



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2007-2008

ÍNDIX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
LLIBRE COMMEMORATIU	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2007-2008	1
ÍNDIX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2006-07	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
SESSIONS ORDINÀRIES	7
PREMIS HONORÍFICS	31
PREMIS DE RECERCA	32
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT	33
PRESIDENTS ANTERIORS	34
CURS 2007-2008	35
JUNTA DE GOVERN	37
COMISSIÓ CONSULTIVA	38
PREMIS HONORÍFICS 2007	39
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2007	40
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2007	41
CENTRES COL·LABORADORS	42
INAUGURACIÓ DEL CURS 2007-2008	43
SESSIÓ INAUGURAL	44
PROGRAMA DE SESSIONS	45
CALENDARI DE SESSIONS	57
DOCUMENTS	59
MODELS DE QUALITAT	61
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2007	63
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2007	69
ELS HONORARIS PER PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS A LES MUTUALITATS ASSEGUADORES	73
CIRURGIA, MÈTODE CIENTÍFIC I PENSAMENT CRÍTIC	75

"IN MEMORIAM" FRANCESC MANUEL NOGUERAS	87
"IN MEMORIAM" ANGEL DÍAZ CASCÓN	89
CAP A UN MODEL COMPARTIT I UNITARI DE FORMACIÓ	91

MEMÒRIA DEL CURS 2006-07

SESSIÓ INAUGURAL

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

20:00h. Presentació
A. Sitges Serra

20:10h. Incorporació de nous membres associats:
Alcaide Quirós, Maria José
Castro Boix, Sandra
Escoll Rufino, Jordi
Farré Font, Roser
Garrido Romero, Marina
Hermoso Bosch, Judit
Jimeno Fraile, Jaime
Montmany Vioque, Sandra
Pérez López, Marta
Pérez Romero, Noelia
Troyano Escribano, Daniel

20:20h. Nomenament dels nous membres Numeraris:
Escuder Pérez, Jordi
Olona Casas, Carles

20'30h. Lliurament dels altres Premis
J. Sala Pedrós

Premi Carmen Benasco

Al treball titulat:

Maneig dels hematomes abdominals: evolució en els últims anys.

Alarcón JL, Verge J, Albiol J, Encinas X, Asensio A, Pérez X, Marco LM, Martí G,
Mayol S, Errando X, Chierichetti C, Ibáñez L, Serrano A.

**Premi XXV Congrés De La *Société Internationale de Chirurgie*,
Barcelona 1973**

Al treball titulat:

**Utilitat de l'estudi del gangli sentinella en el carcinoma de mama iniciant-se
mitjançant un servei de medicina nuclear extern.**

Segura M, Juncà V, Solsona J, Piqueras A, Puig S, Jimeno J, Pereira JA, Ortega M,
Fraile M, Vidal-Sicart S, Segura A, Maristany T, Ferrer F, Grande L.

20:35h. Lliurament dels diplomes del curs de formació continuada bàsica
Dr. Sitges Serra

20:40h. **Lliurament del Premi Virgili al Dr. Marià Ubach Servet**
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. John Smith
A. Sitges Serra

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

SOPAR DE CELEBRACIÓ

21:30h. Hotel Espanya

SESSIONS ORDINÀRIES

Dilluns, 9 d'octubre de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Bacteriologia quirúrgica: principals patògens i patògens emergents.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Pacient amb problema diagnòstic

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Nocions bàsiques en estadística. III. Estimacions. Estimació de paràmetres.

Error de l'estimació. Interval de confiança

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Fernández-Cruz L.

L'ESPAI DEL SOCI

1. La crisi vocacional en cirurgia

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. És lícita la laparoscòpia en el càncer colorectal a l'any 2006?

Delgado S, Momblán D, Almenara R, Bravo R, Ibarzabal A, Lacy AM. (Hospital Clínic de Barcelona)

3. Resultats del trasplantament clínic de pàncrees

Astudillo E, López-Boado MA, Rull R, González X, Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona)

4. Trasplantament hepàtic en l'adult procedent de donant viu a l'Hospital Clínic. Resultats en el receptor (2000-2006)

Fondevila C, Ferrer J, Calatayud D, Martí J, Corcelles R, Hessheimer A, Servin S, Charco R, Fuster J, García-Valdecasas JC. (Hospital Clínic de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Infecció greu de parts blanques .

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

Dilluns, 13 de novembre de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

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

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

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Pacient problema

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Roig J.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Els honoraris en cirurgia

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Cirurgia vídeo-assistida en el càncer gàstric. Experiència en una sèrie de 45 pacients

Roig J, Gironès J, Garsot E, Puig M, Falgueras L, Codina-Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona).

3. 120 reseccions hepàtiques consecutives a l'Hospital de Girona "Josep Trueta".

Figueras J, Lopez-Ben S, Codina-Barreras A, Albiol M, Juez I, Peláez I, Soriano J, Ortiz R, Planellas P, Codina-Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona.)

SESSIÓ MORBIDITAT I MORTALITAT

4. Cas Problema

Vallverdú H. (Hospital de Sant Boi)

CASOS CLÍNICS

5. Problemes clínics del carcinoma lobel·lar "in situ" de mama.

Tuca F, Pañella A, Alonso F, Pont J, Pérez E, López-Bonet E, Dorca J, Planellas P, Codina-Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

6. Condilomes acuminats multirecidivats.

Farrés R, Martín A, Pujades M, Olivet F, Codina-Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Dilluns, 11 de desembre de 2006

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Infeccions greus de parts blanques.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Pacient problema

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

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Suñol X.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Els honoraris en cirurgia

Garcia Valdecasas JC, Sitges Serra A.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Experiència en la implantació d'un circuit de diagnòstic ràpid de neoplàsia digestiva

Hernández Borlán R, Pou Sanchís E, Alcaide Garriga A, Moreno Solórzano J, Guerrero de la Rosa Y, Troya Díaz J, Vila Planas JM, Moreno Solórzano I, Pié García J, Martínez Ródenas F. (Hospital Municipal de Badalona)

3. Estudi de la prevalença de símptomes de reflux gastroesofàgic en pacients amb colelitiasi i postcolecistectomia

Del Bas M, López P, Feliu J, Bianchi A, Serra-Prat M, Palomera E, Clavé P, Suñol X. (Hospital de Mataró).

4. Traumatisme esplènic. Estudi de la funció esplènica des d'un punt de vista immunològic, isotòpic i hematològic en les diferents pautes de tractament rebut (tractament conservador, esplenectomia i autotrasplantament esplènic

Troya Díaz J, Martínez Cáceres E, Martínez Arconada MJ, Pachá González MA, Troyano Escribano D, Rodríguez Conde N, Salas Ubierno M, Pujol Borrell R, Xandri M, Millá F, Feliu E, Riba Jofré J, Fraile M, Roca J, Oller Sales B, Fernández-Llamazares J, Broggi Trias MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

5. Hèrnia estrangulada. Una patologia encara mortal en el segle XXI.

Pereira JA, Martínez-Serrano MA, Martínez-Vilalta M, Segura M, Juncà V, Solsona J, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

6. Trastorns motors del esòfag

Clavé P. (Hospital de Mataró)

Dilluns, 18 de desembre de 2006

20'00 hores

TAULA RODONA CONJUNTA

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

Coledocolitiasi: estat actual i controvèrsies

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

Ha disminuït la coledocolitiasi amb el desenvolupament de la colecistectomia laparoscòpica?

Domingo J. (Hospital de Figueres).

Colangioproressonància nuclear magnètica (CRNM): Ha complert les expectatives?

Pernas JC. (Hospital de Sant Pau de Barcelona).

El punt de vista del cirurgià.

Domingo J, Cugat E.

Colangiopancreatografia retrògrada endoscòpica (CPRE) i esfinterotomia endoscòpica (EE): quins son els límits i les indicacions d'elecció

Panadès A. (Hospital del Mar de Barcelona)

Abordatge laparoscòpic. Opcions tècniques

Cugat E. (Hospital Mútua de Terrassa).

De quines dades basades en evidències disposem al 2006?

Targarona EM. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Dilluns, 8 de gener de 2007

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Peritonitis secundària i postoperatòria. Abscessos intraabdominals.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Cas Clínic Didàctic

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Lectura crítica d'un article 1

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Rodríguez J.

L'ESPai DEL SOCI

1. Els honoraris en cirurgia

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Lesions inadvertides en el malalt politraumàtic

Montmany S, Navarro S, Rebasa P, Luna A, Hermoso J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

3. Reconstrucció mamària. On estem i on anem

Rodríguez Alsina X, Camps J, Sanchez Cabús S, Garcia Domingo MI, Garcia Olivares E, Hoyuela C, Martí M, Veloso E. (Hospital Mútua de Terrassa)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

4. Pancreatectomia distal

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

CASOS CLÍNICS

5. Fibromatosis agressiva retroperitoneal

Salvans F, Arner AM, Bonfill J, Muñoz-Ramos C, Roura J, Pérez G, Garcia Sanpedro A. (Hospital General de Catalunya)

6. Ampullectomia transduodenal. Una cirurgia infreqüent

Mato R, Oms L, Sala J, Güell D, Campillo F. (Hospital de Terrassa)

Dilluns, 12 de Febrer de 2007

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. 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

2. Cas Clínic Didàctic

Garcia Domingo MI. (Hospital Mútua de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Trias M.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Els honoraris en cirurgia

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Factors anatòmics i patològics amb capacitat predictiva de conversió i evolució postoperatòria en l'abordatge laparoscòpic del càncer de recte

Targarona EM, Balague C, Pernas JC, Martínez C, Garriga J, Pallares JL, Berindoague R, Hernández P, Alonso V, Vich I, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona)

3. Ressecabilitat del càncer de pàncrees. Correlació amb el CA 19.9 corregit mitjançant la bilirubina sèrica

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

4. Tractament pal·liatiu amb "Stent" i quimioteràpia neoadjuvant en la neoplàsia de còlon disseminada i posterior abordatge laparoscòpic.

Balague C, Targarona EM, Marcuello E, Martínez C, Marín J, Garriga J, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Adenoma de paratiroides

Sitges A. (Hospital del Mar de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

6. Neoplàsia poc freqüent de la paret abdominal.

Galofré G, Martí I, González S, Lluís J, Arumí M, Pueyo J. (Hospital de la Creu Roja de Barcelona)

Dilluns, 12 de març de 2007

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

1. Principis d'antibioticoteràpia profilàctica i terapèutica.

Badia JM. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Cas Clínic Didàctic

Badia JM. (Hospital de Granollers)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Lectura crítica d'un article (2)

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Del Castillo D.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Cas clínic i legal

Pérez L, Sitges Serra A. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Cirurgia tiroïdal ambulatoria

Moreno P, Francos JM, García Ruiz de Gordejuela A, Bosch A, Rafecas A. (Hospital Universitari de Bellvitge)

3. Tractament quirúrgic de la hidatidosi hepàtica. Experiència dels últims 10 anys a l'Hospital Universitari de Bellvitge.

Ruiz de Gordejuela AG, Lladó L, Altet J, Losa L, Comí S, Torras J, Busquets J, Borobia FG, Jorba R, Ramos E, Fabregat J, Rafecas A. (Hospital Universitari de Bellvitge)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

4. Comentari d'un article

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

CASOS CLÍNICS

5. La teràpia de pressió negativa (VAC Therapy) en la cura de les ferides complexes

Caubet E, Marsal F, Carbajo E, Gonzalez M, Garcia M. (Hospitals de Santa Tecla de Tarragona i El Vendrell)

6. Actitud quirúrgica en dos casos de GIST localment avançat, en tractament neoadjuvant

Palacín Luque J, Gómez Quiles L, Corbella Jacob E, Martínez Casals M, Vicente Colomer JM. (Pius Hospital de Valls)

Dilluns, 19 de març de 2007

20'00 hores

TAULA RODONA CONJUNTA

Societat Catalana de Medicina Intensiva
Societat Catalana de Cirurgia

INFECCIÓ GREU I XOC SÈPTIC

Moderador: Guirao X. (Hospital General de Granollers)

“*Early Directed Goal Therapy*”: Detecció precoç i reanimació de la infecció greu: Fonaments i estat de la seva aplicació

Artigas Raventós A. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

Bases del tractament antibiòtic empíric en la infecció greu del pacient quirúrgic

Guirao X. (Hospital General de Granollers)

Nous avenços i optimització de les mesures a la unitat de cures intensives en el tractament de la infecció greu: “*Survival Sepsis Campaign*”

Garro P. (Hospital General de Granollers)

Problemes nutricionals en el pacient quirúrgic amb infecció greu

Franch-Arcas G. (Hospital General de Granollers)

Cas clínic alligador

Moderador: X Guirao, amb participació de ponents i audiència.

