



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2006-2007

ÍNDEX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
LLIBRE COMMEMORATIU	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2006-2007	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2005-06.....	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
V CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA	7
SESSIONS ORDINÀRIES	9
PREMIS HONORÍFICS	31
PREMIS A LA RECERCA	32
PRESIDENTS ANTERIORS.....	33
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT.....	34
CURS 2006-2007	35
JUNTA DE GOVERN	37
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	38
PREMIS HONORÍFICS 2006	39
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2006	40
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2006.....	41
CENTRES COL-LABORADORS	42
INAUGURACIÓ DEL CURS 2006-2007	43
SESSIÓ INAUGURAL	44
PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES	45
CALENDARI DE SESSIONS.....	58
DOCUMENTS	59
L'ASSAIG DE PARTICIPACIÓ	61
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2006.....	63
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2006	67
CIRURGIA GENERAL I SUPERESPECIALITZACIÓ.....	71
LES SESSIONS DE MORBIDITAT I MORTALITAT ALS SERVEIS DE CIRURGIA GENERAL DELS HOSPITALS PÚBLICS CATALANS	75
LA CIRURGIA ONCOLÒGICA A CATALUNYA	79

CONSIDERACIONS BIOÈTIQUES EN CIRURGIA	85
“IN MEMORIAM” CARLES MARGARIT I CREIXELL.....	97
“IN MEMORIAM” VÍCTOR SALLERAS I LLINARES.....	99
LA VOLUNTAT COOPERADORA DE LA SOCIETAT	101

MEMÒRIA DEL CURS 2005-06
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 6 d'octubre de 2005

Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. **Presentació**
L. Fernández-Cruz
- 29:10h. **Incorporació de nous membres associats:**
Natàlia Bejarano González (Hospital de Sabadell)
- 20:20h. **Nomenament dels nous membres Numeraris:**
Aurora Aldeano Martín (Hospital General de Granollers)
Jorge Arturo Almeida Guevara (Centro Laparoscòpico Barcelona)
Juan Pablo Cáceres Lucero (Centre Mèdic Teknon)
Luís Ibáñez González (Hospital de Sant Camil)
Neus Garcia Monforte (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
Laura Mora López (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
Nemésio Noreña Ortiz (Clínica Delfos)
Jordi Vadillo Bargalló (Hospital Joan XXIII de Tarragona)
Ramon Vilallonga Puy (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)
- 20:30 **Lliurament dels diplomes del curs de formació continuada bàsica**
Dr. Sitges Serra
- 20:35h. **Premis als millors treballs de la Societat Catalana de Cirurgia**
Lliurament del Premi Manuel Corachan
- Lliurament del Premi: Carmen Benasco
- Lliurament del Premi Pere Virgili:
Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
- Lliurament del Premi Antoni de Gimbernat:
Dr. Markus Wolfgang Büchler

20:50h. **Canvi de President**
Discurs Dr. Fernández Cruz
Discurs Dr. Sitges

21:00h. **Cloenda de l'acte**
Dr. Bombí

V CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA PROGRAMA

Dijous 6 d'octubre de 2005

09,00 h. Taula rodona

Infecció Intraabdominal. Cas interactiu amb avaluació en temps real.

Moderador: Dr. A. Sitges Serra (Hospital del Mar - Barcelona)
Ponents: Dra. Ml. Garcia Domingo (Hospital Mútua de Terrassa)
Dr. X. Guirao (Hospital de Figueres)
Dr. JM. Badia (Hospital de Granollers)
Dr. JJ. Sancho (Hospital del Mar - Barcelona)

11,30 h: Cafè

12,00 h. Taula rodona

Diverticulitis Aguda Colònica:

Moderador: Dr. E. Espin Basany (Hospital de la Vall d'Hebron - Barcelona)
Ponents: Dr. D. Parés (Hospital del Mar - Barcelona)
Dr. J. Bombardó (Hospital Parc Taulí – Sabadell)
Dr. S. Biondo (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

13,30 h: Dinar

16,00 h: Taula rodona

Pancreatitis Aguda Greu:

Moderador: Dr. L. Fernández-Cruz (Hospital Clínic – Barcelona)
Ponents: Dr. M. Armengol (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona)
Dr. MW. Büchler (Universitat de Heidelberg)
Dr. F.J. Garcia Borobia (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)
Dr. L. Fernández-Cruz (Hospital Clínic – Barcelona)

Divendres 7 d'octubre de 2005

09,00 h: Taula rodona

Tècniques Mínimament Invasives, Complementàries en Cirurgia Endoscòpica:

Moderador: Dr. EM. Targarona Soler (Hospital de Sant Pau – Barcelona)
Ponents: Dr. X. Feliu. (Hospital d'Igualada)
Dr. F. González Huix, (Hospital Josep Trueta – Girona)
Dr. E. Cugat. (Hospital Mútua de Terrassa)
Dr. F. Junquera. (Hospital Parc Taulí – Sabadell)
Dra. C. Balagué. (Hospital de Sant Pau – Barcelona)

11,30 h: Cafè

12,00 h: Taula rodona

Càncer de Càrdies:

Moderador: Dr. J. Roig Garcia (Hospital Josep Trueta – Girona)

Ponents: Dr. M. Pera Román (Hospital del Mar – Barcelona)

Dr. M. Sans Segarra (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

Dr. J. Rodríguez Santiago (Hospital Mútua de Terrassa)

13,30 h. Dinar

16,00 h: Taula rodona

Maneig inicial del malalt politraumatitzat. Trauma toràctic i trauma abdominal.

Moderador: Dr. S. Navarro Soto (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

Ponents: Dra C. Colilles (Hospital Parc Taulí – Sabadell)

Dr. F. Turégano. (Hospital Gregorio Marañón – Madrid)

Dr. E. Ramos. (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

Dr. M. López Cano. (Hospital Vall d'Hebron – Barcelona)

18,30 h: Conferència

Situació Actual de l'Oncologia Quirúrgica a Catalunya.

Moderador: Dr. E. Jaurrieta (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

Ponent: Dra. M. Espallargues (Sots-directora de l'AATRM)

19,00 h: Assemblea General

19,30 h: Cloenda

SESSIONS ORDINÀRIES

Dilluns, 10 d'octubre de 2005

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Dr. Badia JM.

FISIOPATOLOGIA

1. Resposta neuroendocrina i metabòlica a l'agressió quirúrgica.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar)

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Cas problema

Sitges Serra A. (Hospital del Mar)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Introducció al disseny i a la metodologia de la recerca.

Sancho JJ, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Dr. Fernández-Cruz L.

RACÓ DEL SOCI

1. Dotze qüestions

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Hepatectomia en el donant viu. Estudi comparatiu amb l'hepatectomia per malaltia tumoral hepàtica sobre fetge sa.

Ferrer J, Fondevila C, Fuster J, Charco R, Morales J, Calatayud D, García-Valdecasas JC.

3.- Cirurgia mínimament invasiva i càncer de recte. Resultats

Delgado S, Momblán D, Bravo R, Corcelles R, Ibarzabal A, Almenara R, Lacy AM.

4.- Cirurgia laparoscòpica dels tumors neuroendocrins en el coll del pàncrees.

Fernández-Cruz L, Astudillo E, López-Boado MA, Ibarzabal A, Bollo J, Olivares M.

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Cirurgia endoscòpica transanal (TEM).

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

Dilluns, 14 de novembre de 2005

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Dr. Badia JM.

FISIOPATOLOGIA

1. Nocions de composició corporal.

Franch G. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Politraumatisme

Navarro Soto S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Estadística univariant.

Sancho JJ, Rabassa P. (Hospital del Mar - Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Dr. Codina Cazador A.

L'ESPAI DEL SOCI

1. La superespecialització en cirurgia general

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Validació, a la Regió Sanitària de Girona, de la biòpsia selectiva del gangli sentinella en el càncer de mama.

Tuca F, Rubió A, Riera E, Colomer R, Pericàs F, Pañella A, Meléndez J, García A, Suárez P, López E, Miró J. (Hospitals de Girona)

3. Estudi comparatiu de la fermesa dels nusos fets amb dos materials teòricament equivalents.

Mira Alonso X, Hidalgo Sánchez F, Nubiola Calonge P, Pedernera A, Roselló Rodríguez C, Martínez Martín M. (Hospital Comarcal de Blanes).

4.- Revisió de les recidives locals en les neoplàsies de còlon i recte en els darrers 5 anys.

Viella Regla P, Duran Porta A, Escudero Almazán LE, Del Moral Ramírez P, Gratacòs Teixidor M, Vasco Rodríguez F, Anton Lugo J, Quintanilla Muñoz E. (Hospital de Palamós).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Adrenalectomia laparoscòpica.

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

CASOS CLÍNICS

6.- Aneurisma arterial de localització poc freqüent, causa de dolor abdominal agut.

Francès JM, Martínez Torres J, Ramos C, Salomó O, Masvidal R. (Hospital San Jaume d' Olot)

Dilluns, 28 de novembre de 2005

20'00 hores

CONFERÈNCIA MAGISTRAL

Presentador: Prof. L. Fernández-Cruz.

Avenços en cirurgia hepàtica i pancreàtica.

Dr. Akimasa Nakao (Universitat de Nagoya – Japó)

Dilluns, 12 de desembre de 2005

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador: Dr. Badia JM.

FISIOPATOLOGIA

1. Volums hídrics corporals. Dessecació i pèrdua salina.

Franch G. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient amb dolor abdominal agut

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Definició dels objectius i de les variables d'avaluació d'un assaig

Sancho JJ, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Dr. Sunyol X.

L'ESPAI DEL SOCI

1. La superespecialització en cirurgia (II)

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Radiolocalització de les lesions mamàries no palpables (ROLL)

Fraile M, Julian JF, Rull M, Garcia Cuyàs F, Vallejos V, Solà M, Mariscal A, Torres M, Fernández-Llamazares J, Alastrué A, Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

3. Resultats del tractament quirúrgic de la ginecomàstia

Puig P, Recaj M, Wineken S, Sendrós J. (Corporació de Salut del Maresme i la Selva).

4.- Desenvolupament de la tècnica de la cirurgia laparoscòpica del còlon. Resultats dels 100 primers casos.

Sunyol X, Almenara R, Del Bas M, Heredia A, Hidalgo LA. (Hospital de Mataró).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Candidiasi intraabdominal.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

CAS CLÍNIC

6.- Malaltia de Paget. A propòsit de dos casos. Importància de la ressonància magnètica.

Alcaide A, Moreno JE, Martínez F, Hernández R, Guerrero Y, Pou E, Pié J. (Hospital Municipal de Badalona).

Dilluns, 9 de gener de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Xoc hipovolèmic.

Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet)

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient gran amb hèrnia inguinal

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Estadística bivariant I

Sancho JJ, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Rodríguez J.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Tècniques quirúrgiques de domini imprescindible pel cirurgià general

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Fem mal als nostres malalts? Monitoratge continu d'efectes adversos en Cirurgia General.

Rebasa P, Luna A, Mora L, Amador MA, Garcia N, Font J, Marqués G, Bombardó J, Serra X, Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

3.- Cirurgia dels tumors pancreàtics en una unitat de cirurgia hepatobiliopancreàtica

Martí-Gallostra M, Cugat E, Güell M, Saez R, Navinés J, Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

4. Utilitat de la ressonància nuclear magnètica (RNM) mamària en el tractament quirúrgic del càncer de mama

Muñoz-Ramos C, Salvans F, Roura J, Bonfill J, Perez G, Arner A, Sanchez A, Garcia A. (Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Radiofreqüència en les metàstasis hepàtiques.

Burdio F.

CAS CLÍNIC

6. Programa de tutorització en cirurgia laparoscòpica avançada: cirurgia del còlon

Aguilar F, Sáenz A, Ribas Y, Campillo F. (Hospitals de Terrassa)

Dilluns, 13 de febrer de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Dr. Badia JM, Dr. Espin.

FISIOPATOLOGIA

1. Xoc sèptic.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient problema

Franch G. (Hospital de Granollers)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Cirurgia Basada en l'Evidència I

Sancho JJ, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Dr. Trias M.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Control de la morbimortalitat en cirurgia

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Resposta inflamatori i angiogènesi en pacients amb neoplàsia de còlon intervinguts amb pretensió curativa. Estudi prospectiu i randomitzat comparant cirurgia convencional i laparoscòpica.

Pascual M, Pera M, Courtier R, Gil MJ, Parés D, Puig S, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona).

3. Expressió ectòpica de CDX2 i MUC2 en àrees d'epiteli escamós amb diferenciació columnar després d'una esofagitis per reflux crònic de contingut duodenal en la rata.

Pera Ma, Pera Mi, De Bolos C, Brito MJ, Palacín A, Cardesa A, Grande L, Poulson R. (Hospital del Mar de Barcelona – Estudi europeu).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

4. Maneig de l'abdomen obert

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5. Cirurgia en pacients majors de 80 anys. Marcadors pronòstics

González S, Lluís J, Morales MA, Martí I, Ruíz M, Espinalt M, Villegas E, Vega V, Pueyo JM. (Hospital Dos de Maig de Barcelona)

6. Fonts d'energia en la cirurgia laparoscòpica del còlon. Estudi prospectiu i randomitzat. Anàlisi clínica i econòmica

Targarona EM, Balagué C, Marín J, Beringoade R, Pey A, Rofin S, Hernández P, Martínez C, Garriga J, Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Dilluns, 13 de març de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Malnutrició en el malalt quirúrgic. Fisiopatologia, valoració i conseqüències clíniques.

Girvent M.

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient problema

Garcia Domingo MI . (Hospital Mútua de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Estadística bivariant II

Sancho JJ, Serra X, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Fabregat J.

L'ESPAI DEL SOCI

1. La morbimortalitat en cirurgia

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Tractament laparoscòpic de tumors gàstrics.

Feliu X, Claveria R, Besora P, Salazar D, Viñas X, Abad JM, Macarulla E, Fernández-Sallent E. (Hospital General d'Igualada)

3. Tumors neuroendocrins no funcionants de pàncrees. Estratègia quirúrgica i resultats.

Frago R, Fabregat J, García Borobia FJ, Jorba R, Silvio L, Comí S, Secanella L, Rafecas A, Valls C, Serrano T. (Hospital Universitari de Bellvitge)

4. Evolució del tractament de la coledocolitiasi per laparoscòpia.

Bastida X, Bettonica C, Aranda H, García Ruiz A, Gómez N, Jaurrieta E. (Hospital Universitari de Bellvitge).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Oclusió intestinal per brides.

Mora L. (Hospital de Parc Taulí)

CAS CLÍNIC

6.- Sarcomes abdominals: una patologia amb moltes dificultats: presentació de dues formes atípiques

Alarcón JL, Albiol J, Encinas X, Errando X, Chierichetti C, Ibáñez L, Martí G, Mayol S, Serrano A, Verge J. (Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes)

Dilluns, 3 d'abril de 2006

18'00 hores – Sala 3

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Nutrició perioperatòria.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí)

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Cas Clínic

Badia JM . (Hospital de Granollers)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Aplicacions estadístiques

Sancho JJ, Serra X, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores – Sala 10

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderadora: Garcia Domingo MI.

