



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2003-2004

ÍNDEX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
<u>LLIBRE COMMEMORATIU</u>	<u>1</u>
INAUGURACIÓ DEL CURS 2003-2004	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2002-03.....	5
ACTES DE CELEBRACIÓ DEL 75 ANIVERSARI.....	5
IMPACTE DE LES NOVES TECNOLOGIES EN LA CIRURGIA DEL SEGLE XXI	5
SESSIONS ORDINÀRIES.....	11
SESSIONS DE FORMACIÓ CONTINUADA.....	31
FISIOPATOLOGIA QUIRÚRGICA.....	31
CASOS CLÍNICS ALLIÇONADORS	32
METODOLOGIA:.....	33
PREMIS HONORÍFICS 2002	35
PREMIS DE RECERCA 2002	36
PRESIDENTS ANTERIORS.....	37
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT.....	38
CURS 2003-2004	39
JUNTA DE GOVERN	41
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	42
PREMIS HONORÍFICS 2003	43
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2003.....	44
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2003.....	45
CENTRES COL·LABORADORS	46
INAUGURACIÓ DEL CURS 2003-2004	47
SESSIÓ INAUGURAL.....	48
PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES I DE FORMACIÓ CONTINUADA	49
CALENDARI DE SESSIONS.....	59
EL IV CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA.....	61
DOCUMENTS	65
BALANÇ D'UN ANY	67
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2003.....	69
HISTORIA DE LAS UNIVERSIDADES EN OCCIDENTE	75

REFLEXIONS SOBRE LA CORBA D'APRENTATGE EN CIRURGIA LAPAROSCÒPICA.....	81
PRINCIPIS DE PRIORITZACIÓ DE PACIENTS EN CIRURGIA.....	87
EL PROGRAMA DE FORMACIÓ CONTINUADA DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA.....	101
“IN MEMORIAM” DAVID BERNT SKINNER, M.D.....	103
CAP A LA CONSOLIDACIÓ D'UNA NOVA ETAPA.....	105

MEMÒRIA DEL CURS 2002-03

ACTES DE CELEBRACIÓ DEL 75 ANIVERSARI

IMPACTE DE LES NOVES TECNOLOGIES EN LA CIRURGIA DEL SEGLE XXI

Dia 11 d'octubre de 2002

Paranimf de la Universitat de Barcelona (Central: Plaça Universitat)

TAULA A: Moderadors: Sánchez-Ortega JM, Sans M.

Cirurgia esofàgica

Estadificació i extensió de la resecció en el càncer d'esòfag.

Fernández-Llamazares J.

L'abordatge laparoscòpic com a tècnica d'elecció en la cirurgia del reflux gastroesofàgic.

Vallribera F.

Cirurgia mínimament invasiva en el tractament de l'hèrnia paraesofàgica

Targarona E.

TAULA B: Moderadors: Caballé J, Grande L.

Cirurgia gàstrica

Extensió de la limfadenectomia en la cirurgia del càncer gàstric.

Verge J.

Tractament complementari del càncer gàstric.

Sala Cascante F.

TAULA C: Moderadors: Jaurrieta E, Artigas V.

Cirurgia hepàtica

Ultrasonografia laparoscòpica en cirurgia hepatobiliar.

Cugat E.

Estratègies diagnòstiques intraoperatòries en la resecció hepàtica.

Fuster J.

Selecció de noves tecnologies en l'hemostàsia durant la resecció hepàtica.

Figueras J.

TAULA D: Moderadors: Montané JM, Navarro A.

Cirurgia rectal

Factors tècnics en la prevenció de recidives en la cirurgia del càncer de recte.

Martí Ragué J.

Tècniques de reconstrucció del neorecte.

Codina A.

Límits de la preservació esfinteriana.

Marco C.

TAULA E: Moderadors: Domingo J, Guirao X.

Infecció quirúrgica i Nutrició

Antibioteràpia de curta durada en la infecció intraabdominal.

Badia JM.

Rellevància dels patògens emergents.

Sancho JJ.

Alimentació parenteral o enteral.

Franch G.

TAULA F: Moderadors: Servent RM, Miró D.

Cirurgia de la paret abdominal

El tractament de l'hèrnia inguinal: Un cas per a la cirurgia basada en l'evidència.
Sala Pedrós J.

Cirurgia laparoscòpica en el tractament de l'hèrnia inguinal:
Segura J.

Noves tècniques en el tancament de la laparotomia.
Caubet E.

TAULA G: Moderadors: Rius X, Del Castillo D.

Cirurgia metabòlica

La selecció de la tècnica quirúrgica en el tractament de l'obesitat mòrbida.
Masdevall C.

La derivació gàstrica per abordatge laparoscòpic.
Lacy C.

TAULA H: Moderadors: Puig P, Simó Deu J.

Cirurgia mamària

El cribratge en l'estratègia terapèutica del càncer de mama.
Gubern JM.

Cirurgia Endocrina

Noves tècniques d'imatge en la cirurgia paratiroidal.
Sitges-Serra A.

TAULA I: Moderadors: Garcia-Valdecasas JC, Sunyol X.

Cirurgia tegumentària

Importància del gangli sentinella en el tractament del melanoma maligne.

Alastrue A.

Trasplantaments i immunitat

L'impacte dels nous fàrmacs immunosupressors en el trasplantament d'òrgans sòlids.

Margarit C.

TAULA J: Moderadors: Trias M, Fernández-Sallent E.

Cirurgia biliopancreàtica

Estratègies terapèutiques en la coledocolitiasi.

Sáenz A.

Utilitat de la laparoscòpia en cirurgia del pàncreas.

Fernández-Cruz L.

TAULA K: Moderadors: Gil A, Aixàs J.

Perspectives de futur en cirurgia

La cirurgia robòtica i la seva implantació.

Laporte E.

TAULA L: Moderadors: Armengol M, Viñas J.

El compromís ètic i social del cirurgià

Perspectives bioètiques en cirurgia

Broggi MA

CONFERÈNCIA MAGISTRAL:

El cirurgià general i la cirurgia del segle XXI.

Jeekel JJ.

SESSIÓ INAUGURAL

Presentació

Fernández-Cruz L.

Els antecedents, constitució i desenvolupament històric de la SCC.

Balius R, Martí Pujol R.

Nomenament de Socis Numeraris i Agregats. Lliurament dels altres Premis

Fernández-Llamazares J.

Premi Virgili

Isidre Claret i Corominas

Premi Gimbernat

Bernard Launois

Salutació del President de la “Asociación Española de Cirujanos”

Moreno Azcoitia M.

Cloenda de l'acte: Honorable Conseller d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació de la Generalitat de Catalunya

Andreu Mas-Colell

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Hotel Calderón (Rambla Catalunya, 26, Barcelona)

Sopar de germanor:

Brindis d'Honor:

Dr. Moisès Broggi i Vallès

SESSIONS ORDINÀRIES

dilluns, 7 d'octubre de 2002

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Microdensitat vascular, VEGF i p53 com a factors pronòstics en pacients amb càncer gàstric després de resecció amb pretensió curativa

Pera M, Fondevila C, Fuster J, Metges JP, Palacin A, Volant A. (Hospital Clínic de Barcelona)

2.- Al cap de 10 anys de cirurgia laparoscòpica del còlon a l'Hospital Clínic

Delgado, S, Momblan D, Bravo R, Estrada O, Garcia-Valdecasas JC, de Lacy AM. (Hospital Clínic de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ

3.- Rellevància de las micrometàstasis ganglionars en el carcinoma de còlon

García MI. (Hospital Mútua de Terrassa)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Buidatge ganglionar cervical

Ribera C. (Hospital de Martorell)

CASOS CLÍNICS

5.- Càncer de mama amb metàstasis hepàtiques

Vall-Llovera J, Barba S, Bosch A. (Hospital del Sagrat Cor de Barcelona)

6.- Tumor de mama poc freqüent

Barba S, Segade A. (Hospital del Sagrat Cor de Barcelona)

dilluns, 4 de novembre de 2002

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Herniorràfia laparoscòpica en règim ambulatori

Piedrafita E., Domingo J., Gómez F., Guirao X., Burdio F., López MJ., Ruiz D., Bolarín M. (Hospital de Figueres)

2.- Tractament quirúrgic del càncer rectal a nivell d'hospital comarcal. Valoració de la recurrència local i supervivència a mig termini

Gómez F, Burdio F, Domingo J, Guirao X, López MJ, Piedrafita E, Ruiz D, Bolarín M. (Hospital de Figueres)

3.- Pròtesi endoluminal com a tractament definitiu de l'estenosi colorectal maligna

Farrés R, Olivet F, Codina Cazador A, Gonzalez-Huix F, Figa M, PujadesM. (Hospital Josep Trueta de Girona)

4.- Hèrnia incisional. Tractament laparoscòpic.

Planellas J, Tuca F, Espinosa J, Macarulla J. (Clínica Girona)

ACTUALITZACIÓ

5.- Esòfag de Barret

Pera M. (Hospital Clínic de Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

6.- Tractament de l'hèrnia hiatal per laparoscòpia

Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

dilluns, 9 de desembre de 2002

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Malaltia de Caroli

Falgueras L, Alastrue A, Julian JF, Camps I, Villan D, Fernandez-Llamazares J, Broggi MA. (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona)

2.- Influència d'una Unitat de Cirurgia Major Ambulatoria en l'activitat d'un Servei de Cirurgia General i Digestiva

Suñol X, Hidalgo LA, Heredia A, Barja J, Prats M, Gubern JM. (Hospital de Mataró)

ACTUALITZACIÓ

3.- Patogènesi de la malaltia de Crohn

Gassull MA, (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Sigmoidectomia per laparoscòpia

Delgado S. (Hospital Clínic. Barcelona)

CASOS CLÍNICS

5.- Perforació esofàgica per cos estrany

De la Cruz J, Ballester M, Almenara R, Bianchi A, Feliu J, Suñol X. (Hospital de Mataró)

6.- Carcinoma ocult de mama: actitud diagnòstica i terapèutica

Alcaide A, Pou E, Moreno JE, Martinez F, Vila JM, Torres G, Hernandez R, Pié J. (Hospital Municipal de Badalona)

dilluns, 13 de gener de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.-Índex ganglionar com a factor pronòstic en el càncer gàstric.

Rodríguez Santiago J, Muñoz E, Martí M, Gómez R, Muñoz A, Veloso E, Marco C. (Hospital Mútua Terrassa)

2.- Mortalitat hospitalària associada a una inadequada terapèutica antibiòtica inicial en pacients sotmesos a cirurgia urgent per infecció intraabdominal comunitària.

García San Pedro A, Baré M, Colomer O, Cabrol J, Cànovas G, Güell M, Hachem N, Alcántara M. (Corporació Parc Taulí. Hospital de Sabadell).

ACTUALITZACIÓ

3.- Carcinomatosi peritoneal: perspectiva quirúrgica

Barrios P. (Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet del Llobregat)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Gastrectomia subtotal per càncer

Rodríguez J. (Hospital Mútua de Terrassa)

CASOS CLÍNICS

5.- Tumoració quística retrorectal

Bonfill J, Salvans F, Muñoz-Ramos C, Roura J, Pérez G, Doncel F. (Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès).

6.- Paraganglioma familiar

Sala Pedrós J, Ribas Y, Del Pozo C, Oriola J, Puey J, Vallribera F. (Hospital de Terrassa).

dilluns, 10 de febrer de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Pròtesi endoluminal i colectomia laparoscòpica pel tractament de les neoplàsies oclusives del còlon. Resultats preliminars.

Balagué C, Targarona EM, Sainz S, Kobus C, Moya I, Vela S, Bendahat G, Chiericheti CI, Alonso V, Garriga J, González D, Pujol J, Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

2.- La pressió intraabdominal com a índex pronòstic de gravetat en la pancreatitis aguda.

Navarro S, Hidalgo JM, Bessa X, Planella M, Solà J, Hernández R, Busquets J, Peláez N, Bory F, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

CONFERÈNCIA

3.- Relació entre volum quirúrgic i qualitat assistencial: un enfocament acadèmic

Roger Pla (Director Adjunt del Pla Director d'Oncologia de Catalunya)

CASOS CLÍNICS

4.- Síndrome diarreica postcolectomia subtotal.

Espinosa JC, Pascual M, Gil MJ, Minguella J, Pla J, Courtier R, Pera M, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

5.- Tumor desmoide: un repte terapèutic.

Ruiz M, Lluís JM, Arumí M, Galofré G, Morales MA, Pueyo J. (Hospital de la Creu Roja de Barcelona.)

dilluns, 10 de març de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Estadificació ecogràfica i tractament mitjançant microcirurgia endoscòpica transanal (T.E.M.). Experiència després de 178 pacients.

Serra J, Lorente FJ, Lopez Negre JL, Gris P, Pérez R, Sánchez C, Puig La Calle J, Comajuncosas J, Urgellés J. (Hospital de Sant Boi del Llobregat)

2.- Còlon urgent a Catalunya 1999-2000. Resultat de l'estudi multicèntric de 38 hospitals.

Verge J, Del Rio C, Calabuig R, Martí G, Encinas X, Pérez X, Mayol S, Albiol J. (Hospital-Residència Sant Camil. de Sant Pere de Ribes).

ACTUALITZACIÓ

3.- Controvèrsies terminològiques anatòmiques en cirurgia

Pereira JA (Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universitat Pompeu Fabra)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Parotidectomia

Simó Deu J. (Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Diverticulitis recidivada i risc d'intervenció quirúrgica urgent.

Ribera C, Saad I, Prós I, López EJ, Quintana C, Otero J, Gil A. (Hospital Sant Joan de Déu de Martorell).

6.- Colectomia laparoscòpica: experiència en un hospital comarcal.

Macarulla E, Claveria R, Besora P, Abad JM, Viñas X, Camps J, Feliu X, Fernández-Sallent E. (Hospital Comarcal d'Igualada).

dilluns, 7 d'abril de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Via clínica de cirurgia electiva colorectal en un hospital general bàsic. Experiència i resultats

Sueiras A, Casasin T, Faura A, Vallet J, Gil V, Villanueva R, Pi F, Castellvi J. (Hospital Viladecans)

2.- Tractament quirúrgic del tumor de Klastkin

Lladó L, Figueras J, Valls C, Serrano T, Domínguez J, Fabregat J, Rafecas A, Ramos E, Torras J, Lama C, Sánchez R, Parada C, Jaurrieta E. (Hospital Universitari de Bellvitge).

ACTUALITZACIONS

3.- Anatomia quirúrgica del fetge

Torras J. (Hospital Universitari de Bellvitge)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Hemorroïdectomia amb làser

Sierra E.

CASOS CLÍNICS

5.- Carcinoma ductal infiltrant en pacient de 39 anys

Robres J, Piñol J, Buqueras C, Vasco MA, Ribas R. (Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet del Llobregat)

6.- Tumor rectal tuberculós. Un repte diagnòstic

Osorio J, Sala J, Farreras N, Ortiz de Zarate L, Masferrer L. (Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet del Llobregat)

dilluns, 12 de maig de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Cirurgia gastroesofàgica per laparoscòpia al petit hospital

Miró D, Ponsí E, Vallverdú H. (Hospital de Sant Celoni)

2.- Col·locació de catèters peritoneals en un servei de cirurgia general. Experiència de 6 anys

Castro Gutierrez X, Caralt Mestres E, Romaguera Monzonis A, Guixà Gener M, Palau Figuerola A, Belloso Cedenilla N, Serra Genís C. (Hospital General de Vic)

ACTUALITZACIONS

3.- Reacció inflamatòria

Guirao X. (Hospital de Figueres)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Gangli sentinella en la cirurgia del càncer de mama

Culell P, Fraile M (ALTHAIA - Xarxa Sanitària de Manresa, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona)

CASOS CLÍNICS

5.- Hipercalcèmia persistent en un malalt amb hiperparatiroidisme primari, hipernefoma i nòdul pulmonar

Franch G, Campos JM, Torrecilla A, Villanueva MJ, Ribé D, Nve E, Navinés J, Badia JM. (Hospital General de Granollers)

6.- Tractament multidisciplinari del pacient oncològic en un hospital comarcal.

Servent R, Gallardo A, Del Canto A, Pericay C, López A. (Hospital de Sant Bernabé de Berga)

dilluns, 2 de juny de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Resultats de la simpatectomia toràcica en la hiperhidrosi axil-lopalmar

Vadillo J, Bañó J, Vicente V, Gris F, Castellote M, Olona C, Luengo L. (Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona)

2.- Via d'accés lateral en cirurgia tiroïdal benigna

Ros S, Gómez L, Gómez JR, Canosa C, Pérez L. (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida)

ACTUALITZACIONS

3.- Implicacions quirúrgiques del cribratge del càncer de mama

Gubern JM (Hospital de Mataró)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Rentat de còlon intraoperatori

Biondo S. (Hospital de Bellvitge)

CASOS CLÍNICS

5.- Tumor tiroïdal/cervical de creixement ràpid, disfàgia, disfonia...: Càncer anaplàstic de tiroide?

