos), Taula 1.

Els 96 pacients que van ser èxitus tenien un ISS mitjà de 42 (DS 24), significativament major ($p < 0.001$) que el del total de la sèrie 21 (DS 15). La majoria també eren homes (68%), amb una edat mitjana de 55 anys i també havien patit un trauma tancat (99%), Taula 1.

S'han registrat 14 casos (14.6%) de morts evitables o potencialment evitables, la resta, 82 casos (85.4%), eren morts inevitables. Taula 1.

Els pacients que presentaven mortalitat evitable o potencialment evitable, seguien sent principalment homes (64%), amb una edat mitjana de 52 anys i en el 100% dels casos havien presentat un trauma tancat. L'ISS mitjà d'aquets pacients va ser de 42 (DS 16), sense diferències amb el grup total de pacients que van morir. Taula 1.

En global, la principal causa de mort és la neurològica, 43 casos (44.8%), seguida pel shock hipovolèmic, 27 casos (28.1%), Taula 1.

La primera causa d'èxitus, en els pacients on la mortalitat era evitable o potencialment evitable, va ser en 10 casos (71.4%) el shock hipovolèmic, existint diferències significatives amb el global del grup ($p=0.027$), on com s'ha comentat la primera causa de mort va ser la neurològica. Només existeix 1 pacient que va morir per causa respiratòria degut al mal control del dolor i 3 pacients que van morir per causa neurològica degut a retràs o no realització d'intervenció neuroquirúrgica necessària. Taula 1.

Gener 2007 – Desembre 2012			
	898 Pacients	96 Èxits (10.7%)	14 Èxits evitables o potencialment evitables
Sexe	684 Homes (76%) 214 Dones (24%)	65 Homes (68%) 31 Dones (32%)	9 Homes (64%) 5 Dones (36%)
Edat mitjana	45 anys (DS 64)	55 anys (DS 23)	52 anys (DS 22)
Mecanisme d'acció	840 tancat (93.5%) 58 Penetrant (6.5%)	95 tancat (99%) 1 Penetrant (1%)	14 tancat (100%)
ISS mitjà*	21.3 (DS 15.1)	42 (DS 24) *	42 (DS 16)
Causa de mort:			
Neurològica		43 (44.8%)	3 (21.4%)
Shock hipovolèmic		27 (28.1%)	10 (71.4%) #
Fracàs multiorgànic		10 (10.4%)	0
Respiratòria		9 (9.4%)	1 (7.2%)
Cardíaca		7 (7.3%)	0

Taula 1. Dades demogràfiques

* ISS mitjà = Injury Severity Score

+ $p < 0.001$

$p = 0.027$

Dels 14 pacients que van presentar mortalitat evitable o potencialment evitable, 12 casos eren evitables i 2 potencialment evitables. La resta eren morts inevitables (82 casos), en 34 d'ells (41.4%) van aparèixer errors durant el tractament del pacient. Taula 2.

MORTALITAT	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total (96 casos)
Evitables	6	3	1	1	0	1	12
Potencialment evitables	1	0	0	0	1	0	2
Inevitables amb error	9	5	3	6	7	4	34
Inevitables sense error	13	6	4	3	7	15	48

Taula 2. Classificació dels pacients segons tipus de mortalitat

Els principals errors en el tractament dels pacients politraumatitzats que han sigut èxits, el retard en instaurar un tractament adequat i el realitzar una tomografia computeritzada davant d'un pacient amb inestabilitat hemodinàmica, són comuns per la mortalitat evitable, potencialment evitable o inevitable. Taula 3 .

En el grup de mortalitat evitable o potencialment evitable, el segon grup d'errors en freqüència és realitzar un tractament incorrecte o ometre un procediment terapèutic essencial; mentre que en el grup de mortalitat inevitable, el segon tipus d'error més freqüent és no realitzar, durant la revisió primària, la radiografia de tòrax o la radiografia de pelvis, o bé no practicar un ECO-FAST quan és precís. Taula 3.