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

1. Cirurgia inicial del carcinoma medul·lar de tiroide

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

TAULA RODONA

2. La dona cirurgiana

Moderadora: Garcia Domingo MI (Hospital Mútua de Terrassa)

Ponents: Balagué C. (Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona)

Delgado S. (Hospital Clínic de Barcelona)

García Valdecasas JC. (Hospital Clínic de Barcelona)

Dilluns, 8 de maig de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Cicatrització de les ferides, factors de creixement i integració de materials protètics.

Ferrando J.

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient problema

Oms L. (Hospital de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Assaigs Clínics en Cirurgia

Sancho JJ, Serra X, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Badia JM.

L'ESPai DEL SOCI

1. La superespecialització en cirurgia. Document de consens

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Appendicectomia blanca. Paràmetre de qualitat assistencial?

Molinas J, Alejo M, Cozar J, Guixà M, Romaguera A, Sala F, Castro J, Quer X, Caralt E. (Hospital General de Vic).

3. Complicacions del tancament d'iliostomia de protecció en la neoplàsia de recte amb tractament neoadjuvant

Collera P, Roset F, Bardaji M, Curto X, Vida F, Moysset I, Guasch I, Caballé J, Fernández-Layos J. (Fundació Althaia -Xarxa Hospitalària de Manresa).

4.- Estudi prospectiu, comparatiu, entre el sistema de puntuació de gravetat en les peritonitis per perforació del còlon esquerre (PSS) i el *Mannheim Peritonitis Index* (MPI)

Fracalvieri D, Biondo S, Ramos E, Kreisler E, Martí J, Osorio A, De Oca J, Del Rio C. (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat).

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Reservoiris després de resecció anterior del recte.

Pera M.

Dilluns, 12 de juny de 2006

Sessió dedicada a la memòria del **Dr. Víctor Salleras i Llinares**

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Principals materials de sutura. Indicacions específiques i tècnica de nuament.

Ferrando J.

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient problema

Aldeano A. (Hospital de Granollers)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Estadística bivariant III

Sancho JJ, Serra X, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

19'30 hores

ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA

20'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Viñas J.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Resultats de l'evolució en la via d'abordatge quirúrgica en el nostre Servei

Rodamilans de la O X, Batlle Solé R, Gabarrell Otto A, Pon Cladera M, Brotons Carrera J. (Hospital de Santa Maria de Lleida)

2. Resultats del tractament quirúrgic del reflux gastroesofàgic secundari a hèrnia hiatal amb la tècnica de l'esofagotensopèxia (ETP)

Vicente V, Vadillo J, Gris F, Coronas JM, Escuder J, Castellote M, Olona C, Alcaide MJ, Cobos P. (Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona)

3. Complicacions de les ostomies digestives

Gómez Sagrañes JR, Greoles Solé JM, Canal Pey G, Herrada Rodríguez MA. (Clínica de Ponent L'Aliança de Lleida)

4. Influència de la "gastrectomia en màniga" (*sleeve gastrectomy*) en diferents models experimentals d'obesitat mòrbida

Hernández González M, Sabench Pereferré F, Blanco Blasco S, Morandeira Rivas A, Sánchez Marín A, Sánchez Pérez J, Doménech Calvet J, Díaz Lara C, Del Castillo Déjardin D. (Hospital Universitari de Sant Joan de Reus).

Dilluns, 10 de juliol de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM.

FISIOPATOLOGIA

1. Patogènesi i prevenció del tromboembolisme pulmonar postoperatori.

López M.

CAS CLÍNIC ALLIÇONADOR

2. Pacient problema

Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramanet)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Determinació del volum de la mostra. Errors alfa i beta

Sancho JJ, Serra X, Rabassa P. (Hospital del Mar – Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Armengol M.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Document de consens sobre morbimortalitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Tècniques de reparació, reconstrucció i derivació urinària en cirurgia general

Ramos I, Barrios P, Gonzalez V, Ney JL, Arias JC, Mas J. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

3. Tractament de l'hepatocarcinoma avançat

Escartín A, Bilbao I, Lázaro JL, López I, Bergamini S, Olsina JJ, Balsells J, Armengol M.

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

4. Hepaticojejunostomia.

García Valdecasas JC.

CASOS CLÍNICS

5.- Paraganglioma jejunal: Causa rara d'oclusió intestinal. Cas clínic i revisió de la literatura.

Espinosa JC, De Ramon B, Ortiz C, Castellví J, Gil V, Vallet J, Castellvi J, Sueiras A, Pi F. (Hospital de Viladecans)

6. Pseudotumor hemofílic pelvià: a propòsit d'un cas

Castro-Boix S, Pradell-Teigell J, Boqué-Genovard R, Zanón-Navarro V, Nadal-Guinard A, Altisent-Roca C, Armengol-Carrasco M. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

PREMIS HONORÍFICS
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Premi Virgili:

Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa

Premi Gimbernat:

Dr. Markus Wolfgang Büchler

PREMIS A LA RECERCA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
REUNIÓ DELS TRIBUNALS CURS 2005-06

Premi “XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973”: Dotat amb 1800 € (300.000,- pts.). Dia 26-9-2005 a les 19 h.: Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. R. Martí Pujol, Dr. Eduard Basílio Bonet, Dr. Antoni Sitges Serra

Declarat desert.

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 26-09-2005 a les 19 h. 15': Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa, Dr. Guzman Franch Arcas, Dr. Josep Verge i Schulte-Eversun.

“Ganglio centinela en el cáncer de colon. ¿Mejora la estadificación?”

Hernando Tavira R, Bombardó Juncà J, Serra Aracil X, Casalots Casado A, Martín Miramon JC, Junquera Flórez F, Mena González E, Pericay Pijaume C, Navarro Soto S.

Premi Corachan: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 26-09-2005 a les 19 h. 30': Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Antoni Sitges Serra, Dra. Ml. Garcia Domingo, Dr. S. Navarro Soto

“¿Es adecuado el by pass gástrico para los superobesos?”

Sánchez-Santos R, Pujol J, Moreno P, Francos JM, Rafecas A, Masdevall C.

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 1997-2001
Laureà Fernández-Cruz i Pérez 2001-05

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	Antonio Cortés Lladó	Philip Rowland Allison (Regne Unit)
1964	Abilio García Barón	Pablo Luís Mirizzi (Argentina)
1965	Josep Maria Gil Vernet	Paul Eugene Santy (França)
1966	Hermenegild Arruga i Liró	Ernest Stanley Crawford (Estats Units)
1967	Antoni Trias i Pujol	Pietro Valdoni (Itàlia)
1968	Manuel Bastos Ansart	Claude D'Allaines (França)
1969	Josep Trueta i Raspall	Michael E. De Bakey (Estats Units)
1970	Cristóbal Pera Jiménez	Joao Cid Dos Santos (Portugal)
1971	Plácido González Duarte	Rudolf 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	Henry Thomson (Regne Unit)
1975	Joaquim Salarich i Torrents	Paride Stefanini (Itàlia)
1976	Ferran Martorell i Otzet	Marcel Roux (França)
1977	Antoni Puigverd i Gorro	John C. Goligher (Regne Unit)
1978	Antoni Llauredó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	Joan Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisés Broggi i Vallès	Rodney Smith (Regne Unit)
1981	Josep Masferrer i Oliveras	Robert M. Zollinger (Estats Units)
1982	Joan Agustí Peypoch	Kenneth C. Mc Keown (Regne Unit)
1983	Gerard Manresa i Formosa	Komei Nakayama (Japó)
1984	Josep Maria Gil Vernet	Maurice Mercadier (França)
1985	Carlos Carbonell Antolí	Philip Sandblom (Suècia)
1986	Sebastián García Díaz	Adrian Marston (Regne Unit)
1987	José Luis Puente Domínguez	Lloyd M. Nyhus (Estats Units)
1988	Antoni Caralps Massó	Frederic Saegesser (Suïssa)
1989	Antoni Sitges Creus	David B. Skinner (Estats Units)
1990	Victor Salleras i Linares	Umberto Veronesi (Itàlia)
1991	Benjamín Narbona Arnau	François Fékété (França)
1992	Emili Sala Patau	Raul C. Praderi (Uruguai)
1993	Linó Torre Eleizegui	Louis. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Àngel Díez Cascón	Patrick Forrest (Regne Unit)
1997	Jordi Puig Lacalle	Jacques Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	Hans Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luis Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Regne Unit)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)
2003	Pascual Parrilla Paricio	Charles Proye (França)
2004	Josep Simó Deu	David Sutherland (Estats Units)
2005	Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	Markus Büchler (Alemanya)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2006-2007

INAUGURACIÓ

18 d'octubre de 2006

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Antoni Sitges Serra

Vice-president

Roger Pla i Farnós

Secretari

Joan Sala Pedrós

Tresorer

Salvador Navarro Soto

Vice-secretari

Eloi Espin Basany

Vocal primer

Maria Isabel Garcia Domingo

Vocal segon

Guzman Franch i Arcas

Responsable de Formació Bàsica

Josep Maria Badia i Pérez

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Jordi Olsina i Pavia
Ángel Díez Cascón
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
Constancio Marco Molina
Laureà Fernández-Cruz i Pérez



Societat Catalana de Cirurgia

PREMIS HONORÍFICS 2006

PREMI VIRGILI

Dr. MARIÀ UBACH I SERVET

PREMI GIMBERNAT

Mr. JOHN ALLAN RAYMOND SMITH

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2006

PREMI MANUEL CORACHAN

Declarat desert.

PREMI CARMEN BENASCO

Al treball que porta per títol:

“Maneig dels hematomes abdominals: Evolució en els últims anys”

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

Al treball que porta per títol:

**“Utilidad del estudio del ganglio centinela en el carcinoma de mama iniciándose
mediant un servicio de medicina nuclear externo”**

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2006

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

- 1.- ALCAIDE QUIRÓS, Maria José
- 2.- DÍAZ LARA, Carlos Javier
- 3.- ESCOLL RUFINO, Jordi
4. ESPIN ALVÁREZ, Francisco
- 5.- GARCIA RUIZ DE GORDEJUELA, Amador
- 6.- GARRIDO ROMERO, Marina
- 7.- HERMOSO BOSCH, Judit
- 8.- JIMENO FRAILE, Jaime
- 9.- MEDARDE FERRER, Meritxell
- 10.- MONTMANY VIOQUE, Sandra
- 11.- PÉREZ ROMERO, Noelia
- 12.- SECANELLA i MEDAYO, Lluís

NOUS MEMBRES NUMERARIS

- 1.- ESCUDER PÉREZ, Jordi
- 2.- FRANCOS MARTÍNEZ, José Manuel
- 3.- GIL EGEA, Maria José
- 4.- GÓMEZ QUILES, Luis
- 5.- OLONA CASAS, Carles
- 6.- SÁNCHEZ SANTOS, Raquel
- 7.- SASTRE PAPIOL, José Maria
- 8.- VADILLO BARGALLÓ, Jordi

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge
CIMA – Centre Internacional de Medicina Avançada
Consorti 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 Campdevàno
Hospital de Figueres
Hospital de Granollers
Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
Hospital General de l'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 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 de 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
Sant Hospital de la Seu d'Urgell

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2006-2007

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 18 d'octubre, dimecres. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2006* al Dr. Marià Ubach i Servet i *del Premi Gimbernat 2006*, al Dr. John Smith. 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 21'00 hores, es farà el sopar anual de germanor de la SCC, a l'Hotel Espanya (Restaurant), C/. Sant Pau, 9-11, 08003 Barcelona, Telèfon 93 317 11 34. Us preguem confirmeu l'assistència al sopar a través de qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, a la nova seu del C/. De Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona, directament per telèfon al 93 203 07 92 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>. Us preguem indiqueu, al menys una setmana abans del Congrés, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 18 d'octubre de 2006
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. Presentació
A. Sitges Serra
- 20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Agregats
Lliurament dels altres Premis
J. Sala Pedrós
- 20:25h. Lliurament del Premi Virgili al **Dr. Marià Ubach Servet**
Lliurament del Premi Gimbernat al **Dr. John Smith**
A. Sitges Serra
- 20:50 h. Cloenda de l'acte

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Hotel Espanya (C/. Sant Pau, 9-11, Barcelona)
21:00h. Sopar de germanor

PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES I DE FORMACIÓ CONTINUADA

PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES

9 d'octubre de 2006

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Bacteriologia quirúrgica: principals patògens i patògens emergents.
Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

Cas Clínic Didàctic

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Nocions bàsiques en estadística. III. Estimacions. Estimació de paràmetres. Error de l'estimació. Interval de confiança
Serra X. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Barcelona

Hospital Clínic de Barcelona
(Comissió Organitzadora: Dr. Fernández-Cruz)
(Coordinador: Dr. Fernández- Cruz)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Infecció greu de parts blanques .

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

13 de novembre de 2006

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

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

Cas Clínic Didàctic

Sitges Serra A. (Hospital del Mar)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Definició dels objectius i de variables en un estudi. Formulació de la pregunta. Objectius. Elecció de les variables.

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

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. Pericàs, Dra. Martínez, Dr. Masvidal)

(Coordinador: Dr. Codina)

SESSIÓ MORBIDITAT I MORTALITAT

Cas Problema

Vallverdú H. (Hospital de Sant Boi)

11 de desembre de 2006

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Infeccions greus de parts blanques.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

Cas Clínic Didàctic

Aldeano A. (Hospital de Granollers)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

El volum de la mostra. Error alfa i beta. Contrast d'hipòtesis. Exemple pràctics

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

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. Martínez, Dr. Sunyol, Dr. Puig, Dr. Valverde)

(Coordinador: Dr. Sunyol)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Trastorns motors del esòfag

Clavé P. (Hospital de Mataró)

18 de desembre de 2006

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Societat Catalana d'Endoscòpia Medicoquirúrgica, Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia

Coledocolitiasi

Moderador: Targarona E. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

08 de gener de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Peritonitis secundària i postoperatòria. Abscessos intraabdominals.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

Cas Clínic Didàctic

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Lectura crítica d'un article 1

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Vallès Occidental

Corporació Sanitària Parc Taulí

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General de Catalunya de Sant Cugat

(Comissió Organitzadora: Dr. Navarro, Dr. Rodríguez, Dr. Aguilar, Dr. Bonfill)

(Coordinador: Dr. Navarro)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Pancreatectomia distal

Balsells J. (Hospital de la Vall d'Hebrón)

12 de febrer de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

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

Cas Clínic Didàctic

Garcia Domingo MI. (Hospital Mútua de Terrassa)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Nocions bàsiques en estadística. IV. Supervivència. Concepte de l'anàlisi de supervivència. Mètode Kaplan Meyer. Risc

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Barcelona

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

Hospital de la Creu Roja de Barcelona

(Comissió Organitzadora: Dr. Trias, Dr. Foncillas, Dr. Pueyo)

(Coordinator: Dr. Trias)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Adenoma de paratiroides

Sitges A. (Hospital del Mar)

12 de març de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Principis d'antibioticoteràpia profilàctica i terapèutica.