Caubet E, Pàmies JJ, Guedea A, Martí E. (Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona)

6.- Tumoració quística hepàtica

Viñas J, Fermiñán A, Pelayo A, Sierra E, Torres S, Canosa C. (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida)

dilluns, 7 de juliol de 2003

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Receptor del factor de creixement epidèrmic com a predictor de resposta al tractament amb radioteràpia preoperatòria en tumors de recte localment avançats

Espin E, Eraso A, Giralt J, De Torres I, Roselló J, Sánchez JL, Naval J, López Cano M, Lozoya R, Maristany C, Medarde M, Masferrer J, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

2.- Experiència en la resecció de metàstasis hepàtiques d'origen no colorectal

Margarit C, Castro S, Lázaro JL, Olsina JJ, Aguilar L, Dopazo C, Tabernero J, Escartín A, Bilbao I, Balsells J, Murio E. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

ACTUALITZACIONS

3.- Carcinoma de vesícula biliar

Astudillo E. (Hospital Clínic de Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- La via preperitoneal pel tractament de l'hèrnia inguinal

Robres J. (Hospital de la Creu Roja de L'Hospitalet del Llobregat)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Tractament de l'acalàsia per via laparoscòpica. Experiència de la Unitat de Cirurgia Esofagogastrica

Zanón V, Boqué R, Pradell J, Mora F, Maristany C, Nadal A, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

6.- Tractament quirúrgic de l'hipertiroïdisme induït per amiodarona

Gémar E, Baena JA, Fort JM, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

SESSIONS DE FORMACIÓ CONTINUADA

FISIOPATOLOGIA QUIRÚRGICA

Composició corporal

Franch G.

Bases de fluidoteràpia

Franch G.

Shock sèptic y shock hipovolèmic

Valverde J.

Reacció inflamatòria

Guirao X.

Fisiopatologia de la malnutrició en el pacient quirúrgic

de Oca J.

Avaluació de l'estat nutricional

Girvent M.

Cicatrització de ferides

Ferrando JM.

Resposta neuroendocrina a l'agressió quirúrgica

Targarona E.

CASOS CLÍNICS ALLIÇONADORS

Apendicitis aguda recurrent

Sitges A.

Insuficiència suprarenal postoperatòria

Sitges A.

Abdomen agut en un pacient cirròtic

Sitges A.

Infecció de ferida umbilical després de colecistectomia laparoscòpica

Sitges A.

Tumor endocrí de pàncrees i MEN 1

Sitges A.

Infeccions biliars (test participatiu)

Sitges A.

Semiologia quirúrgica

Sitges A.

Cas problema.

Espin E.

Sèpsia per estafilococ en el postoperatori de gastrectomia

Badia JM.

METODOLOGIA:

Estadística (E); disseny de treballs científics (D)

Sancho JJ.

1. Presentació del mòdul (D):

Presentació del programa i organització del curs
Comentari de la bibliografia recomanada

2. Estadística Univariant (E):

Distribució de freqüències
Mitjanes, interval de confiança, desviació estàndard, error estàndard
Distribució normal i la seva comprovació

3. Definició dels objectius i de les variables d'avaluació d'un assaig (D):

Formulació de la pregunta correcta en investigació quirúrgica
Establiment dels objectius
Tipus d'objectius d'un assaig clínic
Elecció de les variables d'avaluació. Variables principals i subordinades

4. Estadística bivariant I (E):

Concepte de contrast d'hipòtesis
Dues variables qualitatives
Taules de contingència
Xi quadrat
Correccions de Yates i de Fisher

5. Cirurgia basada en l'evidència (CBE) I (D):

Principis generals
La CBE en la pràctica clínica
Graus d'evidència científica

6. Estadística bivariant II (E):

Quantitatives i qualitatives
t de Student-Fisher
U de Mann-Whitney
M de Wilcoxon

7. Aplicacions estadístiques (E):

Principals paquets d'anàlisi estadístiques: prestacions i aplicabilitat
Plataformes Windows, Macintosh, PDA i WEB

8. Assaigs clínics en cirurgia (D):

Particularitats dels assaigs clínics en cirurgia

9. Estadística bivariant III (E):

Dues variables quantitatives
Coeficient de correlació de Pearson
Coeficient de regressió
Significats de la p , r i r^2
Ajustaments polinòmics

10. Determinació del volum de la mostra

Regions crítica i d'acceptació
Potència d'una prova de contrast d'hipòtesis
Errors α i β
Programa Granmo

PREMIS HONORÍFICS 2002

Premi Virgili:

Dr. Isidre Claret i Corominas

Premi Gimbernat:

Dr. Bernard Launois

PREMIS DE RECERCA 2002

Premi “XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973”: Dotat amb 2400 € (400.000,- pts.). Dia 16-9-2002 a les 19 h.: Dr. R. Martí Pujol en representació del Patronat i Drs. JM. Sánchez Ortega i J. López Gibert en representació de la Junta Consultiva, Drs. Fernández-Cruz i Sala Pedrós per la Junta actual.

Estudio del valor pronóstico de la expresión de factores moduladores de la fase G1 en los pacientes con hepatocarcinoma sometidos a resección o trasplante.

Laura LLADO, Teresa SERRANO, Luis IBAÑEZ, Antoni RAFECAS, Joan FABREGAT, Emilio RAMOS, Jaume TORRAS, Joan FIGUERAS i Eduard JAURRIETA.

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 16-9-2002 a les 19 h. 15': Drs. J. Sánchez Lloret, E. Basilio, J. Verge, L. Fernández-Cruz i J. Fernández Llamazares.

Forma atípica de presentació dels mioepicítomes.

Verge J.

Premi Corachan: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 16-9-2002 a les 19 h. 30': Drs. C. Margarit, J. Viñas i E. Astudillo, L. Fernández-Cruz i J. Fernández Llamazares.

Desert.

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas 1927-29
Manuel Corachan i Garcia 1930-31
Joan Puig i Sureda 1932-33
Joaquim Trias i Pujol 1934-35
Joan Bartrina i Tomàs 1935-36
Joan Puig i Sureda 1941-51
Joaquim Trias i Pujol 1951-53
Pere Piulachs i Oliva 1956-61
Josep Soler i Roig 1961-65
Jaume Pi i Figueres 1965-69
Vicens Artigas i Riera 1969-71
Ramon Arandes i Adan 1971-73
Joan Agustí i Peypoch 1973-75
Víctor Salleras i Llinares 1975-77
Antoni Sitges i Creus 1977-81
Jordi Puig i La Calle 1981-85
Cristóbal Pera Blanco Morales 1985-89
Josep Curto i Cardús 1989-91
Joan López Gibert 1991-93
Jordi Olsina i Pavia 1993-97
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa 1997-01

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	A. Cortés Lladó	P. R. Allisson (Anglaterra)
1964	A. Garcia Barón	Pablo Luis Mirizzi (Argentina)
1965	J. Gil Vernet ?	Paul Eugene Santy (França)
1966	Hermenegild Arruga i Liró	E.S. Crawford (Suècia)
1967	Antoni Trias i Pujol	Pietro Valdoni (Itàlia)
1968	M. Bastos Ansart	Claude D'Allaines (França)
1969	Josep Trueta i Raspall	M. E. De Bakey (Estats Units)
1970	C. Pera Jiménez	J. Cid Dos Santos (Portugal)
1971	P. González Duarte	R. Nissen (Suïssa)
1972	Pere Piulachs i Oliva	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
1973	Jaume Pi Figueras	Jean Louis Lortat-Jacob (França)
1974	Josep Soler Roig	W. Thompson (Anglaterra)
1975	J. Salarich Torrens	Paride Stefanini (Itàlia)
1976	Ferran Martorell i Otzet	M. Roux (França)
1977	Antoni Puigverd i Gorro	J. C. Goligher (Anglaterra)
1978	Antoni Llauredó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	J. Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisès Broggi i Vallès	Rodney Smith (Anglaterra)
1981	Josep Masferrer i Oliveras	Robert M. Zollinger (Estats Units)
1982	Joan Agustí Peypoch	K. C. Mc Keown (Anglaterra)
1983	Gerard Manresa i Formosa	K. Nakayama (Japó)
1984	Josep Maria Gil Vernet	M. Mercadier (França)
1985	Carlos Carbonell Antolí	P. Sandblom (Suïssa)
1986	Sebastián García Díaz	Adrian Marston (Anglaterra)
1987	José Luis Puente Domínguez	L. M. Nyhus (Estats Units)
1988	Antoni Caralps Massó	Frederic Saegesser (Suïssa)
1989	Antoni Sitges Creus	D. B. Skinner (Estats Units)
1990	Víctor Salleras i Linares	U. Veronesi (Itàlia)
1991	Benjamín Narbona Arnau	F. Fékété (França)
1992	Emili Sala Patau	V. Praderi (Uruguai)
1993	Lino Torre Eleizegui	L. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Angel Díaz Cascón	Patrick Forrest (Anglaterra)
1997	Jordi Puig Lacalle	J. Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	H. Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luis Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Anglaterra)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2003-2004

INAUGURACIÓ

22 d'octubre de 2003

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Laureà Fernández-Cruz

Vice-president:

Constancio Marco i Molina

Secretari:

Joan Sala Pedrós

Tresorer:

Antoni Sitges Serra

Vice-secretari

Josep Maria Badia i Pérez

Vocal primer

Carles Margarit i Creixell

Vocal segon

Lluís Masferrer i Sala

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Víctor Salleras i Llinares
Jordi Puig La Calle
Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Jordi Olsina i Pavia
Emili Sala i Patau
Àngel Díaz i Gascón
Ramon Balius i Juli
Enric Vendrell i Torné
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
Eduard Basilio i Bonet
Ramon Martí i Pujol
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



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2003

PREMI VIRGILI

Prof. PASCUAL PARRILLA PARICIO

PREMI GIMBERNAT

Prof. CHARLES PROYE

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2003

PREMI MANUEL CORACHAN

Al treball que porta per títol:

“Tratamiento quirúrgico del tumor de Klatskin”

PREMI CARMEN BENASCO

Al treball que porta per títol:

“Tumors vellosos del tub digestiu”

PREMI XXV CONGRÉS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CHIRURGIE, BARCELONA 1973

Declarat: desert

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2003

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

AGUILAR BLASCO, Lluís (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
ARTECHE GONZÁLEZ, Natàlia (Hospital de Terrassa)
BLANCO DÍAZ, Jordi (Hospital Universitari de Girona)
BOMBUY GIMÉNEZ, Ernest (Hospital Clínic)
CARALT BARBA, Mireia (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
CHIERICHETTI ASAN, César Claudio
DOPAZO TABOADA, Cristina (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
FRANCES RALUY, Josep Maria (Hospital de Girona)
GARCIA TORRALBO, Eva Maria (Hospital del Mar)
MEDARDE FERRER, Meritxell (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
NAVINÉS LÓPEZ, Jorge
NOREÑA ORTIZ, Nemesio (Centro Médico Delfos)
PASCUAL DAMIETA, Marta (Hospital del Mar)
PELÁEZ SERRA, Núria (Hospital del Mar)
PÉREZ LÓPEZ, Marta (Hospital del Mar)
PUERTA HERNÁNDEZ, Nieves Sara (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
PUIG COMPAÑO, Sònia (Hospital del Mar)
RUIZ LUNA, David (Hospital de Terrassa)
SANTAMARIA GÓMEZ, Maite (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
VALERO SABATER, Mònica (Hospital del Mar)
VELA BERNAL, Sandra (Hospital de Sant Pau)

NOUS MEMBRES CORRESPONENTS

FERNÁNDEZ BENDICHO, Maria Jesús (UFBa)

MEMBRES QUE PASSEN D'ASSOCIATS A NUMERARIS

AGUILAR TEIXIDÓ, Francesc (H. de Terrassa)
GÜELL PUIGCERCÓS, Dolors (H. de Terrassa)
ROBUSTÉ MORELL, Joan
ULLÉS FONT, Josep (Sant Hospital de la Seu d'Urgell)

NOUS MEMBRES NUMERARIS

ALDEANO MARTÍN, Aurora (Hospital General de Granollers)
EDO COTS, Andreu (Hospital de Terrassa)
OMS BERNAD, Lluís (Hospital de Terrassa)
PALOMA MARTÍ, Joan (Hospital de Terrassa)
PERA ROMAN, Miguel (Hospital del Mar)
RODAMILANS DE LA O, Xavier (Hospital de Santa Maria de Lleida)

NOUS MEMBRES NUMERARIS D'HONOR

MANUEL NOGUERAS, Francesc

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

Centre Hospitalari de Manresa
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge
Clínica del Remei de Barcelona
Consorci Sanitari de Mataró
Corporació Sanitària Parc Taulí
Espitau d'era Val d'Aran de Vielha
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca
Hospital Comarcal de la Selva de Blanes
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de Granollers
Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat
Hospital de la Creu Roja de Barcelona
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Hospital de Martorell
Hospital de Mora d'Ebre
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sant Bernabè de Berga
Hospital de Sant Boi del Llobregat
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Jaume d'Olot
Hospital de Sant Jaume de Calella
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 Pallars de Tremp
Hospital del Sagrat Cor de Barcelona
Hospital General d'Igualada
Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
Hospital General de Manresa
Hospital General de Mollet
Hospital General de Vic
Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona
Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Provincial de Santa Caterina (Girona)
Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida
Hospital Residència Sant Camil (Sant Pere de Ribes)
Hospital Universitari Amau de Vilanova (Lleida)
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona
Institut Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Valls
Policlínica del Vallès de Granollers
Sant Hospital de la Seu d'Urgell

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2003-2004

PROGRAMA

La inauguració del curs 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 22 d'octubre**. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2003* al Dr. Pascual Parrilla Paricio i del *Premi Gimbernat 2003*, al Dr. Charles Proye. Així mateix, es faran públics i es lliuraran, si és el cas: el *Premi XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie Barcelona 1973*, el *Premi Manuel Corachán*; i el *Premi Carmen Benasco* d'enguany.

Com és habitual, l'admissió de nous membres de la Societat es farà efectiva amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles a les persones acceptades. Cal tenir en compte que aquesta cerimònia té caràcter vinculant, sent imprescindible la presència dels corresponents membres associats i numeraris perquè la incorporació a 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 Le Meridien** (Restaurant El Patio), **Rambles, 111, 08002 Barcelona**. Els Tiquets del sopar podran ser adquirits directament, posant-se en contacte amb qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, Passeig de la Bonanova, 51, 08017 Barcelona, directament per telèfon al 93 212 38 95 o través d'Internet, a la Web: <http://www.acmcb.es> Societats, Cirurgia o bé directament a la web de la Societat Catalana de Cirurgia: : <http://www.sccirurgia.org>

Barcelona, 16 de setembre de 2003.

L. Fernández-Cruz
President

J. Sala Pedrós
Secretari



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 22 d'octubre de 2003

Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. **Presentació**
L. Fernández-Cruz
- 20:10h. **Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Lliurament dels altres Premis
J. Sala Pedrós
- 20:25h. **Lliurament del Premi Virgili al Dr. Pascual Parrilla Paricio**
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. Charles Proye
L. Fernández-Cruz
- 20:45h. **Cloenda de l'acte**

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Dia 22 d'octubre de 2003

Hotel Le Meridien (Rambles, 111, Barcelona)

21:00h. Sopar de germanor

PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES I DE FORMACIÓ CONTINUADA

13 d'octubre de 2003

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Bacteriologia quirúrgica: principals patògens i patògens emergents.

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística (E) i Disseny de treballs científics (D)

Cirurgia Basada en l'Evidència (CBE) II (D):

- Interpretació crítica d'una meta-anàlisi

- Plantejament de la realització d'una meta-anàlisi

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIc: Barcelona Ciutat (Sud)

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

(Comissió Organitzadora: Dr. Fernández-Cruz, Dr. Foncillas, Dr. Torralba)

(Coordenador: Dr. Fernández- Cruz)

ACTUALITZACIONS

Diverticulitis aguda

Parés D. (C.S.U. de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tractament conservador del càncer de mama

Rull R. (Hospital Germans Trias I Pujol – Badalona)

10 de novembre de 2003

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

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

Gil MJ. (Hospital del Mar)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Control del biaix en els assaigs clínics (D):

- Biaixos més freqüents en els assaigs clínics
- Randomització: la seva justificació
- Tècniques d'emascament
- Mètodes i taules aleatòries
- Elecció del grup control

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària IV: Girona

Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona

Hospital de Figueres

Hospital de Palamós

Hospital Comarcal de la Selva de Blanes

Hospital de Campdevàno

Hospital de Sant Jaume d'Olot

(Comissió Organitzadora: Dr. Codina, Dr. López, Dr. Domingo, Dr. Quintanilla, Dr. Sanmartí, Dr. Pericàs, Dr. Martínez)

(Coordenador: Dr. Codina)

ACTUALITZACIONS

Ileitis terminal

Caselles F. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Gastrectomia total

Cabrol J. (Corporació Sanitària Parc Taulí – Sabadell)

15 de desembre de 2003

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Infeccions greus de parts toves.

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant I (E):

- **Introducció i eines estadístiques.**

- **El concepte de model estadístic**

- **Típus de models multivariants**

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VI: Barcelonès Nord i Maresme

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Hospital Municipal de Badalona

Consorci Sanitari de Mataró

Hospital de Sant Jaume de Calella

Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

(Comissió Organitzadora: Dr. Broggi, Dr. Pié, Dr. Sunyol, Dr. Puig, Dr. Moreno)

(Coordinador: Dr. Sunyol)

ACTUALITZACIONS

Metàstasis hepàtiques múltiples

Fuster J. (Hospital Clínic – Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Esternotomia mitjana

Molins L. (Hospital del Sagrat Cor – Barcelona)

12 de gener de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Peritonitis secundària i postoperatòria. Abscessos intra-abdominals.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Subjectes de l'assaig (D):

- **Criteris d'inclusió/exclusió**

- **Pèrdues pre i postrandomitxació Estadística multivariant I (E):**

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIa: Centre Sud (Vallès Occidental)

Corporació Sanitària Parc Taulí

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General de Catalunya de Sant Cugat

(Comissió Organitzadora: Dr. Garcia, Dr. Rodríguez, Dr. Vallribera, Dr. Salvans)

(Coordinador: Dr. Salvans)

ACTUALITZACIONS

Antibioticoteràpia en les infeccions biliars

Badia JM. (Hospital de Granollers)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Buidatge ganglionar central del coll

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar – Barcelona)

09 de febrer de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Infeccions a distància en el malalt quirúrgic: pneumònia hospitalària, sèpsia per catèter i infecció urinària.