Errors	Mortalitat evitable / potencialment evitable (14 pacients)	Mortalitat inevitable amb error (34 pacients)
Retard del tractament adequat	10 (32.2%)	13 (22.4%)
Realitzar TC amb inestabilitat hemodinàmica	6 (19.4%)	13 (22.4%)
Tractament inadequat	5 (16.2%)	2 (3.5%)
Omissió de tractament essencial	4 (12.9%)	2 (3.5%)
Error de diagnòstic	2 (6.5%)	
No realitzar ECO-FAST	1 (3.2%)	6 (10.2%)
No activar codi PPT	1 (3.2%)	4 (6.9%)
“ <i>Damage control</i> ” incorrecte	1 (3.2%)	
No realitzar “ <i>damage control</i> ”	1 (3.2%)	
No realitzar Rx tòrax o pelvis en Revisió Primària		8 (13.8%)
Temps pre-hospitalari excessiu		3 (5.2%)
Error de documentació		2 (3.5%)
Tractament pre-hospitalari incorrecte		1 (1.7%)
Intubació esofàgica		1 (1.7%)
Número total d'errors	31	55

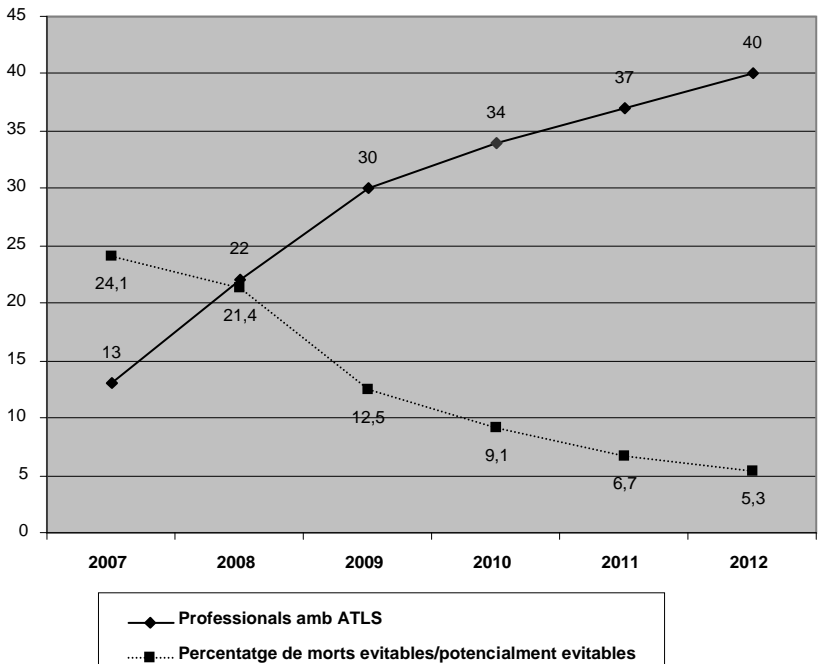
Taula 3. Errors evitables.

Segons les dades proporcionades per l'*Asociación Española de Cirujanos*, en el nostre hospital, existeix un augment progressiu des del 2007 i fins a l'actualitat, d'especialistes que s'han acreditat en el curs ATLS.

Com es pot apreciar en la Taula 4 i en el Gràfic 1, a mesura que augmenta el número de professionals formats mitjançant el mètode ATLS, disminueix progressivament el percentatge de mortalitat evitable o potencialment evitable.

	Professionals amb formació en ATLS	Morts evitables / potencialment evitables	Morts totals
2007	13	7 (24.1%)	29
2008	22	3 (21.4%)	14
2009	30	1 (12.5%)	8
2010	34	1 (9.1%)	11
2011	37	1 (6.7%)	15
2012	40	1 (5.3%)	19

Taula 4. Relació de professionals amb ATLS i mortalitat



Gràfic 1. Relació de professionals amb ATLS i mortalitat evitable/potencialment evitable

DISCUSSIÓ

El trauma suposa la “tempesta perfecta” pel desenvolupament de danys colaterals en l’atenció dels pacients politraumatitzats.

L’alta freqüència de pacients inestables que requereixen decisions ràpides, la impossibilitat de realitzar una història clínica completa i el treball sovint a deshora amb recursos humans i materials limitats, constitueixen alguns dels eixos principals en els quals se sustenten les possibilitats de cometre errors en el tractament d’aquests pacients.

La nostra sèrie de pacients politraumatitzats esta formada per 898 pacient amb un ISS mitjà de 21.3. La mortalitat del grup és del 10.7%, percentatge correcte segons els resultats publicats, en els que s’accepten taxes de mortalitat del 10% per ISS \leq 15 i de fins el 20% per ISS \geq 15.¹⁶⁻¹⁹ Els pacients que van ser èxits, tenien un ISS mitjà significativament més elevat que el del total de la sèrie (42 vs 21.3), però sense existir diferències significatives entre els diferents tipus de mortalitat evitable, potencialment evitable o inevitable. Taula 1.