Badia JM. (Hospital de Granollers)

Cas Clínic Didàctic

Espin E. (hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Lectura crítica d'un article 2

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

L'Hospitalet, Tarragona

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

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. Rafecas, Dr. Del Castillo, Dr. Caubet, Dr. Cobos, Dra. Fradera, Dr. Martínez-Brey, Dr. Calvo)

(Coordinador: Dr. Rafecas)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

Comentari d'un article

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

19 de març de 2007

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Societat Catalana de Medicina Intensiva, Societat Catalana de Cirurgia

Xoc sèptic

Moderador: Guirao X. (Hospital de Granollers)

17 d'abril de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

Cas Clínic Didàctic

Franch G. (Hospital de Granollers)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Aleatoritzar? Per què? El biaix. Control de biaixos. Anàlisi per intenció de tractar. Formes d'aleatoritzar.

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Anatomia del sòl pèlvic

López Negre JL. (Hospital de Sant Boi)

SIMPOSI

Els honoraris en cirurgia

Garcia-Valdecasas JC. (Hospital Clínic)

14 de maig de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Bilbao I. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Cas Clínic Didàctic

Caballero F. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Sensibilitat, especificitat i altres bèsties relacionades. Sensibilitat, especificitat i valors predictius. Estudis sobre mètodes diagnòstics amb valors de referència conegut. Comparació entre diferents mètodes diagnòstics

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Barcelona, Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya

Hospital del Mar de Barcelona

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. Sitges, Dr. Caballé, Dr. Caralt, Dr. Badia, Dr. Zapata, Dr. Segura, Dr. Miró, Dra. Sirvent, Dr. Riera)

(Coordinador: Dr. Sitges)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Preparació quirúrgica del còlon .Estat Actual .

Ortiz H. (Hospital de Navarra).

04 de juny de 2007

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Institut Català d'Oncologia, Societat Catalana de Cirurgia

Estudi del càncer a Catalunya

Espallargues M, Pla R. (Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya)

11 de juny de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Cas Clínic Didàctic

Guirao X. (Hospital de Granollers)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Lectura crítica article 3.

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Baix Llobregat, Penedès, Anoia, Garraf

Hospital General de l'Hospitalet del Llobregat

Hospital de Viladecans

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. Sala, Dr. Pi, Dr. Duque, Dr. Verge, Dr. Urgellés, Dr. Fernández-Sallent, Dr. Gil)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tractament actual del melanoma

Alastrue A. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

09 de juliol de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Cas Clínic Didàctic

Oms L. (Hospital de Terrassa)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Lectura crítica article 4

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Barcelona, Lleida

Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

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

(Comissió Organitzadora: Dr. Armengol, Dra. Lahuerta, Dr. Rodamilans, Dr. Greoles,

Dr. Ullés, Dr. Criado, Dr. Beltran)

(Coordinador: Dr. Espin)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tancament de la paret abdominal

Miró D. (Hospital de Sant Celoni)

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
9 d'octubre de 2006	Sala 3	<u>Barcelona</u>	Hospital Clínic de Barcelona
13 de novembre de 2006	Sala 3	<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
11 de desembre de 2006	Sala 3	<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
18 de desembre de 2006	Sala 3	<u>General</u>	Sessió extraordinària: Coledocolitiasi. Conjunta amb: Societat Catalana d'Endoscòpia Medicoquirúrgica, Societat Catalana de Digestologia.
08 de gener de 2007	Sala 3	<u>Vallès Occidental</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
12 de febrer de 2007	Sala 3	<u>Barcelona</u>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital del Sagrat Cor de Barcelona Hospital de la Creu Roja de Barcelona
12 de març de 2007	Sala 3	<u>L'Hospitalet Tarragona</u>	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge 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
19 de març de 2007	Sala 3	<u>General</u>	Sessió extraordinària: Xoc Sèptic. Conjunta amb: Societat Catalana de Medicina Intensiva, Societat Catalana de Cirurgia
17 d'abril de 2007	Sala 3	<u>General</u>	SIMPOSI: Els honoraris en cirurgia
14 de maig de 2007	Sala 3	<u>Barcelona, Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya</u>	Hospital del Mar de Barcelona Hospital General de Manresa Hospital General de Vic Hospital de Granollers Hospital General de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Bernabè de Berga Hospital de Puigcerdà
04 de juny de 2007	Sala 3	<u>General</u>	Sessió extraordinària: Estudi del càncer c Catalunya. Conjunta amb: Institut Català d'Oncologia
11 de juny de 2007	Sala 3	<u>Baix Llobregat -Anoia</u>	Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat Hospital de Viladecans 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
09 de juliol de 2007	Sala 3	<u>Barcelona, Lleida</u>	Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona Hospital de Sant Rafael de Barcelona 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

Per a més informació consultar les webs: <http://www.sccirurgia.org> , o bé <http://www.acmcb.es/societats/cirurgia/index.htm>

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2006

Barcelona, 18 d'octubre de 2006

L'ASSAIG DE PARTICIPACIÓ

Antoni Sitges Serra, Roger Pla, Joan Sala Pedrós, Salvador Navarro, Eloi Espin, Maria Isabel Garcia Domingo, Guzman Franch, Josep Maria Badia.

Pot ser la característica més rellevant del passat curs ha estat el progrés en la participació dels membres de la Societat Catalana de Cirurgia en la creació d'una opinió comú i d'un cos doctrinari, en el millor sentit del terme, que permet enfrontar els nous reptes de l'activitat del cirurgià des d'una òptica compartida per una majoria de cirurgians del país, al menys entre aquells amb inquietuds per prendre part en el procés.

Una mostra d'això ha estat la bona acollida que ha tingut, en general, el denominat espai del soci. Parlar de temes socioprofessionals des del rigor i la dinàmica que ha de caracteritzar una societat científica, suposa una novetat al nostre país, però està en la línia de les associacions de cirurgians en països de llarga tradició democràtica.

L'anàlisi del canvi sociològic que representa l'increment de la participació de la dona en l'exercici actual de la cirurgia ha estat una reflexió necessària i molt interessant. Tot canvi té la seva influència en el devenir de qualsevol activitat i aquest aportarà, de ben segur, una visió complementària, més d'acord a la realitat social global. L'evolució de la cirurgia, també des dels punts de vista bioètic i antropològic, s'ha de sustentar en la visió diversa incloent la perspectiva del gènere com un factor fonamental, encara que no únic, en la línia d'acostar la pràctica quirúrgica a les necessitats reals i a la utilitat per a la població global a qui va dirigida.

Cal també remarcar la normalitat de la celebració del V Congrés Català de Cirurgia, indicant la seva progressiva consolidació. El fet de celebrar-se a Barcelona, d'haver-se fet amb criteris propis de la Societat Catalana de Cirurgia i d'haver-se adaptat a les circumstàncies dels temps actuals, significa un clar exponent de maduresa. La complementarietat amb les Jornades de Cirurgia dels Hospitals de Catalunya, plenament consensuada amb els objectius i formes peculiars de cada efemèride, fan que se sumin esforços i es camini cap a un plantejament plural que no pot més que enriquir la formació continuada i l'estimulació de la recerca entre els cirurgians catalans.

Finalment, però no per menys important, l'aprovació de canvis en els Estatuts de la Societat i en el seu Reglament de Regim Intern, cal interpretar-la també com un signe de vitalitat de la Societat. El dinamisme, l'adaptació a les circumstàncies canviants, l'establiment de nous objectius que responguin als nous problemes que es plantegen en un món immers en un procés evolutiu que mai fins ara havia estat tan ràpid, són una exigència més en la gestió del coneixement i de les associacions que en tenen cura.

La Junta

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2006

Marià Ubach Servet

Considero com poc rellevant avui, a la meua al·locució, fer referència a la tasca com a cirurgià desenvolupada, fonamentalment, entre Barcelona i Mataró. Tan sols vull dir que em sento satisfet del treball realitzat en els diversos hospitals on he treballat, amb especial referència al darrer, l'antic hospital de Mataró. Em sento feliç pels objectius aconseguits en un moment ben especial de la història de la medicina catalana que he viscut plenament, podent gaudir de la professió i de la amistat de molts companys. Moltes gràcies a tots vosaltres .

Per a mi, és més important, avui i aquí, fer-vos palesa l'activitat paral·lela que he tingut en el decurs d'aquests anys com a cirurgià en països del denominat tercer món.

Per tant,

Recullo el guardó que avui rebo i ho faig en nom d'altres companys anònims, que com jo, d'una manera altruista i desinteressada, desenvolupem aquesta tasca. Especialment en nom dels companys, ja desapareguts, que, en situacions més precàries que les actuals, van obrir els camins que han fet possible la continuació d'una labor de la qual nosaltres en som els hereus.

Tots els que estem aquí pertanyem a una societat rica i desenvolupada que representa tan sols el 10 % de tot el món . Dit d'una manera més crua, mentre a nosaltres ens sobra de tot, fins i tot per permetre'ns el luxe de rebutjar aliments, el 90 % que resta passa fam .

En el decurs dels darrers anys s'ha produït un fenomen paradoxal: l'evolució tecnològica i econòmica d'occident ha donat lloc a un creixement científic molt important però aquest creixement, traduït en paràmetres econòmics, ha portat com a conseqüència un increment de les diferències existents entre el nostre món i els països en vies de desenvolupament. En aquests, l'adquisició de productes els resulta més costosa, amb el consegüent increment del seu deute global i per això, entre altres raons, la mortalitat infantil és encara al voltant del 50 %, la pobresa segueix sent habitual , i la mort per inanició i per les malalties endèmiques es pot considerar desgraciadament rutinària .

He tingut la sort de pertànyer a un col·lectiu de metges fets "a l'antiga ", format des de l'època d'estudiant i com a intern en el si d'especialitats quirúrgiques. Aquesta formació, de segur incompleta, m'ha servit de molt en els darrers 15 anys, en els quals he hagut de fer front a la pluripatologia quirúrgica, sense superespecialitats, a les quals un cirurgià general s'ha d'enfrontar en aquells indrets situats al mig de l'Àfrica

Fins fa pocs anys, era relativament fàcil trobar l'ajut de metges europeus, formats en les branques troncal, tan mèdiques com quirúrgiques, alguns d'ells ja jubilats en els països d'origen, que, d'una manera activa, encara que per períodes curts de temps, es feien càrrec de dinamitzar els pocs hospitals existents en la franja del nostre món, anomenada "el cinturó de la fam". Avui en dia cada cop som menys els que encara podem anar-hi doncs el nivell creixent d'especialització que comporta el progrés tecnològic, sotmet a les noves promocions arreu d'Europa a una formació parcelitzada, fent difícil el recanvi a un sistema sanitari, ja de per si precari, que obliga als que hi actuen a canviar de perspectiva, necessitant una formació ampla, molt difícil d'assolir pels metges acostumats a ambients on les clares diferenciacions entre especialitats quirúrgiques diverses fan perdre una visió i una formació més global. A títol d'exemple: un cirurgià a l'Àfrica ha de fer de cirurgià abdominal, toràcic, ginecòleg, obstetra, oftalmòleg, otorrinolaringòleg, cirurgià plàstic, etc...

Per altre banda cal considerar que la formació mèdica en les poques universitats africanes, ha estat i és encara, en general, molt deficitària. En els països empobrits per la fam, la misèria i també, perquè no dir-ho, per la gran corrupció, la formació no es considera primordial. A tot això, cal afegir-hi les vagues, quasi permanents, dels professors reclamant els sous no satisfets. Per tant, és fàcil deduir-ne les conseqüències: dèficit de llicenciats i escassa qualificació dels pocs que hi ha.

Dels escassos estudiants que s'han pogut finançar els seus estudis a Europa, la majoria no tornen, o bé, si ho fan, escullen l'opció més rentable de l'administració sanitària, tot deixant els hospitals en mans de metges estrangers. Per altre banda, l'evolució de la formació amb programes tipus MIR no ha ajudat massa a resoldre el problema, en potenciar clarament la formació de superespecialistes. Cada cop és doncs més difícil trobar metges europeus amb les característiques generalistes esmentades que Àfrica necessita.

Tot això passa avui, segle XXI, en uns països on està en joc la pròpia supervivència dels seus habitants. En molts ambients, la qualitat de la vida de les persones es deteriora inexorablement dia darrera dia, la vida social es debilita, l'educació baixa de nivell i la ja precària salut de la població es veu amenaçada no tan sols per les grans endèmies: parasitosis, SIDA, etc, si no també per la manca de personal qualificat capaç d'ajudar amb un adequat tractament mèdic i farmacològic.

Un projecte pilot, posat en marxa al Txad, pretén variar en positiu aquests fets. Aquest projecte es basa en la construcció d'un nou hospital i una nova facultat de medicina, privada, finançada, assessorada i dirigida per professionals europeus voluntaris. L'objectiu és preparar, adequadament i en el menor temps possible, metges autòctons qualificats per cobrir les necessitats més imperioses. Un cop obtinguda la llicenciatura, aquests professionals podran exercir de metges en el seu país d'origen, amb remotes possibilitats de convalidació per cap altre sense superar nivells més exigents de formació, però la seva tasca podrà ser molt útil als seus conciutadans.

Mentre això arriba, professionals de la medicina en actiu o bé jubilats, en un constant anar i tornar, impartiran les classes a la universitat i, a la vegada, assessoraran als metges residents del nou hospital. L'estada dels professionals europeus ha de ser curta i els cursos s'impartiran de manera intensiva, dos mesos com a màxim.

Es tracta d'un projecte ambiciós a mig termini, que respon a les necessitats urgents i vitals que hem comentat, conscients del compromís adquirit. Del seu èxit en depèn la salut de tantes i tantes persones que mereixen ser ateses i acollides amb competència científica i amb solidaritat, inspirada per valors superiors a l'interès o l'èxit personal.

Tot això requereix considerables quantitats de diners, de material, d'esforç personal, difícil, complicat, a vegades poc comprès, però ...creiem que val la pena d'intentar-ho.

Des de fa un any, 25 nous estudiants, prèviament seleccionats, han iniciat aquesta "aventura". Pel proper 2007 està previst l'inici de les activitats del nou hospital.

Seguint les paraules de Vicenç Ferrer: "la humanitat és una força que ens fa ajudar els uns als altres". Doncs be, la nostra solidaritat, en el si de la medicina, cal dirigir-la a aquest esforç per a donar a conèixer allò que nosaltres hem obtingut d'una manera molt més senzilla, sent capaços de ensenyar i compartir el que tenim, també el bagatge de coneixements útils, amb els altres més necessitats.

Per acabar, voldria fer una crítica al sistema actual d'ajuts establert pels governs dels països desenvolupats. De tots és conegut que les fortunes més grans estan a mans dels que governen els països més pobres. Això, és una evidència més del fet que alguna cosa l'estem fent malament.