Dimarts, 17 d'abril de 2007

18'00 hores – Sala 3

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

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

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Cas Clínic

Franch G. (Hospital de Granollers)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

20'00 hores – Sala 10

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Pla R.

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

1. Anatomia del sòl pèlvic

López Negre JL. (Hospital de Sant Boi)

TEMA MONOGRÀFIC

2. Avaluació del procediment terapèutic i els seus resultats en oncologia digestiva.

Almazán C, Tebé C, Espallargues M, Alomar S, Sánchez E, Pons JMV, Pla R, Borràs JM.

Presentació i Moderació: Pla R. (Oficina de Coordinació de Plans Directors i Planificació Operativa)

Dilluns, 14 de maig de 2007

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

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

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

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Cas Clínic Didàctic

Caballero F. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. 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), Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Sitges-Serra A.

L'ESPAI DEL SOCI

1. Tema d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

2. Anàlisi de la mortalitat, com a eina de millora de la qualitat assistencial, en un Servei de Cirurgia General.

Romaguera A, Castro J de, Quer X, Guixà M, Cozar J, Molinas J, Palau T, Belloso N, Ruiz C, Dardano A, Caralt E de.

3. Tècniques de reconstrucció immediata en la cirurgia del càncer de mama

Solernou L, Martí E, Culell P, Tarazona J, Rubio JM, Montes T. (Althaia - Xarxa Assistencial de Manresa)

4. Milloria de la qualitat de vida després de paratiroidectomia subtotal en pacients amb hiperparatiroidisme secundari

Jimeno J, Barbosa F, Prieto R, Sancho JJ, Sitges-Serra A. (Hospital Universitari del Mar)

5. Rehabilitació multimodal en cirurgia electiva colorectal. Disminució de les complicacions postoperatòries i l'estada hospitalària. Resultats en els 100 primers malalts.

Gil-Egea MI, Martínez MA, Garcia M, Lasso C, Trillo L, Montes A, Herms R, Marin M, Pera M, Grande L. (Hospital Universitari del Mar)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

6. Preparació quirúrgica del còlon .Estat Actual .

Ortiz H. (Hospital de Navarra).

Dilluns, 11 de juny de 2007

18'30 hores

ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Verge J.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Tractament laparoscòpic de l'acalàsia.

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

2. L'ecografia endorectal 10 anys després.

Vallverdú H, Urgellés J, Gris P, Lopez Negre JL, Comajuncosa J. (Hospital de Sant Boi)

3. Tumors neuroendocrins gastrointestinals (GIST): actualització

Ney JL, González V, Sala J, Ortiz de Zarate L, Mas J. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

4. Tractament actual del melanoma

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

CASOS CLÍNICS

5. Perforació del colon després de colonoscòpia: cirurgia o actitud conservadora.

Castellví J, Espinosa J, Gil V, Vallet J, Sueiras A, De Ramon B, Galera MJ, Ortiz C i Pí F. (Hospital de Viladecans)

Dilluns, 09 de juliol de 2007

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadors: Badia JM, Espin E.

FISIOPATOLOGIA

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

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

2. Cas Clínic Didàctic

Oms L. (Hospital de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

3. Lectura crítica d'un article (4)

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Moderador: Armengol M.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Estudi del tractament dels pacients amb càncer de recte, des de l'establiment d'una Unitat de Cirurgia Colorectal: factors pronòstics de morbiditat i recidiva local

Lozoya R, Lopez Cano M, Espin E, Sánchez JL, Vallribera F, Vilallonga R, Villalobos R, Mañas MJ, Señuque M, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

2. Tumors "de novo" després del trasplantament hepàtic.

Bilbao I, Dopazo C, Sapisochin G, Lázaro JL, Escarpín A, López I, Balsells J. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

3. Experiència amb els tumors neuroendocrins de pàncrees

Olsina JJ, Caralt M, Naval J, Balsells J, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

4. Qüestionari postal en el seguiment de l'eventració

Villalobos Mori R, Vilallonga Puy R, Lozoya Trujillo R, Sánchez García JL, Vallribera Valls F, Armengol Carrasco M, López Cano M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Tancament de la paret abdominal

Miró D. (Hospital de Sant Celoni)

CASOS CLÍNICS

6. Fascitis necrotitzant per neoplàsia de còlon perforada

Pelayo A, Fermiñán A, Sierra E, de la Fuente MC, Martínez M, Herrerias F, Pérez L.
(Hospital Arnau de Vilanova de Lleida).

PREMIS HONORÍFICS
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Premi Virgili:

Dr. Marià Ubach i Servet

Premi Gimbernat:

Dr. John Smith

PREMIS DE RECERCA

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
REUNIÓ DELS TRIBUNALS
CURS 2006-07

Premi “XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973”: Dotat amb 1800 €. Dia 26-9-2006 a les 19 h.: Dr. Antoni Sitges Serra (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. R. Martí Pujol, Dr. Eduard Basilio Bonet, Dr. Roger Pla i Farnós

Utilitat de l'estudi del gangli sentinella en el carcinoma de mama iniciant-se mitjançant un servei de medicina nuclear extern.

Segura M, Juncà V, Solsona J, Piqueras A, Puig S, Jimeno J, Pereira JA, Ortega M, Fraile M, Vidal-Sicart S, Segura A, Maristany T, Ferrer F, Grande L.

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 €. Dia 26-09-2006 a les 19 h. 15': Dr. Antoni Sitges Serra (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa, Dr. Salvador Navarro Soto, Dra. Maria Isabel Garcia Domingo.

Maneig dels hematomes abdominals: evolució en els últims anys.

Alarcón JL, Verge J, Albio J, Encinas X, Asensio A, Pérez X, Marco LM, Martí G, Mayol S, Errando X, Chierichetti C, Ibáñez L, Serrano A.

Premi Corachan: Dotat amb 600 €. Dia 26-09-2006 a les 19 h. 30': Dr. Antoni Sitges Serra (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Josep Maria Badia Pérez, Dr. Guzman Franch Arcas, Dr. Eloi Espin Basany

Declarat Dessert

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**ANTERIORES 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 Luis 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 Llauradó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	Joan Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisès 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	Lino Torre Eleizegui	Louis. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Ángel 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)
2006	Marià Ubach i Servet	John Smith (Regne Unit)

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

CURS 2007-2008

INAUGURACIÓ

18 d'octubre de 2007

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Antoni Sitges Serra

Vice-president

Joan Sala Pedrós

Secretari

Ferran Caballero i Mestres

Tresorer

Salvador Navarro i Soto

Vice-secretari

Eloi Espin i Basany

Vocal primer

Maria Isabel Garcia i Domingo

Vocal segon

Francesc Espin i Álvarez

Vocal *ad hoc* responsable de la web

Guzman Franch i Arcas

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Jordi Olsina i Pavia
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 i Molina
Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Roger Pla i Farnós
Joan Sala i Pedrós



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2007

PREMI VIRGILI

Dr. JUAN MANUEL BELLÓN CANEIRO

PREMI GIMBERNAT

Dr. HENRIK KEHLET

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2007

PREMI MANUEL CORACHAN

Al treball que porta per títol:

“Milloria de la qualitat de vida després de paratiroidectomia subtotal en pacients amb hiperparatiroidisme secundari”

Jimeno S, Barbosa F, Prieto R, Girvent M, Sancho JJ, Sitges Serra A.

Accèsits "ex aequo" als treballs que porten per títol:

"Cirurgia videoassistida en el càncer gàstric. Experiència en una sèrie de 45 pacients"

Roig J, Gironès J, Garsot E, Puig M, Falgueras L, Codina Cazador A.

i

"Factors anatòmics i patològics amb capacitat predictiva de conversió i evolució postoperatòria en l'abordatge laparoscòpic del càncer de recte"
Targarona EM, Balagué C, Pernas JC, Martínez C, Pallarès JL, Hernández P, Gich I, Trias M.

PREMI CARMEN BENASCO

Al treball que porta per títol:

“Resultats del tractament de les colecistitis agudes en 4 hospitals catalans ”

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

Al treball que porta per títol:

“Adenomes paratiroidals de localització intratiroidal: drets i baixos”

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2007

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

Abellán Lucas, Miriam (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
Balsach Solé, Anna (Hospital de Terrassa)
Biel Arrufat, Alejandro (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)
Blanco Blasco, Santiago (Hospital de Sant Joan de Reus)
Botey Fernández, Mireia (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)
Camps Lasa, Judith (Hospital Mútua de Terrassa)
Caro Tarragó, Aleidis (Hospital Joan XXIII de Tarragona)
Estalella Mercadé, Laia (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
Fernández Alsina, Enric (Hospital de Bellvitge)
Mañas Gómez, Maria José (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)
Membrilla Fernández, Estela (Hospital del Mar de Barcelona)
Morandeira Rivas, Antonio (Hospital de Sant Joan de Reus)
Planellas Giné, Pere (Hospital Josep Trueta de Girona)
Prenafeta Claramunt, Núria (Hospital de Sant Pau de Barcelona)
Pulido Martínez, Laura (Hospital de Mataró)
Salvans Ruiz, Sílvia (Hospital del Mar de Barcelona)
Sánchez Cabús, Santiago (Hospital Mútua de Terrassa)

Pendants de recollir diploma i medalla del curs passat:

Espin Álvarez, Francesc (Hospital de Mataró)
García Ruiz De Gordejuela, Amador (Hospital de Bellvitge)
Medarde Ferrer, Meritxell (Hospital Universitari Vall d'Hebron)
Secanella Medayo, Lluís (Hospital De Bellvitge)

NOUS MEMBRES NUMERARIS

Espinosa Cofino, José Carlos (Hospital de Viladecans)
Martí Gallostra, Marc (Hospital Mútua de Terrassa)
Parés Martínez, David (Hospital del Mar de Barcelona)
Roura Onaindia, Jordi (Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès)
Vicente Guillen, Vicente (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

Pendants de recollir diploma i medalla del curs passat:

Franco Martínez, José Manuel (Hospital De Bellvitge)
Sánchez Santos, Raquel (Hospital De Bellvitge)

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 Campdevànoil
 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 Arnao 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 2007-2008

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, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2007* al Dr. Juan Manuel Bellón Caneiro i del *Premi Gimbernat 2007*, al Dr. Henrik Kehlet. 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.

Barcelona, 1 de setembre de 2007.

A. Sitges Serra
President

J. Sala Pedrós
Secretari



SESSIÓ INAUGURAL

Dia 18 d'octubre de 2007

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. Juan Manuel Bellón Caneiro
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. Henrik Kehlet
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

8 d'octubre 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

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 de Sabadell)

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

Interval entre diagnòstic i tractament en les neoplàsies digestives. Rellevància clínica.

Porta M. (Institut Municipal d'Investigació Mèdica IMIM - Barcelona)

12 de novembre de 2007

- 18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Síndrome compartimental abdominal.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

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)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Valor de la tomografia computeritzada (TC) en la pancreatitis aguda greu .

Codina Barreras A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

26 de novembre de 2007

9 h. Curs de Bioètica per a Cirurgians: SALA 3

Canvis en la professió. Objectius, deures i responsabilitat. L'atenció. Beneficència i no maleficència. La confiança en cirurgia.