Oller B. (Hospital Germans Trias i Pujol – Badalona)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estudis sobre mètodes diagnòstics amb valor de referència conegut (E):

- **Sensibilitat, especificitat i valors predictius**

- **Representació dels resultats de comparació entre mètodes diagnòstics**

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIb: Barcelona Ciutat (Centre)

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital del Mar de Barcelona

Hospital de la Creu Roja de Barcelona

(Comissió Organitzadora: Dr. Trias, Dr. Grande, Dr. Pueyo, Dr. Sierra)

(Coordinador: Dr. Trias)

CONFERÈNCIA:

Paràmetres de qualitat en la gestió d'un Servei de Cirurgia General.

Jaurrieta E. (CSU de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

08 de març de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Principis d'antibioticoteràpia profilàctica i terapèutica.

Badía JM. (Hospital de Granollers)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

L'efecte placebo (D):

- Fonts d'efecte placebo en assaigs clínics quirúrgics
- Control de l'efecte placebo
- Estimació de l'efecte placebo

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària Vb: Costa de Ponent Sud-Oest

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca

Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes

Hospital de Sant Boi del Llobregat

Hospital General d'Igualada

Hospital de Martorell

(Comissió Organitzadora: Dr. Caballero, Dr. Verge, Dr. Urgellés, Dr. Fernández-Sallent, Dr. Gil)

(Coordinador: Dr. Verge)

ACTUALITZACIONS

Integració de materials protètics.

Ferrando JM.

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Hèrnia incisional laparotòmica (eventració)

Caubet E. (Hospital de Santa Tecla - Tarragona)

21 d'abril de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

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

Rafecas A. (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estudis sobre mètodes diagnòstics sense valor de referència conegut (E):

- **Comparació d'opinions. El valor Kappa**

- **Anàlisi de conglomerats**

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària Va: Costa de Ponent – Nord-Est

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

Hospital de Viladecans

Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat

(Comissió Organitzadora: Dr. Jaurrieta, Dr. Pi, Dr. Masferrer)

(Coordinador: Dr. Figueras)

ACTUALITZACIONS

Control perioperatori dels pacients diabètics

Puig J. (Hospital del Mar – Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Operació de Whipple: el temps d'exèresi

Cugat E. (Hospital Mútua de Terrassa – Terrassa)

10 de maig de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Reacció de rebuig en el trasplantament d'òrgans. Principis d'immunosupressió.

Figueres J. (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Formularis de recollida de dades (D):

- Principis generals per a la recollida de dades
 - Confecció d'un formulari
 - Errors comuns en confeccionar un qüestionari
- Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIb: Centre Nord (Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya)

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa

Hospital General de Vic

Hospital de Granollers

Policlínica del Vallès de Granollers

Hospital General de Mollet

Hospital de Sant Celoni

Hospital de Sant Bernabè de Berga

Hospital de Puigcerdà

(Comissió Organitzadora: Dr. Caballé, Dr. Fernández-Layos, Dr. Serra, Dr. Badia, Dr. Zapata, Dr. Segura, Dr. Miró, Dra. Sirvent, Dr. González)

(Coordinador: Dr. Badia)

ACTUALITZACIONS

Pal·liació de la disfàgia maligna: opcions quirúrgiques i no quirúrgiques

Fernández-Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol – Badalona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Si pilonidal en cirurgia major ambulatoria

Coronas JM. (Hospital Joan XXIII – Tarragona)

14 de juny de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Politraumatismes: Valoració inicial, reanimació i estratificació de la gravetat.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí - Sabadell)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant II (E):

- **Regressió lineal múltiple (RLM)**
- **El model. La utilització de la RLM**
- **Com interpretar el resultat de l'ordinador**
- **Com comunicar els resultats d'una RLM**
- **Lectura crítica dels articles que utilitzen RLM**

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària I: Lleida

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Hospital de Santa Maria de Lleida

Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida

Hospital del Pallars de Tremp

Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Espeitau d'era Val d'Aran de Vielha

(Comissió Organitzadora: Dr. Pérez, Dr. Rodamilans, Dr. Greoles, Dr. Aixàs, Dr. Criado, Dr. Beltran) (Coordinador: Dr. Viñas)

Regió sanitària II-III: Tarragona i Tortosa

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

Pius Hospital de Valls

Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa

Hospital de Mora d'Ebre

(Comissió Organitzadora: Dr. Del Castillo, Dr. Caubet, Dr. Luengo, Dra. Fradera, Dr. Martínez-Brey, Dr. Calvo) (Coordinador: Dr. Caubet)

ACTUALITZACIONS

Incidentaloma suprarenal

Veloso E. (Hospital Mútua de Terrassa – Terrassa)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Colecistectomia laparoscòpica

Foncillas X. (Hospital del Sagrat Cor – Barcelona)

12 de juliol de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA A

FISIOPATOLOGIA

Politraumatismes: Principals síndromes de traumatismes viscerals: escales de gravetat, diagnòstic i tractament.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí - Sabadell)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Bases de dades (D):

- Elecció d'un model de dades
- Elecció d'un gestor de bases de dades
- Disseny de la base de dades
- Manteniment d'una base de dades

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA A

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIa: Barcelona Ciutat (Nord)

Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

(Comissió Organitzadora: Dr. Armengol, Dra. Lahuerta)

(Coordinador: Dr. Margarit)

ACTUALITZACIONS

Morbi-mortalitat de la cirurgia herniària urgent.

Ribera C. (Hospital de Sant Joan de Deu – Martorell)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Funduplicatura de Nissen

Ramon J. (Hospital del Mar – Barcelona)

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
13 d'octubre de 2003	Sala A	<u>Barcelona Ciutat Sud</u>	Hospital Clínic de Barcelona Hospital del Sagrat Cor de Barcelona
10 de novembre de 2003	Sala A	<u>Girona</u>	Hospital Universitari Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de la Selva de Blanes Hospital de Campdevànol Hospital de Sant Jaume d'Olot
15 de desembre de 2003	Sala A	<u>Barcelonès Nord i Maresme</u>	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Consorci Sanitari de Mataró Hospital de Sant Jaume de Calella Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
12 de gener de 2004	Sala A	<u>Centre (Vallès Occidental)</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
09 de febrer de 2004	Sala A	<u>Barcelona Ciutat Central</u>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital del Mar de Barcelona Hospital de la Creu Roja de Barcelona
08 de març de 2004	Sala A	<u>Costa de Ponent Sud-Oest</u>	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes Hospital de Sant Boi del Llobregat Hospital General d'Igualada Hospital de Martorell
21 d'abril de 2004	Sala A	<u>Costa de Ponent Nord-Est</u>	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat Hospital de Viladecans
10 de maig de 2004	Sala A	<u>Centre (Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya)</u>	Centre Hospitalari de Manresa Hospital General de Manresa Hospital General de Vic Hospital de Granollers Policlínica del Vallès de Granollers Hospital General de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Bernabè de Berga Hospital de Puigcerdà
14 de juny de 2004	Sala A	<u>Lleida Tarragona Tortosa</u>	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Santa Maria de Lleida Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida Hospital del Pallars de Tremp Sant Hospital de la Seu d'Urgell Espitau d'era Val d'Aran de Vielha Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Pius Hospital de Valls Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa Hospital de Mora d'Ebre
12 de juliol de 2004	Sala 1	<u>Barcelona Ciutat Nord</u>	Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona Hospital de Sant Rafael de Barcelona

EL IV CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA

TAULA RODONA: Dijous 27 de novembre de 2003 a les 9 hores.

LA SÍNDROME DEL PROLAPSE VISCERAL EN EL SÒL PELVIÀ: ENFOCAMENT CLÍNIC

President: Josep Verge
Moderador: Antoni Codina Cazador

- **Introducció a les alteracions del sòl pelvià per a cirurgians generals**
Anicet Puigdollers
- **Anatomia del sòl pelvià**
José Luís López Negre
- **Rectocele. ¿Afecció ginecològica o digestiva?**
Constancio Marco
- **SNS en incontinença anal i restrenyiment**
Albert Navarro
- **Reparació del sòl pelvià amb malles. Indicacions i tècnica.** **Joan**
Martí Ragué

TAULA RODONA: Dijous 27 de novembre de 2003 a les 11 hores.

CIRURGIA DE L'HIPERTIROÏDISME

President: Josep Simó Deu
Moderador Antoni Sitges

- **Aspectes polèmics i de debat**
Enrique Gemar
Alberto Leiva
Pablo Moreno
Luís Pérez
Joan Sala Pedrós

TAULA RODONA: Dijous 27 de novembre de 2003 a les 16 hores.

NOVETATS I PERSPECTIVES EN CIRURGIA BARIÀTRICA

President: Xavier Rius

Moderador: Antoni Alastrué

Objectiu: Anàlisi de les complicacions: Intraoperatòries, postoperatòries, metabòliques, reintervencions i conversions de les següents tècniques:

- Gastroplàstia Vertical Anellada

Miquel Rull

- Anella ajustable (*lap band*)

Joan Pujol

- Derivació (*by pass*) gàstrica oberta

Carles Masdevall

- Derivació gàstrica laparoscòpica

Carlos Ballesta

- Tècniques laparoscòpiques

Antonio de Lacy

- Derivació biliopancreàtica i encreuament (*switch*) duodenal

Carlos Hoyuela

TAULA RODONA: Dijous 27 de novembre de 2003 a les 18 hores.

NOVETATS DIAGNÒSTIQUES I TERAPÈUTIQUES EN L'APENDICITIS AGUDA

President: Joan Josep Sancho

Moderador: Eloi Espin

- Avenços diagnòstics

Joan Bonfill

- Sistemes de Puntuació

Núria Peláez

- Avenços terapèutics

Francesc Vallribera

- Resultats

Albert Bianchi

- Metaanàlisi: estat actual

Enric Macarulla

TAULA RODONA: Divendres 28 de novembre de 2003 a les 9 hores.

TRACTAMENT ACTUAL DE LES METÀSTASIS HEPÀTIQUES (MH) DEL CÀNCER COLORECTAL (CCR) O D'ALTRES

President: Juan Garcia Valdecasas

Moderador: Vicenç Artigas

- Tractament quimioteràpic de les MH

Josep Maria Tabernero

- MH sincròniques de CCR: resecció sincrònica o diferida

Josep Fuster

- Límits de la cirurgia de les MH de CCR

Esteve Cugat

- Tractament de la recidiva de les MH del CCR

Joan Figueras

- Resecció de metàstasis hepàtiques de càncer No CCR

Carles Margarit

TAULA RODONA: Divendres 28 de novembre de 2003 a les 11 hores.

LA PROFESSIÓ DE CIRURGIÀ DES DEL PUNT DE VISTA CIENTÍFIC, ECONÒMIC I SOCIAL

President: Laureà Fernández-Cruz

Moderador: Antoni Gil

- El sou del cirurgià: estudi evolutiu i comparatiu

Josep Puey

- Les condicions laborals i el prestigi del cirurgià

Lluís Masferrer

- La consideració professional del cirurgià

Gabriel Marquès

- La formació del cirurgià

Ramon Trullenque

- El cirurgià en el context de l'hospital

Eduard Jaurrieta

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2003

Barcelona, 22 d'octubre de 2003

BALANÇ D'UN ANY

Laureà Fernández-Cruz, Constancio Marco, Antoni Sitges, Joan Sala Pedrós, Josep Maria Badia, Carles Margarit, Lluís Masferrer

Més enllà dels 75 anys de la Societat Catalana de Cirurgia i ja instal·lats en el nou mil·lenni, el curs passat ha vingut marcat per la innovació dins la continuïtat.

- S'ha celebrat dignament la commemoració del 75 anys de la Societat.

- S'ha consolidat el model de sessió amb dos temes presentats per encàrrec: un de tècnica quirúrgica i un d'actualització.

- S'ha establert amb èxit de participació l'assignació de sessions amb criteris d'equitat territorial i poblacional que han obert les portes a la participació de tots els cirurgians del país.

- S'ha endegat amb entusiasme el programa de formació continuada amb una posta al dia de coneixements en matèria de fisiopatologia quirúrgica, de gestió de malalts i de metodologia científica.

- S'ha deixat constància en actes de totes les reunions de les Juntes i Assemblees de la Societat.

- S'ha participat amb personalitat pròpia en els congressos i reunions d'àmbit estatal.

- S'han mantingut i ampliat les funcions de la web de la Societat i s'han incrementat les relacions electròniques i les formes de comunicació digital.

- S'ha aprofundit en la relació amb les institucions politicosanitàries aportant el punt de vista i la posició de la Societat en els aspectes que afecten als cirurgians.

- S'ha mantingut i actualitzat el nivell de qualitat i de rigor que ha caracteritzat majoritàriament la trajectòria dels membres del nostre col·lectiu.

Tot plegat gràcies a la il·lusió, l'empenta, el coratge i la col·laboració solidària de tots els membres de la Societat que, donant suport a les iniciatives de la Junta i aportant les vostres pròpies heu fet possible que la Societat Catalana de Cirurgia estigui a l'alçada de les circumstàncies, preparada i disposada per assolir el lloc que li pertoca en la trama social i institucional del país.

No es tracta de fer triomfalisme si no de constatar la nostra força, fent palesa la voluntat de millorar el nostre futur pel bé de la professió i de la societat a la qual serveix i li dóna sentit, en la línia de consolidar una tasca digna i necessària, la del cirurgià, que mereix ser degudament reconeguda i recolzada.

Per això hem volgut també celebrar la nova inauguració del curs amb un altre llibret, aquest que teniu a les mans, que reculli i deixi constància escrita de les inquietuds i de les visions que desperta la nostra institució.

Esperem que us sigui prou útil i amè per donar-vos una estona de lectura suggerent i que, de cara al proper any, us estimuli a aportar-hi també les vostres reflexions, els vostres treballs i les vostres iniciatives.

Cordialment,

La Junta

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2003

Prof. Pascual Parrilla

Sr. Presidente de la Sociedad Catalana de Cirugía,
Queridos compañeros,
Señoras y señores:

Mis primeras palabras son de agradecimiento a los miembros de la Sociedad Catalana de Cirugía y, en su nombre, a su Presidente, el Prof. Laureano Fernández-Cruz, por la concesión del prestigioso Premio Virgili, en su 43ª edición, lo que significa para mi un gran honor. La historia de esta Sociedad de Cirugía, la más antigua del país, creada en 1927, el respeto y admiración que siempre he sentido por la Cirugía y los cirujanos de Cataluña, así como la trayectoria profesional de los cirujanos galardonados con este Premio en sus 42 ediciones anteriores, explican que este sea uno de los momentos más emotivos de mi vida profesional.

A continuación, voy a referirme, siquiera sea someramente, a quienes han posibilitado este galardón. En primer lugar, a mis padres, ya desaparecidos, aragoneses de nacimiento y valencianos de adopción que, con su honestidad, abnegación, espíritu de sacrificio y talante liberal, modelaron mi personalidad; en segundo lugar, a mi esposa y a mis hijos, cuya capacidad de renuncia ha hecho posible mi dedicación, más que exclusiva, excesiva, a las tareas propias de mi profesión; en tercer lugar, a mis maestros, entre los que ocupa un lugar preeminente mi Maestro, el Prof. D. Carlos Carbonell Antolí, Premio Virgili en 1985, gran universitario, gran cirujano y gran señor, a quien debo mi formación como cirujano, como docente y buena parte de mi formación humana; y por último, a mis compañeros de trabajo, a la mayoría de los cuales he visto crecer desde que fueran alumnos de Licenciatura hasta convertirse en cirujanos universitarios ejemplares. Lo que hoy premia la Sociedad Catalana de Cirugía es el trabajo en equipo desarrollado en el Departamento de Cirugía del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia durante muchos años. Por lo tanto, este Premio Virgili es también un Premio para todos vosotros.

Tras esta introducción, me gustaría reflexionar durante unos minutos acerca de algunos cambios acaecidos en la práctica quirúrgica desde que, hace 35 años, empecé a trabajar como cirujano .

Hasta la segunda mitad del siglo XIX, cuando se vencen el dolor (anestesia), la infección (antisepsia) y la hemorragia (hemostasia), las indicaciones del tratamiento quirúrgico eran muy restringidas y sus resultados, azarosos. Aunque "la intervención quirúrgica como aventura", en palabras de Lain Entralgo, es un hecho típico del Renacimiento, no creo faltar a la verdad si prolongamos la validez de esta afirmación hasta la mitad del siglo XX. Sin embargo, a lo largo de la segunda mitad de éste siglo, el progreso de la Cirugía ha sido realmente extraordinario, mejorando de forma espectacular los resultados, de forma que en la actualidad, el tratamiento quirúrgico ha dejado de ser "el último recurso terapéutico" que anuncia un pronóstico infausto, para convertirse en una opción terapéutica más con sus indicaciones y contraindicaciones. El pánico, para el enfermo y familiares, no aparece cuando se indica la cirugía, como ocurría antes, sino cuando se comunica que el paciente ya no tiene solución quirúrgica.