Hem registrat 14 pacients (14.6%) que van presentar mortalitat evitable o potencialment evitable. En una revisió sobre aquest tipus de mortalitat en els pacients traumàtics es comuniquen xifres de mortalitat evitable o potencialment evitable que oscil·len entre el 0.4% i el 39.6%.²⁰ Xifres \leq 2% ,s’han citat com acceptables pels *Trauma Centers* de màxim nivell;²¹ estudis realitzats en algun d’ells, amb un elevat número de casos estudiats (2594 casos), comuniquen un 2.5% de mortalitat evitable.²²

Així doncs els nostres resultats, són difícilment comparables en tractar-se d’un estudi sobre un número molt inferior de casos (96), encara que és inqüestionable que l’experiència en el tractament d’aquests pacients és sens dubte major en un centre dedicat únicament a ells. Estudis realitzats a nivell europeu,²³ sobre un número de casos semblants al nostre (62 casos) obtenen xifres del 29% de mortalitat evitable o potencialment evitable, si bé el número de les primeres és sensiblement inferior a l’obtingut per nosaltres.

Per a tot el grup de pacients, la principal causa de mort és la neurològica (44.8%), seguida del shock hipovolèmic (28.1%) i pel fracàs multiorgànic (10.4%). Quan la mortalitat és evitable o potencialment evitable, la principal causa de mort és significativament diferent, ocupant el primer lloc el shock hipovolèmic (71.4%) Taula 1. Aquestes dades no es diferencien d’altres publicades; la principal causa d’error, que s’associa a mortalitat evitable o potencialment evitable, és el control de l’hemorràgia.^{22,24-25}

Els principals errors que es cometien: retard en instaurar un tractament adequat i realitzar una tomografia computeritzada en pacients amb inestabilitat hemodinàmica, són comuns per tots els tipus de mortalitat i són també comuns als publicats en altres sèries.^{22,24-25} La major part d’errors tenen lloc durant la revisió primària i es situen en el control de l’ABC del protocol ATLS. Altres errors, com l’inadequat tractament d’un pacient inestable, són també observats en totes les series.^{22,24-25}

Com ja s'ha comentat en la introducció, no existeixen estudis d'alta qualitat metodològica per afirmar que l'aplicació del protocol ATLS millori el pronòstic dels pacients politraumatitzats; ⁴ malgrat això, una gran part de països entrena als seus metges mitjançant aquest curs pel tractament d'aquests pacients. El present estudi no pretén assolir la suficient qualitat metodològica per a poder demostrar-ho i podem reconèixer diferents limitacions, entre elles: un número relativament escàs de casos estudiats i la falta de un "peer-review" extern que avalués els casos estudiats.

No obstant, les nostres dades ofereixen millores clínicament significatives a mesura que augmenta el número de metges que han acreditat el curs, la mortalitat evitable i la potencialment evitable disminueixen del 24.1% en el 2007 amb 13 professionals entrenats, enfront al 5.3% en el 2012 amb un total de 40 professionals acreditats amb l'ATLS. Taula 4 i Gràfic 1.

En alguns dels articles publicats, ¹⁰⁻¹¹ la millora observada en el tractament d'aquests pacients no és únicament atribuïble a l'aplicació del mètode ATLS sinó que es produeix en afegir aquest protocol a altres accions de millora. En el nostre centre, durant el període estudiat, no s'han produït altres canvis en el tractament dels pacients politraumatitzats que no sigui el progressiu augment de professionals que han aprovat el curs; sempre s'han tractat en un box específic per aquests pacients, amb un equip mèdic multidisciplinari dotat d'un "team-leader" i un codi específic d'alarma, que activa a tot l'equip, la major part de vegades abans de l'arribada del pacient a l'hospital, amb capacitat per a radiografia de tòrax i pelvis en el mateix box sense necessitat de traslladar el pacient, amb ECO-FAST, radiòleg i radiologia intervencionista disponibles les 24h del dia els 365 dies del any, sessions de politraumatismes mensuals, registre dels pacients de forma prospectiva en una base de dades protegida... Els diferents protocols existents pel tractament d'aquests pacients quan han patit actualitzacions, sempre han estat basades en els principis i metodologia ATLS.