Drets dels pacients. Expectatives i límits. Equitat i prioritització. El respecte a l'autonomia personal. Models de relació clínica.

Consentiment informat (CI). La no acceptació. La urgència. El CI escrit i circuits.

Tècniques de comunicació. Informació personalitzada. La família. L'equip i la informació.

Capacitat de decisió del pacient. Decisions per representació. Directrius prèvies. Sedació i limitació de tractament.

Conflictes ètics. Estudi de casos i metodologia de deliberació.

Confidencialitat. La història clínica.

Moderadors: Broggi MA, Barja X.

20 h. Sessió extraordinària: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Societat Catalana de Farmàcia, Societat Catalana de Cirurgia

Nutrició parenteral perifèrica

Moderador: Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

10 de desembre de 2007

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Nocions bàsiques d'oncogènesi. Genètica tumoral.

Capella G.

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Nocions bàsiques en estadística. Estadística multivariant: Per a què serveix?

Regressió lineal múltiple. Regressió logística. Cox

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

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. J. Fernández-Llamazares, Dr. F. Martínez, Dr. X.

Sunyol, Dr. P. Puig, Dr. J. Valverde)

(Coordinador: Dr. Sunyol)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tractament de les metàstasis hepàtiques dels tumors neuroendocrins.

Ramos E. (Hospital de Bellvitge)

14 de gener de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Principis de cirurgia oncològica. Cirurgia curativa i pal·liativa. Extensió ganglionar. Estadificació.

Artigas V. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Presentem els resultats del nostre estudi. Detecció de les principals trampes a l'hora de presentar resultats d'estudis científics.

Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

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)

(Coordinator: Dr. Navarro)

SESSIÓ MORBIDITAT I MORTALITAT

Cas Problema

Martínez F. (Hospital Municipal de Badalona)

Moderador: Sitges A. (Hospital del Mar de Barcelona)

11 de febrer de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Concepte, dinàmica i ús dels principals marcadors tumorals d'ús en cirurgia oncològica.

Martínez F. (Hospital Municipal de Badalona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Anàlisi i interpretació dels resultats dels assajos clínics. Significació estadística o significació clínica? Interpretació dels resultats. Extrapolacions. Validesa interna i externa. Extrapolació a partir d'experimentació animal

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

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)

(Coordinador: Dr. M. Trias)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cirurgia del control de danys (*Damage control surgery*).

Navarro S. (Hospital Parc Tauli de Sabadell)

25 de febrer de 2008

9 h. Curs de Gestió Clínica i Qualitat Assistencial per a Cirurgians: SALA 3

Importància de la gestió clínica com a forma d'assumir les decisions d'utilització de recursos per part dels professionals.

Indicadors assistencials.

La gestió de processos assistencials. Importància de la protocolització de processos en vies clíniques (*clinical pathway*), el paper dels sistemes d'informació clínica i dels sistemes de classificació de pacients (GRD's).

El pla de qualitat d'un servei clínic. Les comissions clíniques. El model europeu d'excel·lència per a la gestió de la qualitat total (European Foundation Quality Management).

Els costos del sistema sanitari. La limitació de recursos i l'eficiència en les actuacions mèdiques.

Moderadors: Grande L, Suñol X.

20 h. Sessió extraordinària: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Clínica del Dolor, Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, Societat Catalana de Cures Intensives, Societat Catalana de Cirurgia

Atenció al pacient politraumatitzat

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

10 de març de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Principis bàsics del tractament del càncer amb radioteràpia i quimioteràpia.

Tabernero JM. (Hospital de la Vall d'Hebró de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Regles per llegir articles científics. 10 regles bàsiques per llegir críticament un article científic.

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

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)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Maneig de les fistules aortoentèriques.

Miralles M. (Hospital La Fe de València)

14 d'abril de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Qualitat de vida. Principis de mesura i circumstàncies d'aplicabilitat als pacients quirúrgics.

Jimeno J. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica d'un article

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Simulació virtual de la regió inguinal .

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

SIMPOSI

Urgències en Cirurgia

Moderador: Caballero F. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

19 de maig de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Predicció del risc quirúrgic: principals barems d'avaluació del risc i la seva implementació en la presa de decisions

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica d'un article

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

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

Hospital General de Mollet

Hospital de Sant Celoni

Hospital de Sant Bernabè de Berga

Hospital de Puigcerdà

(Comissió Organitzadora: Dr. L. Grande, Dr. J. Caballé, Dr. E. Caralt, Dr. J.M^a Badia, Dr. J. Segura, Dr. D. Miró, Dr. C. Riera)

(Coordinador: Dr. L. Grande)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

9 de juny de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Limitació de la reserva funcional: cirurgia en els pacients d'edat avançada i amb patologia multisistèmica

Sitges A. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

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 de Barcelona)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Baix Llobregat, Anoia

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

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tècniques quirúrgiques bàsiques en cirurgia bariàtrica.

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

14 de juliol de 2008

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Maneig de l'error en cirurgia

Rebasa P, Verdú E.

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica d'un article

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

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

Espeitau d'era Val d'Aran de Vielha

(Comissió Organitzadora: Dr. Armengol, Dra. Lahuerta, Dr. Pérez, Dr. Rodamilans,
Dr. Greoles, Dr. Ullés, Dr. Gómez, Dr. Beltran)

(Coordinador: Dr. Espin)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Càncer colorectal hereditari .

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

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
8 d'octubre de 2007	Sala 3	<u>Barcelona</u>	Hospital Clínic de Barcelona
12 de novembre de 2007	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
25 de novembre de 2007	Sala 3	<u>General</u>	Curs de Bioètica en Cirurgia. Sessió extraordinària: Nutrició parenteral perifèrica, conjuntament amb la Societat Catalana de Farmàcia.
10 de desembre de 2007	Sala 3	<u>Barcelonès Nord</u> i <u>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
14 de gener de 2008	Sala 3	<u>Vallès Occidental</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
11 de febrer de 2008	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
25 de febrer de 2008	Sala 3	<u>General</u>	Curs de Gestió Clínica i Qualitat Assistencial en Cirurgia. Sessió extraordinària: Atenció al pacient politraumatitzat, conjuntament amb les societats catalanes d'Anestesiologia, Reanimació i Clínica del Dolor, de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, i Cures Intensives.
10 de març de 2008	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
14 d'abril de 2008	Sala 3	<u>General</u>	SIMPOSI: Urgències.
19 de maig de 2008	Sala 3	<u>Barcelona,</u> <u>Vallès Oriental,</u> <u>Osona,</u> <u>Bages,</u> <u>Berquedà,</u> <u>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
9 de juny de 2008	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
14 de juliol de 2008	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 Quínta 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 o més actualitzada, consultar les webs: <http://www.sccirurgia.org> , o bé <http://www.acmcb.es/societats/cirurgia/index.htm>

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2007

Barcelona, 18 d'octubre de 2007

MODELS DE QUALITAT

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

Durant el passat curs 2006-07 s'ha continuat amb el sistema de sessions encetat en el període anterior. En l'espai titulat el Racó del Soci s'ha parlat del següent tema puntuat, per ordre de major a menor interès, en l'enquesta realitzada sobre les preocupacions dels cirurgians: els honoraris mèdics. A partir d'aquí, s'ha elaborat un document de consens que es presenta en el Llibret commemoratiu d'enguany.

La introducció de les sessions bibliogràfica i de morbimortalitat ha estat un pas endavant en la creació de models de qualitat en la realització de les sessions dels serveis de Cirurgia i de participació.

Per altra banda el desig de millorar constantment ens ha dut a limitar les comunicacions orals presentades al Congrés Català de Cirurgia, per tal de fer les sessions més interessants, més participatives i més útils, fugint de les sessions minoritàries amb assistència només dels ponents. Aquesta limitació ha suposat una reducció del nombre de les comunicacions orals, però esperem que sigui també un estímul per millorar el nivell de les comunicacions que es presentin en saber que hauran de competir per poder ser acceptades.

Aquest esperit d'autoexigència informa també les sessions ordinàries, en l'espai destinat a comunicacions lliures o casos clínics en el qual les simples revisions bibliogràfiques no hi tenen cabuda. En tot cas es poden acceptar a l'espai destinat a actualitzacions i temes de tècnica quirúrgica en els quals l'opinió personal basada en l'experiència pròpia pot ser d'interès general i, realment, així ho fa la Junta encarregant la revisió de temes a coneguts experts que poden aportar valor afegit a la simple revisió. Les comunicacions ordinàries han d'estar basades en estudis observacionals i d'auditoria o experimentals propis, seguint les normes del mètode científic i amb l'objectiu d'aportar nou coneixement.

La crítica racional, és a dir basada en experiències objectives, metodològicament correctes i que aporten alternatives a les teories desfasades pel coneixement de noves evidències, ha de ser un dels continguts irrenunciables de les sessions de la SCC al qual tots hi hauríem de col·laborar, dins del respecte a les persones concretes però sense que l'excés de moderació faci perdre l'autèntic sentit dialèctic de controvèrsia propi de tota comunitat científica.

Aquest ha esta l'autèntic esperit de la cirurgia científica catalana de sempre com ho demostren les actes del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona que es conserven dels segles XVIII i XIX i que amb l'ajuda de tots podran ser recuperades i publicades aviat.

Com sempre enfortint les arrels en el passat per projectar-nos amb més força cap al futur.

La Junta.

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2007

DISEÑO DE NUEVOS MÉTODOS DE CIERRE DE LAPAROTOMÍAS EN LA LÍNEA MEDIA EMPLEANDO MATERIALES PROTÉSICOS. APLICABILIDAD EN LA PREVENCIÓN DE HERNIAS INCISIONALES

Prof. Juan Manuel Bellón Caneiro
Departamento de Cirugía – Universidad de Alcalá

Introducción

A pesar de los avances en la cirugía laparoscópica, que emplea accesos a la cavidad abdominal mínimos, las laparotomías siguen siendo procedimientos muy frecuentes en la práctica diaria de muchas especialidades quirúrgicas. Un tanto por ciento nada desdeñable de estas laparotomías, generan hernias incisionales o eventraciones que requieren nuevas cirugías sobre los pacientes, conllevando todo ello un gasto sanitario importante y una no menos importante repercusión sociolaboral.

Una de las aperturas más empleadas desde el punto de vista técnico-quirúrgico en el abdomen, es la laparotomía media. Son obvias, las ventajas que ofrecen las aperturas transversas (menos dolor, menor incidencia de hernia incisional, mayor tolerancia respiratoria) [1], sin embargo, la laparotomía media, sigue manteniendo una importante indicación en casos de cirugía digestiva y vascular (especialmente aórtica), trauma, y diagnóstico incierto de patología intraabdominal. Esta laparotomía se puede realizar de una forma rápida, permite una extensión proximal o distal según las necesidades particulares de cada caso, pudiendo por tanto ser ampliada fácilmente. Por otro lado, es más exangüe que la laparotomía transversa y finalmente aporta un buen campo quirúrgico.

Su realización requiere la apertura de la línea alba. Esta región anatómica es una zona de intersección de fibras aponeuróticas, pudiendo presentar variaciones anatómicas importantes (ej. entrecruzamiento simple de las fibras que la componen, en lugar de doble o triple entrecruzamiento) [2,3]. En recientes estudios [4,5], han sido descritas otras variaciones anatómicas, con resistencias mecánicas diferentes según la altura a la cual se realicen los ensayos biomecánicos. En cualquier caso, dadas estas variables, esta zona media es una zona débil de la pared anterior del abdomen.

La incidencia de eventración (2-16%/20% de todas las laparotomías) [6], permanece en la última década sin variaciones, a pesar de las numerosas variantes técnicas y de las modificaciones en la composición (absorbible vs no absorbible) de los materiales de sutura.

Por todo ello sería necesario, concretamente en algunos cierres de laparotomías de alto riesgo, y en aquellos casos de cicatrización comprometida, diseñar un método que reforzara dichos cierres, y que ayudará al proceso cicatricial a ser lo más óptimo posible.