Las indicaciones de la Cirugía no son un capítulo cerrado. Todo lo contrario. Hemos visto cómo nuestros clientes van cambiando. Por un lado, perdemos indicaciones al aparecer soluciones menos cruentas que la cirugía para determinados problemas, como ha ocurrido con las formas no complicadas de úlcera péptica o enfermedad por reflujo gastro-esofágico, en donde los antagonistas H₂, los inhibidores de la bomba de protones y la erradicación del *Helicobacter pylori* han alejado a estos pacientes de los quirófanos. Otro tanto ha ocurrido con la cirugía que realizan los endoscopistas (papiotomías, hemostasia de lesiones sangrantes esofago-gástricas, polipectomías, etc.), con la radiología intervencionista, con la cardiología invasiva, etc.... Sin embargo, lo que perdemos por un lado, lo vamos ganando por otros. Dos ejemplos paradigmáticos en este sentido son la cirugía cardiaca bajo circulación extracorpórea y el trasplante de órganos sólidos, que han convertido en potenciales clientes del cirujano a un gran número de pacientes afectados de distintas cardiopatías, de cirrosis hepática, de diabéticos tipo I con insuficiencia renal, etc... En estos casos, una intervención quirúrgica se impone como solución definitiva ante situaciones patológicas que con tratamientos no quirúrgicos condenaban a los pacientes al deterioro progresivo y muerte.

Como se está comprobando recientemente, el cirujano es un factor pronóstico fundamental cuando se valoran resultados de la cirugía. Por ello, en las décadas de los 50-60 desaparece la figura del "pancirujano general" para dar paso a las grandes especialidades quirúrgicas (neurocirugía, cirugía cardiovascular, traumatología, urología, etc.). En esta línea, en los últimos años, estamos asistiendo a la aparición de áreas de capacitación específica dentro de cada una de las grandes especialidades quirúrgicas. El progreso en las técnicas diagnósticas y quirúrgicas, la imposibilidad de estar puntualmente informado de este progreso dada la avalancha informativa en la que abundan revistas dedicadas a áreas muy concretas y, por qué no decirlo, la exigencia social de mejorar nuestros resultados, han determinado la aparición de campos de acción específicos dentro de cada especialidad, las llamadas sub o superespecialidades.

Dentro de la Cirugía General y del Aparato Digestivo, se van perfilando distintas subespecialidades: la cirugía esófago-gástrica, la cirugía endocrina y de la mama, la cirugía colo-proctológica y la cirugía hepato-bilio-pancreática. En estas áreas, el cirujano deberá trabajar en equipo con otros especialistas que convergen en ella, así como con investigadores básicos. Sólo desde estos grupos de expertos puede mejorarse la tarea asistencial y fomentarse la investigación clínica y básica. Como vemos, cada vez estamos más lejos del cirujano que actuaba como el "brazo ejecutor" de otros especialistas "pensadores". El cirujano moderno es algo más que un médico y forma parte de un equipo de expertos dedicado a un sector de la patología, siendo responsable directo de una parte del proceso diagnóstico y terapéutico. En definitiva, la Cirugía se ha consolidado como una disciplina científica, altamente competitiva, que, incluso, está orientando los polos de investigación de otras ciencias médicas, tal y como ocurre con el trasplante de órganos y la inmunología.

Consciente del carácter traumático de su acción terapéutica, el cirujano busca ser cada vez menos agresivo. El paradigma de la cirugía mínimamente invasiva es la moderna cirugía endoscópica, probablemente uno de los avances más importantes de la cirugía en estos últimos 25 años, introducida por Mouret en 1987 para realizar una colecistectomía. Esta nueva forma de operar, en principio, despertó un interés relativo entre la mayoría de los cirujanos, ya que, además de exigir un aprendizaje específico, no se le suponían otras ventajas que las estéticas y una menor incidencia y tamaño de las eventraciones. Sin embargo, pronto se puso de manifiesto, de manera tan incuestionable como sorprendente, su menor agresividad respecto a la cirugía abierta (CA) (mayor confort postoperatorio, menor hospitalización, menor baja laboral, etc.). El escepticismo inicial dio paso a un interés creciente por la CE, que fue ganando adeptos y ampliando sus indicaciones, desde la colecistectomía inicial a otros campos de la cirugía abdominal, pudiéndose afirmar actualmente que casi todas las técnicas de cirugía abdominal se pueden realizar por CE.

Ahora bien, el hecho de que una técnica quirúrgica "pueda" realizarse por CE no significa que "deba" realizarse. Para considerar la CE como técnica de elección frente a la CA hay que demostrar, con la mejor evidencia posible que, con las ventajas de su menor agresividad, puede realizarse con la misma seguridad y eficacia curativa que la CA. Con esta premisa y con poco más de 15 años de historia, vemos cómo la CE ha ampliado sus indicaciones de forma importante, considerándose como el tratamiento de elección en la litiasis biliar no complicada, reflujo gastro-esofágico no complicado, esplenectomía en enfermedades hematológicas, adrenalectomía por patología benigna, cirugía de la obesidad mórbida, algunas formas de abdomen agudo, etc... Sin embargo, no todo son luces en esta corta historia. También existen sombras, relacionadas sobre todo, con la seguridad de los pacientes, que debe primar sobre cualquier otra consideración. Ello se ha puesto de manifiesto, por ejemplo, ante el evidente incremento en lesiones quirúrgicas de la vía biliar, más graves que en cirugía abierta, y que pueden requerir para su tratamiento incluso un trasplante hepático, cuando la intención inicial, era simplemente acortar la estancia y mejorar el confort de la cirugía por una enfermedad benigna.

Aunque la CE es un bello ejemplo del ingenio, espíritu innovador y afán de superación que caracterizan a los cirujanos, me gustaría resaltar, utilizando las palabras de Soper⁴, que en ningún caso la Cirugía debe representar un triunfo de las habilidades técnicas sobre el sentido común.

Entre los factores que restan seguridad a la CE, aparece como fundamental la necesidad de una formación y adiestramiento específicos, adecuados y suficientes en esta nueva forma de operar. Este aprendizaje supone un "plus" de exigencia para el cirujano general en formación, ya de por sí muy exigido. Sin embargo, las evidencias acerca de las ventajas de la CE sobre la CA se van acumulando en distintas áreas, por lo que su conocimiento y dominio técnico, hasta ciertos niveles de complejidad, debe considerarse una necesidad para el cirujano del siglo XXI. Ningún cirujano general y de aparato digestivo del nuevo milenio podrá permitirse el lujo de prescindir de la CE. En los primeros años de su corta historia se "señalaba" a los pocos cirujanos que la practicaban con una mezcla de respeto y desdén, éste último por considerarlos en algunos foros cirujanos ávidos de protagonismo. El escenario ha cambiado de tal forma que en la actualidad se "señala" a los cirujanos que no la practican, especialmente en aquellas situaciones patológicas en las que la CE se considera el "patrón oro" para su tratamiento, como ocurre con la litiasis biliar no complicada.

La CE, además de su valor intrínseco, tiene un importante valor añadido, derivado de su influencia sobre la práctica quirúrgica en CA. Ha hecho desaparecer algunos mitos (drenaje subhepático sistemático tras colecistectomía, abuso en la indicación y mantenimiento de la sonda nasogástrica, etc.) y sobre todo ha contribuido notablemente a la "cultura de alta precoz".

Mi último comentario quiero dedicarlo a un aspecto de la Cirugía que no ha cambiado en estos 35 años, ya que no depende del progreso científico-técnico. Me refiero a la relación cirujano-paciente. Es más, me atrevería a decir que ha empeorado en los últimos años. No debemos olvidar que la Cirugía, en definitiva, es el encuentro entre dos personas: una, el paciente, que necesita ayuda y otra, el cirujano, que está en condiciones de ayudarlo, curándolo unas veces, aliviándolo otras y consolándolo siempre. Esto debe transmitirse a las nuevas generaciones de cirujanos y es tan importante como que aprendan las últimas novedades científico-técnicas. No es infrecuente que un cirujano, tras operar, por ejemplo, dos cánceres de esófago, uno de ellos irreseccable en el que no se hizo nada y otro en el que se practicó una resección radical con esófagogastroplastia, visite diariamente a éste último y se olvide del primero, que es quién más contacto necesita con el cirujano.

Aunque el cirujano no pueda resolver siempre el mal del enfermo que le ha dado su confianza, debe seguir ayudándole. Por eso, siguen vigentes los versos que en el inicio de la era antiséptica escribiera uno de sus grandes pioneros, Oliver Wendell Holmes y que tan bellamente ha traducido otro gran cirujano y poeta, el Profesor Piulachs, Premio Virgili en 1972 y Presidente de la Sociedad Catalana de Cirugía entre 1956 y 1961:

“Cuando la pena y la angustia
la escena invadan
cada palabra con su tono de voz
cada movimiento y cada mirada
deben demostrar a tu enfermo
que tú le perteneces en cuerpo y alma”

Muchas gracias por su atención.

Prof. Pascual Parrilla

HISTORIA DE LAS UNIVERSIDADES EN OCCIDENTE

Profesor Charles PROYE, FRCS, FRCS Ed (Hon).

Señoras, Señores,
Estimados Colegas,
Queridos Amigos,

Es un inmenso honor para mi de recibir hoy el premio GIMBERNAT de la Sociedad Catalana de Cirugía. Por supuesto, como todo estudiante de medicina, conozco el nombre de GIMBERNAT desde mi primer año de estudios de medicina, cuando aprendía la anatomía. Pero nunca me habría imaginado llegar a recibir algún día esta prestigiosa distinción. Yo sé que la debo sobre todo, mas que a mis aportes a la Cirugía, a la amistad profunda que me une a algunos de los mas ilustres representantes de la Cirugía Catalana. Desde el principio de los años 80, el Profesor Jorge PUIG LA CALLE me había hecho el honor de invitarme a dictar algunas conferencias durante sus cursos de post-grado y yo guardo de ello un recuerdo pleno de afección. Sobre todo los Profesores Laureano FERNÁNDEZ-CRUZ y Antonio SITGES-SERRA que son amigos de treinta años. De los verdaderos. Pero no amigos de treinta años, como Jacques CHIRAC decía de Edouard BALLADUR cuando éste se presento contra él durante la elección presidencial francesa. Si, verdaderos amigos. Además yo tengo bastante estima y admiración por todo lo que vuestra ciudad a aportado en el plano histórico , marítimo, cultural y quirúrgico. Tampoco olvido que cuando yo estaba en el sufrimiento moral y físico, fue de Cataluña que me vino, hace seis años y medio, el consuelo moral y físico, ligado indudablemente a la amistad. Y esto mucho después de que el Profesor Laureano FERNÁNDEZ-CRUZ haya aceptado sacrificar su precioso tiempo para venir a Lille a fin de enseñarnos los rudimentos de la Cirugía Laparoscópica Suprarenal de la cual él es un pionero, reconocido como una autoridad en esta materia como en tantas otras.

Yo aprecio profundamente este honor el cual recibo en el crepúsculo de mi carrera.

Ustedes me advirtieron que mi participación no debía ser muy técnica, en particular para no cansar a las damas de la asistencia que me brindan el privilegio de su presencia. Ahora bien, siendo yo un hombre inculto que, aparte de la Cirugía, el rugby y el buceo, no sabe otra cosa excepto un poco de historia que siempre me ha apasionado.

Por lo cual hoy quisiera hablarles de la fundación de las Universidades en Europa y en el Nuevo Mundo Hispano.

I. EL CONTEXTO HISTÓRICO DE LAS UNIVERSIDADES.

Si las universidades contribuyen mucho al progreso de la civilización, estas son un subproducto de la misma. Solo las grandes civilizaciones produjeron grandes universidades como en Alemania en los tiempos del Segundo Reich. Primero en Grecia, sobre todo después de los reinados Post-Alejandrinos, en seguida el relevo fue tomado por los musulmanes de Asia Central en España. El Reinado de las Dos Sicilias en Italia y el Santo Imperio Romano Germánico jugaron un rol fundamental y es entonces, a partir de las Dos Sicilias, que las Universidades se extendieron de forma centrífuga, en Francia, en la península ibérica, en Alemania, en Inglaterra, en Escandinavia, según el eje Sur-Norte con sus grandes tentáculos orientales y occidentales. De allí, el saber universitario se expandió a los Estados Unidos y al Japón.

Las grandes fechas culturales del mundo universitario moderno están cristalizadas alrededor de grandes acontecimientos históricos. Primero, la existencia de los reinos Post-Alejandrinos que acumularon la ciencia griega. En seguida, la Toma de Alejandría por el Califa Omar representa un viraje decisivo. Yo no sé si es cierto, pero se dice que cuando él tomo la ciudad en el año 642, uno de sus generales le pregunto acerca de lo que debian de hacer con la biblioteca de Alejandría, a lo cual él respondió que si todo lo que estaba escrito en esa biblioteca se encontraba ya en el Corán era inútil, pero si no lo estaba era impío. Y parece que los bancos de Alejandría fueron calentados durante varios meses con los tesoros del pensamiento griego.

Que esto sea cierto o no, la Toma de Alejandría por los musulmanes disemino un cierto grado de temor entre los intelectuales de la época, quienes dejaron la ciudad, y por ser mas cercana, navegaron hasta Salerno, de lo cual hablaré mas tarde. Esto fue el origen de la Primera Escuela de Medicina y en consecuencia la Primera Universidad del mundo. Las Cruzadas, la caída de Bizancio, la toma de Granada de BOABDIL por vuestros soberanos y el descubrimiento casi sincrónico del Nuevo Mundo, representan un evento memorable en el cual el Mundo Hispánico a jugado un rol decisivo. Luego vienen las tres grandes olas de la Reforma asociadas al Renacimiento, de la Contra-Reforma y de los Tiempos Modernos. La fechas claves de la cultura mundial son en mi opinión, primero la muerte de Alejandro El Grande en el año 323 A.C. con la difusión del pensamiento griego en Éfeso, Pérgamo, Mileto, Alejandría y en el Monasterio de Santa Catalina en el Sinai ; luego la división del Imperio Romano en el año 363, en seguida la toma de Alejandría por el Califa Omar el 29 de septiembre del 642, y al final Las Cruzadas que se extendieron de 1099 hasta 1291. El Mundo Occidental comienza a retirarse o a replegarse sobre si mismo. Incluso se creyó que la Batalla de Leignitz el 15 de abril de 1241 donde los mongoles aplastaron la caballería de Polonia, Enrique de Basse Silésie y Conrado de Moravia era el fin del Cristianismo; pero bruscamente los mongoles dieron media vuelta, aplastando de paso a los húngaros de Moraï y saqueando Split para luego regresar a fin de elegir un nuevo khan.

Bizancio cae en 1453, pero el Occidente progresa con la Toma de Granada en 1492 y el descubrimiento del Nuevo Mundo. El cristianismo salvado sobre su flanco oriental, se desarrollo sobre su flanco occidental y se vio atacado desde su interior con el llamado de Martin Lutero en Wittingen en 1521, perdiendo así su cohesión. De allí, la reacción de Ignacio de Loyola, quien herido en Pamplona el mismo año, fundo trece años mas tarde la orden de Jesús a favor de la Contra-Reforma, de la cual la importancia cultural es enorme.

Sobre el plano cultural, vuestro país y la dinastía de los Habsbourg salvaron dos veces al cristianismo : en la Batalla de Lepanto en 1571 y rechazando a los turcos de Viena en 1683. Yo les hablaré mas tarde de la importancia cultural de la derrota de la Armada Invencible en 1588.

II. HISTORIA DE LAS UNIVERSIDADES DE OCCIDENTE PROPIAMENTE DICHO.

En este contexto yo quisiera intercambiar con vosotros algunas nociones sobre la Historia de las Universidades, de la cual a sus comienzos la noción de la Teología es prácticamente inseparable de la Medicina.

Para ser clérigo, a fin de poder enseñar, era necesaria una autorización papal. No es sino en 1458 que el celibato obligatorio de los instructores fue abolido. Ellos no recibían ningún salario, trabajaban benévolutamente y generalmente eran de familias acomodadas, que vivían de sus cosechas y vendimias, de allí la tradición de las vacaciones universitarias entre Julio y Septiembre, cuando ellos debían regresar a sus campos y viñedos. Los primeros hospitales que germinaron las escuelas de Medicina fueron fundados para recibir a los peregrinos de Roma, de Tierra Santa, de Santiago de Compostela. A su regreso de las Cruzadas, muchos caballeros sufrían de enfermedades infecciosas, contraídas en Oriente, en particular el tracoma. De allí la fundación del Hospital de los Quince-Veinte por San Luis destinado a los ciegos, del Hospital San Luis, fundado por el mismo San Luis en Paris para las enfermedades de la piel y venéreas, y la fundación del Hotel de Dios de Paris. No podemos imaginar en qué condiciones la gente era curada y como era la enseñanza de la Medicina en medio de las epidemias de lepra, de la peste negra, que destruyo un tercio de la población cristiana, luego las epidemias de sífilis, llamada « mal francés » o « mal napolitano » según en que lado de los Alpes se había nacido o combatido. Hay que señalar que fue solamente hasta 1325 que en el Hotel de Dios de Paris fue prohibida la crianza de cerdos para nutrir a los hospitalizados.

En la individualización de las Universidades tal como las conocemos actualmente dos personajes extraordinarios pueden ser puestos en relieve. Federico II de HOHENSTAUFEN „el estupor del mundo“, emperador del Santo Imperio Romano Germánico a los 21 años, en 1224; por haberse separado de la tutela papal, dando un status legal al cuerpo médico laico. También Carlos V, el ultimo soberano quien se batió a la cabeza de sus tropas en la Batalla de Mühlberg , luchando contra la Reforma, permitió la expansión de las Universidades de la Contra-Reforma.