La nostra xifra actual de mortalitat evitable o potencialment evitable és del 5.3%, molt més a prop de la aconsellada pels *Trauma Centers* del més alt nivell; ²¹ la progressiva disminució d'aquest tipus de mortalitat s'aconsegueix evitant errors que freqüentment apareixien en el tractament del shock hipovolèmic, mitjançant l'aplicació del mètode sistemàtic i per prioritats descrites en l'ATLS.

Estem convençuts que, per tots aquells que s'enfronten de manera ocasional i en qualsevol medi al pacient politraumatitzat, és imperatiu tenir idees clares d'actuació; per aquells que ho fan constantment i en els medis més preparats, és inexcusable tenir-les. Pel nostre criteri això es pot aconseguir mitjançant l'aplicació de protocols clars i consensuats d'actuació com l'ATLS.

Com a conclusió, podem afirmar, que en el nostre medi, la formació mitjançant aquest mètode, ha reduït la mortalitat evitable o potencialment evitable dels pacients politraumatitzats.

AGRAÏMENTS

A Ana López Carballado de l'*Asociación Española de Cirujanos* i a Laura Moya Forés.

**Salvador Navarro Soto, Sandra Montmany Vioque, Pere Rebas Cladera,
Carme Colilles Calvet**

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization; Department of Injuries and Violence Prevention & World Report on Road Traffic Injury Prevention. 2008.
2. Trunkey D.D. On the nature of things that go bang in the night. *Surgery* 1982; 92 :123-132
3. Mathers, C. D., Loncar, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* 2006;3(11):e442.
4. Jayaraman S, Sethi D. Advanced trauma life support training for hospital staff. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;15(2): CD004173
5. American College of Surgeons. *Advanced Trauma Life Support (ATLS)*. 9th edition. 2012
6. Ariyanayagam DC, Naraynsingh V, Maraj I. The impact of the ATLS course on traffic accident mortality in Trinidad and Tobago. *West Indian Med J* 1992;41(2):72-4
7. Jameel A, Adam R, Butler AK, Chang H, Howard M, Gonsalves D, Pitt-Miller P, Stedman M, Winn J, Williams J. Trauma Outcome Improves Following the Advanced Trauma Life Support Program in A Developing Country. *J Trauma* 1993;34(6):890-899.
8. Van Olden GD, Meeuwis JD, Bolhuis HW, Boxma H, Goris RJ. Advanced trauma life support study: quality of diagnostic and therapeutic procedures. *J Trauma* 2004;57(2):381-4
9. Van Olden GD, Meeuwis JD, Bolhuis HW, Boxma H, Goris RJ. Clinical impact of advanced trauma life support. *Am J Emerg Med* 2004;22(7):522-5
10. Hashmi ZG, Haider AH, Zafar SN, Kijat M, Moosa A, Siddiqui F, Pardhan A, Latif A, Zafar H. Hospital-based trauma quality improvement initiatives: First step toward improving trauma outcomes in the developing World. *J Trauma Acute Care Surg* 2013;75:60-68
11. Hedges JR, Adams AL, Gunnels MD. ATLS practices and survival at rural level III trauma hospitals, 1995-1999. *Prehosp Emerg Care* 2002;6(3):299-305
12. Navarro S, Koo M, Orrego C, Muñoz-Vives JM, et al. Estudio para la mejora de la atención hospitalaria inicial del paciente politraumatizado: proyecto TRAUMACAT. *Med Clin*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.07.001>
13. Drimousis PG, Theodorou D, Toutouzias K, Stergiopoulos S, Delicha EM, Giannopoulos P, Larentzakis A, Katsaragakis S. Advanced Trauma Life Support certified physicians in a non trauma system setting: is it enough? *Resuscitation* 2011;82(2):180-4
14. Baker SP., O'Neill B., Haddon W., Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *JTrauma* 1974;14:187-196
15. Champion HR., Sacco W., Copes WS., Gann DS., Gennarelli TA., Flanagan ME. A Revision of the Trauma Score. *JTrauma* 1989;29:623-62