Metodología, hipótesis de trabajo y diseño experimental

Dada la trascendencia del cierre de las laparotomías tras cirugía abdominal, se impone el desarrollo de mejoras en estos cierres que no insistan en los parámetros clásicamente mencionados (tipo de apertura en la cavidad abdominal, tipos de sutura a emplear y variedades técnicas de aplicación de las mismas), sino en métodos que supongan conceptos nuevos en el proceso de lesión-reparación.

En el presente estudio, pretendemos demostrar la mejora en el cierre laparotómico, incluyendo entre los bordes de la apertura parietal en la pared anterior del abdomen, un biomaterial, que estimule la proliferación del tejido conectivo y que con ello mejore la resistencia biomecánica de la herida operatoria.

La ubicación de un material tipo polipropileno o bien de lenta absorción, diseñado en forma de V o de T invertida, y que quede situado e incluido entre los bordes de la incisión, tiene como objetivo crear en el rafe medio una zona “seudo-tendinosa”, desarrollando así un nuevo concepto de cierre abdominal.

La obtención de resistencias biomecánicas próximas a controles basales, supondría probablemente un avance y podría reducir significativamente el índice de disrupciones en la línea media, con la consiguiente disminución de eventraciones. Por todo ello el planteamiento de hipótesis de nuestro trabajo ha sido :

¿Es realmente suficiente el cierre laparotómico a nivel de la línea alba con una sutura?

¿Podríamos mejorar la resistencia biomecánica incluyendo en la zona de apertura un material protésico?

Diseño experimental. El animal utilizado fue el conejo blanco Nueva Zelanda de 2.500 gr de peso. Creemos que es el idóneo por su sensibilidad hacia el material extraño, además de ser ideal para el diseño técnico quirúrgico que pretendemos realizar. El biomaterial fue básicamente el polipropileno.

El diseño de la prótesis fue en forma de V, con dos lados de una amplitud en cada lado de 0.5 mm y un vértice romo. También se diseñó otra prótesis en forma de T. En esta última, dada la colocación de la rama horizontal en contacto con el peritoneo visceral, se añadió un biomaterial laminar de politetrafluoroetileno expandido (PTFE), que actuó de barrera para evitar las adherencias peritoneales.

La laparotomía fue sobre la línea alba y tuvo una longitud total de 7 cm y estuvo localizada en su extremos superior a unos tres centímetros del apéndice xifoides. Previa anestesia de los animales, se realizó la apertura del abdomen y se ubicó la prótesis en V de polipropileno entre los bordes de la incisión quedando incluida en los mismos. El vértice de la V queda orientado hacia la vertiente peritoneal. De igual forma se hizo con la prótesis en T, quedando la rama horizontal colocada hacia la vertiente del peritoneo visceral. La fijación de la prótesis se realizó con sutura continua de polipropileno 4/0. El procedimiento técnico fue realizado siempre por el mismo cirujano. Los tiempos de estudio fueron 3, 6 semanas y 6 meses.

Se constituyeron los siguientes grupos : I) Polipropileno V (PV) - *Grupo Control (LA)* (n=15). Animales no sometidos a cirugía; *Grupo I* (n= 24) : Animales en los que el cierre de la laparotomía se realiza con una sutura continua de polipropileno; *Grupo II* (n= 24) : Animales en los que se implanta la prótesis en V como refuerzo del cierre de la laparotomía; Prótesis en T (compuesta) Polipropileno + ePTFE (PT) a) *Grupo I* (n= 24) - animales en los que se implanta la prótesis en T.

Se llevaron a cabo estudios de microscopia óptica, electrónica de barrido e inmunohistoquímica. Los estudios biomecánicos fueron realizados en un aparato INSTRON (Instron Corp., Cartón, MA) (frame F-DM-H 1072; console TT-DM-1118). Se tomaron tiras de 2 cm de ancho siendo sometidas a carga de tracción.

El estudio estadístico se efectuó empleando el test de la U de Mann-Whitney.

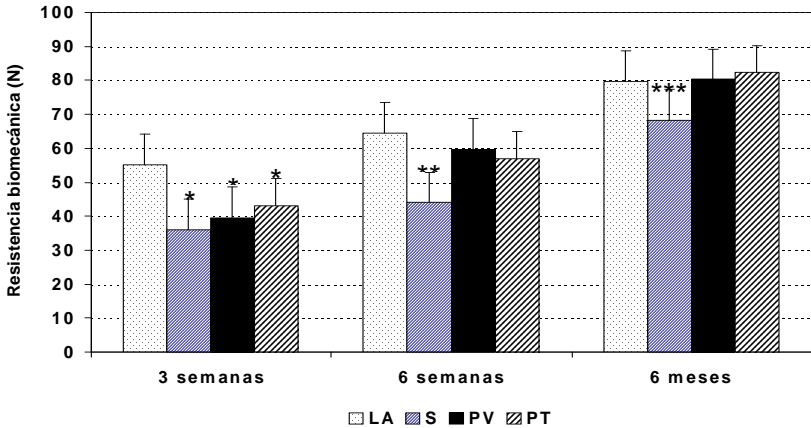
Resultados

A las tres semanas del cierre laparotómico, en el grupo *PV* la prótesis aparecía perfectamente integrada en un tejido cicatrizal rico en fibras de colágeno, que se disponían concéntricamente a los hilos de la prótesis, existiendo una abundante celularidad formada fundamentalmente por fibroblastos y con una marcada angiogénesis. Se observaron células macrofágicas y células gigantes de cuerpo extraño. A las seis semanas, el comportamiento fue muy similar al observado en el estadio anterior, con una mayor formación de tejido cicatrizal, más fibroso, ordenado y homogéneo, e intensamente vascularizado.

A los seis meses, al igual que en los tiempos anteriores de estudio, la línea alba muestra un espesor y una anchura mucho mayores que en los demás grupos, debido al tejido cicatrizal neoformado. Dicho tejido se ha desarrollado en el interior de la prótesis, aparece irrigado por multitud de vasos sanguíneos y con abundantes fibras de colágeno que han adquirido un alto grado de compactación.

En el grupo *PT*, se observó a las tres semanas del cierre, y en la zona medial, la formación de un tejido cicatricial denso. El comportamiento del polipropileno era típico, con fibras de disposición concéntrica respecto a los diferentes filamentos. La vertiente peritoneal, estaba formada por un mesotelio típico recubriendo el PTFE. A los seis meses el tejido neoformado era significativamente más abundantes y compacto a nivel de la rama vertical de la T. La reacción de cuerpo extraño fue similar a los cierres de *PV*.

El estudio biomecánico evidenció valores de resistencia a la tracción similares a controles, en los cierres efectuados con PV y PT a las seis semanas y a los seis meses. Se evidenció una ganancia de resistencia entre las tres semanas y las seis semanas y las seis semanas de cierre con estas dos prótesis, en relación a la sutura sola.



	3 semanas	6 semanas	6 meses
Linea alba (control)	55.14±6.56	64.60±8.80	79.55±11.46
Sutura PP	36.11±3.75*	43.99±4.17**	68.23±8.48***
Prótesis V PP	39.53±6.47*	59.69±8.76	80.25±11.60
Prótesis en T	43.19±8.92*	56.96±10.94	82.25±7.60

Test U Mann-Whitney (**, ***, p<0.05).

*Diferencias estadísticamente significativas entre LA vs. S, LA vs. PV y LA vs. PT a las 3 semanas (p<0.05);

**Diferencias estadísticamente significativas entre LA vs. S, PV vs S, y PT vs. S a las 6 semanas (p<0.05);

*** Diferencias estadísticamente significativas entre LA vs. S, PV vs. S y PT vs. S a los 6 meses (p<0.05).

COMENTARIOS

Hasta el momento actual toda la investigación realizada sobre el cierre de laparotomías, se basaba en el empleo de diferentes tipos de suturas, reabsorbibles o no, y en principios técnicos – sutura continua o a puntos sueltos, suturas de retención o en masa - que perseguían obtener un óptimo proceso reparativo y una buena contención postoperatoria de la pared abdominal. Estas aportaciones no han conseguido disminuir la incidencia de eventraciones. Ello plantea la necesidad de

llevar a cabo nuevos diseños de cierre de la pared abdominal que obtengan una eficacia demostrable y que puedan disminuir la incidencia de procesos herniarios postoperatorios.

¿Cómo podríamos llevar a cabo una mejora en el cierre de las laparotomías?

El empleo de biomateriales en los últimos años, en la reparación de defectos herniarios primarios o recidivados, ha ido demostrando, su eficacia en el tratamiento quirúrgico de estos procesos. ¿Por qué no emplear un biomaterial que permita reforzar de una forma sencilla y fácil el cierre de una laparotomía?.

Teniendo en cuenta que las laparotomías longitudinales y sobre todo las de la línea media, son las que presentan mayor riesgo de ocasionar una eventración, hemos diseñado una prótesis en forma de V y o T, de un biomaterial de máxima integración tisular, el polipropileno, para incluirla en la incisión de la fascia y de esta forma mejorar la resistencia biomecánica del cierre.

Los estudios experimentales llevados a cabo, sobre la línea alba, han demostrado que este modelo es altamente eficaz. En pocos procesos cicatriciales se puede igualar la fuerza tensil de los tejidos naturales. Con el implante de la prótesis en V y en T, a las seis semanas ya se consiguen alcanzar valores basales. Ello persiste a los seis meses del cierre. Además, existe una ganancia de resistencia en las primeras semanas, que se mantiene de forma exponencial a lo largo de todo el estudio.

En conclusión, los resultados obtenidos revelan que el comportamiento del cierre de laparotomías medias, reforzado con una estructura de tipo protésico, permite alcanzar valores similares a la resistencia de la línea alba. Este método podría ser empleado no solamente en pacientes con cicatrización comprometida, sino incluso también como cierre profiláctico de la línea media.

Juan Manuel Bellón Caneiro

BIBLIOGRAFÍA

1. Grantcharov TP, Rosenberg J. Vertical compared with transverse incisions in abdominal surgery. *Eur J Surg* 2001; 167: 260-267.
2. Askar OM. Surgical anatomy of the aponeurotic expansions of the anterior abdominal wall. *Ann R Coll Surg Engl* 1977; 59: 313.
3. Rath AM, Attali P, Dumas JL, Goldlust D, Zhang J, Chevrel JP. The abdominal linea alba : an anatomoradiologic and biomechanical study. *Surg Radiol Anat* 1996; 18: 281-288.
4. Axer Ha, Keyserlingk DG, Prescher A. Collagen fibers in linea alba and rectus sheaths. I. General scheme and morphological aspects. *J Surg Res* 2001; 96: 127-134.
5. Axer Ha, Keyserlingk DG, Prescher A. Collagen fibers in linea alba and rectus sheaths. II. Variability and biomechanical aspects. *J Surg Res* 2001; 96: 239-245.
6. Riet MV, Steyerberg EW, Nellensteyn J, Bonjer HJ, Jeekel J. Meta-analysis of techniques for closure of midline abdominal incisions. *Br J Surg* 2002; 89: 1350-1356.

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2007

FAST-TRACK SURGERY – WHAT IS IT AND WHY SHOULD WE DO IT?

Henrik Kehlet, Prof. MD, PhD, Section of Surgical Pathophysiology, The Juliane Marie Centre, Rigshospitalet, Copenhagen

Surgical injury may be followed by pain, nausea, vomiting, ileus, stress-induced organ dysfunction (pulmonary, cerebral, cardio-vascular), fatigue, and catabolism, all of which may contribute to morbidity, need for hospitalisation and delayed convalescence. Since the perioperative problem includes multiple factors, enhanced postoperative recovery ("the stress and pain free operation") therefore requires a step-wise multimodal intervention – the concept of "fast-track surgery". This concept has evolved and been proven over the last decade to be a rational and evidence-based intervention with subsequent major improvements in recovery from all types of surgery, going from simple day-case procedures to more complex procedures such as colorectal surgery, aortic aneurysms, hip fracture surgery, etc.