Es entonces en Salerno donde afluyen los sabios de Alejandría y desde el siglo VIII fue fundada allí la Primera Escuela de Medicina dirigida por un abad. Esta se desarrollo bajo los reyes normandos de las Dos Sicilias. Ella fue hecha célebre por Constantino El Africano. Es precisamente alrededor de este núcleo de la Escuela de Medicina de Salerno que Federico II de HOHENSTAUFEN fundo la primera universidad de Nápoles, dando entonces un status legal al cuerpo médico laico. Lo que contribuyo poco a su destino debido a la ira papal que no podía soportar que entrara a Jerusalén sin combatir sino simplemente por acuerdo con su homologo Saladino, quien como él, tenia varios siglos de avance sobre su época, por no decir un milenio. Eso causo su perdida y la de su descendencia.

Es a partir de estos gérmenes italianos del Sur del Mediterráneo que la primera universidad francesa fue fundada en Montpellier en el siglo XI, distinguiéndose en el plano médico y quirúrgico con Enrique de Mondeville, Guy de Chauillac muerto en 1368, quién escribió Cirugía Magna en 1362, utilizada durante varios siglos, habiendo sido él mismo cirujano de tres papas.

A partir de Salerno, luego de Nápoles, la fundación de las universidades se propago en Italia del Sur al Norte como lo testimonia la cronología. Bolonia, la universidad mas antigua de Europa, fundada en 1158 y que contaba ya con 10.000 estudiantes en 1200, luego siguieron Vicenza, Padua – resultado de una escisión de Bolonia debido a una querella entre profesores -, Pavía, Piacenza, Roma, Pisa, Florencia en 1343, Turín en 1400, todas ellas llegaron a ser ciudades universitarias para afirmar sus élites.

La expansión se produce a través de varias ramas. Hacia el Norte de Francia, luego en Gran Bretaña. Después de Montpellier, es en Paris que Felipe II Augusto funda la Segunda Universidad Francesa con la autorización del Papa Inocencio III, pero al igual que Federico II de Hohenstaufen con la misma idea de emancipación del poder papal. En Inglaterra, la Universidad de Oxford fundada en 1257 es un retoño de Paris y, como en Bolonia que dio origen a Padua, hubo una disputa entre los profesores de Oxford, que finalizo con la fundación de Cambridge en 1352.

Tolosa, ciudad universitaria desde 1233 atraía ya a los jóvenes catalanes.

Otra rama se extendió hacia la península ibérica, Salamanca en 1243, Sevilla en 1254, Valladolid en 1346 y en el Portugal vecino, la fundación de la Universidad de Coimbra por el rey Denis en 1290, inicialmente localizada en Lisboa. La Universidad de Barcelona fue fundada en 1450 por Alfonso V de Aragón bajo el mandato del Papa Nicolás V para evitar que sus élites fueran a instruirse a Lleida, a Tolosa y a Bolonia. Desde el siglo XI en Andalucía, existía la Universidad de Córdoba y es allí donde se ilustraron ABULCASIS y AVERROES.

Un poco mas tarde, una nueva rama universitaria se extiende en Europa Central: Praga en 1347, Cracovia y Viena en 1355, Heidelberg perla de la Universidad Germánica en 1388, Leipzig retoño de Praga en 1409, Tübingen en 1577 y Lovaina en 1426. Budapest tuvo el tiempo justo para ver nacer su universidad en 1465 antes de la desastrosa batalla de Mohacz en 1526, donde ella perdió todo en un mismo tiempo: su ejercito, su rey y su libertad, para caer bajo el yugo turco durante un siglo y medio.

La expansión siguió hacia el Norte. En Escocia donde Saint Andrews fue una filial de Paris, Copenhague en Dinamarca, Uppsala en Suecia en 1477, Edimburgo en 1582 donde el Colegio Real de Cirujanos había sido fundado en 1505, siendo el más antiguo del mundo.

La expansión ibérica universitaria se extiende en el Nuevo Mundo con la fundación de la Universidad de San Carlos de Guatemala por Carlos V en 1528, luego la de San Marcos de Lima en 1551 y será necesario esperar la Contra-Reforma Jesuita para ver nacer una universidad Argentina en Córdoba en 1613.

Contra-Reforma pero por supuesto antes de ella, existió la Reforma como producto del llamado de Wittingen por Martin Lutero en 1521. En Marburgo, el Margrave Felipe destruyo la tumba de su abuela católica Elizabeth de Hungría para fundar la primera universidad protestante en 1527. Siguieron Königsberg, Iena, Estrasburgo. En Escandinavia, para oponerse a Uppsala la Católica, Gustavo VASA fundo Lund la Protestante en 1666.

La Reforma indujo la Contra-REFORMA. Bajo la impulsión de los Jesuitas, universidades se fundan en Bamberg, Innsbrück, Breslau en 1702, en Lituania en Vilnius en 1579.

Permítanme hablarles de la fundación de la Universidad de Lille, que pertenece al movimiento de la Contra-Reforma. Lovaina la Católica temblaba sobre sus bases y abrazaba el protestantismo. Felipe II de España decide fundar una Universidad rival en Douai en 1562 como Gustavo VASA había fundado Lund para oponerse a Uppsala. Una de las razones por la cual la Armada Invencible se perdió cerca de Calais fue por supuesto, porque el Duque de Medina Sidonia quería cambiar allí las tropas de Alejandro Farnesio para invadir Inglaterra, pero también con los soldados capellanes formados en Douai para recatolizar el país. La Universidad de Douai fue trasladada a Lille en 1877.

Mucho mas tarde aparece como una ultima ola, la fundación de la Universidades Nacionales, en particular la de Berlín en 1809 bajo el impulso de Wilhelm VON HUMBOLDT.

Del otro lado del océano Atlántico, al norte del Mundo Hispánico, las primeras universidades aparecen en Estados Unidos, de las cuales las ocho mas antiguas constituyen la liga de hiedra o IVY LEAGUE : Yale, Harvard , Princeton, Columbia en New York, Cornell, Filadelfia, Darmouth y Brown en Providencia en el estado de Rhode Island.

Gracias por haberse tomado la molestia de escucharme. Espero no haberles aburrido mucho intentando explicarles a mi manera, lo que yo creo que fueron los motores históricos de la fundación de nuestras universidades. Les reitero mi agradecimiento por el infinito honor que me han hecho, el cual no sé como agradecerse.

Prof. Charles Proye

Traducción libre del francés al español del Dr. César SOLIS-CAXAJ.

REFLEXIONS SOBRE LA CORBA D'APRENTATGE EN CIRURGIA LAPAROSCÒPICA

Ignasi Martínez, Laureà Fernández-Cruz

Des de la seva introducció, a mitjans dels anys vuitanta, fins a l'actualitat, l'abordatge laparoscòpic de la cavitat abdominal ha significat un gran avenç en el camp de la cirurgia. A partir de la primera experiència amb la colecistectomia laparoscòpica i la introducció de la laparoscòpia diagnòstica, els procediments realitzats mitjançant aquesta tècnica han estat ben acceptats pels cirurgians. En el transcurs del temps, aquests procediments s'han anat superant en complexitat, recolzats en la seva realització per un constant desenvolupament tecnològic. Aquestes tècniques s'han anat perfeccionant progressivament fins aconseguir avenços espectaculars, fins i tot en les cirurgies d'òrgans sòlids com el fetge i el pàncrees.

La formació continuada en l'aprenentatge de les noves tecnologies i el manteniment i progressió de les habilitats quirúrgiques són conceptes que la comunitat mèdica i la població general esperen dels cirurgians. Entre les forces que empenyen al cirurgià a adquirir noves habilitats hi trobem les pressions exercides pels centres hospitalaris, la indústria i els propis pacients¹. Davant l'aparició d'aquestes noves tecnologies i l'increment en la varietat de procediments a realitzar, el cirurgià necessita de un aprenentatge per adquirir major habilitat i familiaritzar-se amb el maneig de l'equipament tècnic. En aquest ambient de pressió, sovint, les novetats tecnològiques són sotmeses a una propaganda comercial abans que la seva utilització, amb seguretat i eficàcia, pugui ser comprovada en estudis controlats i que els cirurgians adquireixin la necessària habilitat per a realitzar-la. La novetat de ser els primers pot portar als cirurgians a la realització d'una cirurgia innecessària o imprudent. Els cirurgians han de trobar l'equilibri entre la seva obligació ètica de beneficiar als pacients oferint-los els nous avenços tècnics i les seves responsabilitats en la cerca del desenvolupament de l'aplicació de la tècnica mitjançant un aprenentatge continuat. Abans de realitzar un procediment de forma independent, el cirurgià ha de conèixer no tan sols com es realitza el procediment en circumstàncies ideals si no com prevenir i tractar les complicacions que se'n deriven.

L'adquisició de noves tecnologies porta implícita l'aparició d'una "corba d'aprenentatge", concepte que neix de l'observació que les complicacions són més freqüents en els cirurgians que es troben en la fase d'aprenentatge d'una tècnica². Aquestes complicacions sorgeixen de la incapacitat d'anticipar els errors que se li presenten al cirurgià novell en la realització d'una determinada tècnica. Al llarg d'aquesta corba d'aprenentatge el temps operatori s'anirà escurçant progressivament i les dificultats intraoperatòries aniran disminuint en tant que vagi augmentant l'experiència quirúrgica. En aquestes condicions és possible l'anàlisi del cost-benefici en l'aplicació d'una nova tècnica en particular.

La comunitat quirúrgica s'ha mostrat interessada, des del començament de la aplicació de les tècniques laparoscòpiques, per estandarditzar les corbes d'aprenentatge dels diferents procediments realitzats. Així, són freqüents en la literatura els càlculs d'aquestes corbes realitzats per diferents grups quirúrgics per a cada tipus d'intervenció. Destacar com a exemples recents els treballs de Voitk³, que estableix que són necessàries més de 50 intervencions d'hermioplàstia inguinal laparoscòpica per reduir les seves complicacions. Cusik i Waldhausen van demostrar un descens en les complicacions de l'esplenectomia laparoscòpica després d'una experiència acumulada de 20 casos⁴. Les intervencions tècnicament més complexes tenen corbes d'aprenentatge més llargues. Lauter i Froines troben un descens en l'índex de complicacions per a la colectomia laparoscòpica a partir dels 50 casos⁵ i Schauer estableix la corba d'aprenentatge per al by-pass gàstric per laparoscòpia en 100 casos². Malgrat aquests intents, avui en dia, encara no hi ha consens en quant a trobar una estandardització en la longitud de les corbes d'aprenentatge, pel fet que existeix una gran variabilitat en el seu càlcul motivada per una sèrie de factors tant intra com postoperatoris. En l'anàlisi dels paràmetres en que es basa el càlcul de la corba s'hi troben el temps operatori, l'índex de conversió, el nombre o gravetat de les complicacions intraoperatories o fins i tot les pèrdues hemàtiques estimades². Una de las dificultats en aquesta anàlisi és l'estimació de com d'adequada o no resulta una experiència preliminar, basada en dades que es consideren com "patró d'or" o "gold standard" recollits de l'experiència obtinguda per altres grups quirúrgics reconeguts en una cirurgia determinada, o l'experiència prèvia de cada equip amb la mateixa tècnica realitzada amb cirurgia oberta. Com a exemple d'aquest problema hi han les diferències existents en les corbes d'aprenentatge pel que es refereix a la realització de la colecistectomia laparoscòpica. La "European Association for Endoscopic Surgery" (EAES) recomana, en la seva guia clínica, la realització de 25 casos⁶. Altrament, el "Southern Surgeons Club" va publicar el 1995 un estudi d'anàlisi multivariant que identifica l'experiència quirúrgica individual com a l'únic factor predictiu del risc de lesió de la via biliar després de colecistectomia laparoscòpica i arriba a establir que la corba d'aprenentatge s'hauria d'augmentar en 50 casos⁷. En canvi, Calvete⁸, en un estudi prospectiu, conclou que no hi ha relació entre l'experiència del cirurgià i l'índex de lesió de la via biliar, degut a que el cirurgià més expert també s'enfronta a casos molt més complexes. Altres autors situen la corba d'aprenentatge de la colecistectomia laparoscòpica en paral·lel amb la de la tècnica de cirurgia oberta, de manera que el número d'intervencions podria oscil·lar entre els 25 i 100 casos⁹.

Un altre factor de distorsió que afecta a la valoració de la corba d'aprenentatge és si aquesta es refereix als cirurgians de forma individual o a la experiència de grups quirúrgics de forma col·lectiva. Watson et al. varen estudiar la corba d'aprenentatge en la funduplicatura laparoscòpica i varen trobar que els índexs de complicacions, conversions i reintervencions eren superiors en els primers 50 casos realitzats per l'equip quirúrgic i en els primers 20 casos quan el cirurgià era considerat de forma individual¹⁰.

La cirurgia laparoscòpica presenta, en si mateixa, unes peculiaritats que afecten de manera particular la longitud de la corba d'aprenentatge si aquesta es compara amb la requerida per a la realització del mateix procediment utilitzant la cirurgia oberta. Així, per exemple, encara que els cirurgians són, en la seva majoria, hàbils en la utilització de la mà no dominant, la laparoscòpia avançada precisa de cirurgians ambidextres que han de superar les dificultats que planteja l'adaptació a treballar sobre dues dimensions i amb una sensació tàctil deficient, habilitats que no són intuïtives ni intrínseques a la actuació diària del cirurgià convencional.

Davant d'aquestes consideracions sorgeix una pregunta: Quan acaba realment la corba d'aprenentatge?, o dit d'una altra manera: Quanta experiència es precisa per considerar a un cirurgià autosuficient?. La definició de competència quirúrgica és complexa. Per a Cushieri, un cirurgià entrenat i competent és aquell que reuneix seny clínic, coneixement i capacitat tècnica¹¹. La destresa o capacitat tècnica implica moviments que s'obtenen amb la pràctica quirúrgica repetida, però el seny clínic és més difícil d'adquirir i objectivar. Senagore¹² estableix dues fases en la corba d'aprenentatge, la primera és una coreografia del procediment fins a arribar a realitzar-lo de forma completa, i llavors comença la segona, en la qual s'intervindran casos que van incorporant dificultats tècniques majors fins arribar a la mestria.

Hunter considera que si tenim en compte les variacions possibles entre l'edat, la patologia associada, el fenotip del pacient i la complexitat de la malaltia, s'ha de suposar que és extremadament difícil que un cirurgià es consideri expert en un procediment si no ha realitzat al menys uns 50 casos¹³. L'experiència clínica mostra que existeix una corba d'aprenentatge diferent per a cada cirurgia i per a l'aprenentatge d'una nova tècnica. Si l'examen de les habilitats quirúrgiques inclou el temps operatori, el número d'errors i l'economia de moviments, en el desenvolupament de noves tècniques els cirurgians amb major experiència tindran corbes d'aprenentatge menors que les dels cirurgians novells pel que fa al temps operatori, però aquest avantatge no serà significatiu en valorar el nombre d'errors o l'economia de moviments. Grantcharov situa aquesta corba per a cirurgians experts en 10 a 30 casos, en els quals s'hauria d'esperar més complicacions, més índex de conversió i més costos¹⁴.

Actualment existeix un creixent interès en obtenir un entrenament especialitzat en tècniques avançades de cirurgia mínimament invasiva. Malgrat tot, aquesta necessitat formativa no es veu encara compensada per una resposta educativa estructurada per la comunitat quirúrgica. Les tècniques de cirurgia laparoscòpica avançada no han de ser realitzades sense que els cirurgians tinguin uns coneixements bàsics i una certa destresa en tècniques laparoscòpiques més senzilles, pel fet que no existeix una transferència en l'entrenament que s'ha aconseguit en la cirurgia oberta i l'exigut per a les tècniques laparoscòpiques¹⁵. A més, molts cirurgians amb interès per aquestes tècniques laparoscòpiques avançades es troben encara en la seva pròpia corba d'aprenentatge, el que dificulta, al menys temporalment, la formació d'altres cirurgians^{16,17}.

Malgrat existir consens en la necessitat d'intensificar les activitats educatives en cirurgia laparoscòpica, encara no existeix acord en quant al millor mode d'impartir aquest ensenyament. L'entrenament progressiu és una limitació major en l'experiència de la cirurgia laparoscòpica i a la vegada depèn d'altres factors, com el volum de casos, la motivació dels mentors i l'interès del propi departament quirúrgic en aquestes tècniques¹⁶.

El mètode més racional per a l'aprenentatge de la cirurgia laparoscòpica hauria d'estar integrat en els programes de formació quirúrgica general dels hospitals docents. Malauradament, en l'actualitat, els programes de residents no aporten l'entrenament necessari als cirurgians per adquirir experiència en cirurgia laparoscòpica avançada¹⁸. El laboratori facilita a l'alumne obtenir habilitats en un ambient protegit i confortable, èticament més adequat que el propi quiròfan.

L'ensenyament a quiròfan té els seus detractors, assenyalant que pot ser ineficaç, costós i, en ocasions, perillós¹⁹. Per això la cirurgia laparoscòpica requereix del desenvolupament de mètodes innovadors per a la preparació del cirurgià novell en aquestes tècniques. Entre aquests mètodes, cal citar l'entrenament amb animals d'experimentació i els sistemes de realitat virtual. Aquests darrers col·loquen al cirurgià en situacions similars a les de la vida real i aporten una resposta immediata a la presa de decisions i a les accions empreses²⁰. Així mateix permeten la repetida pràctica de tasques estandarditzades i constitueixen una mesura objectiva de l'actuació laparoscòpica davant la reproducció de moments concrets i importants d'un procediment quirúrgic^{14,21}. Malgrat tot, aquests simuladors no són encara perfectes i si bé la realitat virtual pot ser un mètode d'entrenament idoni per a cirurgians novells, és imperatiu estructurar aquesta simulació d'acord a les necessitats de cada individu que s'entrena i aportar les dades necessàries per a una gran varietat de situacions, el que implica una gran complexitat, fent que la seva utilització estigui lluny de ser mundialment acceptada²².