La política del "0,7%" iniciada fa anys pels governs dels països desenvolupats, no ha resolt gairebé res, ni tan sols fer front a les necessitats més peremptòries. Sigui pel que sigui les ajudes no arriben als llocs ni a les mans adequades. No voldria fer una crida al catastrofisme però, concretament, allà on jo vaig, al Txad, són pocs els hospitals on, de segur, se sap que hi ha un metge ...i encara hi han menys hospitals en els que es pugui assegurar que tenen els mínims mitjans per atendre als malalts que hi arriben. Doncs be, a l'hospital de Goundi, considerat per molts com l'hospital de referència, em consta que mai hi ha arribat un ajut d'aquestes característiques, és a dir, com a resultat de la política del 0,7.

Moltes gràcies per el vostre guardó que avui m'atorgeu però amb això, crec que no n'hi ha prou. Tot aprofitant l'avinentsa, voldria el vostre recolzament per una SOL·LICITUD :

Cal un cop de timó enèrgic i solidari en vers l'anomenat "Tercer Món ". Que la nostra veu i la nostra opinió com a col·lectiu arribi a tots els estaments polítics amb capacitat decisòria a fi d'adreçar el nostre ajut cap als llocs on realment cal, es a dir, que es miri d'obviar als estaments polítics del país. Cal fer-lo arribar als petits indrets perduts al mig de la selva, de la sabana o del desert. Sóc conscient que això no és fàcil, però cal cercar els mètodes per fer-ho. Cal patrocinar una actuació eficaç per afavorir fonamentalment a aquests hospitals i fer- ho d'una manera descentralitzada, evitant que aquests ajuts es perdin pel camí, abans d'arribar als llocs idonis. Valgui com a exemple, donar-vos a conèixer el pressupost anyal de l'hospital on jo vaig : 400.000 € anuals .-

Amb aquests diners, l'hospital cobreix un àrea de més de 100 km², atén en consulta a unes 50000 persones, un 10% s'han hospitalitzat i un 50% dels mateixos han requerit algun tipus d'intervenció quirúrgica. Davant d'aquestes dades, imagineu-vos que podria fer-se. Pal·liar la malaltia i la fam no es tan costós... ¡ Això si, cal voluntat per fer-ho ¡¡¡.-

Amb el desig de posar "fil a l'agulla ", rebeu una cordial salutació

El vostre company i amic

Marià Ubach i Servet

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2006

John A. R. Smith

I am indeed both delighted and humbled to be with you today to receive the Gimbernat Prize for 2006. I am only sorry that I cannot communicate with you in Catalan!

Gimbernat lived at a time when professional exchanges between countries with established centres of excellence were well established. We may believe that International Fellowships for Research and for Clinical Practice are relatively new – but as early as it was, it was not unusual for surgical training centres to include Berlin, Paris, Leidel, Vienna, London and even Edinburgh.

The official date for the foundation of the Incorporation of Barber/Surgeons of Edinburgh is 1st July 1505, but it is clear that some loose organisation must have existed before then. They had the responsibility of maintaining an altar in St Giles Cathedral in Edinburgh – and pleaded to the then Town Council that, if they were allowed to become a formal Incorporation they could increase their fees: charge apprentices for training, examinations and for their entry to Fellowship – thus ensuring the upkeep of the self same altar.

As a College we still have close association with the Cathedral – in which at one time examinations and council meetings were held – and the Minister remains College Chaplin.

A 336 page history of the College was published as part of our Quincentenary Celebrations and I will resist the temptation to summarise the evolution, the achievements; the problems and disappointments and indeed the very significant innovations of which we are justifiably proud.

Suffice it to say that

- We believe we are the oldest medical institution in the world.
- We are one of the largest with over 18,000 Fellows and Members in over 90 Countries world wide.
- 48% of that number live and work outside the UK
- There are more of our Fellows and Members working in UK than from any other Surgical body.
- And we remain committed to maintaining the highest standards of training, education and assessment for trainees – to ensure the highest possible standards of care for the patients we are privileged to treat.

For about 15 years, some of those aims and objectives have been managed on an Intercollegiate basis, mainly through the Senate of Surgery of Great Britain and Ireland, and its various subcommittees dealing with training, assessment and Continuing Professional Development. The Senate includes all four surgical Royal Colleges and the nine Specialty Associations. I am currently Chairman and have the interesting challenge of trying to massage surgical egos into a coherent and authoritative body rather than into a number of amorphous and competitive fragments.

The Royal College of Surgeons of Edinburgh is governed by its Council – which consists of 15 Fellows selected by the world wide electorate to serve for an initial period of 5 years. In addition there are six Office Bearers, of whom the President and two Vice Presidents must have been an elected Member of Council at one time. These three senior Office Bearers serve for three years. From a personal point of view I believe that to be elected President was the pinnacle of my professional career – and to be the Quincentenary President a very major bonus. With that privilege has come some fourteen additional degrees – and of course the Gimbernat Award.

So why me – what is so special about the 177th Quincentenary President of my College?

I would have to reply – it's very good to be in the right place at the right time!

I am a first generation medic who decided on my general career at the age of eight

Thanks to the therapeutic: empathetic and conjuring skills of my grandparents General Practitioner.

After graduating and doing my intern year in Edinburgh I spent 5 years in the RAMC where I began Surgical Training – becoming a Fellow of both RCSEng and RCSEd in 1972.

My research was into refractory shock, graduating PhD from Aberdeen in 1979. I was appointed Consultant in Sheffield in 1978 where my major research interests were in surgical metabolism and nutrition – hence my association with your distinguished President, who is of course an Honorary Fellow of our College. Our group were the first to question the routine use of total parenteral nutrition after major surgery and to raise the possibility that, in non selected cases, TPN probably did more harm than good – findings that have now been confirmed, indicating the need for more careful selection. It is never good to come up with negative results especially with a serious financial implications for the companies concerned – but we believe that many patients may have benefited from that negativity.

My clinical practice narrowed from the traditional – i.e. old fashioned – general surgeon to abdominal and then mainly colorectal. Throughout that career I have been involved with education, training and assessment

Firstly as examiner and Committee Member of the College.

Then as elected Council Member and Vice President before becoming Chairman of the Joint Committee on Intercollegiate Examinations – and then of the Joint Committee on Higher Surgical Training.

I am one of the medical members, appointed by the Secretary of State for Health in England and Wales to the 25 strong Postgraduate Medical Education and Training Board – responsible for all specialties including primary care.

Gimbernat is – of course - known throughout the world because of the contribution to knowledge of the Anatomy of the Diaphragm. It will be well known to this audience that he was born into a modest farming family and was baptised in Tarragona in 15 February 1734. Nonetheless, he was educated at the University of Cervera and, from there, took advanced studies with the College of Surgery in Cadiz. At an early stage it became clear that he was an expert dissector and even before he completed his studies he had become a temporary Professor. Gimbernat graduated in 1762 and was appointed Professor of Anatomy at the College of Barcelona in 1765.

Of course his expertise was not limited to the studying of anatomy and he was recognised as an increasingly daring surgeon who based his surgical technique on well established anatomical principles.

It is said that in April of 1777, Gimbernat demonstrated to the famous John Hunter not just the anatomy of the diaphragm but his technique for dealing with diaphragmatic hernia.

In many ways, Gimbernat was a true general surgeon being interested in ophthalmology, the inguinal region in addition to the surgery of stones. In 1789, he was proclaimed Royal Surgeon and later the same year, he was ennobled.

Given my own College's history, it is interesting that in 1801, Gimbernat was appointed the first Royal Surgeon which included Presidency of all the Colleges of Surgery.

He remained an increasingly influential and political figure although by the early 1800s, his health was beginning to fail and he was beginning to lose his vision. He died on 17 November 1816.

As our two countries are the only ones in Europe where it is possible to operate on a human being without being medically qualified it was interesting to note that Gimbernat believed that only properly trained surgeons should treat the particular problem of herniae. I wonder what he would say about surgical practice today.

All in all, it is clear that Gimbernat was a master surgeon who had based his practice on a thorough understanding of anatomy. As a consequence of the skill and expertise, he became a giant not only of Spanish and European surgery but also played a significant role in the development of surgical training and the politics associated with that during his lifetime. As someone who has also based his professional life on surgery but who has now become involved in national and international discussions and decisions about training of surgeons and more importantly the maintaining of standards of patient care, I am deeply honoured to be in receipt of the Gimbernat Award today.

John Allan Raymond Smith

DOCUMENTS DE CONSENS

CIRURGIA GENERAL I SUPERESPECIALITZACIÓ

Prof. Antoni Sitges Serra

Everybody is against specialization except the patient
Francis D. Moore

La Cirurgia General ha esdevingut una especialitat de gran abast tècnic i amb uns fonaments científics amples i complexes. Això ha condicionat que en el decurs de les darreres dues dècades s'ha anat fent palesa una tendència cap a la especialització tècnica, fonamentalment als hospitals terciaris amb un volum important de procediments complexos. Més recentment, aquest fenomen també es va fer present als hospitals de segon nivell i ha rebut l'aval dels millors resultats clínics que s'obtenen en unitats funcionals especialitzades en determinats procediments.

El que succeeix en el nostre entorn no és casual o excepcional. Arreu la tendència a l'especialització dins la Cirurgia General es fa palesa: itineraris de formació específica, congressos i societats cada cop més monogràfics i titulacions en àrees concretes. La Unió Europea, a través de la UEMS, ha estructurat el nucli central de la Cirurgia General en quatre àrees cadascuna d'elles amb el seu títol europeu (*Board*) obtingut mitjançant examen.

Tanmateix no ens convé que la Cirurgia General s'afebleixi com a gran especialitat formativa que és. Ens cal unitat i una especialitat potent per enfrontar un entorn cada cop més competitiu en àmbits del nostre màxim interès com ara: la representativitat hospitalària, la docència de pre i postgrau, la recerca i la defensa de l'ampli espectre de patologies que són de la nostra competència.

Un requeriment social

El nostre entorn ens exigeix cada cop més eficiència i més seguretat (menys morbiditat i mortalitat). Per tant el cirurgià general es troba, i trobarà cada cop més, pressionat tant per l'administració com per l'usuari.

Una de les sortides més lògiques en aquesta exigència creixent –ja ho va intuir Francis Moore fa més de vint anys- és una major experiència en aquells procediments que per la seva complexitat exigeixen una capacitació específica. I guanyar experiència significa fonamentalment una dedicació tècnica preferent, volum d'intervencions alt i protocolització de l'assistència d'acord amb les millors evidències científiques disponibles.

Terminologia

La SCC creu que el terme més apropiat per referir-nos a l'especialització dins de la Cirurgia General és el de "Àrees de Capacitació Específica" (ACE). Aquesta denominació es prefereix a la de "superespecialització", "subespecialització" i "Àrees de Dedicació Preferent". També s'acorda millor amb el termini emprat pel nou programa MIR que entrarà en vigència properament.

Implicacions per a la formació

La formació MIR ha de continuar oferint una docència d'ample abast que familiaritzi a l'especialitzant amb l'ampli espectre de la pràctica quirúrgica i, molt especialment, amb el maneig perioperatori dels pacients quirúrgics.

A l'Apèndix 1 es detallen els procediments tècnics que ha de saber fer un MIR en acabar la residència. Cal que les diverses unitats docents siguin conscients d'aquest fet i facin possible la capacitació tècnica dels seus MIR en aquests camps.

En l'actualitat no existeix cap sistema estructurat de formació en ACE. Els cirurgians que en l'actualitat treballen (quasi)exclusivament en alguna ACE ho fan en virtut d'interessos propis, de la seva trajectòria curricular i de circumstàncies afavoridores.

La SCC advoca per estructurar aquest tipus de formació amb les següents premisses:

- La formació en ACE ha de situar-se després de la residència, preferiblement després d'alguns anys d'exercici de la Cirurgia General.
- El període de formació en ACE hauria de ser de dos anys
- Hauria d'existir una oferta formativa basada en les necessitats
- Aquesta formació hauria de ser finançada pel sistema públic i s'hi hauria d'accedir per concurs públic

Unitats Docents

Fora necessari i convenient homologar algunes unitats que oferissin una formació en ACE en cadascuna de les quatre branques establertes per la UEMS. Les unitats homologades tindrien que:

- Demostrar una casuística anyal mínima per procediment
- Demostrar uns resultats acords amb els d'una unitat de referència
- Tenir una producció científica regular
- Mantenir lligams estables amb les societats monogràfiques corresponents a nivells espanyol, europeu i internacional.

Conclusions

La superespecialització tècnica en ACE dins la C. General és el resultat irreversible de la exigència ciutadana i d'una major consciència de les possibilitats tècniques i de la ètica dels professionals en vista de la progressiva complexitat pre, intra i postoperatoria de certs procediments quirúrgics.

El futur escenari de la Cirurgia General inclourà perfils professionals molt diversos que aniran des del de cirurgia general en els hospitals de 1er nivell als especialistes terciaris en alguna de les quatre branques contemplades pels *Boards* Europeus: Coloproctologia, Cirurgia hepatobiliopancreàtica, Cirurgia endocrina i Cirurgia esofagogastrica.

La SCC veu lògica la estructuració docent de les ACE mitjançant la homologació d'unitats competitives a càrrec del sistema sanitari públic.

El desenvolupament de la xarxa hospitalària ha posat, per raons polítiques, més èmfasi en la disponibilitat que en la eficiència, de manera que a Catalunya hi ha un gran nombre de Serveis de Cirurgia però molts no disposen de mitjans per desenvolupar correctament la seva tasca ni del volum suficient de pacients per assegurar-ne la qualitat necessària.

La SCC advoca per millorar l'equipament hospitalari, per afavorir el treball conjunt entre serveis territorialment propers i per facilitar el màxim els processos de derivació quan aquesta sigui necessària.

APÈNDIX 1

Llistat de mínims de procediments tècnics en els que ha d'estar capacitat un cirurgià general en acabar la formació MIR.

Traqueotomia/Cricotiroidotomia
Accessos/cateterismes vasculars
Drenatge toràctic
Exèresis tumoració mamària benigna
Biòpsia ganglionar (cervical, inguinal)
Hèrnies i eventracions obertes
Sinus pilonidals
Hemorroïdectomia
Fissura anal
Tumoracions de parts toves/Plàsties cutànies senzilles
Colecistectomia (oberta i laparoscòpica)
Coledocotomia i coledocoduodenostomia
Hemitiroidectomia
Hemicolectomia E i D obertes
Apendicectomia oberta/laparoscòpica
Esplenectomia
Perforació ulcerosa
Oclusió intestinal (resecció budell prim/Hartmann)
Valoració politraumatismes
Gastrectomia parcial/Gastroenterostomia
Infeccions greus dels teixits tous
Toracotomia

Llistat de procediment tècnics addicionals (si s'acompleixen els mínims i l'entorn és l'adequat)

Cirurgia del càncer de mamella
Nissen laparoscòpic
Tiroïdectomia total
Oclusió de colon (resecció i anastomosi)

Societat Catalana de Cirurgia
8 de maig de 2006

Prof. A. Sitges Serra
President de la Societat Catalana de Cirurgia

LES SESSIONS DE MORBIDITAT I MORTALITAT ALS SERVEIS DE CIRURGIA GENERAL DELS HOSPITALS PÚBLICS CATALANS

Enganya el proïsme i potser siguis intel·ligent. Enganya't a tu mateix i seràs un estúpid
Dita persa

La Junta Directiva de la SCC ha fet de la qualitat assistencial un dels seus objectius prioritaris i creu que la generalització de les sessions de M&M al nostre país pot contribuir decisivament a millorar el servei que prestem els cirurgians generals.