The individual components of fast-track surgery include a revision of traditional care principles with avoidance of routine use of drains, naso-gastric tubes, urinary catheters, preoperative bowel clearance, etc. all evidence-based. Early oral nutrition and mobilisation is implemented, again evidence-based, and a multi-modal opioid-sparing analgesia programme designed to be procedure-specific is a prerequisite for enhanced recovery.

A key component of fast-track surgery is avoidance of perioperative hypovolaemia and a fluid excess and where an increasing amount of data suggests that a combination of a goal-directed fluid management approach with a moderate amount of crystalloids enhances recovery/reduces morbidity.

The results have been documented to lead to a reduction in hospital stay, improved postoperative body composition with improved muscle function and less fatigue, reduction of paralytic ileus in abdominal procedures to <48 h, allowing early normalisation of oral intake.

An increasing amount of data has documented the safety of fast-track surgery in a variety of procedures and with acceptable readmissions. The consequences for nursing care have been evaluated to document reduced amount of nursing time per patient.

Despite the large body of evidence of the benefits of the fast-track methodology, several surveys have shown a slow implementation or lack of awareness of the concept which represents a major task for the surgical and nursing professions as well as hospital administrations in the future.

The concept of fast-track surgery is considered to be a dynamic process and where future improvements undoubtedly will be achieved combining the principles of minimal invasive surgery, more efficient multi-modal, non-opioid analgesia and pharmacological stress reduction into a well-functioning multi-disciplinary collaboration, the ultimate goal being be "risk and pain free operation".

Henrik Kehlet

References

1. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003;362:1921–28.
2. Kehlet H. Surgical stress and postoperative outcome - from here to where? *Reg Anesth Pain Med* 2006;31:47–52.
3. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183:630–41.
4. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PH, Dejong CH, von Meyenfeldt MF, Ubbink DT, Gouma DJ, Bemelman WA. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg* 2006;93:800–09.
5. Khoo CK, Vickery CJ, Forsyth N, Vinall NS, Eyre-Brook IA. A prospective randomized controlled trial of multimodal perioperative management protocol in patients undergoing elective colorectal resection for cancer. *Ann Surg* 2007;245:867–72.
6. White PF, Kehlet H, Neal JM, Schricker T, Carr DB, Carli F. The role of the anesthesiologist in fast-track surgery: from multimodal analgesia to perioperative medical care. *Anesth Analg* 2007;104:1380–96.
7. Kaba A, Laurent SR, Detroz BJ, Sessler DI, Durieux ME, Lamy ML, Joris JL. Intravenous lidocaine infusion facilitates acute rehabilitation after laparoscopic colectomy. *Anesthesiology* 2007;106:11–18.
8. Liu SS, Richman JM, Thirly RC, Wu CL. Efficacy of continuous wound catheters delivering local anesthetic for postoperative analgesia: a quantitative and qualitative systematic review of randomized controlled trials. *J Am Coll Surg* 2006;203:914–32.
9. Bucher P, Mermillod B, Gervaz P, Morel P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery: a meta-analysis. *Arch Surg* 2004;139:1359–64.
10. Bundgaard-Nielsen M, Holte K, Secher NH, Kehlet H. Monitoring of peri-operative fluid administration by individualized goal-directed therapy. *Acta Anaesthesiol Scand* 2007;51:331–40.
11. Holte K, Kehlet H. Fluid therapy and surgical outcomes in elective surgery: a need for reassessment in fast-track surgery. *J Am Coll Surg* 2006;202:971-989
12. Holte K, Klarskov B, Christensen DS, Lund C, Nielsen KG, Bie P, Kehlet H: Liberal versus restrictive fluid administration to improve recovery after laparoscopic cholecystectomy: a randomized, double-blind study. *Ann Surg* 2004; 240: 892-9
13. Holte K, Kristensen BB, Valentiner L, Foss NB, Husted H, Kehlet H: Liberal versus restrictive fluid management in knee arthroplasty: a randomized, double-blind study. *Anesth Analg* 2007; 105: 465-74
14. Holte K, Foss NB, Andersen J, Valentiner L, Lund C, Bie P, Kehlet H: Liberal or restrictive fluid administration in fast-track colonic surgery: a randomized, double-blind study. *Br J Anaesth* 2007; (e-pub ahead of print)
15. Vermeulen H, Storm-Versloot MN, Busch OR, Ubbink DT. Nasogastric intubation after abdominal surgery: a meta-analysis of recent literature. *Arch Surg* 2006;141:307–14.
16. Petrowsky H, Demartines N, Rousson V, Clavien PA. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery: a systematic review and meta-analyses. *Ann Surg* 2004;240:1074–84.
17. Mattei P, Rombeau JL. Review of the pathophysiology and management of postoperative ileus. *World J Surg* 2006;30:1382–91.
18. Andersen HK, Lewis SJ, Thomas S. Early enteral nutrition within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complications. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD004080.
19. Andersen J, Hjort-Jakobsen D, Christiansen PS, Kehlet H. Readmission rates after a planned hospital stay of 2 versus 3 days in fast-track colonic surgery. *Br J Surg* 2007;94:890–93.
20. Jakobsen DH, Sonne E, Andreasen J, Kehlet H. Convalescence after colonic surgery with fast-track vs conventional care. *Colorectal Dis* 2006;8:683–87.
21. Jakobsen DH, Sonne E, Kehlet H. Nursing workload and fast-track colonic surgery. *J Adv Periop Care* 2006;2:177–81.

22. Kehlet H, Kennedy RH. Laparoscopic colonic surgery - mission accomplished or work in progress? *Colorectal Dis* 2006;8:514–17.
23. Lassen K, Hannemann P, Ljungqvist O, Fearon K, Dejong CH, von Meyenfeldt MF, Hausel J, Nygren J, Andersen J, Revhaug A. Patterns in current perioperative practice: survey of colorectal surgeons in five northern European countries. *BMJ* 2005;330:1420–21.
24. Kehlet H, Büchler MW, Beart RW, Jr., Billingham RP, Williamson R. Care after colonic operation - is it evidence-based? Results from a multinational survey in Europe and the United States. *J Am Coll Surg* 2006;202:45–54.
25. Maessen J, Dejong CH, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Andersen J, Kessels AG, Revhaug A, Kehlet H, Ljungqvist O, Fearon KC, von Meyenfeldt MF. A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. *Br J Surg* 2007;94:224–31.

DOCUMENT DE CONSENS

ELS HONORARIS PER PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS A LES MUTUALITATS ASSEGUADORES

Prof. Antoni Sitges Serra

El sector privat de la Medicina creixerà amb tota probabilitat per diferents motius entre els que podríem destacar-ne quatre: 1) demanda continuadament creixent en el sistema públic; 2) millor poder adquisitiu dels ciutadans; 3) major exigència de privacitat; 4) desig que es faciliti la lliure elecció de metge.

Davant d'aquesta possibilitat, la Societat Catalana de Cirurgia ha endegat un procés de reflexió sobre el posicionament dels seus socis en relació a la seva activitat en el sector i, més específicament, sobre els honoraris que en l'actualitat paguen les asseguradores.

El resultat d'una enquesta sobre el tema realitzada a l'Octubre de 2006, indica que a Catalunya hi hauria com a mínim una quarantena de cirurgians o equips quirúrgics implicats d'una manera continuada en la cirurgia privada i mutual. Això no vol dir que hi hagi molts més que en facin un ús puntual. Per exemple, a l'Hospital de Barcelona, al 2005, es van comptabilitzar 2536 procediments de Cirurgia General duts a terme per 171 cirurgians generals. Tanmateix, el 80% d'aquesta activitat (2039 procediments) va ser realitzada per tan sols 38 cirurgians que hi van fer una mitjana de 16 intervencions/any. Més de 100 cirurgians generals van fer només una o dues intervencions.

Dos terços dels cirurgians que van contestar l'enquesta de la Societat Catalana de Cirurgia, són més grans de 45 anys i el 85% treballa, a més, en el sector públic. El 60% dels enquestats genera uns ingressos inferiors a 30.000€/any. Entre el 40 i el 60% dels ingressos bruts es destinen al pagament de les despeses que genera l'exercici privat (despatx, ajudants, secretaria, transport, IRPF) i per aquest motiu, el guany net obtingut a partir dels barems mutuels es consideren extremadament insuficients.

Els cirurgians catalans entenen que els honoraris que actualment paguen les asseguradores s'haurien d'apujar un mínim del 130-150% per tal que reflectissin apropiadament el mèrit i la dificultat del treball fet, el pagament just als ajudants i infermeres de l'equip i l'increment progressiu de les despeses administratives i de lloguer/compra de despatx a les que cal fer front. A més aquest augment garantiria una major qualitat de l'assistència continuada en el postoperatori dels pacients que precisen d'ingressos més perllongats.

A tall d'exemple, segons dades que apareixen al nomenclàtor del Col·legi de Metges de Barcelona, els honoraris que actualment paguen les mútues per una gastrectomia total (pràcticament sempre per càncer i amb un mínim de 6-8 dies d'ingrés) oscil·len entre uns ridículs 428 i 338€. A més la "gastrectomia total ampliada" es paga exactament igual. Un altra exemple que fa palesa l'absurditat de la situació, és que els honoraris per una colecistectomia laparoscòpica (24-48h d'ingrés) són els mateixos que per una gastrectomia total oscil·lant entre 428 i 538€. i, a més, són un 30% superiors a quan la colecistectomia es fa oberta, sent així que la colecistectomia oberta cada cop s'indica més en patologia biliar complexa. El que, finalment, fa disparar totes les alarmes és que el nomenclàtor del COMB xifra en 714€ els honoraris que, segons el propi COMB, s'haurien de pagar tant en el cas de la gastrectomia total com de la colecistectomia laparoscòpica.

Aquests exemples, que es podrien multiplicar indefinidament, posen en evidència que no hi ha hagut una presència eficaç dels cirurgians generals catalans als òrgans de negociació i de decisió responsables de la situació actual. Per aquest motiu, la Societat Catalana de Cirurgia avala la formació d'una comissió negociadora que, d'acord amb les regles vigents al COMB, inici un procés negociador encaminat a la revisió a l'alça dels honoraris mutuels. En una primera fase, la comissió hauria d'exigir que les mútues complissin amb el 100% de la proposta del COMB. Més endavant, caldria revisar cadascun dels processos indexats per tal d'adequar-ne els imports a les seves exigències tècniques i al temps de dedicació.

Dels 43 cirurgians enquestats que es van definir sobre el pagament de comissions als companys dels quals reben pacients per ser intervinguts en centres privats, 27 van optar per la opció "la dicotomia prescindeix del benefici i de la seguretat dels malalts i és una pràctica que cal desterrar. A més, perjudica la nostra imatge social"; 13 és van abstenir, i 3 van mostrar la seva conformitat amb la opció "la dicotomia és una pràctica consagrada pels anys i forma part de la lògica de l'exercici privat. No hi tinc cap objecció". Aquestes dades mostren una postura majoritària en contra dels pagaments de comissions i, en qualsevol cas, de precaució envers aquesta pràctica.

Finalment, aquest document no pot desconèixer que es donen casos de pactes a la baixa entre mútues i professionals a canvi de rebre més volum de malalts. Aquesta és una pràctica que cal rebutjar perquè ens perjudica com a col·lectiu, tant pel que fa a les retribucions a les que tenim dret pels nostres serveis com pel que fa a la nostra dignitat professional i consideració social.

Antoni Sitges Serra

CIRURGIA, MÈTODE CIENTÍFIC I PENSAMENT CRÍTIC

Joan Sala Pedrós

Alguns somien trobar, per a la biologia, el que la física representa per a l'enginyeria.
Jorge Wagensberg

Que la cirurgia només és aplicable a partir de coneixements validats seguint el mètode científic, resulta avui en dia un fet inqüestionable però, si definíssim la cirurgia només com una ciència, segurament hi trobaríem a faltar alguna cosa més. Evidentment ens conformaríem molt menys si diguéssim que és només una tecnologia, o un art, però és cert que, com passa amb l'enginyeria (amb la component de disseny), hi ha una mica de tot. De fet, si s'entén l'enginyeria com una forma d'aplicació pràctica del coneixement, fonamentalment físic i matemàtic, útil per a la vida diària de les persones, la cirurgia és un cas semblant d'aplicació del coneixement biològic, i en concret de la medicina, per augmentar l'esperança de vida i millorar la qualitat de vida de l'individu.