En una situació ideal les credencials d'un cirurgià correctament format en el camp de la laparoscòpia haurien d'incloure un entrenament formal, un treball de camp en animals de experimentació, unes tutories i una cirurgia virtual.

Un últim aspecte a considerar sobre la corba d'aprenentatge és si els pacients han de conèixer en quin punt de la corba es troba el cirurgià que va a ser responsable de l'atenció a la seva malaltia. En la relació de confiança establerta entre metge i pacient, l'honestetat del primer és fonamental, pel que aquesta informació ha de ser oferta sense necessitat que el pacient la demani. Des d'una òptica més general, cal indicar que la corba d'aprenentatge no hauria de néixer en mig del desconeixement públic si no estar integrada en programes de entrenament quirúrgic on els experts puguin corregir els errors dels principiants¹³. La tecnologia mèdica és amoral, pel que un aspecte important és la pròpia auditoria del clínic en les seves habilitats i la seva opinió davant la tecnologia, la seva provada eficàcia i la seva seguretat. Iserson²³, en un assaig al respecte, afirma que allò que en definitiva governarà la utilització de noves tecnologies serà l'ètica de les institucions i dels cirurgians així com les necessitats del pacient. La correcta informació del pacient ha de ser un tret fonamental per al desenvolupament d'aquestes noves tecnologies.

Per concloure, cal indicar que existeixen nombrosos tests estandarditzats per a l'auditoria del coneixement. La seva aplicació en cirurgia laparoscòpica avançada implica un gran esforç per mesurar habilitats tècniques i dificultats gairebé insalvables per mesurar el seny clínic com estàndard. És per això que no hi ha consens en la definició de "corba d'aprenentatge". Els individus adquireixen habilitats en diferents períodes de temps, pel que pot ser inapropiat col·locar límits arbitraris de volum a cap procediment. Malgrat tot, l'efecte "corba d'aprenentatge" en cirurgia laparoscòpica és una evidència i pot ser l'únic mètode efectiu d'eliminar-lo sigui integrar l'ensenyament d'aquestes tècniques durant els programes de residència.

Bibliografia

- E. A. Gates. New surgical procedures: Can our patients benefit while we learn?. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1997; 176: 1293-1299.
- P. Schauer, S. Ikramuddin, G. Hamad, W. Gourash. The learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass is 100 cases. *Surg. Endosc.* 2003; 17: 212-215.
- A.J. Voitk. The learning curve in laparoscopic inguinal hernia repair for the community general surgeon. *Can. J. Surg.* 1998; 41: 446-450.
- R. A. Cusik. The learning curve associated with pediatric laparoscopic splenectomy. *Am. J. Surg.* 2001; 181: 393-397.
- D. M. Lauter, E. J. Froines. Initial experience with 150 cases of laparoscopic assisted colectomy. *Am. J. Surg.* 2001; 181: 398-403.
- European Association for Endoscopic Surgery guidelines. Training and assessment of competence. *Surg. Endosc.* 1994; 8: 721-722.
- The Southern Surgeons Club, M. J. Moore, C. L. Bennet. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.* 1995, 170: 55-59.
- J. Calvete, L. Sabater, B. Camps. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. Myth or reality of the learning curve? *Surg. Endosc.* 2000; 14: 608-611.
- L. Krähenbühl, G. Sclabas, M. N. Wentz. Incidence, risk factors, and prevention of biliary tract injuries during laparoscopic cholecystectomy in Switzerland. *World J. Surg.* 2001; 25: 1325-1330.
- D. I. Watson, R. J. Baigrie, J.G. Jamieson. A learning curve for laparoscopic fundoplication: definable, avoidable or a waste of time?. *Ann. Surg.* 1996; 224: 199-203.
- A. Cuschieri, N. Francis, J. Crosby, G. B. Hanna. What do master surgeons think of surgical competence and revalidation?. *Am. J. Surg.* 2001; 182: 110-116.
- A. J. Senagore, M. A. Luchtefeld, J. M. Mackeigan. What is the learning curve for laparoscopic colectomy?. *Am. Surg.* 1995; 61: 681-685.
- J. G. Hunter. The case for fellowships in gastrointestinal and laparo-endoscopic surgery. *Surgery.* 2002; 132 (3): 523-525.
- T. P. Grantcharov, L. Bardram, P. Funch-Jensen, J. Rosenberg. Learning curves and impact of previous operative experience on performance on a virtual reality simulator to test laparoscopic surgical skills. *Am. J. Surg.* 2003; 185: 146-149
- P. L. Figert, A. E. Park, D. B. Witzke, R. W. Schwartz. Transfer of training in acquiring laparoscopic skills. *J. Am. Coll. Surg.* 2001; 193: 533-537.
- P. M. Chiasson, D. E. Pace, C.M. Schlachta, J. Mamazza, E.C. Poulin. Minimally invasive surgery training in Canada. A survey of general surgery. *Surg. Endosc.* 2003; 17: 371-377.

J. L. Grosfeld. General surgery and fellowship training: Mutually beneficial or competing entities. *Surgery* 2002; 132 (3): 526-527.

M. S. Nussbaum. Surgical endoscopy training is integral to general surgery residency and should be integrated into residency and fellowships abandoned. *Semin. Laparosc. Surg.* 2002; 9(4): 212-215.

D. J. Scott, P. C. Berger, R. V. Rege. Laparoscopic training on bench models: better and more cost effective than operating room experience?. *J. Am. Coll. Surg.* 2000; 191: 272-283.

T. W. Powers, K. M. Murayama, M. Toyama, S. Murphy, E. W. Denham III, A. M. Derossis, R. J. Joehl. Housestaff performance is improved by participation in a laparoscopic skills curriculum. *Am. J. Surg.* 2002; 184: 626-630.

G. L. Andrales, U. B. Chu, D. B. Witzke, M. B. Donnelly, D. Hoskins, M. J. Mastrangelo Jr., A. Gandsas, A. E. Park. Evaluating minimally invasive surgery training using low cost mechanical simulations. *Surg. Endosc.* 2003; 17: 580-585.

M. R. Ali, Y. Mowery, B. Kaplan, E. J. DeMaria. Training the novice in laparoscopy. More challenge is better. *Surg. Endosc.* 2002; 16: 1732-1736.

K. V. Iserson, P. M. Chiasson. The ethics of applying new medical technologies. *Semin. Laparosc. Surg.* 2002; 9(4): 222-229.

Ignasi Martínez, Laureà Fernández-Cruz

PRINCIPIS DE PRIORITZACIÓ DE PACIENTS EN CIRURGIA

Joan Sala Pedrós J, Antoni Gil, Lluís Grande, Lluís Masferrer

Introducció

El progressiu avenç de la cirurgia, ha fet que cada vegada es plantegi oferir aquesta opció terapèutica a un sector més ampli de la població, fet que, com tota crisi de creixement, planteja alguns problemes. D'una banda encara som lluny de poder dir que les intervencions quirúrgiques estiguin exemptes de complicacions, poden ser per elles mateixes, causes de morbimortalitat; per això cada cop és més necessari definir quin és el seu marc d'actuació, social i individualment, coherent amb els principis ètics d'una bona pràctica sanitària. D'altra banda, la seva aplicació universal no està a l'abast de les possibilitats econòmiques individuals, en molts casos, ni col·lectives, fet que obliga a la priorització.

Cal enfrontar el problema des de bases científiques, ètiques, clíniques i metodològiques per optimitzar els criteris de priorització des d'una perspectiva sanitarista d'acord amb els objectius a l'abast d'una Societat Científica.

Pretenem, amb aquesta proposta, encetar el debat dins de la Societat Catalana de Cirurgia, com a màxim òrgan de representació dels cirurgians del nostre país, amb una llarga tradició en el desenvolupament de la pràctica professional, per tal d'arribar a fórmules de consens des de la perspectiva dels principals implicats en el tema, naturalment, després dels propis pacients.

La limitació de recursos

La cirurgia o, més ben dit, les intervencions quirúrgiques, han esdevingut un capítol important de la tasca sanitària que és percebut, per la població en general, com un indicador de seguretat perquè incideix, de manera rellevant, en la salut de les persones.

Les tasques hospitalàries tenen una especial significació per als ciutadans en general. Entre elles, les quirúrgiques, pel seu cost, per la seva complexitat, per l'alt nivell de coneixement tècnic i científic que precisen i per la transcendència, en termes de salut, dels seus resultats, en són una part fonamental. La gestió d'aquestes activitats sanitàries per l'administració pública, és viscuda, en el nostre país, com un pas endavant, irrenunciable, en la societat del benestar, fet que li atorga una càrrega política de primera magnitud i fa generar expectatives no sempre assumides de manera plena i responsable pel sistema sanitari incloent gestors, professionals i usuaris.

La limitació de recursos i la seva gestió no sempre eficient, han portat a l'aparició, entre altres, del fenomen de les llistes d'espera quirúrgica. Davant la poca predisposició d'augmentar els recursos destinats a aquest tipus de prestació sanitària, no resta altre remei que prendre mesures de prioritització que intentin racionalitzar les limitacions fent-les el menys perjudicials possible per a la salut comunitària en general.

Els cirurgians, com la resta de persones de la nostra societat, hem hagut d'aprendre a trobar l'equilibri entre la clàssica i un tant utòpica consideració que "la salut no te preu" i la moderna i més realista que "la sanitat te un cost". Especialment en un sistema de sanitat pública que pretén ser d'aplicació universal, en el sentit d'incloure tota la població, la limitació de recursos és un fet inqüestionable. Precisament, en un sistema democràtic, són els propis ciutadans, a través dels seus representants, els que decideixen quina part del pressupost s'ha de destinar a la sanitat en els seus diferents vessants.

Malgrat això, els cirurgians, com a professionals de la salut experts en la seva tasca, tenen molt a dir en el camp de la gestió de les activitats quirúrgiques i és, precisament aquest punt de vista, el que vol reflectir aquest escrit.

Models de prioritització

Cada sistema sanitari posa l'accent en aspectes diferents que tenen més a veure amb el model filosòfic o ètic imperant en la societat que amb els criteris científics purs que actualment regeixen les actuacions sanitàries a nivell professional.

Es poden esquematitzar aquests models, basats en diferents principis ètics, en els tres grans grups següents:

- Principi d'equitat: es basa en el dret universal a la salut com a punt primordial dins d'allò que s'anomena la justícia distributiva. Segons aquest model tothom ha de tenir les mateixes oportunitats d'accés al sistema sanitari i a rebre les prestacions segons les seves necessitats.
- Principi d'utilitat: es basa en el rendiment en termes econòmics, sanitaris o de salut en general. Segons aquest model cal destinar els recursos adequadament per aconseguir la màxima utilitat per al major nombre de persones.
- Principi de llibertat: es basa en el dret al lliure albir. Segons aquest model cal respectar l'autonomia del pacient per triar centre i cirurgia així com el temps d'espera associat a la decisió.

Els tres models contenen elements positius però també cada un d'ells pot ser objecte de deformacions o abusos que el converteixin en perniciosos a un o altre nivell. La dificultat consisteix en trobar l'equilibri entre els aspectes bons de cada un, de manera que en resulti el millor model mixt possible. En aquest sentit, un sistema democràtic hauria d'acostar-se de manera asintòtica al punt ideal d'equilibri, d'acord als diferents punts de vista de la societat expressats en les urnes. Tot i així, malgrat les directives polítiques en la gestió sanitària, és en definitiva el professional qui pot aplicar-les de manera més o menys esbiaixades en funció de les seves pròpies creences. Cal evitar el paternalisme dels clínics però també la deshumanització burocràtica o el dirigisme polític orientat només a maximitzar el nombre de vots.

Nivells de prioritització

- Grau de necessitat

Un concepte que cal tenir en compte a l'hora d'establir la prioritització és el de necessitat. Aquelles afeccions que, malgrat no tenir caràcter urgent, tenen la cirurgia com a única possibilitat de guariment, en el sentit de conservar o maximitzar l'esperança de vida que tindria sense aquesta afecció o bé corregir una qualitat de vida fortament alterada per ella, són tributàries de cirurgia i per tant la intervenció resulta absolutament necessària. El grau de necessitat no sempre és el mateix i cal mesurar-lo tenint en compte avantatges i inconvenients de l'operació, nivells de risc i d'esperança que comporta.

La necessitat d'una intervenció ha estat sempre motiu de polèmica. A la pràctica, no es dona un criteri universal que faci que diferents decisors triïn sempre una mateixa opció d'entre les possibles per a un cas determinat. Com ja havien dit fa temps Rutkow als USA ¹ o Vayda al Canadà ², les decisions quirúrgiques no són sempre uniformes, d'un país a un altre, d'uns cirurgians a uns altres ³, i fins i tot en uns mateixos cirurgians d'un temps a un altre. La transcendència econòmica de la sanitat, ha donat lloc a intents d'optimització de recursos evitant les decisions poc eficients; en el seu moment, es van promoure els anomenats programes de segona opinió mèdica, potenciats per les companyies d'assegurances americanes ⁴, que exigien la coincidència de criteri entre dos decisors diferents, sense relació l'un amb l'altre, abans de donar el consentiment a una determinada indicació quirúrgica. Com tota mesura de seguretat presenta les seves pròpies fugues i contradiccions.

Entre les operacions necessàries o molt aconsellables, clàssicament s'han considerat dos nivells bàsics de prioritització que poden definir, fins i tot, estratègies quirúrgiques diferents, segons el moment en el qual es realitza la cirurgia, la disponibilitat de mitjans, l'experiència, l'habilitat i la disponibilitat de l'equip quirúrgic, etc. Aquests dos nivells de prioritat es coneixen com a intervencions urgents i electives.

- Intervencions urgents

Són les condicionades per aquelles afeccions en les quals només una intervenció, efectuada el més aviat possible, pot salvar al malalt d'una mort imminent o d'una seqüela rellevant pel grau d'incapacitat o minusvàlua que poden comportar. La decisió d'operar s'ha de prendre de manera immediata, com a única manera de prevenir la mort o altres efectes greus en un pacient que presenta una afecció d'evolució fatal a curt termini.

En general, es considera urgent aquella intervenció que cal realitzar en un temps breu després d'establir el diagnòstic i que cal fer, fins i tot, encara que els mitjans disponibles en aquell moment no siguin els òptims.

Dins de la urgència també es poden establir nivells de premura tenint en compte el temps necessari per completar un diagnòstic més acurat o una preparació operatòria més completa que permetin proporcionar els millors resultats possibles de l'operació. Això permet establir diferents nivells d'urgència: immediata, mediata o diferida.

- Intervencions programades

Són les aconsellades en aquelles afeccions que comporten una perturbació més o menys greu, que altera, en major o menor grau la qualitat de vida de la persona, però que no amenacen, de manera immediata, la seva esperança de vida.

En elles la intervenció pot representar una clara millora de l'esperança de vida a llarg termini o de la seva qualitat de vida futura.

En general, permeten l'elecció del millor moment per a realitzar la intervenció, sense urgència, ja sigui a termini mitjà o a llarg termini, sense que el retard en practicar-la es converteixi en un possible perill per a la vida o en algun altre efecte greu per al pacient. S'anomena cirurgia programada, pel fet de fer possible una programació i una preparació molt més acurades.

Segons els casos, es poden admetre diferents graus d'espera que permeten classificar-la en preferent, prioritària i ordinària o ajornable.

En general els casos ajornables no representen cap perill rellevant.

Com a casos ordinaris es consideren aquells que, malgrat l'afecció del pacient pugui representar un perill, en el moment del diagnòstic, no presenten cap mena de problema greu i per tant poden ser ajornats indefinidament, a no ser que es presentin empitjoraments, exacerbacions o complicacions de la patologia. Els problemes funcionals lleus, amb poca afectació de la qualitat de vida de la persona, serien un exemple d'aquest apartat. Són els que, en els sistemes sanitaris avançats que tenen mecanismes de resolució dels casos més prioritàris, són objecte d'estudi a l'hora de comparar prioritats en funció d'altres criteris diferents al propi diagnòstic. Sovint entren en consideració criteris personals, deguts a la naturalesa o l'evolució de l'afecció en cada individu, a les característiques físiques del propi pacient o a les seves circumstàncies socials o de l'entorn, fan que calgui programar-les abans que altres que poden esperar més temps sense problemes. En resum cal valorar quan la intervenció resulta més necessària.

Es consideren preferents, aquelles intervencions que, per la naturalesa de la malaltia, posposar-les més enllà d'un cert límit pot representar un risc afegit o un empitjorament del pronòstic.

Els casos que anomenem prioritaris estarien constituïts per aquelles afeccions de diagnòstic dubtós que pot oscil·lar entre els casos preferents i els ordinaris segons pugui ser el comportament més o menys benigne o maligne de l'afecció, sovint desconegut abans d'operar.

Si bé diem que els factors de prioritització poden tenir a veure amb el pacient, l'entorn, el tractament o la malaltia, en realitat, per poder comparar nivells de prioritat, quan es tracta de diferents afeccions entre sí, resulta convenient relacionar-los, de manera general, segons uns criteris també generals de prioritització com són: l'afectació i la millora esperada en la quantitat de vida i en la qualitat de vida.