16. Cooper A, Hannan E, Bessey P, et al. Examination of the volume – mortality Relationship for New York State Trauma Centers. *J Trauma*. 2000;48:16.
17. Fuglistaler-Montali I, Attenberger G, Fuglistaler P, et al. In search of Benchmarking for mortality following multiple trauma: A Swiss Trauma Center Experience. *WJS*. 2009;33:2477-89.
18. Sampalis JS., Lavoie A., Boukas S., Tamim H., Nikolis A., Frechette P., Brown R., Fleiszer D., Denis R., Bergeron E., Mulder D. Trauma Center Designation: Initial Impact on Trauma-Related Mortality. *The Journal of Trauma* 1995;39(2):232-239.
19. Champion H., Copes W., Sacco W., Lawnick M., Keast S., Frey C. The Major Trauma Outcome Study: Establishing National Norms for Trauma Care. *The Journal of trauma* 1990;30(11):1356-1365.
20. Constanti CH, Domingues C, Cardoso de Sousa RM, de Souza L. Preventable trauma deaths. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2)
21. Hoyt DB, Coimbra R. Trauma systems. *Surg Clin North Am*. 2007;87(1):21-35. v-vi. DOI:10.1016/j.suc.2006.09.012
22. Gruen RL, Jurkovich GJ, McIntyre LK, Foy HM, Maier RV. Patterns of Errors Contributing to Trauma Mortality. Lessons Learned From 2594 Deaths. *Ann Surg* 2006;244: 371–380
23. Saltzherr TP, Wendt KW, Nieboer P, Nijsten MW, et al. Preventability of trauma deaths in a Dutch Level -1 trauma centre. *Injury* 2011;42 (9):870-873
24. Ivatury RR, Guilford K, Malhotra AK, Duane T, Aboutanos M, Martin N. Patient safety in trauma: maximal impact management errors at a level I trauma center. *J Trauma*. 2008;64(2):265-70. DOI:10.1097/TA.0b013e318163359d
25. Teixeira PGR, Inaba K, Hadjizacharia P, Brown C, Salim A, Rhee P, et al. Preventable or potentially preventable mortality at a mature trauma center. *J Trauma*. 2007;63(6):1338-46. DOI:10.1097/TA.0b013e31815078ae

“IN MEMORIAM” MOISÈS BROGGI I VALLÈS

1908 - 2012

El passat dia 31 de desembre de 2012 ens va deixar, a l'edat de 104 anys, un dels cirurgians que ha causat més impacte en la societat del nostre país en els darrers temps: el Dr. Moisès Broggi.

Nascut a Barcelona el 18 de maig de l'any 1908, es llicencià en medicina a Barcelona el 1931 i treballà a l'Hospital Clínic, sota el mestratge d'Antoni Trias i Pujol amb la filla del qual es casaria. Cirurgià acadèmic, jove i inquiet, va participar en la fundació del servei d'urgències de l'Hospital Clínic, el primer en funcionar 24 hores al dia, del qual va ser responsable i impulsor.

Malauradament, va veure truncada la seva carrera universitària per l'esclat de la guerra civil en la qual es va veure implicat com a cirurgià del front, assistint a les Brigades Internacionals i aportant i posant en pràctica idees noves com la creació de quiròfans mòbils de campanya que permetien atendre els ferits el més a prop possible i amb la mínima pèrdua de temps. Va tenir també l'oportunitat d'aplicar a la pràctica molts dels avenços que l'experiència de la guerra va generar, com el perfeccionament de la cura de les ferides de guerra i l'atenció al politraumatitzat, incloent les primeres experiències, establiment d'indicacions i de tècniques, per a la pràctica de transfusions de sang, que els treballs de l'hematòleg Frederic Jordà havien posat a l'abast dels cirurgians, com una gran aportació al tractament del xoc hipovolèmic. Com a darrer responsable de l'hospital Militar de Barcelona va lliurar el centre, fent el traspàs de pacients als nous responsables de l'exèrcit d'ocupació.

“Depurat” de l'Hospital Clínic, pels seus antecedents de servei al país sota la direcció del govern legalment constituït, fou foragitat pel nou ordre polític i militar, exercint en l'àmbit privat fins aconseguir més tard poder treballar oficialment a Terrassa com a cirurgià de la Seguretat Social per poc temps. Pioner en diversos camps de la cirurgia, com és el cas de la cirurgia de la hipertensió portal, va continuar treballant privadament durant el llarg període de la dictadura i els principis de la democràcia, exercint de cirurgià fins als 80 anys.