Però, si més no, la cirurgia ha de ser considerada una ciència per imperatiu ètic. La necessitat de contrastació permanent dels seus resultats, de reproductibilitat, de basar-se en fets objectius, la inclouen en el grup de les denominades ciències de la salut, amb tota la seva grandesa però també amb tota la seva servitud.

El concepte de ciència

La paraula Ciència deriva del llatí *scire* que significa saber. Del seu participi agent *sciens-scientis* (el qui sap), en prové *scientia* (coneixement).

Clàssicament s'ha dit que l'objectiu de la ciència és el coneixement veritable, és a dir aquell que resisteix els arguments, les crítiques o els canvis d'informació, de perspectiva o d'avaluació. Però el terme "veritable" es refereix a un concepte lliscadís: la "veritat", una qüestió més filosòfica que científica però que representa un concepte bàsic previ en l'acreditació de qualsevol tipus de coneixement (1).

En les cultures semítiques la veritat es diu *emunah*, allò que és ferm, allò que permet construir-hi a sobre. El coneixement científic en grec es deia *epistème*, que significa saber o coneixement, que ve de *epistamai* (saber, conèixer), però també allò ben fonamentat, construït sobre quelcom sòlid. El problema rau en com poder dir que un coneixement és sòlid, o és veritat.

Per altra banda, de *scientia* i *facere* en prové *scientificus-a-um*, o sigui científic (el que fa ciència o allò que és fet amb ciència). Quan introduïm la paraula "fer" de seguida se'ns acudeixen tota una sèrie de preguntes, algunes de caràcter estratègic com: Què?, Perquè?, Com?; altres de caràcter més tàctic com: Qui?, Quan?, On?

El "Què?" de la ciència implica el coneixement de tot allò que ens envolta: la natura o el cosmos en tots els seus nivells.

El "Perquè?" de la ciència resulta més difícil però sembla evident que és consubstancial amb la naturalesa humana, probablement lligat a la necessitat de sobreviure, de cercar menjar i de conèixer el medi. (2)

El "Com?", d'una manera genèrica, ve condicionat per un cos doctrinal que ha anat evolucionant al llarg dels anys i continuarà fent-ho, probablement de manera indefinida, que es coneix amb el nom de Metodologia Científica. L'acreditació del coneixement científic prové del mètode científic i mereix una consideració especial. La metodologia científica pretén ser no tan sols el sistema per desenvolupar i avaluar el coneixement científic, incloent la pròpia lògica científica per a la reflexió sobre la ciència, si no també la base d'un llenguatge precís per a expressar el treball científic.

El procés del coneixement científic

Les fases del procés científic inductiu s'inicien amb l'observació i la mesura o quantificació, sempre que sigui possible. La percepció empírica, a través dels sentits, proporcionaria la matèria prima, natural, al cervell perquè la incorporés com a coneixement. El procés, a partir d'aquí, permet la formulació de teories, la deducció d'hipòtesis i el disseny de noves proves empíriques, experimentals, que permetin la contrastació de les deduccions, a partir de noves observacions en el món real, programades de forma sistemàtica, és a dir d'acord a uns principis de validesa, de fiabilitat i de confiança que augmentin fins al nivell més alt possible la credibilitat de les suposicions teòriques desenvolupades.

Si bé l'observació és el primer pas, resulta difícil situar-se en la primera percepció o observació, tant a nivell de l'ésser humà com a tal (en el nadó o fins i tot en el període de gestació), com de la humanitat en general. En qualsevol cas, la consciència del pensament ens situa, des que ens plantejem el problema, en el procés de contrastació entre les teories presents en el pensament i la realitat (formulació hipotètico-deductiva).

Quan una teoria no ha estat encara contrastada d'acord amb els cànons vigents del mètode científic, es coneix com a Hipòtesi H. En el món de l'estadística, una de les disciplines que utilitza el mètode científic per acreditar resultats, l'acceptació d'una hipòtesi com a no rebutjable es coneix amb el terme "Hipòtesi nul·la" o H_0 . La no acceptació d'aquesta hipòtesi rep el nom de "Hipòtesi alternativa" o H_1 . Sovint aquelles hipòtesis interessants, les que aporten coneixement nou, són les alternatives, d'aquí que estem molt més interessats en la falsació d'hipòtesis que en la seva verificació, com veurem més endavant.

Una hipòtesi que ha superat les proves de contrastació pertinents, s'ha considerat, clàssicament, una tesi o una teoria T que no ha pogut ser falsada fins a un moment donat. Així, el resultat, la ciència, pot ser considerat com el *corpus* de coneixements que se sotmet a crítica i la resisteix. (3)

L'evolució històrica del pensament científic i el seu mètode

El mètode científic, malgrat la seva possible interpretació doctrinària, no pot ser, per definició, un cos dogmàtic. De fet ha evolucionat al llarg de la història i és d'esperar que segueixi evolucionant en funció de les noves evidències i dels nous errors detectats en el procés crític. Les contradiccions van sorgint entre unes visions i unes altres, generant un procés evolutiu que sembla no tenir fi.

Intentar ser exhaustiu en la revisió de les persones que al llarg de la història han influït en el pensament científic resultaria utòpic, però alguns dels exemples més rellevants, amb influència encara en el pensament actual, poden resultar útils com a pinzellades per entendre el quadre sencer.

De la filosofia al mètode científic a la Grècia clàssica

La primera actitud que podríem denominar científica, basada en els principis generals que ja s'han comentat, la podien haver tingut molts éssers anònims que van anar incorporant coneixement útil a la cultura humana. Però és sobretot amb el desenvolupament de la filosofia, que marca el pensament grec antic, que la teoria del coneixement, la lògica o fins i tot l'ètica, ajuden a configurar els criteris de validesa o acreditació del coneixement que constitueixen el mètode científic, encara que sigui de forma rudimentària. Ja entre els primers filòsofs s'observen dues gran tendències en l'estructura del pensament i del llenguatge, que donaran lloc a les dues grans escoles filosòfiques gregues: les idealistes que anteposen el pensament a la realitat i les més realistes o materialistes que fan el contrari, anteposen la realitat al pensament.

Mentre l'idealisme de Plató (427-347 a.C.) cerca en els models teòrics, fonamentalment els matemàtics, els patrons per comparar amb la realitat, Aristòtil (384-322 a.C.) proposa una visió més realista, elaborada utilitzant les regles de la lògica formal, per generar enunciats a partir de premisses considerades acceptables per la seva contrastació en el món real. Plató menysprea el món real com a imperfecte, comparat amb l'ideal teòric del seu pensament. En canvi per Aristòtil el circuit va des de les observacions als principis generals mitjançant la inducció enumerativa, tornant dels principis generals a les observacions o dades mitjançant la deducció o inducció intuïtiva. Malgrat que ambdós parteixen d'un principi extralògic, el de "veritat", el concepte que en té cada un d'ells resulta completament diferent. (4) Tot i el caràcter racionalista de les dues postures, Plató s'oposa radicalment a valorar l'experiència com un valor mentre que Aristòtil accepta i promou l'observació del món com a forma de conèixer millor la realitat, així si, sotmetent-la a les seves normes lògiques de pensament.

En front d'aquestes postures consistentes, Pirró d'Èlida (365 – 275 a.C.), adopta una actitud que s'ha denominat investigadora, que és batejada com a "escepticisme" pel fet que la paraula *sképtomai* en grec significa observar o investigar (i no dubtar com s'ha dit a vegades), malgrat que el dubtar, d'entrada, de tot, representa un bon principi científic per cercar la millora constant i evitar caure en el mite. La inquietud moral, derivada de les desavinences observades entre les aparences i els judicis, porta a fomentar una actitud inquisitiva que continua sent una de les motivacions principals de la ciència. (5)

Així doncs, els tres grans eixos de pensament que configuren el mètode científic: l'observació empírica, la lògica racional en l'elaboració teòrica i l'escepticisme, queden ja establerts en el pensament clàssic grec.

El progrés de la filosofia i del mètode científic a l'època medieval

La recuperació del pensament aristotèlic constituirà un punt cabdal en la cultura àrab que acabarà penetrant en el món occidental per la influència escolàstica que, per una banda, aportarà validació filosòfica al cristianisme, mentre per l'altra obrirà les portes a un important canvi secularitzador que facilitarà el progrés de l'observació i de la ciència..

Robert Grosseteste (1168-1253) bisbe de Lincoln, recupera l'aristotelisme introduint-lo a la Universitat d'Oxford. Planteja arribar al coneixement cert a partir de l'observació que proporcioni les bases per cercar els principis o lleis fonamentals inductivament. Però anant més enllà, considera que cal afegir, a l'observació, l'experimentació.

Roger Bacon (1214-1294), deixeble de Grosseteste, va seguir els seus passos amb una sèrie de treballs experimentals en molts camps. Se'l considera un dels creadors del modern mètode científic malgrat que, a algunes de les seves concepcions, se'ls ha atribuït una certa influència esotèrica. Tot i la seva condició de monjo franciscà, va pagar amb la presó la seva actitud crítica i atrevida.

Un altre monjo britànic, en aquest cas escocès, John Duns Scotus (1266-1308), desenvolupa un punt fonamental del mètode científic, conegut com a cànon lògic: el de la relació causa-efecte.

El també monjo franciscà anglès, William of Ockham (1285-1347), considerat el creador de l'epistemologia, aporta els principis que regiran la lògica, fins i tot matemàtica, i les bases de l'acreditació del coneixement. Entre altres aportacions, és conegut per l'enunciat d'un dels principis fonamentals de la metodologia científica, conegut com a "navalla" d'Ockham, segons la qual: entre diverses teories possibles, la més senzilla és la més plausible.

La ciència independent de la religió a l'època moderna

Mentre a la resta d'Europa el pensament es perd per viarany més metafísics, la línia empirista anglesa entra en el Renaixement precedida d'una forta càrrega teòrica que li dona una consistència i una solidesa extraordinàries que ajuden a explicar la seva hegemonia actual.

Francis Bacon (1561-1626) es replanteja el coneixement científic i posa les bases de la metodologia científica de la modernitat. Completa els canons fins aleshores vigents aportant algunes innovacions importants a la metodologia moderna. Entre les seves preocupacions hi figura evitar les correlacions accidentals proposant normes com les taules de presència/absència o les de variacions concomitants. (6)

Mentrestant, a França, Renée Descartes (1596-1650) torna a centrar el coneixement en la ment humana racional. En el racionalisme, com en l'idealisme platònic el pensament preval per sobre de la realitat. Malgrat tot, estableix la possibilitat d'un doble procés d'anàlisi i de síntesi. En la fase d'anàlisi, a partir d'un fet o d'una experiència dels sentits, per inducció, es pot arribar a un raonament que permeti generar una hipòtesi que constituïria un primer principi. En la fase de síntesi, per deducció, se'n pot extreure una hipòtesi sobre un fet obtingut de l'experiència dels sentits. Cada nou coneixement derivat de l'experiència o del pensament és incorporat al procés que resulta així continu.

El contrapunt de posar de nou l'accent en la realitat exterior i no en el pensament, el dona un cirurgià, filòsof, anglès: John Locke (1632-1704), considerat un dels representants més genuïns de l'empirisme. Per ell, la ment en el moment de néixer és com una taula llisa on no hi ha res escrit.^a Tot coneixement s'hi afegeix a partir de l'experiència.^b Això té una clara influència en l'evolució de la ciència i en la innovació, no sempre ben vistes.

L'escolès David Hume (1711-1776) acaba de donar un cos teòric més complet a l'empirisme, criticant tota norma establerta, des del racionalisme fins a alguns principis científics, com la manera d'establir relacions causa-efecte.