Durant el curs 2005-2006 s'han dut a terme una sèrie d'enquestes entre els socis de la SCC sobre aquesta qüestió. De les respostes obtingudes hem elaborat aquest primer esborrany de document de consens sobre les finalitats, metodologia i implementació de les sessions de M&M a casa nostra.

Bases teòriques

La taxa de mortalitat i de complicacions per molts procediments quirúrgics varien molt significativament entre centres, àdhuc ajustant per factors de risc, la qual cosa ha posat de relleu la importància del factor "cirurgia" en els resultats tant a curt com a llarg termini. Això implica que una proporció rellevant d'efectes adverses de la cirurgia estan relacionats amb pràctiques errònies o millorables. Aquest fet, lluny de ser motiu de preocupació negativa, fa palesa la complexitat i la dificultat de la nostra feina i a la vegada la dignifica. D'altra banda, disposem d'eines per tal de reduir les conseqüències indesitjades de la cirurgia que van des de la formació fins l'equipament tecnològic. Tanmateix, el control i la crítica dels propis resultats clínics és un dels instruments més potents per a la millora assistencial. Com suggerí Popper, "s'aprèn més dels propis errors que adquirint nova informació".

Finalment, no sempre s'ha d'atribuir a la cirurgia per se complicacions que poden estar relacionades amb el "sistema" i això també fonamenta la pràctica de sessions de M&M on cal posar de manifest carències que van més enllà de "l'error" com ara, la inexperiència, un lloc inapropiat de treball per a determinada competència, la mala comunicació entre el personal, la inadequació de l'equipament o les pressions horàries.

Història

Les auditories internes de les que posteriorment derivaren les sessions de M&M foren implantades durant el primer terç del segle XX al món anglosaxó. Destaquen els esforços inicials fets al Massachussets General Hospital de Boston i al Saint Mark's Hospital de Londres. Aquests centres pioners en el registre i anàlisi de la mortalitat i de les complicacions perioperatòries, van mostrar que aquest era un dels camins més efectius per reduir-les i millorar la qualitat assistencial. L'exemple es va difondre ràpidament i podem dir que en l'actualitat la pràctica totalitat de departaments o serveis de cirurgia general universitaris als USA i al Regne Unit celebren regularment sessions de M&M. Als països on hi ha menys tradició crítica i menys cultura científica la implementació de les sessions de M&M és encara rudimentària i a voltes mirada amb suspicàcia. A Espanya, les primeres sessions de M&M es van implementar al 1985 a l'Hospital del Mar i d'ençà la seva extensió ha estat progressiva però encara insuficient.

Situació a Catalunya

A Catalunya, aproximadament 25 serveis de cirurgia d'hospitals públics (un 50% dels serveis de cirurgia general) celebren regularment sessions de M&M, setmanals o mensuals. Vuit centres han incorporat aquesta pràctica en els darrers 5 anys la qual cosa fa pensar que estem en fase de creixement d'aquesta pràctica. En qualsevol cas, hi ha unanimitat entre els socis de la SCC sobre el fet que les sessions de M&M poden contribuir eficaçment a millorar la qualitat assistencial. També valoren molt alt (7-9/10) el paper que juguen aquestes sessions en l'àmbit docent i en la modificació dels protocols de maneig clínic.

Metodologia

En l'actualitat les sessions de M&M a casa nostra es duen a terme sense control formal de l'assistència dels integrants del servei. En la meitat dels serveis de cirurgia que desenvolupen sessions de M&M, són invitats metges d'altres serveis implicats i en els tres quarts es porta algun tipus de registre dels casos complicats i de la mortalitat. Per contra només 20 serveis fan algun tipus d'anàlisi/estructuració dels efectes adversos tot i que, en general, es considera que fora útil com a part integral d'una anàlisi encaminada a millorar el producte final. En la quasi totalitat de serveis es prenen acords, una vegada discutits els casos més rellevants, encaminats a evitar la repetició futura dels efectes adversos que mereixen la qualificació d'evitables.

Es proposa un format metodològic comú basat en els següents punts:

- Reconstrucció del cas (sempre en presència dels cirurgians implicats)
- Anàlisi per problemes
- Identificació de punts crítics
- Acords correctius
- Monitoratge

Pel que fa a la presentació de efectes adversos, han de ser presentats tots ells a efectes de registre encara que no mereixin la mateixa atenció en la discussió en comú. Tanmateix, cal afegir que sovint complicacions o mortalitats aparentment "lògiques" esdevenen alligadores quan s'analitzen en profunditat.

Finalment, la SCC proposa que es porti un registre o llibre d'actes de les sessions de M&M que sigui complet, precís i honest. Aquest tipus de registre té com a utilitat fonamental la quantificació en el temps dels efectes adversos de la assistència quirúrgica i eventualment, pot tenir valor com a prova pericial en casos de demandes per malpraxis.

Sessions de M&M i malpraxis

Cada cop és més intensa la pressió ambiental per tal de minimitzar les complicacions post-quirúrgiques la qual cosa fa que s'incrementin les demandes per malpraxis, sovint sense una base raonable. La literatura assenyala que una mala comunicació metge-pacient està en la base de moltes demandes. Tot i així, hi ha una "vigilància creixent" per part dels pacients i l'entorn judicial sobre casos de possible mala praxis. En aquest sentit, les sessions de M&M poden servir de pal·liatiu tant "a priori" evitant possibles errors com "a posteriori" reflectint la preocupació i la bona fe de l'equip assistencial. En aquest sentit, la SCC proposa als seus propis pèrits i a les instàncies judicials que la certificació de la discussió de casos problema en sessions formals de M&M es tingui en compte a l'hora d'emetre els informes pericials pertinents. Aquest no és un fet que canviï el resultat final d'una possible malpraxis però sí que mostra la voluntat de l'equip assistencial d'aprendre i de reflexionar sobre seqüeles postoperatòries no desitjades.

Conclusions

A Catalunya aproximadament el 50% dels serveis de cirurgia als hospitals públiques celebren sessions de M&M un cop a la setmana o al mes des de fa uns 6 anys de promig. Hi ha en general poca participació d'altres serveis implicats i només en dos terços dels centres es porta algun tipus de registre dels efectes adversos discutits o es fa un tractament estructurat dels mateixos.

Les sessions de M&M tenen un gran potencial docent i de milloria de la qualitat assistencial i s'han de fer extensives a tots els serveis de cirurgia del nostre país. Es proposa un format metodològic comú.

L'augment progressiu de les demandes per mala praxi obliga a un monitoratge estret dels efectes adversos de la cirurgia. La existència d'un llibre d'actes o registre de les sessions de M&M pot ser útil com a document medicolegal. Es suggereix que en els peritatges fets per membres de la SCC es consideri com a pal·liatiu en casos de mala praxis la discussió i anàlisi del cas sota judici en una sessió de M&M.

BIBLIOGRAFIA

Clarke JR. Making surgery safer. *JACS* 2003; 133:614-21.

Davenport DL, Henderson WG, Khuri SF, Mentzer RM. Preoperative risk factors and surgical complexity are more predictive of costs than postoperative complications - A case study using the National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP) database. *Ann Surg* 2005; 242: 463-471.

Pollock AV. Postoperative complications in surgery. Blackwell Ed., 1991

McIntyre N, Popper K. The critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *Br Med J* 1983; 287:1919-1923.

Gawande AA, Zinner MJ, Studdert DM, Brennan TA. Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery* 2003; 133:614- 21.

Veen EJ, Janssen-Heijnen ML, Leenen LP, Roukema JA. The registration of complications in surgery: a learning curve. *World J Surg* 2005; 29:402- 9.

LA CIRURGIA ONCOLÒGICA A CATALUNYA

Resultats Globals i Comparatius

Pla Farnós R.

Hem considerat que seria interessant la difusió dels resultats de la cirurgia oncològica en el nostre país, per tal de poder treure conclusions o simplement com a manera que cadascú pugui comparar els seus resultats personals o els del seu servei o centre, prenent com a referència Catalunya, l'Estat Espanyol o un país de llarga tradició en la pràctica d'auditories com és el Regne Unit en el seu conjunt.

A la Taula I s'hi pot veure la relació d'algunes tècniques en relació al total de diagnòstics operats.

En el cas de mastectomies totals s'aporta el percentatge en relació al total que inclouria els casos de cirurgia conservadora.

En el cas de les gastrectomies totals s'aporta el percentatge en relació al total que inclouria els casos de gastrectomies parcials o subtotals.

En el cas de les tiroïdectomies totals s'aporta el percentatge en relació al total que inclouria els casos de tiroïdectomies parcials o subtotals.

En el cas de les amputacions abdominoperineals s'aporta el percentatge en relació al total que inclouria els casos de reseccions anteriors del recte.

En el cas de les colostomies totals s'aporta el percentatge en relació al total que inclouria els casos de colectomies sense colostomia.

Intervencions	Catalunya	Espanya	UK
Mastectomies totals	40,77%	48,80%	46,40%
Gastrectomies totals	37,10%	40,70%	40,30%
Tiroïdectomies totals	81,10%	68,40%	44,80%
Amputacions abdominoperineals	19,00%	24,80%	21,00%
Colostomies totals	34,00%	38,30%	46,80%

Taula I

La Taula II ens aporta el nombre total de pacients guarits en valors absoluts i en percentatge, comparant aquest darrer amb els valors de referència a l'Estat Espanyol i al Regne Unit.

Catalunya					
Resultats de Catalunya per neoplàsia					
Intervencions amb finalitat curativa					
Neoplàsia	N TOT	N CUR	% N Guarits		
			CAT	ESP	UK
Neoplàsia maligna de cavitat oral i faringe	2.350	575	24%	25%	13%
Neoplàsia maligna d'esòfag	1.244	186	15%	13%	3%
Neoplàsia maligna d'estómac	3.231	1.217	38%	36%	12%
Neoplàsia maligna de còlon	8.143	5.172	64%	61%	49%
Neoplàsia maligna de recte i anus	4.760	2.733	57%	56%	39%
Neoplàsia maligna hepàtica	2.999	240	8%	10%	6%
Neoplàsia maligna de pàncrees	2.378	284	12%	10%	7%
Neoplàsia maligna de laringe	1.802	1.120	62%	64%	29%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	9.731	1.303	13%	11%	7%
Melanoma	818	573	70%	66%	64%
Neoplàsia maligna de la mama	9.650	7.840	81%	76%	76%
Neoplàsia maligna d'úter invasiu	2.946	1.438	49%	49%	40%
Neoplàsia maligna d'ovari i altres annexos	1.476	636	43%	39%	26%
Neoplàsia maligna de pròstata	4.684	2.857	61%	53%	35%
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	12.914	10.661	83%	83%	71%
Neoplàsia maligna de ronyó i altres òrgans urinaris	2.333	1.450	62%	60%	44%
Neoplàsia maligna del sistema nerviós central	1.877	618	33%	33%	29%
Neoplàsia maligna de tiroides	862	534	62%	43%	36%
Metàstasis hepàtiques	1.993	575	29%	20%	17%
Neoplàsies hematològiques	6.799	-	-	-	-
Total	82.990	40.012	48%	44%	34%
Neoplàsies a pediatria (< 18 anys)	655	-	-	-	-

N TOT: hospitalitzacions totals; N CUR: intervencions amb finalitat curativa; % N CUR: percentatge de casos amb finalitat curativa; CAT: Catalunya; ESP: Espanya; UK: Regne Unit.

Taula II

La Taula III ens aporta, a més del nombre total de pacients guarits en valors absoluts, l'estada mitjana comparada amb els valors de referència a l'Estat Espanyol i al Regne Unit.

Catalunya					
Resultats de Catalunya per neoplàsia					
Intervencions amb finalitat curativa					
Neoplàsia	N TOT	N CUR	Estada mitjana		
			CAT	ESP	UK
Neoplàsia maligna de cavitat oral i faringe	2.350	575	10,13	12,48	12,23
Neoplàsia maligna d'esòfag	1.244	186	26,45	27,73	22,80
Neoplàsia maligna d'estómac	3.231	1.217	20,45	23,74	20,10
Neoplàsia maligna de còlon	8.143	5.172	16,04	19,45	17,24
Neoplàsia maligna de recte i anus	4.760	2.733	16,44	19,62	18,35
Neoplàsia maligna hepàtica	2.999	240	13,21	12,70	16,67
Neoplàsia maligna de pàncrees	2.378	284	25,90	31,48	23,53
Neoplàsia maligna de laringe	1.802	1.120	14,46	17,32	17,40
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	9.731	1.303	11,80	13,50	11,63
Melanoma	818	573	4,12	5,32	4,48
Neoplàsia maligna de la mama	9.650	7.840	5,01	6,23	5,01
Neoplàsia maligna d'úter invasiu	2.946	1.438	8,91	10,34	8,23
Neoplàsia maligna d'ovari i altres annexos	1.476	636	11,95	13,18	10,65
Neoplàsia maligna de pròstata	4.684	2.857	7,55	8,74	6,46
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	12.914	10.661	6,97	7,45	5,29
Neoplàsia maligna de ronyó i altres òrgans urinaris	2.333	1.450	10,50	12,11	11,09
Neoplàsia maligna del sistema nerviós central	1.877	618	16,64	21,99	12,46
Neoplàsia maligna de tiroïdes	862	534	4,52	5,76	4,71
Metàstasis hepàtiques	1.993	575	12,53	13,83	12,22
Neoplàsies hematològiques	6.799	-	14,32	14,95	12,43
Total	82.990	40.012	10,59	12,48	9,80
Neoplàsies a pediatria (< 18 anys)	655	-	-	-	-

N TOT: hospitalitzacions totals; N CUR: intervencions amb finalitat curativa; % N CUR: percentatge de casos amb finalitat curativa; CAT: Catalunya; ESP: Espanya; UK: Regne Unit.

Taula III

La Taula IV ens aporta, a més del nombre total de pacients guarits en valors absoluts, la mortalitat comparada amb els valors de referència a l'Estat Espanyol i al Regne Unit.