De profundes conviccions científiques i ètiques va promoure actes culturals diversos per estimular la imprescindible relació i aplicació del coneixement al bé de la humanitat en general. En aquesta línia va ser membre de l'Associació Internacional de Metges per a la Prevenció de la Guerra Nuclear (*International Physicians for the Prevention of Nuclear War*), President de la Comissió Deontològica del COMB, President d'Honor del Patronat de l'Institut Borja de Bioètica, President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el 1980 de la qual va ser nomenat després President d'Honor, com també va ser President d'Honor de l'Institut Medicofarmacèutic, Creu de Sant Jordi el 1981, Medalla d'Or de Barcelona, Medalla d'Or de la Generalitat de Catalunya, etc, etc.

Un dels darrers honors, encara en vida, li va concedir el Govern de la Generalitat en posar el seu nom al nou Hospital del Consorci Sanitari Integral de Sant Joan Despí, com a culminació d'un llarg nombre de reconeixements per la seva dedicació acadèmica i humanitària.

Tampoc la Societat Catalana de Cirurgia havia estat al marge de la seva trajectòria i li va atorgar el Premi Virgili a l'any 1980, li va rendir Homenatge en motiu de la celebració del 75è aniversari de la Societat Catalana de Cirurgia a l'any 2002 i el va nomenar Membre Honorari el 2008 amb motiu del centenari del seu naixement.

En els darrers anys de la seva vida, va publicar les seves memòries i diversos llibres sobre la seva visió del món que el van fer mereixedor de la veneració i el respecte populars, convertint la seva lluita per la Ciència i per la Ètica, per la Filosofia i per l'Art, en totes les seves facetes, en un autèntic model de referència que continua viu i plenament vigent. Descansi en pau.

La Junta

LA RENOVACIÓ COM A SIGNE DE VITALITATDE LES INSTITUCIONS

Salvador Navarro Soto, Josep Maria Badia Pérez, Pere Rebas Cladera, Salvadora Delgado Rivilla, Ramón Vilallonga Puy, Rosa Jorba Martín, Antonio Sánchez Marin.

La renovació d'una part de la Societat Catalana de Cirurgia és, al nostre parer , un signe clar de la vitalitat de la nostra institució. Enguany és el moment que un nou President assumeix la responsabilitat de mantenir-la ben viva , dinàmica i amatent a les necessitats de tots els cirurgians catalans .

Conjuntament amb la presidència es renoven d'altres càrrecs de la Junta, companys i companyes que arriben amb la il·lusió de compartir uns anys de feina, per tal de què, com ja hem dit, la nostre Societat pugui seguir cada cop amb més empenta la seva ja llarga trajectòria .

A tots aquells que ara deixen la seva responsabilitat com a membres de la Junta de la Societat Catalana de Cirurgia, el nostre profund agraïment per aquests anys dedicats a la gestió dels interessos comuns de tots els cirurgians de Catalunya; de manera molt especial a la persona que l'ha liderat, el Dr. Joan Sala Pedrós, incansable treballador, dedicat durant molts anys a la nostre Societat, reconegut i respectat per tots nosaltres; el seu profund coneixement de la Societat Catalana de Cirurgia, la seva exquisidesa i prudència amb el tracte amb tots els companys, l'ha fet més gran als ulls de molts de nosaltres, sens dubte estem en deute amb ell; encara que mereixedor d'un ben guanyat descans, desitgem i necessitem que segueixi com a membre actiu entre tots nosaltres.

De tota manera ara toca recollir el testimoni i seguir endavant amb l'esperit innovador que ha caracteritzat sempre l'actitud del cirurgià; dues línies bàsiques hauríem d'anar treballant en els propers anys: per una banda, aconseguir una major representativitat de la Societat Catalana de Cirurgia en els llocs de decisió de la política sanitària del nostre país; per l'altra, molt més assequible però també ambiciosa, encara que al cap i a la fi només implica un seguiment de les idees de la Junta sortint, enfortir les branques del tronc de l'arbre de la cirurgia general .

Com és evident, estem convençuts que la Societat no és la Junta, són tots i cada un dels seus membres els que la formen i la mantenen activa; és per això que, per nosaltres, és imprescindible comptar amb tots els seus socis i amb totes aquelles propostes que permetin poder seguir elaborant estratègies de futur; només així, entre tots, seguirem mantenint aquest bé tant preuat que constitueix la Societat Catalana de Cirurgia.

Estem molt orgullosos de l'encàrrec que ens heu donat.

La Junta.