En un intent d'unificar l'empirisme britànic i el racionalisme francès, agafarà volada l'idealisme alemany. Immanuel Kant (1724-1804) critica les dues posicions oposades intentant trobar la solució ideal que permeti resoldre els problemes que cada una atribueix a l'altra.

Aprofundint en l'idealisme, en un intent d'equiparar realitat i racionalitat, Friedrich Hegel (1770-1831) crea un nou mètode d'interpretació del pensament: la lògica dialèctica, que introdueix una visió de la lògica aristotèlica més dinàmica. Segons ell, el procés del coneixement és evolutiu i segueix la seqüència: tesi – antítesi – síntesi, com a fórmula de resolució de les contradiccions en un context històric. La síntesi, pot estar formada per una teoria totalment diferent de la primera, que la incorpori només com un cas particular de major o menor extensió, mentre els fenòmens de l'antítesi serien un altre cas particular amb cabuda dins de la nova explicació. Així, en front del principi aristotèlic d'impossibilitat d'existència simultània de A i no-A, Hegel proposa el principi d'unitat entre contraris, segons el qual tota tesi, en el devenir històric, acaba per portar a l'aparició de la seva antítesi, generant una contradicció durant la qual conviuen A i no-A que s'acabarà resolent en un procés de síntesi nou i diferent. Per altra banda estableix el principi de transformació de la quantitat en qualitat, segons el qual els canvis quantitius repetits, a partir d'un cert nivell, poden provocar un canvi qualitatiu, de manera que obliguin a una organització estructural completament diferent de la simple suma d'individualitats. La influència de la dialèctica en molts dels paradigmes científics actuals és capital per entendre la seva fonamentació metodològica.

^a En llatí: *Sicud tabula rasa in qua nihil est scriptum.*

^b En llatí: *Nihil est intellectus quod prius non fuerit in sensu.*

El gran esclat de la ciència i la influència en el pensament filosòfic

Mentrestant al Regne Unit, anant més enllà de l'empirisme per explicar el "Com?" de les coses, es desenvolupa un nou vessant: l'utilitarisme, que pretén donar sentit a l'esforç humà cercant el "Per a què?"(7). Jeremy Bentham (1748-1832) portarà fins a les últimes conseqüències aquesta visió, propugnant la mesura de la utilitat de les coses (en el denominat càlcul utilitarista o hedonista). La seva preocupació per la utilitat el porten fins i tot al disseny d'hospitals tenint en compte, entre moltes altres coses, que les instruccions i ordres del cirurgià siguin acomplides correctament. (8)

Una mostra de la necessitat de cercar la utilitat en tota activitat humana, la tenim en la forma com el seu deixeble James Mill (1773-1836) va educar al seu fill John Stuart Mill (1806-1873), sens dubte un dels personatges més intel·ligents de la història, de qui s'expliquen autèntiques meravelles pels seus coneixements des de la seva més tendra infantesa. Un dels seus mèrits és la revisió del *Novum Organum* de Francis Bacon, establint els nous canons per acceptar la bondat d'una teoria científica. (9) (10)

A França, l'èxit de la ciència en la transformació del món portarà a l'aparició del positivisme de Auguste Comte (1789-1857). Per aquest autor cal descriure la realitat externa de manera objectiva, científica i rigorosa amb mínima interferència dels valors subjectius. Considera que l'única base del coneixement es l'experiència, assentant la perspectiva empírica de la ciència com a principi fonamental, de manera que, pel positivisme lògic, qualsevol proposició que no pugui ser verificada per l'observació no te sentit. El model científic passarà a ser definitivament l'inductiu més que el deductiu. El pragmatisme serà clau. (11)

Si en general havia estat la recerca de la veritat el principal motor de la ciència i del coneixement, els canvis, cada vegada més freqüents en les teories acceptades com a bones, porten a replantejar-se l'objectiu de la ciència. No es busca l'establiment de la veritat absoluta si no veure aquesta com un objectiu llunyà, difícilment abastable mai o reduïble a una teoria final. Més que d'afirmar la veritat es tractaria d'un procés d'aproximació progressiva, a partir de trobar els punts febles i les contradiccions que cada teoria presenta, és a dir a poder falsar una teoria per cercar-ne una altra que no contradigui la realitat coneguda fins a aquell moment.

La importància de la lògica de les proposicions va guanyant pes, progressivament, en metodologia científica arribant a cotes altes de rigor en pensadors com Bertrand Russell (1872-1970) (12). També la influència de l'expressió idiomàtica en el pensament es posa de manifest amb els nous filòsofs del llenguatge com Ludwig Wittgenstein (1889-1951) que es planteja críticament el valor de les proposicions i els fonaments de la certesa (13-15).

La filosofia com a metaciència en el món contemporani

El gran desenvolupament científic durant el s. XX ha comportat que la filosofia actual s'hagi centrat, gairebé de forma preeminent, en la teoria del coneixement i en la fonamentació de la seva validesa.

La importància de Carl Gustav Hempel (1905-1997) i l'escola de Viena en general (Popper, Carnap...), resulta fonamental per a la moderna teoria de la ciència. Per aquest motiu, val la pena dedicar-hi un cert espai, plantejant els trets fonamentals que la componen. (16)

Serà Karl Popper (1902-1994) qui elabora una renovació en la lògica del descobriment científic a partir bàsicament de dos criteris d'elecció entre dues teories: un empíric, els experiments crucials, i un de metodològic, el grau de falsabilitat. (17) Popper, en principi considerava que una teoria era millor que una altra si resultava més falsable però va substituir aquest criteri pel de corroborabilitat, de manera que una teoria és més corroborable com més alt és el seu contingut empíric. Si és posa l'accent en les refutacions, una teoria és millor si es pot sotmetre a més proves i les resisteix. Així la corroborabilitat va unida a la possibilitat de falsació i varia de forma oposada a la probabilitat. Es pot dir que Popper segueix la idea hegeliana de la negació dialèctica en el sentit que el desenvolupament del procés històric del coneixement es produiria de manera concèntrica. A una teoria T_1 la segueix una altra teoria T_2 que la tanca, l'engloba i la nega (*Aufhebung*) i així successivament (18).

En la proposició $T \rightarrow O$, per explicar una observació, quan O és veritat, en lògica, no implica que T ho sigui. Però tenint en compte l'inductivisme, si les observacions són múltiples, com més observacions estan d'acord amb T , més plausibles és aquesta teoria. (19) Segons Rudolf Carnap (1891-1970) es podria establir un sistema de validació inductiu basat en una mesura de la probabilitat d'una teoria a partir de l'evidència que la confirma. Aquesta idea permet distingir entre una probabilitat només estadística i una probabilitat lògica. Com més observacions estiguin d'acord amb la teoria més plausible serà. Però, una sola observació en desacord pot fer trontollar tota la teoria, a no ser que es trobi la forma d'introduir-hi una explicació per a l'excepció. (20)

Imre Lakatos (1922-1974) proposa un nou mètode: el falsacionisme sofisticat, que afegeix al falsacionisme una dimensió històrica. Si per Popper el progrés del pensament científic prové de la contradicció entre teoria i observació (T i O), per a Lakatos es tracta d'un conflicte a tres bandes en la qual la teoria 1 i la teoria 2 competeixen per explicar l'observació O . Reafirma que no hi ha refutació d'una teoria si no es té una teoria nova. El tema central de l'epistemologia consistiria, per a Lakatos, en convertir les conjectures en criticables, criticar-les, corregir-les i millorar-les.

Les noves interpretacions contestatàries

Per Thomas Kühn (1922-1996), quan una teoria acumula prou anomalies es fa massa complicada i és substituïda per una nova teoria que prové de mirar les coses des d'un altre punt de vista, allò que s'anomena un nou paradigma. En un primer període preparadigmàtic, el procés científic es desenvolupa amb escoles i teories científiques en competència, fins que s'imposa el paradigma que proporciona nous models de problemes i solucions. Segueix llavors un període durant el qual es treballa en els problemes que permet el paradigma, fins que les noves anomalies obren pas a una fase de recerca, en la qual poden aparèixer noves anomalies en conflicte, fins que es produeix una nova revolució científica en la qual un antic paradigma és substituït total o parcialment per una altre. En contraposició a Popper la falsació només es donaria en períodes extraordinaris (21).

Des d'un vessant més liberal, Paul Feyerabend (1924-1994), considera que les condicions òptimes per al desenvolupament científic es donen quan competeixen lliurement totes les formes de coneixement i es produeix una lliure utilització de tots els mètodes. Considera que el principi de proliferació ha d'estar presents durant tot el procés científic, i no només durant els períodes revolucionaris com considera Kuhn.

Una entitat teòrica no seria només una explicació d'un fenomen si no una forma de veure el món. Així, més que de teories rivals s'hauria de parlar de diferents *weltanschauung*^a, no necessàriament comparables. Segons el relativisme anarquista de Feyerabend, el desenvolupament científic no és racional i només es pot avançar per la confrontació i la coexistència de diferents teories i de diferents formes de pensament.

Feyerabend rebutja educar de manera que es perdin els múltiples talents, limitant la recerca a un camp de pensament, d'acció o d'emoció massa estret. Un cert anarquisme metodològic i hedonista estimula a la construcció d'una cultura més polimorfa, tolerant i dinàmica. (22)

La metodologia científica actual

Si la metodologia clàssica ha intentat marcar les normes del coneixement a partir d'estudis centrats en una sola variable, cercant una per una les possibles influències sobre ella, el gran desenvolupament de la ciència ha portat a intentar anar més enllà, analitzant les múltiples variables que influeixen en un determinat fenomen. Una de les aproximacions teòriques a aquesta manera d'enfocar els problemes científics ha estat la denominada teoria general de sistemes, propugnada per Ludwig von Bertalanffy (1901-1972) en neurobiologia i aplicada, després, a múltiples camps del coneixement (23). Les anàlisis multifactorials i multivariants han servit per poder avaluar conjuntament la influència de diverses variables en un determinat fenomen i les interaccions entre elles.

^a Concepció individual del món, fruit d'una experiència i d'una adquisició de coneixements única.

S'han desenvolupat mètodes per evitar el possible biaix ideològic o metodològic, minimitzant-lo mitjançant els estudis aleatoritzats. (24) (25) L'acotació de l'excés de variables secundàries es pot veure reforçada pel disseny d'estudis controlats. (26) Els denominats estudis controlats i randomitzats (RCT ^a), aplicats a vegades amb dificultats en cirurgia, o els estudis conjunts de diversos RCTs en els meta-anàlisis suposen el paradigma actual del coneixement contrastat, amb la definició del grau de fiabilitat que comporta. (27)

Des del punt de vista de la metodologia científica en Medicina, una de les darreres grans aportacions metodològiques ha estat la denominada Medicina Basada en l'Evidència, promoguda per William G. Cochran (1909-1980) que proporciona una avaluació crítica del grau de confiabilitat en un determinat model de coneixement o en una teoria. La possibilitat metodològica d'analitzar conjuntament diverses experiències en les denominades meta-anàlisis, permet basar les decisions en medicina i cirurgia en criteris objectius de la més alta credibilitat.

El pensament crític

La paraula crítica prové del grec *krisis* que significa judici o decisió. En el fons es refereix a avaluar fets, proposicions o actuacions.

Una crisi suposa sempre un moment de canvi, també en el llenguatge ordinari, i la seva resolució significa un pas endavant o endarrere, segons la correlació de forces implicades.

S'ha dit clàssicament que la crítica científica ha de tenir, al menys dues grans característiques: ha de ser objectiva i ha d'aportar una alternativa. Si allò criticable són les proposicions, hipòtesis, idees o teories, a partir de proves objectives que les contradueixen, cal aportar noves observacions O que contradueixin la teoria T per fer una bona crítica de T. Per altra banda, si les proves són prou sòlides i evidents, quan es rebutja una hipòtesi, cal aportar la hipòtesi alternativa que expliqui els nous fenòmens observats. Les dues característiques són necessàries en ciència, però també les dues van més enllà i esdevenen necessitats ètiques.