Catalunya					
Resultats de Catalunya per neoplàsia					
Intervencions amb finalitat curativa					
Neoplàsia	N TOT	N CUR	Mortalitat		
			CAT	ESP	UK
Neoplàsia maligna de cavitat oral i faringe	2.350	575	1,7%	2,2%	1,9%
Neoplàsia maligna d'esòfag	1.244	186	12,4%	20,9%	6,1%
Neoplàsia maligna d'estómac	3.231	1.217	9,4%	10,3%	7,9%
Neoplàsia maligna de còlon	8.143	5.172	6,0%	7,0%	7,0%
Neoplàsia maligna de recte i anus	4.760	2.733	3,8%	4,8%	4,6%
Neoplàsia maligna hepàtica	2.999	240	4,2%	6,5%	8,8%
Neoplàsia maligna de pàncrees	2.378	284	9,2%	14,8%	7,7%
Neoplàsia maligna de laringe	1.802	1.120	2,0%	1,6%	2,9%
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	9.731	1.303	4,7%	4,6%	3,6%
Melanoma	818	573	0,2%	0,1%	0,2%
Neoplàsia maligna de la mama	9.650	7.840	0,1%	0,1%	0,1%
Neoplàsia maligna d'úter invasiu	2.946	1.438	0,6%	0,9%	0,7%
Neoplàsia maligna d'ovari i altres annexos	1.476	636	2,8%	1,3%	2,1%
Neoplàsia maligna de pròstata	4.684	2.857	0,2%	0,4%	0,4%
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	12.914	10.661	1,1%	1,1%	0,9%
Neoplàsia maligna de ronyó i altres òrgans urinaris	2.333	1.450	1,2%	1,9%	1,9%
Neoplàsia maligna del sistema nerviós central	1.877	618	5,8%	7,0%	3,5%
Neoplàsia maligna de tiroïdes	862	534	0,4%	0,8%	0,4%
Metàstasis hepàtiques	1.993	575	1,9%	2,3%	3,1%
Neoplàsies hematològiques	6.799	-	15,1%	13,6%	11,7%
Total	82.990	40.012	4,1%	4,7%	4,4%
Neoplàsies a pediatria (< 18 anys)	655	-	-	-	-

N TOT: hospitalitzacions totals; N CUR: intervencions amb finalitat curativa; % N CUR: percentatge de casos amb finalitat curativa; CAT: Catalunya; ESP: Espanya; UK: Regne Unit.

Taula IV

La Taula V ens aporta, a més del nombre total de pacients guarits en valors absoluts, la morbiditat comparada amb els valors de referència a l'Estat Espanyol i al Regne Unit.

Catalunya					
Resultats de Catalunya per neoplàsia					
Intervencions amb finalitat curativa					
Neoplàsia	N TOT	N CUR	Complicacions		
			CAT	ESP	UK
Neoplàsia maligna de cavitat oral i faringe	2.350	575	10,3%	13,3%	-
Neoplàsia maligna d'esòfag	1.244	186	44,1%	43,2%	-
Neoplàsia maligna d'estómac	3.231	1.217	24,8%	28,7%	-
Neoplàsia maligna de còlon	8.143	5.172	21,2%	25,4%	-
Neoplàsia maligna de recte i anus	4.760	2.733	21,9%	28,5%	-
Neoplàsia maligna hepàtica	2.999	240	21,7%	15,8%	-
Neoplàsia maligna de pàncrees	2.378	284	32,4%	33,0%	-
Neoplàsia maligna de laringe	1.802	1.120	7,1%	13,4%	-
Neoplàsia maligna de bronqui i pulmó	9.731	1.303	12,9%	16,3%	-
Melanoma	818	573	2,1%	2,8%	-
Neoplàsia maligna de la mama	9.650	7.840	3,8%	5,6%	-
Neoplàsia maligna d'úter invasiu	2.946	1.438	8,6%	11,9%	-
Neoplàsia maligna d'ovari i altres annexos	1.476	636	11,6%	13,3%	-
Neoplàsia maligna de pròstata	4.684	2.857	6,2%	8,8%	-
Neoplàsia maligna de bufeta urinària	12.914	10.661	4,5%	5,1%	-
Neoplàsia maligna de ronyó i altres òrgans urinaris	2.333	1.450	11,4%	13,5%	-
Neoplàsia maligna del sistema nerviós central	1.877	618	10,5%	13,8%	-
Neoplàsia maligna de tiroïdes	862	534	4,3%	6,6%	-
Metàstasis hepàtiques	1.993	575	23,1%	21,6%	-
Neoplàsies hematològiques	6.799	-	5,0%	5,4%	-
Total	82.990	40.012	9,4%	11,6%	-
Neoplàsies a pediatria (< 18 anys)	655	-	-	-	-

N TOT: hospitalitzacions totals; N CUR: intervencions amb finalitat curativa; % N CUR: percentatge de casos amb finalitat curativa; CAT: Catalunya; ESP: Espanya; UK: Regne Unit.

Taula V

Sabem que la varietat d'aquestes dades admet un ampli marge estadístic i no s'ha volgut entrar en judicis de valor. No es tracta de jutjar a ningú si no simplement conèixer on som i, en tot cas, que podem fer per optimitzar els nostres resultats mitjançant una pràctica millor cada dia.

Els comentaris queden a criteri de cadascú i, en tot cas serà en el si de la pròpia Societat Catalana de Cirurgia o en els fòrums on es consideri convenient on s'intentaran adequar els espais i els temps adequats per al debat i les propostes i suggeriments de millora.

Roger Pla Farnós

CONSIDERACIONS BIOÈTIQUES EN CIRURGIA

Velles Idees Filosòfiques per a les Noves Tendències en Cirurgia, amb Algunes Vel·leïtats Filològiques i una Certa Perspectiva Bioètica

Sala Pedrós J.

Introducció

Com el mític déu romà d'origen etrusc Janus, la cirurgia ha estat sovint vista pels propis pacients amb dues cares: la del bé i la del mal. Si bé no tan en la perspectiva maniqueïsta occidentalitzada com en la perspectiva més dialèctica o orientalitzada en la línia de síntesi entre el *yin* i el *yang*.

Per una banda és viscuda com una esperança de salvació, de guariment d'un mal. L'experiència pròpia o d'altri, proporciona sovint confiança en una tècnica que ha demostrat en molts casos la seva bondat per millorar la qualitat de vida de les persones i fins i tot per allargar-ne la vida.

Per altra banda es presenta com una amenaça, un risc o un perill, una agressió a l'organisme que, encara que pugui ser un mal menor que ens deslliuri d'un de més gran, no deixa de ser objecte de temor i a vegades fins i tot d'autèntic pànic.

És aquesta duplicitat de la cirurgia que planteja seriosos problemes de decisió en els quals s'hi veuen involucrats tota mena de factors, des d'aquells més racionals o més empírics fins a aquells més irracionals, basats en sentiments de fúria o de fòbia que es poden sustentar fins i tot en la mitologia imaginària personal o col·lectiva.¹

Tot i creure'ns immersos en la denominada tercera cultura, la científica, no hi ha dubte que la segona cultura, la filosòfica, o fins i tot la primera, la míticoreligiosa, influeixen en la nostra vida de cada dia.² Molts dels principis que han regit en cada una de les grans etapes culturals conviuen en l'ideari col·lectiu o fins i tot en el personal, es barregen, estableixen relacions i pactes, donant lloc a la complexitat del bagatge cultural humà. Això fa que, en cada persona, tingui una composició i una forma diferent, d'acord amb el seu patrimoni vital, personal i intransferible. Allò que Dilthey i la filosofia alemanya posterior anomenaven la *weltanschauung* o concepció individual del món, fruit d'una experiència i d'una adquisició de coneixements única que fan que l'hermenèutica, o manera d'interpretar, no tan sols la realitat si no també el pensament, sigui diferent per a cada individu de l'espècie humana.³

Malgrat tot, alguns principis fonamentals semblen tenir un caràcter més o menys generalitzat o àmpliament acceptat. És el cas de les característiques que hauria de tenir el món ideal, aquell que preconitzava Plató, que eren: la veritat, la bondat i la bellesa.⁴

Podríem situar el paper de la cirurgia en el nostre món modern en aquesta perspectiva tridimensional.

- La cirurgia entesa com una ciència, és a dir que cerca la veritat en el context de l'epistemologia o la metodologia científica actual.
- La cirurgia entesa com una activitat benefactora, que cerca el bé o la bondat a través de valors com la salut, la qualitat o la quantitat de vida, en el marc de l'ètica, la deontologia o la bioètica.
- La cirurgia entesa com un art, en el sentit d'una activitat tècnica que cerca la bellesa no tan sols en la seva realització si no també en els seus objectius, en el context delimitat per l'estètica. En especial tenint en compte que en algunes definicions clàssiques de la bellesa s'hi inclouia l'absència de cap tret que pogués fe pensar en una malaltia.

En un tal context, la veritat hauria de ser una condició prèvia per a la bondat i la bondat hauria de ser una condició prèvia per a la bellesa. Tres grans principis de perfecció als quals tendiria l'ésser humà, des d'una visió optimista i benivolent de la seva història.

Si una aproximació multicultural resulta difícil, per complexa, no hi ha dubte que intentar-ho pot resultar, si més no, un exercici d'interès antropològic, de recerca o d'anàlisi qualitativa, més enllà del clàssic abordatge quantitatiu de la ciència tradicional.⁵ O al menys aquest seria l'objectiu d'aquesta reflexió.

Bioètica i cirurgia

Amb una visió parcial, la cirurgia és sovint viscuda com una agressió, és a dir com un mal o fins i tot una malaltia en sí mateixa; d'aquí que calgui un plantejament ètic acurat per considerar-la acceptable. La màxima de ser un mal menor, en comparació al mal o la malaltia que prevé, evita o neutralitza però no impedeix que, fins i tot la minimització d'aquest mal menor sigui un imperatiu ètic inqüestionable. No és doncs balder que el progrés de la cirurgia passi per una disminució dels seus efectes adversos, un escurçament de la durada d'aquests efectes i una cerca del grau d'utilitat més alt possible.

Des del punt de vista de la bioètica la cirurgia, com tota terapèutica, no ha de tenir en compte tan sols el principi de beneficència, és a dir que l'objectiu sigui fer el bé, encara que sigui per la via d'un mal menor, si no que també ha de tenir en compte el principi de no maledicència, és a dir que realment el mal sigui el menor possible, tendint a fer-se nul.

L'ètica ha de permetre la introducció d'elements d'irracionalitat en el seu discurs, en incloure aspectes com els sentiments que, malgrat el seu caràcter irracional, no deixen de ser reals.

Resulta difícil de mesurar el bé però són possibles aproximacions a partir de l'estimació de la utilitat des de diversos punts de vista, especialment l'individual i el col·lectiu, i millor encara quan els dos són compatibles i maximitzables. Cal recordar que la utilitat es pot mesurar de diferents maneres, no tan sols a partir de diners, de plaer o de felicitat. També el seu contrari, el mal, és mesurable com a disutilitat. Els valors de cadascú tenen una influència cabdal en la presa de decisions i l'esforç per aproximar la seva irracionalitat a un procés de càlcul racional te sens dubte una component d'objectivitat que sempre és d'agrair en les relacions humanes.

Una part fonamental del benestar de l'ésser humà li ve donat per la salut, entesa com la situació d'autonomia física de l'organisme però també com l'absència d'amenaçes a la supervivència considerada normal d'un individu, sempre en un context íntim de joia o felicitat i en un context social de solidaritat i utilitat col·lectiva.⁶

Tenint en compte que agrupem dins del terme "vida" el conjunt de característiques que conformen l'existència real en el nostre nivell de percepció, és fàcil concloure que el primer valor a conservar és la pròpia vida, per tant el bé serà tot allò que permet mantenir la supervivència.

Però cal matisar-ho també. En efecte la vida pot ser plena, és a dir gaudint de les propietats i els valors que la fan digna d'experimentar, però també pot ser viscuda com una càrrega massa pesada, motiu de sofriment. Per tant seria la felicitat o la joia de viure la principal característica d'una vida digna de ser viscuda, al menys des d'una perspectiva individual, juntament amb la capacitat de desenvolupar activitats, sobretot quan és possible fer-ho mantenint l'autonomia personal.⁷

En canvi des d'una perspectiva col·lectiva, la solidaritat, seria la manera d'expressar la utilitat d'un individu per la comunitat. De fet, amb una visió teleològica, tots estem implicats en la gran aventura humana, en el planeta en el qual vivim, que alguns consideren com un tot, amb el nom de Gaia, el vaixell comú que aixopluga el nostre viatge a través de l'espai/temps. El nostre planeta comú ha estat considerat com un ésser gairebé autònom, que te la facultat e mantenir la seva pròpia homeòstasi i que pot sobreviure o no, globalment, en un procés en el qual tots els éssers vius autònoms hi estem implicats i en compartim responsabilitats individuals i col·lectives.⁸ Cada vegada som més conscients de la necessitat d'un projecte de subsistència globalitzada que pugui, entre altres coses controlar els excessos de la globalització econòmica en mans d'una minoria que els utilitza erròniament en benefici d'interessos massa particulars.

Així ho havia expressat de manera magistral el famós pensador anglès del segle XVI, John Donne en el seu memorable discurs de la meditació XVII que va donar títol a la famosa novel·la de Hemingway sobre la guerra civil espanyola portada al cine per Sam Wood:⁹

"No man is an island, entire of itself...any man's death diminishes me, because I am involved in mankind; and therefore never send to know for whom the bell tolls; it tolls for thee."^a

És doncs aquest punt de trobada entre el be personal i el be social que segueix marcant els principis i també els límits de la bioètica actual.

Més enllà del be i del mal

Com passa amb tants conceptes fonamentals, tindria poc sentit parlar del be si no fos per l'existència del seu concepte contrari: el mal. Més enllà de les concepcions míticoreligioses, el mal en si mateix no tindria una existència concreta, seria simplement l'absència del be. Com no existiria, de fet, la mort si no l'absència de vida, el fred si no l'absència de calor (o d'energia calorífica), la foscor si no l'absència de llum (o de les partícules anomenades fotons).

Llavors és que el be té una existència concreta? Tampoc. Es tracta d'un valor. Però si que equival a la normalitat dels processos que fan possible la vida o al menys a l'absència d'interferències que puguin afectar-la tan en la seva quantitat com en la seva qualitat.

En efecte, la vida, en el fons, no és si no un procés fisicoquímic d'un ens relativament autònom, que presenta una frontera amb el medi (una membrana en el cas de la cèl·lula o un teixit en el cas dels éssers pluricel·lulars).¹⁰ Naturalment el medi presenta unes determinades condicions fisicoquímiques que fan possible l'existència de l'ésser viu. La manera de desenvolupar-se aquest procés vital que en permet l'optimització, en el sentit de la màxima quantitat i qualitat, es coneix amb el nom de salut que es correspon amb el be.

Qualsevol interferència en aquest procés que fa possible la vida d'una determinada manera, que es percep com a agradable, representa una alteració del be, és a dir un mal o una malaltia. És la conseqüència d'una agressió a l'organisme. Però com que el procés vital implica diferents nivells, el mal pot afectar a cada un d'ells: molecular, cel·lular, tissular, visceral o global. La transcendència de l'agressió pot arribar a ser personal o fins i tot col·lectiva.

Des d'un punt de vista mèdic, parlant en termes de salut, podem considerar l'agressió que causa el mal des de diferents perspectives:

Referit a un individu, podem parlar de procés patològic quan ens referim a un seguit de fenòmens, estats o formes pels quals una estructura viva (un ésser, un òrgan, un teixit o bé una part) esdevé anormal. Objectivament parlem d'afecció com la situació de l'organisme que representa un trastorn de salut per a una persona.