Nivells de gravetat

Els criteris anteriors permeten establir 7 nivells de gravetat que podem simplificar en dos grans grups:

Intervencions urgents:

1. Urgència immediata: temps no superior a les 6 hores
2. Urgència mediata: temps no superior a les 24 hores
3. Urgència diferida: temps no superior a 7 dies

Intervencions electives:

4. Preferent: temps no superior a 1 mes
5. Prioritària: temps no superior a 3 mesos
6. Ordinària: temps no superior a 1 any
7. Ajornable: temps d'espera indefinit

La prioritització es pot establir entre casos que corresponguin a un mateix nivell de prioritat, sempre que no hi hagin altres casos pendents de nivells de rang més prioritari.

Afeccions i nivells de prioritat

Les principals afeccions que tenen indicació de ser tractades mitjançant cirurgia poden entrar en algun dels següents grups ⁵:

Malformacions:

- Poden ser congènites o adquirides. Entre les segones algunes poden tenir caràcter agut. Altres tenen un caràcter més crònic. Per exemple, en el cas d'una hèrnia inguinal simple, l'esperança de vida no difereix de manera significativa de la d'una altra persona de les mateixes característiques generals però sense l'hèrnia, en canvi, l'hèrnia pot representar una limitació per a realitzar activitats laborals o esportives que signifiquin una disminució de la qualitat de vida d'una persona. La prioritat dependrà del grau de discapacitat deguda a la malformació que impedeixi poder desenvolupar una vida normal.

Disfuncions:

- Poden tenir transcendència local, general o mixta. Per exemple en el cas d'una colelitiasi, dependrà de si és asimptomàtica, si s'acompanya de còlics hepàtics més o menys freqüents, o de si presenta complicacions associades com pancreatitis, colecistitis, coledocolitiasi amb icterícia o colangitis, etc. en quin cas passarien a ser infeccions o inflamacions.

Inflamacions/infeccions:

- En general, tenen caràcter agut. La majoria d'infeccions locals es beneficien d'un tractament quirúrgic precoç. Tant la morbiditat com la mortalitat poden ser menors si la intervenció es fa amb urgència. En altres tipus d'inflamació, com en les pancreatitis agudes, la cirurgia representa un recurs reservat als casos molt greus o complicats.

Traumatismes/accions tòxiques:

- Van des dels traumatismes oberts (ferides per arma de foc, arma blanca, etc.) fins als tancats (contusions abdominals o toràciques, lesions per ona expansiva, amb ruptures de víscera massissa o buida). Entre les accions tòxiques hi ha les derivades d'ingesta de càustics, de cossos estranys, de radiacions etc.). En general necessiten d'una valoració urgent, però la cirurgia pot ser d'indicació immediata (urgència vital), mediata (en el curs de les hores següents, 24-48, a l'agressió externa) o diferides (aparició de complicacions en un segon temps).

Neoplàsies:

- Segons siguin benignes o malignes i entre aquestes segons el grau de malignitat, poden tenir diferents graus de prioritat. Les complicacions urgents com hemorràgies, perforacions o oclusions poden necessitar solucions urgents. En el cas d'un càncer, l'esperança de vida resulta, sense tractament, menor que la d'una persona de semblants característiques però sense el càncer, en canvi la qualitat de vida en un estadi precoç pot no estar molt alterada. L'agressivitat condicionada pel tipus de tumor, la localització, el seu grau de diferenciació, l'estadi evolutiu, etc. pot condicionar la prioritat major o menor del cas, per la influència dels retards de tractament en el pronòstic vital a mig o llarg termini. En fases més avançades, la qualitat de vida pot estar més afectada, encara que la possibilitat d'influir en l'esperança de vida siguin menors. La cirurgia pal·liativa pot tenir un paper a jugar en alguns casos, amb més o menys prioritat segons l'afectació de la qualitat de vida.

Com a exemples de grans grups d'afeccions i dels nivells de gravetat més freqüents podríem esmentar els següents:

- Traumatismes/accions tòxiques: Nivells 1-3
- Inflamacions/infeccions: Nivells: 1-3
- Complicacions (hemorràgies, obstruccions, isquèmies...): Nivells 1-4
- Neoplàsies (benignes, malignes o dubtoses): Nivells 4-5
- Disfuncions (colelitiasi): Nivell 6 (No complicades)
- Malformacions: congènites o adquirides (hèrnia inguinal): Nivell 6-7 (No complicades)

Objectius fonamentals de l'acció sanitària

La necessitat de prioritació, i també la necessitat de prendre decisions ajustades, porta a l'establiment de manera clara i contundent dels objectius fonamentals de qualsevol activitat sanitària: l'allargament i la millora de la vida de les persones.

Aquesta magnitud personalitzada l'hem anomenat VIDA, i malgrat que sembla definir un concepte simple, en realitat inclou com a característica la multidimensionalitat, d'aquí que l'hem considerada des d'una doble perspectiva, emprant el símil de l'espai-temps:

- Una magnitud temporal: la durada de la vida, expressada de diverses maneres segons el moment que es valora.

- Una magnitud de contingut, a la qual ens referim quan parlem de qualitat de vida i especialment del seu component més important al qual donem el nom de salut, que dins de la seva complexitat, considerarem de manera simplificadora i entenedora com una magnitud tridimensional.

Si de la primera en diem quantitat de vida o supervivència, a la segona, conjuntament, ens hi referirem com a qualitat de vida.

- La quantitat de vida

Des del punt de vista de la pràctica científica, la quantitat de vida s'ha anomenat supervivència. És un concepte epidemiològic que es mesura només en un sentit, des d'un punt del passat fins a un altre punt posterior, determinat, del propi passat o, com a molt, fins al present. En termes més útils per a la persona de qui es tracta, abans de prendre una decisió, s'utilitza l'expressió "esperança de vida", entesa com la mesura de la quantitat de vida restant amb una més alta probabilitat d'aproximar-se a la realitat.

Per poder calibrar, amb un cert rigor de coherència, l'esperança de vida, cal tenir en compte variables com:

- les condicions basals del pacient que inclouen factors vitals com l'edat o el sexe, l'existència de patologia associada o comorbiditats i les seves característiques així com el seu grau d'interferència en la fisiologia de l'individu.

- la naturalesa i l'estadi o nivell de desenvolupament de la malaltia que es tracti.

- la influència del tractament en el pronòstic d'aquella determinada malaltia en aquest pacient.

La dificultat està en com calibrar la influència que, tot plegat, pot tenir en fer canviar l'esperança de vida de la persona.

- La qualitat de vida

Com a segon punt, però no menor en importància, la qualitat de vida s'ha de tenir en compte, no tan sols per prendre la millor decisió possible, també per planificar el millor moment del tractament. La qualitat de vida pot ser mesurada a partir de diferents aspectes que podem simplificar en les tres dimensions clàssiques que hem esmentat abans:

- la física o capacitat d'autonomia de la persona, capacitat de realització ("performance status") o qualitat de vida externa u objectivable. Es mesura per la possibilitat de poder realitzar les seves tasques habituals, des de les activitats bàsiques de la vida diària (menjar, rentar-se, tenir cura del propi cos, desplaçar-se, etc.) fins a les accessòries (com la capacitat de desenvolupar afeccions, esports, treballs, sexe, etc).

- la psicològica o sensació de satisfacció íntima o personal que aquesta vida proporciona. Es pot mesurar en forma d'escales de valoració analògica o de tests que valorin aspectes com la capacitat de sentir-se bé, el grau de dolor, d'ansietat, d'incomoditat general o de malestar mental

- la social o capacitat de ser útil als demés mitjançant el treball, les relacions familiars o socials, o l'impacte que la pròpia salut individual te sobre el col·lectiu social en general. Es mesura a partir del temps d'incapacitat laboral, d'estada hospitalària, de consum de recursos, etc.

Críteris de prioritziació

- Relacionats amb el diagnòstic

Cal tenir en compte diversos factors, entre els quals esmentarem els següents:

- Diagnòstic que motiva l'operació quirúrgica: necessitat d'una intervenció quirúrgica pel seu tractament ideal.
- Naturalesa i estadi o nivell de desenvolupament de la malaltia
- Probabilitat d'aparició d'esdeveniments indesitjats durant l'espera quirúrgica.
- Eficiència (utilitat previsible en quantitat i qualitat de vida), de la cirurgia en aquell diagnòstic (cost/benefici en relació al diagnòstic)

La prioritziació feta només tenint en compte el diagnòstic o l'afecció que motiva la intervenció resulta del tot insuficient. Hi ha moltes altres circumstàncies que poden influir en el fet de retardar més o menys temps una intervenció per diferents motius, inclosos els derivats d'una adequada gestió dels recursos sanitaris. Malgrat tot, és evident que, per a cada possible patologia, es poden establir unes normes intrínseques de prioritziació de casos, en funció de les característiques amb que es presenta una determinada patologia en un pacient concret en relació a altres.

- Relacionats amb el tractament

També en aquest cas cal tenir en compte diversos factors:

- Eficàcia (utilitat mitjana) de la cirurgia en aquell diagnòstic (cost/eficiència en relació al tractament)
- Alternatives de tractament
- Reversibilitat de la malaltia amb la intervenció (Indicació quirúrgica)
- Influència del tractament en el pronòstic (Guanys en quantitat i qualitat de vida i efecte de l'espera sobre aquests suposats guanys).

Si el moment en que s'aplica un tractament modifica l'esperança de vida, aquest tractament s'haurà de considerar prioritari.

El risc de mortalitat és el primer que cal minimitzar a l'hora de planificar un tractament. Cal valorar, conjuntament i per separat, el risc, de cada diagnòstic, l'afectació de la quantitat i de la qualitat de vida, així com les seves variacions, en funció de l'opció terapèutica, per a cada paràmetre. Naturalment compten en aquests casos factors com l'experiència del cirurgià i del centre on es realitza la intervenció, la necessitat d'ajudes terapèutiques (UCI, banc de sang, hemodiàlisi etc.), la disponibilitat de mitjans de tractament (ecografia intraoperatòria, làser, etc.) i l'oportunitat, en relació amb altres terapèutiques adjuvants o neoadjuvants com la radioteràpia o la quimioteràpia ⁶.

- Relacionats amb el pacient

En aquest cas es tenen en compte aspectes com:

- Efectivitat (utilitat esperada) de la cirurgia en aquell pacient concret
- Estat de salut previ del pacient o condicions basals del pacient: edat, sexe, patologia associada o comorbiditats, estat fisiològic

Cada pacient pot respondre de manera diferent a una intervenció, fet que cal tenir en compte abans que sigui pitjor el remei que la malaltia.

L'edat del pacient, les comorbiditats, l'estat fisiològic, etc. poden tenir influència a l'hora de decidir la prioritat d'un tractament.

Els pacients d'edat avançada, en situació d'homeostenosi, és a dir amb una menor tolerància a les alteracions fisiològiques que qualsevol afecció pot comportar, poden necessitar d'un tractament prioritari o a l'inrevés, necessitar més preparació o fins i tot ser desestimats per a la pràctica de cirurgia. El mateix passa en pacients més degradats fisiològicament, per patologies greus o de llarga evolució, per discapacitats o per dependències de tercers, independentment de l'edat, que toleren pitjor determinats trastorns i poden necessitar una atenció específica, al marge dels criteris generals ⁷.

Des del punt de vista mèdic, algunes comorbiditats com les que s'associen a estosessegadors crònics, problemes urològics, ascites, trastorns generals que condicione problemes de coagulació, l'ús de fàrmacs especialment comprometedors per a l'anestèsia, que s'hagin de deixar durant una temporada (aspirina, antidepressius, dicumarínics, hipotensors, etc.), tractaments que precisin controls especials (tiroxina, antitiroïdals, cortisona, etc.) poden fer que calgui una prioritització especial del cas o la seva programació en un temps o època determinats.

Entre les comorbiditats que precisen d'una compensació prèvia o preparació especial hi tenim:

- Infermetats respiratòries: estosessegadors crònics...
- Insuficiència renal i problemes urològics
- Insuficiència hepàtica: Ascites
- Insuficiència cardíaca i afeccions cardiovasculars
- Trastorns de coagulació
- Fàrmacs comprometedors (per a l'anestèsia: aspirina, antidepressius, dicumarínics, hipotensors; per precisar controls especials: tiroxina, antitiroïdals, cortisona...
- Afeccions psiquiàtriques (ansietat)
- Trastorns metabòlics i endocrins (diabetis)...

Hi ha pacients que no mostren cap pressa en ser operats, mentre que en altres, la perspectiva d'una intervenció els genera un grau d'ansietat suplementari que els altera del tot la seva qualitat de vida. Al marge dels criteris estrictament mèdics, només la persona que ha tractat directament el tema amb el pacient coneix fins a quin punt pot ser ajornada una intervenció sense que li representi cap greu trastorn.

- Relacionats amb l'entorn

També els factors de l'entorn del pacient poden tenir influència a l'hora d'establir una prioritització. Entre ells hi trobem:

- Plausibilitat de realitzar la intervenció en un lloc i en un temps concret
- Responsabilitats i condicionants personals d'origen laboral, familiar o cultural.

Les prioritats en funció de l'entorn poden ser: degudes a les circumstàncies que envolten principalment la vida del pacient o les que envolten els professionals o el sistema sanitari.

A igualtat de risc de mortalitat o de perspectives de supervivència i de qualitat de vida, aspectes més o menys relacionats amb la seva situació personal poden influir en la necessitat d'una intervenció prioritària. Un dels casos més freqüents és el relacionat amb l'activitat, les condicions, les necessitats, la disponibilitat o les limitacions marcades per la professió en relació a aspectes laborals (per a l'empresa o centre de treball o en el cas de treballadors autònoms, executius, etc.). Per exemple el fet de tenir una hèrnia, amb protrusió relacionada amb maniobres de Valsalva pot fer que, a igualtat de condicions de l'hèrnia, un pacient que tingui un treball en el qual s'hagin de fer esforços físics contínuament, hagi de ser considerat com a candidat prioritari per davant d'un pacient que faci una feina més sedentària que li ocasioni menys trastorn.

Quelcom de semblant pot passar en relació amb l'estudi (preferència per vacances o dies de festa per no perdre exàmens, dies de treball o dies de classe en el cas de mestres o estudiants).

Moltes d'aquestes situacions no tan sol poden ser rellevants per al pacient si no que poden tenir també repercussions de tipus social, com la necessitat d'un viatge, la proximitat d'un esdeveniment especialment rellevant per a la família o les circumstàncies familiars (educació de menors, casaments, naixements, malalties o discapacitats de parents o acostats), , o fins i tot socials (malaltia d'un altre membre de la família o dependència en cas de cònjuge, pare, fill, avis etc. que dificulten la disponibilitat del pacient per a l'operació).

Tampoc s'han de menystenir els hàbits o característiques culturals (religió, esplai, etc.) que poden crear problemes en períodes de temps especials (festes o celebracions, competicions etc.).

En general, en les dependències de l'entorn, el pacient pot ser un element actiu o passiu. En el primer cas les limitacions venen pel fet que altres persones depenen d'ell, de la seva atenció, de les seves cures. En el segon cas quan és ell que depèn d'altres per algun tipus de discapacitat.

Els pacients amb discapacitats o limitacions en la seva qualitat de vida prèvia al problema que motiva la intervenció poden presentar diferents graus i tipus de dependència:

- Dependència per discapacitat funcional física que pot afectar a discapacitat per activitats quotidianes bàsiques (menjar, rentar-se, tenir cura del propi cos, desplaçar-se, etc.) o bé a discapacitat per activitats quotidianes complementàries (treball, estudi, lleure)
- Dependència per discapacitat funcional psicològica (sensació de satisfacció íntima o personal alterada)

Entre les dependències del Sistema Sanitari hi trobem els condicionants ambientals com la disponibilitat de recursos: quiròfans per vacances, horaris laborals, mitjans específics de tractament etc. També cal preveure l'atenció postoperatòria; alguns índexs de caràcter general poden resultar d'interès en aquest aspecte, per exemple preveure un TISS (Therapy index scoring system) > 20 (5) seria indicació per ingrés en una Unitat de Cures Intensives (UCI), o simplement la necessitat de cures postoperatòries específiques.

Avaluació de resultats

Qualsevol política de prioritització ha de tenir en compte els seus resultats i ha de portar inclosa la seva pròpia auditoria, per tal que la seva utilitat pugui ser contrastada i millorada. Entre els factors d'avaluació que cal tenir en compte hi ha els següents:

- Mortalitat

L'anàlisi de la mortalitat resulta fonamental per a l'audit de qualsevol tipus d'acció sanitària. En el cas dels pacients quirúrgics, l'estudi de la mortalitat ha d'incloure tan la preoperatòria (mentre els pacients estan en llista d'espera o preparant-se) com la postoperatòria. La mortalitat preoperatòria, si està referida al procés que motivava l'espera quirúrgica, resulta de vital interès per avaluar l'efecte de l'espera en la mortalitat.

També cal tenir en compte la mortalitat postoperatòria a curt termini (<48 hores), a mig termini (<30 dies) o llarg termini (> 30 dies), per valorar si el retard en la intervenció pot haver influït d'alguna manera en la supervivència dels pacients. La gestió de les llistes d'espera no ha de permetre augmentar el risc de mortalitat d'una determinada malaltia, per retard en l'aplicació del tractament.

- Morbiditat

També la morbiditat pre i postoperatòria ha de ser examinada en tots els pacients quirúrgics en llista d'espera. El retard en la intervenció tampoc ha d'augmentar la morbiditat en forma de complicacions, per exemple per retard en l'operació d'una colèlitiasi simptomàtica que pugui posar en perill d'aparició d'una pancreatitis, una colècistitis etc. amb l'augment de morbiditat que comporten. L'aparició d'esdeveniments indesitjats durant l'espera quirúrgica ha de quedar també ben enregistrada.

- Cost

El cost econòmic, tenint en compte les despeses directes i les indirectes ha de ser un altre dels aspectes a valorar en la gestió de llistes d'espera i els criteris de prioritització. Per avaluar el cost global d'una operació quirúrgica cal tenir també en compte que, una mateixa intervenció per una fase més avançada d'una determinada malaltia, pot representar l'aparició de complicacions, amb el conseqüent augment de l'estada hospitalària i el consum de recursos que augmentin el cost.

Utilitzar com a magnitud del benefici els diners o el cost econòmic té diversos avantatges no menyspreables, des del punt de vista de l'efectivitat, en permetre considerar costos i beneficis amb característiques de comparabilitat, transcendència social, i quantificabilitat, amb possibilitat d'unificar una colla de conceptes ben diversos de manera gràfica i entenedora per a tothom. Però si, tal com a vegades es deriva de les doctrines economicistes pures, es planteja el problema de decisió des d'una perspectiva només crematística, els professionals no podem oblidar tots els altres paràmetres i hem de prendre la decisió en funció dels interessos de la persona.

- Percepció del client

Qualsevol model de gestió de llistes d'espera ha d'anar acompanyat d'una explicació clara al pacient dels efectes d'aquesta espera sobre el seu estat de salut, en especial sobre la esperança i la qualitat de vida. La sensació del pacient que no s'actua temeràriament amb la seva vida és un factor important a tenir en compte. Cal explicar bé els riscos i decidir, de comú acord, el millor moment per a una intervenció, explicant els motius de la demora i la transcendència social d'una correcta prioritització i racionalització de recursos.

Malgrat aquests principis, de donar la informació necessària i convenient, caldria retroalimentar la informació dels gestors de les llistes d'espera, de manera es tingui en compte l'opinió dels propis pacients, en especial de la manera com han viscut l'espera.

- Percepció dels professionals sanitaris

També la percepció dels membres de l'equip de salut al complet és important. Com a interlocutors directes del sistema amb els seus usuaris, tenen informació directa, de primera mà i al moment, de les incidències i percepcions dels pacients durant l'espera, i a més poden calibrar, de manera més acurada, l'impacte d'aquesta espera sobre l'estat de salut dels pacients. El professional, especialment el cirurgià, però també els altres especialistes implicats en l'atenció dels pacients (anestesisistes oncòlegs, internistes, endocrinòlegs, metges de família, infermeres, etc.) han de valorar si el moment que fa possible operar cada cas és adequat en funció del coneixement del pacient i de les seves circumstàncies, començant pel problema de salut que motiva l'operació.

Conclusions

Decidida la conveniència d'una solució quirúrgica per resoldre un problema de salut d'un pacient, la prioritització s'ha d'establir tenint en compte els següents factors:

- Diagnòstic que motiva l'operació quirúrgica: necessitat d'una intervenció quirúrgica pel seu tractament ideal.
- Reversibilitat de la malaltia amb la intervenció: guanys en quantitat i qualitat de vida que pot comportar. Efecte de l'espera sobre aquests suposats guanys.
- Condicionants ambientals: disponibilitat de recursos.
- Dependència de mitjans o cures postoperatòries específiques.
- Estat de salut previ del pacient.
- Factors personals i socials.
- Resultats de l'avaluació prèvia del model de gestió.

En resum podem dir que la prioritització de pacients per a ser operats és un problema en el qual hi participen múltiples variables de molt diversa naturalesa. Conjugar-les totes per tal de prendre la decisió més justa i encertada, des del punt de vista sanitari o fins i tot econòmic, resulta molt difícil. Qualsevol sistema de prioritització simplista, allunyat del pacient i de les seves circumstàncies pot resultar molt perillós, injust, car i antisocial. Però si bé tenir en compte tots els factors resulta complex, és l'única garantia de decisió sanitàriament correcta, èticament acceptable i socialment justa. Només un professional honest, amb experiència i coneixedor de totes les circumstàncies concurrents en el cas pot prendre la decisió més adequada a l'hora d'establir la prioritització.

El metge, en aquest cas el cirurgià, és la persona més capacitada per a una gestió clínica, la més eficient possible, degut al seu coneixement del pacient, de les malalties, del seu efecte sobre la salut, del cost del tractament i de la limitació dels recursos. Negar al cirurgià la seva capacitat de prioritzar, no tan sols és una temeritat, és també un experiment condemnat al fracàs que només pot conduir a un empitjorament de la situació, prou crítica i compromesa de les llistes d'espera.

Bibliografia

¹ Rutkow I. Fidedignidad y duplicabilidad de los procesos de toma de decisiones quirúrgicas. Surg. Clin. North. Am. 1982; 4: 727-741.

² Vayda E, Mindell W. ¿Qué significan las variaciones de frecuencia quirúrgica?. . Surg. Clin. North. Am. 1982; 4: 629-641.

³ Rutkow I, Gittelsohn A, Zuidema G. Surgical Decision Making: The reliability of Clinical Judgement. Ann. Surg. 1979; 190: 409-419.

⁴ McCarthy E, Finkel M, Ruchlin H. Estado actual de los programas de segunda opinión quirúrgica. Surg. Clin. North. Am. 1982; 4: 713-726.

⁵ Sala Pedrós J. Conceptes Bàsics en Cirurgia. Terrassa: Fundació Joan Costa Roma, 2000.

⁶ De Dombal FT. El proceso que conduce a la toma de decisiones en cirugía. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.

⁷ Sala Pedrós J. Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi doctoral. Barcelona, 1990.

Joan Sala Pedrós J, Antoni Gil, Lluís Grande, Lluís Masferrer

EL PROGRAMA DE FORMACIÓ CONTINUADA DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Josep Maria Badia

La Junta Directiva sorgida de les eleccions de juny de 2001 es va proposar establir un Programa de Formació Continuada pels membres de la Societat Catalana de Cirurgia a l'estil d'organitzacions quirúrgiques d'altres països. La iniciativa vol ser la llavor d'un Programa d'Accreditació de la Societat que permeti als propis professionals avaluar i acreditar la seva competència davant les autoritats sanitàries.

Com a primer pas, es va decidir endegar un programa de docència per a metges residents, complementari als programes teòrics dels hospitals amb docència de postgrau. Després de dues reunions a les que van estar convidats els Caps de Servei i Tutors de Residents dels 14 hospitals amb programa MIR de Catalunya, es va signar un document de compromís que recull una sèrie d'objectius a assolir: incorporació plena dels MIR a les activitats de la Societat Catalana de Cirurgia, amb coneixement de la rellevància, història i objectius de la Societat i el desenvolupament d'interessos científics i formatius per part dels residents.

Tanmateix, es pretenia la implicació dels tutors de residents en el programa de formació, en tasques docents i organitzatives, i l'establiment de vincles entre els tutors dels diversos serveis que teixís una xarxa de col·laboració i intercanvi. La participació en el programa estava, a més, oberta als demés membres de la Societat, fet que podia afavorir l'objectiu d'anar creant la cultura de l'Accreditació Professional Continua.

El programa presencial de formació continuada ha estat dissenyat en un cicle de tres anys, amb unes 10 sessions anuals de 90-120 minuts que es desenvolupen la mateixa tarda de les reunions ordinàries de la Societat, de les 18 a 20 hores. La coincidència de dates facilita les tasques organitzatives i ajuda, a més, a crear el costum de l'assistència a les sessions de la Societat als residents. Les sessions de Formació Continuada consten de tres parts: exposició d'un tema de fisiopatologia quirúrgica per part d'un expert (30 minuts), un cas clínic (30 minuts) i una nota de metodologia de la recerca (20 minuts), cadascuna d'elles seguida d'un temps de discussió.

Per tal de dur a terme aquesta proposta, la Junta Directiva de la Societat va constituir una Comissió de Formació Continuada, composta pel Dr. Antoni Sitges Serra com a Director de Programa, el Dr. Guzmán Franch com a vocal de "Fisiopatologia", el Dr. , vocal de "Sessions Clíniques", el Dr. Joan Sancho, vocal de "Metodologia de la Recerca" i el Dr. Josep M Badia, com a secretari i coordinador entre els Tutors de Residents.

La posta en marxa del programa el darrer curs 2002-2003 ha estat encoratjadora. S'han celebrat 9 sessions, ha participat un total de 38 residents dels aproximadament 95 MIR de Catalunya (40 %) i han col·laborat activament residents d'onze hospitals dels dotze que actualment compten amb MIR. La mitjana d'assistència per sessió ha estat de 20 persones i s'ha comptat amb l'assistència d'altres membres de la Societat i alguns Tutors de residents. El grau d'assistència ha estat alt en la majoria de casos, ja que el % dels participants han aconseguit l'acreditació del primer curs al superar el 80 % d'assistència.

La valoració global que fem la Comissió de Formació Continuada del Curs 2002-2003 és molt favorable, sobretot tenint en compte que és el primer any de funcionament del programa. Considerem que s'ha assolit un bon nivell de participació, que aquesta ha estat molt activa per part dels residents i que s'ha aconseguit una presència força representativa dels MIR de Catalunya. Volem agrair la tasca dels Caps de Servei i Tutors de Residents dels serveis docents dels hospitals de Catalunya, encoratjant i facilitant l'assistència dels seus residents, i de forma molt especial la inestimable participació dels ponents a les diferents sessions de Fisiopatologia, Casos Clínics i Metodologia de la Recerca.

Els reptes que es plantegen pel segon curs (2003-2004) són augmentar el percentatge d'assistència dels residents i la seva participació activa en les sessions, incrementar la col·laboració amb els diversos Tutors de Residents, i fer arribar a tots els membres de la Societat el programa de cada sessió. Convidem a tots els membres de la Societat Catalana de Cirurgia a sumar-se a aquesta iniciativa i esperem seguir comptant amb el mateix suport en aquesta tasca.

Dr. Josep Maria Badia

“IN MEMORIAM” DAVID BERNT SKINNER, M.D.

Manuel Pera

El viernes 24 de Enero de este año 2003 falleció en Nueva York a la edad de 67 años una de las figuras más relevantes de la Cirugía de los Estados Unidos. Algunos cirujanos españoles tuvieron la oportunidad de conocer al Profesor David Skinner a lo largo de estos últimos veinte años y unos cuantos, muy afortunados, el privilegio de disfrutar de sus enseñanzas en el campo de la cirugía torácica y, muy especialmente, en la cirugía del esófago. Su labor científica fue reconocida en España al ser elegido Miembro de Honor de la Asociación Española de Cirujanos y Premio Gimbernat de la Societat Catalana de Cirurgia. David Skinner nació en la ciudad de Joliet, Illinois en el año 1935. Tanto su formación médica pregraduada, realizada en la Universidad de Yale, como su entrenamiento posterior como residente de Cirugía en el prestigioso Massachussets General Hospital, con un año adicional de aprendizaje en el Frenchay Hospital de Bristol, Inglaterra, junto al famoso cirujano torácico Sir Ronald Belsey, le proporcionaron las bases de su brillantísima carrera académica. En el plazo de sólo cuatro años (1968-1972) pasó de Profesor asociado a Profesor de Cirugía en el Johns Hopkins. Poco tiempo después y, a la edad de 37 años, David Skinner fue llamado por la Universidad de Chicago para hacerse cargo de la Jefatura del Departamento de Cirugía. A su llegada se encontró con una institución sumida en una grave crisis pero, con su sólida formación académica y su gran capacidad de liderazgo, en solo diez años devolvió al Departamento de Cirugía su anterior esplendor y lo colocó al frente de la cirugía mundial. Como auténtico cirujano académico, el Profesor Skinner supo organizar y desarrollar, con el entusiasmo y el respeto de sus muchos colaboradores, un Departamento de Cirugía en el que se conjugaban, con un extraordinario grado de excelencia, la actividad clínica y la investigadora. En particular, la cirugía del esófago vivió durante esos años, bajo su liderazgo, uno de los periodos más brillantes y productivos del siglo xx. El desarrollo de los primeros estudios funcionales del esófago como la phmetría de 24 horas y la manometría esofágica, la cirugía anti-reflujo, la cirugía radical del cáncer de esófago (“en block” esophagectomy), el perfeccionamiento de la técnica de la coloplastia y los primeros estudios histopatológicos del esófago de Barrett son sólo algunas de las muchas áreas de investigación clínica y básica que hicieron que su Departamento se convirtiese en una “visita obligada” en el itinerario de todo aquel cirujano que aspirase a desarrollar, con excelencia, la compleja cirugía del esófago. Una característica fundamental del estilo que transmitió David Skinner a sus colaboradores y que se refleja en muchas de sus publicaciones es la honestidad a la hora de describir los resultados clínicos en sus amplias series quirúrgicas y el interés por describir resultados clínicos a largo plazo, tras un seguimiento clínico minucioso. Decía Sir Ronald Belsey que “los campos de batalla de la cirugía están salpicados con los restos de nuevas y prometedoras operaciones que sucumbieron frente al análisis crítico de sus resultados durante el seguimiento en los Dispensarios”.

Muchos de los miembros de su Departamento se convirtieron pocos años después en auténticos líderes de la cirugía esofágica (Tom DeMeester, Alex Little, Carlos Pelegrini, Mark Ferguson, Nasser Altorki, etc) y otros muchos, llegados desde diversos lugares del mundo, se llevaron y transmitieron su experiencia.

Tras quince años en Chicago y con el Departamento de Cirugía a pleno rendimiento, Dave Skinner acepta en 1987 un nuevo reto y marcha a Nueva York para convertirse en Presidente y Manager General del New York Hospital en Manhattan. Se trata de uno de los hospitales más antiguos y emblemáticos de los Estados Unidos pero que estaba sumido en una profunda crisis institucional con pérdidas económicas multimillonarias y una estructura física y asistencial obsoleta, a pesar de contar con un excelente equipo humano. Al poco tiempo el Profesor Skinner, con liderazgo, determinación e imaginación inició un plan de recuperación que colocó de nuevo a este hospital, actualmente asociado al Presbyterian Hospital, al frente de la medicina americana. En estos tiempos de incertidumbre sobre el papel de una verdadera cirugía académica ¿qué enseñanzas podemos extraer de toda su trayectoria vital? En primer lugar, David Skinner representa un modelo ejemplar de docente universitario capaz de motivar a todos aquellos que aspiran a desarrollar una auténtica cirugía académica, aquella que se justifica por la exigencias metodológicas, por el estilo con que se hace y por la generosidad con que se transmite a los demás. En segundo lugar, el papel históricamente relevante del Profesor Skinner como médico gestor eficiente y en muchas ocasiones, auténtico “visionario” de los cambios que se producirían en el ámbito de la Salud, nos devuelve la esperanza de que en el futuro inmediato, médicos y cirujanos con madera de líderes, auténticamente legitimados por su doble capacidad, humana y científica, puedan recuperar el papel protagonista, en gran parte perdido, en la toma de decisiones sobre el destino y el diseño de muchos de nuestros hospitales.

Dr. Manuel Pera
Servicio de Cirugía Gastrointestinal
Hospital Clínic Barcelona

CAP A LA CONSOLIDACIÓ D'UNA NOVA ETAPA

Laureà Fernández-Cruz, Constancio Marco, Antoni Sitges, Joan Sala Pedrós, Josep Maria Badia, Carles Margarit, Lluís Masferrer

Un nou curs comença ple d'incògnites però també d'oportunitats. Molts heu començat a treballar amb la perspectiva de les activitats que es volen dur a terme en el marc de la Societat Catalana de Cirurgia. Tots sou benvinguts a formar part de l'equip perquè tots sou importants i necessaris.

Malgrat els problemes de cada dia, les incomprendions, les enveges o les decepcions, tenim una labor per fer i mantenim la voluntat de portar-la endavant contra tot escull. Als cirurgians no ens ha mancat mai el coratge, ni el seny o la vista, ni l'habilitat per portar a bon port els nostres projectes. Coneixem l'amargor del fracàs però també la joia de l'èxit. Confiem amb vosaltres per seguir endavant.

Aquest any es prepara el IV Congrés Català de Cirurgia en la línia d'il·lusió dels que l'han precedit, que vol ser una mostra del coneixement quirúrgic que es genera en el país i de la vàlua dels professionals de la cirurgia que, malgrat les dificultats, no defalleixen en la seva tasca i saben mantenir, per damunt d'entrebancs i problemes, la seva dignitat professional, la seva consciència científica i el seu compromís social.

Us esperem a tots perquè totes les participacions, des de les més rellevants fins les més modestes, porten el premi de la sinèrgia comuna, de la voluntat compartida de créixer i millorar, del goig d'omplir de sentit una realitat quotidiana que s'ennobleix amb la feina ben feta, amb l'auditoria constant i amb la crítica ben estructurada i orientada en la seva via de progrés.

Però a més de la gran trobada, àmplia i cordial del Congrés, volem també retrobar-nos en la quotidianitat de les sessions mensuals que han estat l'eix vertebrador de la nostra Societat i l'autèntic teatre d'operacions on posar a prova el valor de les nostres experiències i la força de les nostres conclusions, on es genera aquest coneixement compartit que està a la base de la nostra tasca futura.

Per tot i més, comptem amb vosaltres, comteu amb nosaltres.

La Junta