Les agressions a l'estat de salut donen lloc a problemes sanitaris que es manifesten en forma d'afeccions, traumatismes, malalties o infermetats.

^a Traducció de l'anglès: Cap home és, completament i en si mateix, una illa... qualsevol mort em disminueix, perquè estic involucrat amb la humanitat; per tant no envieu ningú a saber per qui toca la campana; toca per vos.

En el camp de la cirurgia s'anomena normalment com a afecció quirúrgica, aquella que pot ser guarida o millorada mitjançant una intervenció quirúrgica.

Es poden considerar diferents tipus d'afeccions segons la naturalesa del procés patològic del qual derivin. D'aquí prové la forma més genuïna i antiga del concepte de mal, la malaltia, és a dir aquell procés patològic que afecta el funcionament intern d'un ésser viu posant en perill la seva supervivència com a individu o la seva qualitat de vida.¹¹ Les causes que desencadenen un procés patològic poden ser molt diverses, algunes com les anomalies genètiques o les mutacions que donen lloc a diferents formes de malalties, des de les degeneratives i les autoimmunes fins a les tumorals, poden estar influïdes per factors externs tòxics, físics o químics que causin errors en el procés de replicació molecular, necessàriament dinàmic i en contínua evolució. Tots som mutants però alguns ho som més que els altres.¹²

L'acció nociva pot no ser microscòpica si no macroscòpica com passa per l'acció d'agents físics sobre els teixits i òrgans, els traumatismes d'origen mecànic, tèrmic o químic.

Alguns d'aquests processos o malalties desemboquen en situacions denominades d'infermetat, és a dir de manca de fermesa^a, ja sigui referida a un òrgan o sistema (seria el cas de les insuficiències: renal, respiratòria, hepàtica, cardíaca), qualsevol que sigui la seva causa o malaltia desencadenant o referida a tot l'organisme, com passa en el procés d'envelliment que porta a una situació d'infermetat generalitzada que es coneix amb el nom de senilitat.¹³ Un procés d'infermetat progressiva, acaba indefectiblement en la mort, és a dir arriba a fer inviable la vida. La cirurgia pot aportar petites solucions que ajudin a retardar aquest moment.¹⁴

Moltes llengües al·ludeixen a aquest doble concepte de malaltia i de infermetat, com a dues possibles cares d'una mateixa moneda però que es manifesta a vegades més d'una manera o d'una altra. Algunes llengües admeten fins i tot altres termes per referir-se al procés d'emmalaltir o d'esdevenir in-ferm, és a dir de perdre fermesa, per la natural evolució i desgast de l'edat o accelerat per una malaltia o un efecte tòxic de tipus agut o crònic.¹⁵ Alguns exemples d'aquesta dualitat de termes lingüístics es pot veure a la **Taula I**. Altres llengües utilitzen un sol terme per definir ambdues situacions.¹⁶

^a Del llatí: la partícula que indica negació *in* i la paraula *firmitas* que significa fermesa, per tant *infirmitas* representaria la manca de fermesa.

Concordances filològiques

Llengua	Denominació 1	Denominació 2
Llatí	Morbus	Infirmitas
Català	Malaltia	Infermetat
Castellà	Mal (Padecimiento)	Enfermedad
Portuguès	Doença	Enfermidade
Italià	Malattia	Infermità
Francès	Maladie	Infirmité
Romanès	Răutate (Maladie)	Zăcare
Alemanys	Erkrankung (Leiden)	Krankheit
Holandès	Ziekte (Kwaal)	Aandoening (Slecht)
Danès	Lidelse	Sygdom
Suec	Åkomma	Sjukdom
Anglès	Disease (Malady)	Illness (Infirmity)
Manx	Gorley	Asslaynt
Gal·lès	Cystudd	Afiechyd
Escocès	Tinneas	Eucail
Txec	Nemoc	Choroba
Hongarès	Betegség	Kór
Finès	Tauti	Sairaus
Grec	Αρρώστια (Arróstia)	Νόσημα (Nósema)
Albanès	Dobësi	Sëmundje
Rus	Плохо (Plójo)	Болезнь (Balézny)
Ucraïnès	Захворювання (Zajvaryvannya)	Хвороба (Jvorova)
Búlgar	Страдание (Stradanie)	Заболяване (Zabolyavane)
Turc	Rahatsızlık	İllet
Hebreu	מחלה (Makhala)	מחלה (Kholem)
Àrab	مرض (Maradh)	مقس (Maqs)
Indonesi	Penyakit	Kesakitan
Èuscar	Gaitz	Eritasun
Esperanto	Malsano	Malsano

Taula I

En cirurgia, distingir entre infermetat i malaltia te les seves avantatges, en especial quan ens referim a l'estat de salut global d'una persona.

Infermetat i malaltia van sovint plegades, però no sempre. Hi ha mals que passen desapercebuts per la persona, al menys al principi, sense ocasionar cap tipus de sensació d'infermetat o ni tan sols de malestar (o, per exemple, la sensació que en anglès s'expressa com a *sickness*). És el cas dels tumors incipients, de les malalties metabòliques com la hipercolesterolèmia, l'obesitat o la hiperuricèmia que poden tenir efectes greus sobre la salut sense donar aparentment molèsties fins al cap de molt de temps.

Pel contrari hi ha situacions d'infermetat, de manca de fermesa, que no es poden considerar pròpiament malalties. És el cas de moltes seqüeles postquirúrgiques: l'agàstria, l'atíria, l'anesplènia, l'anèfria, la síndrome de l'intestí curt o la de la nansa aferent, els estats de colostomia o d'iliostomia, són exemples de situacions d'infermetat, al menys a nivell localitzat, sense existir pròpiament una malaltia. Ja no parlem de la situació després d'amputacions de membres, de reseccions hepàtiques o pulmonars extenses, i com no les conseqüències de les lesions nervioses i neurològiques en general, del tipus de paràlisis, causàlgies, anestèsies o parestèsies, etc.

També l'envelliment o la degradació fisiològica deguda al desgast de l'edat o a l'efecte de diferents agressions o malalties, comporta situacions d'infermetat, referides a òrgans concrets però també amb traducció a tot l'organisme. Una insuficiència cardíaca, respiratòria, renal o hepàtica provoquen no tan sols una situació d'infermetat de l'òrgan concret al qual afecten si no també de la persona en conjunt.

La doble cara de la cirurgia: per una banda com a agressió, per l'altra com una manera de contrarestar un mal major, és similar a la resposta de l'organisme a les agressions. Té un objectiu de bondat, però sovint representa també un risc afegit, de manera que resulta difícil diferenciar on comença el bé i acaba el mal o viceversa.

La capacitat de resposta a les agressions

El món dinàmic en el qual vivim, suposa un constant perill d'agressions per als organismes vius. S'ha dit, amb ironia, que la vida és una malaltia mortal de necessitat, de transmissió sexual, sotmesa a contínues agressions que posen en perill la seva continuïtat. En aquest context, la salut seria un estat transitori que no prediu res de bo. Des del punt de vista físic, la vida requereix d'una alta complexitat i d'ordre en els seus processos, en aparent flagrant contradicció amb el segon principi de la termodinàmica que garanteix l'augment constant de l'entropia i el desordre de l'univers. Si malgrat tot la vida és possible, contra natura i més enllà de l'absurd, és perquè existeixen mecanismes i processos que contraresten les agressions, permetent allargar meravellosament aquesta transitorietat.

La capacitat de resposta de l'organisme davant les agressions, i la cirurgia n'és una forma, ha estat motiu d'estudi i d'interès. Ja Walter Cannon va descriure el concepte d'homeòstasi, com la capacitat de l'organisme de mantenir les seves constants en situació d'equilibri que permet el desenvolupament d'una vida normal.¹⁷ Els límits en les variacions d'aquestes constants que permeten que l'organisme torni al seu estat d'equilibri, es van fent més estrets a mesura que el procés d'envelliment i de desgast general va progressant, la situació d'infermetat és va convertint en major. En pacients

molt degradats, amb molt poca capacitat de resposta, es parla de situacions d'homeostenosi.

No és estrany que aquesta capacitat de reserva fisiològica, que permet el retorn a la situació d'homeòstasi, representi un valor o un bé per a l'organisme en conjunt. Qualsevol mesura que ajudi a preservar-la seria, en principi, bona.

Qualsevol acció que desequilibri la situació d'homeòstasi representa una agressió a l'organisme. Com Hans Selye va demostrar amb els seus experiments, una agressió desencadena una resposta de l'organisme per intentar neutralitzar-la, que rep el nom de síndrome general d'agressió.¹⁸ Es tracta d'un procés que es podria considerar com a intrínsecament bo, en perseguir el retorn a la normalitat o situació d'homeòstasi, però que passa quan fracassa? O quan la seva resposta és excessiva i resulta fins i tot perjudicial? Aquesta situació es dona sovint avui en dia, tenint en compte que disposem de mitjans de reanimació, després d'una agressió, que permeten el control terapèutic de la situació, resultant la resposta de l'organisme fins i tot contraproductent.

A David Cuthbertson li devem el concepte d'estrès postquirúrgic, en estudiar l'efecte que una agressió com la cirurgia tenia sobre l'organisme, que no era diferent del que tindria qualsevol altre tipus d'agressió, amb l'avantatge que els seus efectes podien ser, al menys parcialment previnguts o fins i tot evitats¹⁹. El catabolisme desencadenat per la reacció de l'eix hipotàlamo-hipofisari-suprarenal, les accions de les diferents citocines segregades com a conseqüència de l'agressió local, els efectes de les substàncies alliberades en la denominada fase aguda de l'agressió, poden tenir conseqüències greus per al conjunt de la persona, a vegades sense necessitat d'arribar als extrems innecessaris, tenint en compte l'ajuda externa, de contrarestar l'efecte de l'agressió.^{20 21}

El control patofisiològic de l'agressió quirúrgica

Aquesta doble condició, també de la resposta a l'agressió quirúrgica, bona per una banda però contraproductent per una altra, tornaria a plantejar la qüestió entre el bé i el mal, al menys en un context de cultura filosòfica.

Des d'una perspectiva de cultura científica, l'objectiu és trobar la manera d'evitar els efectes nocius de la resposta a l'agressió, sense desapropiar aquells que són beneficiosos.

La cirurgia mínimament agressiva o mínimament invasiva tendria a minimitzar l'estímul que com sabem és proporcional al grau de resposta.²² Les modernes tècniques anestèsiques tendrien a bloquejar una bona part de les respostes a l'agressió, a partir del bloqueig de l'eix hormonal hipotàlamohipofisari-suprarenal, del bloqueig del dolor, del bloqueig de les nàusees, vòmits i ili paralític, de la supència de sang, líquids i oxigen compromesos per la situació d'estrès o per la naturalesa de la pròpia agressió.

Les mesures de reanimació postoperatòria, des de la reposició nutricional, la mobilització precoç, l'evitació efectiva del dolor, la prevenció de complicacions, serien el complement que hauria d'ajudar a neutralitzar els efectes de la resposta a l'agressió.²³

Tot plegat seria un dels objectius bàsics de la cirurgia actual i de futur: minimitzar els efectes nocius de la cirurgia per permetre una ràpida recuperació de l'organisme i naturalment de la persona, el més aviat possible.²⁴ Es tracta d'allò que s'ha batejat amb el nom de cirurgia de via ràpida (*fast-track surgery*) popularitzada als Estats Units i al Regne Unit, però també a la resta d'Europa per l'interès d'un anestesiòleg danès Christian Kehlet i un cirurgià americà interessat de molts anys en el diagnòstic i tractament dels efectes metabòlics de l'agressió quirúrgica: Douglas Wilmore.²⁵

Un factor rellevant en el control de la resposta a l'estrès és el psicològic. En efecte, el dolor, l'ansietat o la por, la tristesa o la depressió tenen efectes clars sobre la capacitat de recuperació postquirúrgica. D'aquí que la preparació dels pacients abans d'una intervenció, també mitjançant una informació adequada que tingui en compte la influència de l'actitud del pacient en la seva recuperació, resulti fonamental per aquesta nova manera d'enfocar la cirurgia.²⁶ Naturalment no n'hi ha prou en aconseguir una actitud positiva de col·laboració del pacient amb l'equip terapèutic, també cal la complicitat en el projecte de tots i cada un dels membres implicats en el procés sanitari, incloent al propi pacient. La recuperació com més ràpid millor de les activitats de la vida diària, en particular l'alimentació per via oral com més normalitzada millor i la deambulació i mobilització autònoma el més completa i natural possible, són dos dels elements clau en la cirurgia de via ràpida.²⁷

Cal però ajuda terapèutica eficient, sobretot contra el dolor, però també contra les nàusees i els vòmits o l'ili paralític.²⁸ Cal eliminar tots aquells elements que són viscuts pel pacient com a causa de molèstia o de limitació, si no d'incomoditat o desconfiança. Això inclou els tubs, drenatges, catèters, apòsits, ortesis (punts, grapes, etc.). Tot el que es pugui evitar en aquest sentit, escurçar-ne la durada o minimitzar-ne els efectes, és bo per aconseguir disminuir la resposta a l'agressió, si més no la mitjançada per via psicològica.²⁹

No cal dir que una tal cirurgia, comporta una minimització de l'estada hospitalària dels pacients, una disminució de la morbiditat associada a la cirurgia i per tot plegat un menor cost econòmic global.³⁰ Representa una de les grans fórmules a defensar pels responsables de la gestió econòmica que contempen aquestes noves tendències de la cirurgia com un bé individual per al pacient, en el sentit de recuperar els nivells de qualitat de vida més alts de manera més ràpida i, al mateix temps, com un bé social al permetre disminuir costos amb la possibilitat de poder dedicar recursos a altres aspectes de la sanitat, és a dir a una millora de l'atenció global i de la salut poblacional.

Les noves orientacions en cirurgia

Si ens preguntem: cap on va la cirurgia? Haurem de tenir en compte quines són les expectatives dels pacients, és a dir de la societat en general i quines les dels professionals.

Per veure que espera la societat de la cirurgia podem enumerar algunes de les característiques dels pacients actuals en la societat dita del benestar:

- L'exigència d'immediatesa en els resultats.
- La intolerància al sofriment.
- Poca tendència al sacrifici i grans esperances de felicitat.³¹
- Tendència a culpar al missatger, és a dir al cirurgià que li dóna notícies.

L'objectiu del cirurgià és, sens dubte, tenir èxit en la seva tasca de millorar la salut dels seus pacients, mitjançant la cirurgia. Segurament amb el màxim d'utilitat de les seves accions i amb el mínim d'efectes indesitjables. Però tot i així hi ha algunes característiques dels cirurgians que cal corregir o millorar. Entre elles hi tenim les següents:

- La difícil avaluació de la relació entre utilitat i cost.
- L'oblit de la proporcionalitat entre agressió i estrès: disminuint la primera minva la segona.
- El disseny intel·ligent no tan sols en el quiròfan si no també en l'estratègia quirúrgica.

Naturalment, com en tot col·lectiu humà, són esperables discrepàncies individuals però també gremials que poden ocasionar certes dificultats d'interrelació pacient – cirurgià:

- La set d'informació, de coneixement, de veritat, dels pacients sobrepassa sovint la dels propis professionals.
- Expectatives i valors diferents de cirurgians i pacients.
- Difícil conjugació entre el món ideal i el món real, per les dues parts.

En conjunt hauríem de concloure que hi ha un cert distanciament entre allò que els pacients esperen de la cirurgia i allò que n'esperen els professionals. Es tracta d'una qüestió deguda a una diferent *weltanschauung*, com la descrivíem al principi, és a dir d'un plantejament filosòfic diferent degut al bagatge cultural distint que comporta el coneixement tècnic profund de la cirurgia, dels seus efectes i de les seves possibilitats, en contraposició al coneixement sovint utilitari, a vegades mític, que en té la població en general. L'aproximació entre les dues visions no es tan un problema quantitatiu si no qualitatiu, d'aproximació antropològica entre paradigmes distints.

L'anàlisi qualitativa pot i ha d'incloure visions filosòfiques contradictòries i cercar-ne punts de contacte, més enllà del plantejament científic estricte. Sense renunciar als grans avenços en el coneixement de la veritat que ha ajudat a delimitar el mètode científic, caldrà incorporar nous mètodes d'anàlisi que permetin resoldre problemes d'intercomunicació entre experiències humanes diferents. La bioètica necessitarà de nous camins que permetin avançar en aquest sentit.

Des d'una perspectiva col·lectiva, qualsevol procés d'atenció de la salut, entès com el seguit d'actuacions de caràcter sanitari encaminades a canviar el pronòstic d'un procés patològic, haurà de tenir en compte cada vegada més les actituds filosòfiques o fins i tot miticoreligioses bàsiques de pacients i terapeutes per tal d'enfocar-les adequadament. A més de la ja irrenunciable evidència científica.

La perspectiva filosòfica i la científica poden, no tan sols ser compatibles, si no fins i tot sinèrgiques, com poden ser-ho salut i economia en el gran objectiu d'aconseguir la màxima quantitat de vida de qualitat pel màxim nombre de persones, sense oblidar el compromís de tots plegats amb la humanitat sencera.

Joan Sala Pedrós

BIBLIOGRAFIA

1. Sala Pedrós J. Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi doctoral. Barcelona 1990.
2. Brockman J. La tercera cultura. Metatemas. Tusquets Ed. Barcelona 1996.
3. Vilar G. Hermenèutica i estructuralisme. A: Terricabras JM. El pensament filosòfic i científic II. El segle XX. Àgora Biblioteca Oberta. Barcelona 2001: 170-5.
4. Penrose R. The road to reality. Vintage Books. London 2005.
5. Pope C, Mays N. Qualitative research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42-45 (1 July).
6. Gol J, Moll J, Campos J. Cap a un nou concepte de Salut. Àmbit d'Estructura sanitària. Congrés de Cultura Catalana. Terrassa: Monografies Mèdiques. Maig 1977.
7. Anònim. Conferència internacional sobre atenció primària de salut, Alma Ata, 1978. Atención primaria de salud. Ginebra: O.M.S. 1978.
8. Lovelock J. Gaia. A New Look at Life on Earth. Oxford Univ. Press. Oxford 2000.
9. Woods GB, Watt HA, Anderson GK. The Literature of England. Vol I. 3rd. Ed. Scott, Foresman and Co. Chicago, 1947: 592-3.
10. Capra F. Las conexiones ocultas. Ed. Anagrama. Barcelona, 2003.
11. Lohr KN, Harris-Wehling J. Progressos en qualitat de vida i avaluació de l'estat de salut. *Salut Catalunya* 1990; 3: 83-88.
12. Leroi M. Mutants. Harper Perennial. London, 2005.
13. Casassas O, et al. Diccionari enciclopèdic de medicina. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1990.
14. Meakins JL, McClaran JC, eds. Surgical Care of the Elderly. Chicago: Year Book Med. Pub., 1988; 3-14.
15. Sala Pedrós J. Conceptes Bàsics en Cirurgia. Terrassa: Fundació Joan Costa Roma, 2000.
16. Harper D. Online Etymology Dictionary. Nov. 2001. <http://www.etymonline.com/>
17. Cannon WB. The Wisdom of the Body. New York WW Norton, 1932.
18. Selye H. General Adaptation Syndrome and the Disease of Adaptation. *J. Clin Endocrinol* 1946; 6: 117-230.
19. Cuthbertson DP. The influence of Prolonged Muscular Rest on Metabolism. *Biochem. J.* 1929; 23: 1328-1345.

-
20. Wilmore DW, Long JM, Mason AD et al. Catecholamines: Mediator of the Hypermetabolic Response to Thermal Injury. *Ann. Surg.* 1974; 80: 653-668.
 21. Moore FD. Bodily Changes in Surgical Convalescence. I. The Normal Sequence – Observations and Interpretations. *Ann. Surg.* 1953; 137: 289-315.
 22. Desborough JP. The Stress Response to Trauma and Surgery. *Br. J. Anaesthesia.* 2000; 85 (1):109-117.
 23. Wilmore DW. *The Metabolic Management of the Critically Ill.* Plenum Pub. Corp. New York, 1977.
 24. Wilmore DW. From Cuthbertson to Fast-Track Surgery: 70 years of Progress in Reducing Stress in Surgical Patients. *Ann. Surg.* 2002; 235 (5):643-648.
 25. Wilmore DW, Kehlet H. Management of Patients in Fast-Track Surgery. *BMJ* Feb 24, 2001; 322: 473-6.
 26. Baños JE. Algunes reflexions entorn a les relacions entre filosofia, ciència i medicina a través de la conceptualització històrica de la fisiologia del dolor: un retorn als clàssics?. *Annals de Medicina: Volum 89, Número 3, Juliol / Agost / Setembre 2006.*
 27. Kehlet H. Multimodal Approach to Control Postoperative Pathophysiology and Rehabilitation. *Br. J. Anaesthesia.* 1997; 78: 606-617.
 28. Gan TJ, Kovac AL, Lubarsky DA, Philip BK. PONV Management: Tackling the Practical Issues. *US Micron* 2006. http://www.medscape.com/viewprogram/4990_pnt
 29. Kehlet H, Sawyer F. Fast-Track Surgery. *ACS Surgery* 2004. <http://www.medscape.com/viewarticle/505013>
 30. Bilfinger TV. Fast-Track Surgery. Cost benefits. *Acta Anaest. Scand.* 1999: 37-38.
 31. Punset E. El Vitage a la Felicitat. *Les Noves Claus Científiques.* Ed. Columna. Barcelona, 2006.

“IN MEMORIAM” CARLES MARGARIT I CREIXELL

Apreciat Carles,

Mesos després de la teva mort, els cirurgians catalans ens tornem a reunir, sota l'efígie del mestre Gimbernat, per reprendre l'activitat acadèmica d'un nou curs. És curiosa la vida: uns marxen i els que es queden reprenen el dia a dia com si, aparentment, res no hagués passat. Hi ha una discrepància entre la diversitat i els matisos dels nostres sentiments i l'escàs repertori d'expressions que ens proporciona la realitat social. Probablement es tracti d'un mecanisme que fa més suportable la nostàlgia que comporta tota pèrdua. Potser la rutina és la forma més assequible de la felicitat. En qualsevol cas, prosseguir no significa oblidar i es per aixó que hem volgut deixar constància escrita de la teva prematura i dissortada mort en aquest modest butlletí de la Societat Catalana de Cirurgia que, any rere any, va marcant l'esdevenir d'aquest proteïforme col·lectiu que som els cirurgians catalans.

No pateixis que no escriuré una nota necrològica recordant el teu *curriculum* ni les altes fites professionals que vas assolir. Ja en deus estar una mica avorrit de l'estil elegíac i a hores d'ara, tothom les coneix abastament. A més, la mort no entén de proeses tècniques, d'oposicions ni de factor d'impacte i a tots ens tracta per un igual. Per sort! La mort és una lliçó d'humilitat i ens ha de fer pensar que les diferències entre els homes són més aparents que reals i que, al cap i a la fi, és més important que ens reconeguem en les nostres semblances que en les nostres diferències.

(Parlant d'oposicions, te'n recordes de les que varem fer plegats per a una plaça d'adjunt a l'Hospital de Bellvitge? Encara et veig llegint l'exercici pràctic. Vas estar magnífic. Per cert, prou que ho saps, però no puc estar-me de dir-t'ho: tot i els 30 anys que han passat des d'aleshores, el sistema d'accés a metge de plantilla als hospitals que ara són l'ICS i abans eren de la SS o del SOE, pràcticament no ha canviat. Curiós, oi?).

Perdona'm si em perdo una mica pel laberint dels meus pensaments, però ara que sóc President de la nostra Societat, em pregunto sovint per què els cirurgians som tan propensos a marcar diferències en lloc d'unir-nos al voltant de tantes coses que tenim en comú, al voltant del que és la nostra cultura. Per exemple, al voltant de la nostra història, de la que ja formes part, o del desig compartit de beneficiar els nostres pacients. Per exemple, fent pinya pel fet d'haver d'assumir la responsabilitat, sovint feixuga, que comporta l'exercici d'una professió difícil i poc compresa per la societat de consum i de l'entreteniment que ens envolta.

En fi, ja veus, aprofito aquesta carta en memòria teva per expressar-te una preocupació i alhora una esperança i un desig: que pensem en la teva mort com en una nova oportunitat per assolir una més gran unitat de pensament i d'acció; que et recordem com un patrimoni comú que hem de conservar per eixamplar la nostra cultura i d'aquesta manera evitar que els temps redueixin els cirurgians a mers agents de la terapèutica mecànica. Només així retrem just record als que, com tu, ens heu llegat un exemple i una missió.

Antoni Sitges-Serra

President

Societat Catalana de Cirurgia

“IN MEMORIAM” VÍCTOR SALLERAS I LLINARES

En Víctor Salleras i Llinares va morir a Barcelona el passat dia 14 de maig de 2006, després d'una vida dedicada a l'exercici de la seva professió de cirurgià.

Preeminent deixeble del Dr. Puig Sureda, s'incorporà a l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona a punt per preparar la seva transformació en el nou gran hospital que és avui en dia. Fou allà on, en el servei paral·lel al del Dr. Agustí Peypoch, varen iniciar l'etapa actual de la cirurgia en un servei que comptava històricament amb un gran prestigi, fins al punt que havia estat anomenat: la Meca de la Cirurgia de tota la península, en temps del seu antecessor el Dr. Salvador Cardenal.

En una període d'altíssima competitivitat i de grans canvis, el Dr. Salleras es va saber rodejar de les persones adients per crear un servei a l'alçada que li corresponia dins de l'organigrama sanitari del moment.

Amb el treball en equip desenvolupat amb el conjunt de l'hospital, cal destacar-hi la col·laboració amb el Dr. Gallart Esquerdo, continuador de l'escola de digestologia iniciada pel seu pare Gallart Monés a l'Hospital de Sant Pau, una de les més antigues i prestigioses del país, que van col·laborar al prestigi de la cirurgia que es feia en el centre, amb una alta qualitat tècnica i humana.

Més enllà de la seva actuació com a cirurgià, en constant actualització, va rendir el seu tribut als companys, sent President de la Junta de la Societat Catalana de Cirurgia durant el bienni 1975-77. Fou precisament sota el seu mandat que se celebrà el 50è aniversari de la fundació de la Societat, posant de manifest la rellevància del col·lectiu quirúrgic a Catalunya i a l'Estat, malgrat les múltiples vicissituds passades.

A l'any 1990 la Societat Catalana de Cirurgia li va concedir el Premi Virgili en reconeixement a la seva tasca com a cirurgià.

Posteriorment, com a membre de la Comissió Consultiva de la Societat Catalana de Cirurgia, no ha deixat de col·laborar en les reunions de seguiment de la labor de la Junta, de participar en el patronatge del Premi XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie, Barcelona 1973, així com en els tribunals pera als quals ha estat convocat, sempre en la línia d'educació, moderació i afabilitat que l'han caracteritzat.

La seva pèrdua irreparable és motiu de dol per tots aquells que l'han conegut.

La Junta

LA VOLUNTAT COOPERADORA DE LA SOCIETAT

Antoni Sitges Serra, Roger Pla, Joan Sala Pedrós, Salvador Navarro, Eloi Espin, Maria Isabel Garcia Domingo, Guzman Franch, Josep Maria Badia.

Entre les innovacions que s'introduiran en el nou curs, destaquen les iniciatives de cooperació amb altres societats científiques.

És evident que la cirurgia representa una part molt important dins de l'armamentari de la sanitat però per la seva complexitat progressiva ha anat sacrificant parts de la seva independència per establir lligams de dependència cooperativa i sinèrgica amb altres especialitats. Aquest fet acceptat i desitjat per formar part de les relacions encaminades al bé comú de la sanitat i de la societat en general, no pot ser estrany a l'activitat d'una societat científica com la nostra.

Cal establir vincles de col·laboració, cal establir criteris multidisciplinaris de consens i cal recuperar l'esperit unitari de les societats científiques en la seva tasca en pro de la salut. Això s'havia fet fins ara dins de la normalitat de relacions que comporta i facilita l'existència, en el nostre país, d'una institució que aixopluga, sota un mateix paraigua, totes les societats científiques relacionades amb les ciències de la salut (l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears). Simplement a partir d'ara pretenem fer-ho regularment, com una missió més de la nostra societat, d'aglutinar esforços dirigits a objectius comuns.

Tot plegat sense perdre la personalitat pròpia que la Societat Catalana de Cirurgia ha tingut des dels seus inicis. Sense renunciar a una cultura i a una història on s'arrela una manera peculiar d'entendre la pràctica sanitària. Aquella que marca la forma de ser pròpia del cirurgià que, sense oblidar la perspectiva científica, aporta l'empirisme i la racionalitat d'una pràctica tan antiga com la humanitat, però que, lluny de tancar-se en si mateixa, s'obre a les aportacions d'altres cultures mèdiques que li aportin noves perspectives beneficiant-se mútuament del treball en equip.

Es farà de moment en sessions extraordinàries, que aquest any inclouran especialitats tan properes i necessàries com les de digestologia i cures intensives, però també amb l'administració pública i els seus programes de salut com és el cas dels responsables del Pla Oncològic de Catalunya.

Per altra banda també la SCC considera interessant col·laborar en la unificació de criteris entre els diferents serveis de cirurgia del país. Una bona manera de fer-ho és convocant a tothom a definir com haurien de ser les sessions en dos camps tan importants com són: la formació continuada, mitjançant la sessió bibliogràfica, i les sessions d'auditoria interna, començant per la revisió de la pròpia morbimortalitat. Cercant en la pràctica del debat i en l'exercici de la crítica el progrés comú i solidari de la cirurgia del país i, dins les nostres modestes possibilitats, de la humanitat en general.

La Junta