L'ètica, la veritat científica i la crítica

Si quan parlem de crítica en termes científics, ens referim sempre a la crítica de les idees, hem d'acceptar que les observacions han de ser objectives, és a dir perceptibles per tothom, reproduïbles i lliures d'engany. Els fets, com a tals poden ser avaluats i considerats útils, inútils o disútils però no poden ser canviats. En canvi si que poden ser canviades les teories que els expliquen i aquestes noves teories, com a principis ètics poden tenir valor per evitar nous fets luctuosos o lamentables.

Per altra banda, les crítiques personals no són vàlides científicament perquè acostumen a ser subjectives, basades en opinions individuals no comprovables i per tant tampoc falsables. En ciència cal evitar jutjar persones, per evitar caure en la calúmia o la difamació, dos dels greuges més imperdonables perquè sempre deixen seqüeles més o menys greus.

^a RCT: Randomized Controlled Trials.

Però cal entendre que en la societat els actes de les persones poden ser avaluats o fins i tot jutjats i si cal condemnats, de manera que la societat en general pot obligar a l'individu a assumir les responsabilitat dels seus actes fins a les últimes conseqüències.

Amb totes les limitacions que puguem tenir en relació a la certesa, no s'ha de confondre allò que en un moment donat es pot considerar una veritat científica (en el fons una teoria no falsada fins a aquell moment) i una veritat ètica (subjectiva, personal o comuna a un conjunt més o menys ampli de persones) que no tenen perquè coincidir. Les veritats subjectives han de ser respectades però no necessàriament acceptades com a moneda de relació social i molt menys tolerar la seva imposició forçada. Com diu el filòsof Antonio Marina, la ciència pot dir com guarir una persona però no perquè guarir-la. Hi hauria una veritat privada i una veritat universal. El principi ètic exigeix que tota veritat privada és vàlida en l'àmbit privat però no es pot imposar a nivell universal quan està en contradicció amb veritats universals. També hi hauria una veritat material i una veritat formal. Una teoria que sembla explicar una realitat podria, en principi ser considerada una veritat material. Quan aquesta teoria és corroborada experimentalment passaria a ser una veritat formal (28).

La cirurgia com a motor del coneixement

Si al principi, Jorge Wagensberg es preguntava sobre l'equivalent de l'enginyeria en el camp de la biologia, no hi ha dubte que la cirurgia representaria, al menys, l'enginyeria mecànica aplicada als éssers vius i, en especial, a l'home. Sens dubte la pregunta anava més enllà i es referia a altres aspectes com l'enginyeria genètica o la bioquímica, però fins i tot així, la cirurgia a més de representar l'aplicació del coneixement a les solucions mecàniques dels problemes de salut, ha estat un motor de desenvolupament, en molts altres camps de la ciència actual, facilitant, per la seva naturalesa, la contrastació en directe dels seus resultats que la converteixen en una activitat observacional i fins i tot experimental privilegiada (29).

Molts paradigmes han hagut de ser canviats a llarg de la història de la cirurgia. Per citar dos grans canvis recents, a tall d'exemple, tenim: el canvi teòric que ha suposat la cirurgia conservadora en el càncer de mama en relació amb el model radical, o el canvi en el tractament de la úlcera pèptica gastroduodenal en passar d'una interpretació fisiopatogènica, basada només en la secreció àcida gàstrica, a un nou model, centrat en un germen com a element etiològic fonamental. Es tracta de dos casos, entre molts altres, per reflexionar sobre la influència de les teories en l'aplicació de models terapèutics caducs gravats amb seqüeles innecessàries.

La cirurgia, o més ben dit: els cirurgians, hem hagut d'aprendre que per subsistir cal ser molt crítics, revisar vells principis que han deixat de ser útils, cercar noves formes menys agressives, més tolerables, que alterin menys la qualitat de vida encara que sigui per períodes transitoris, que ofereixin els millors resultats amb el mínim trastorn en la vida diària de les persones. Aquest esperit crític, fonamental en cirurgia, ha fet possible el seu èxit però comporta una contínua revisió i millora de la seva aplicació.

Perquè, en el fons, la cirurgia pretén el mateix que els grans pensadors de la ciència han acabat per postular com a objectiu final en afirmar, en última instància, que: La Ciència és bona per a... la Salut i la Felicitat de la Humanitat.

Joan Sala Pedrós

BIBLIOGRAFIA

- (1) Quesada D. Saber Opinión y Ciencia. Ariel filosofía. Barcelona 1998.
- (2) Turró R. Orígens del Coneixement: la Fam. Ed. 62. Barcelona, 1980.
- (3) Deutsch D. La Estructura de la Realidad. Anagrama Ed. Barcelona 1999.
- (4) García Gual C. La Filosofía Grega de l'Època Clàssica: els Sofistes, Sócrates, Plató i Aristòtil. A: Terricabras JM. El pensament filosòfic i científic I. Dels orígens al segle XIX. Àgora Biblioteca Oberta. Barcelona 2001: 25-60.
- (5) Del Pozo JM. A: Terricabras JM. Crisi Grega, Transició Romana, Inici Medieval. El Pensament Filosòfic i Científic I. Dels orígens al segle XIX. Àgora Biblioteca Oberta. Barcelona 2001: 64-66.
- (6) Burniston Brown G. La Ciencia. Ed. Destino. Barcelona 1954. 145-57.
- (7) Alcoberro. L'Utilitarisme. Ed. UOC. Barcelona, 2007.
- (8) Bentham J. El Panòptic. Clàssics del Pensament Modern. Ed. 62. Barcelona, 1985.
- (9) Mill JS. El Utilitarismo. Ed. Altaya. Barcelona 1997.
- (10) Mill JS. Sobre la Llibertat. Ed. Laia. Textos filosòfics. Barcelona, 1983.
- (11) Defez A. El pragmatisme. A: Terricabras JM. El pensament Filosòfic i Científic II. El Segle XX. Àgora Biblioteca Oberta. Barcelona 2001: 134-153.
- (12) Russell B. El Coneixement Humà I i II. Clàssics del Pensament Modern. Ed. 62. Barcelona, 1985.
- (13) Wittgenstein L. Tractatus Logico-Philosophicus Ed. Laia. Textos filosòfics. Barcelona, 1981.
- (14) Wittgenstein L. De la Certesa. Clàssics del Pensament Modern. Ed. 62. Barcelona, 1983.
- (15) Ayer AJ. Llenguatge, Veritat i Lògica. Clàssics del Pensament Modern. Ed. 62. Barcelona, 1983.
- (16) Hempel CG. Filosofía de la Ciencia Natural. Alianza Ed. Madrid 2001.
- (17) Popper KR. El Coneixement Objectiu. Barcelona: Edicions 62, 1985. (Clàssics del pensament modern; vol 27).
- (18) Popper KR. La Lógica de la Investigación Científica. Tecnos. Madrid, 2003.
- (19) Popper KR. Búsqueda sin Término. Una Autobiografía Intelectual. Tecnos, Madrid 1994.
- (20) González Echevarria A. La Construcción Teórica en Antropología. Anthropos: Editorial del Hombre. Barcelona, 1987.
- (21) Kuhn TS. La estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica. Madrid 2001.
- (22) Chalmers A.F. ¿Qué Es Esa Cosa Llamada Ciencia?. Siglo Veintiuno Ed. Madrid 1999.
- (23) Von Bertalanffy L, Ross Ashby W, Weinberg GM. Tendencias en la Teoría General de Sistemas. Madrid: Alianza Universidad, 1984.

- (24) Millat B, Fingerhut A, Flamant Y, Hay JM, Fagniez PL, Farah A, Duron JJ, Courchevel JM. Survey of the Impact of Randomized Clinical Trials on Surgical Practice in France. *Eur J Surg* 1999; 165: 87-94.
- (25) McCulloch P, Taylor I, Sasako M, Lovett B, Griffin D. Randomised Trials in Surgery: Problems and Possible Solutions. *BMJ* 2002; 324: 1448-51.
- (26) Fung EK, Loré JM. Randomized Controlled Trials for Evaluating Surgical Questions. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. June 2002; 128:631-4.
- (27) Thoma A, Farrokhyar F, Bhandari M, Tandan V. Users' Guide to the Surgical Literature: How to Assess a Randomized Controlled Trial in Surgery. *J Can Chir* 2004; 47 (3): 200-8.
- (28) Marina JA. *Porqué Soy Cristiano*. Colección Argumentos. Anagrama, Barcelona 2005.
- (29) Wagensberg J. *Si la Natura És la Resposta, Quina Era la Pregunta? L'ull de vidre*. Tusquets Ed. Barcelona, 2003.

“IN MEMORIAM” FRANCESC MANUEL NOGUERAS

Ens ha deixat el Dr. Francesc Manuel Nogueras, membre actiu de la nostra Societat Catalana de Cirurgia i persona de reconeguda solvència en el món quirúrgic internacional.

Amb una notable trajectòria familiar en el camp de la cirurgia, el Dr. Nogueras va ser durant molts anys cirurgià de l'Hospital de Sant Pau on, a més, va actuar com a secretari dels cursos de Cirurgia Abdominal, de llarga tradició i prestigi internacional. Als cursos de Sant Pau hi assistien cirurgians de tota la Península Ibèrica, així com d'altres països de parla llatina, havent estat pioners en la formació continuada dels cirurgians de la segona meitat del segle XX i la referència més emblemàtica de la cirurgia catalana d'una època. El Dr. Nogueras, amb la seva gran capacitat organitzativa, va contribuir a fer possible, any rera any, la realització dels cursos.

A més, com a secretari de l'Associació d'Antics Residents de Cirurgia de l'Hospital de Sant Pau, organitzava cada any viatges d'estada a diferents hospitals estrangers, facilitant el contacte directe amb els mètodes de treball dels centres i els cirurgians més notoris de cada moment.

Cirurgià meticulós, detallista, intel·ligent, tenia una àmplia formació bàsica que li permetia tractar als seus pacients amb una gran consideració i amb un sentit ètic i de responsabilitat que demostraven la seva vàlua com a persona i com a metge.

Col·laborador del Dr. Giménez Salinas en la unitat de Coloproctologia de l'Hospital de Sant Pau va continuar la seva obra fins la seva jubilació, malauradament forçada per raons administratives i de gestió, deixant perdre, imperdonablement com en altres casos similars, una persona amb una considerable experiència i coneixements en cirurgia en ares d'una malentesa modernització gestora. Lluitador incansable, va defensar les seves posicions i opinions amb dignitat, aconseguint, encara que tard, el reconeixement merescut..

Com no hauria desitjat que fos d'altra forma, va morir visitant, és a dir exercint la seva professió de cirurgià fins al darrer moment, massa aviat tenint en compte els seus projectes sempre vius i plens d'entusiasme, però deixant un inesborrable record de la seva personalitat i de la seva manera científica, rigorosa i progressista d'entendre la cirurgia, sorgida d'una sòlida formació clàssica amb un interès continu per millorar.

Descansi en ben guanyada pau.

La Junta

“IN MEMORIAM” ANGEL DÍAZ CASCÓN

Hem de lamentar també, la sensible pèrdua del Dr. Angel Díaz Cascón, membre de la Comissió Consultiva de la Societat Catalana de Cirurgia.

El Dr. Díaz Cascón, Don Ángel, sent metge militar i coronel de l'exèrcit, va ser director de l'Hospital Militar de Barcelona i també Cap del Departament de Cirurgia de la Residència Sanitària de la Vall d'Hebron.

Cirurgià clàssic, forjat en la cirurgia de campanya, va ser una persona estudiosa, preocupada pel coneixement en cirurgia, que va participar sempre en les activitats de la nostra Societat amb una actitud personal de modèstia i humilitat darrera la qual s'hi podia percebre una extraordinària experiència i una profunda saviesa.

En els temps difícils de la dictadura, el naixement d'una Ciutat Sanitària a Barcelona va representar un pas quantitatiu i qualitatiu molt important que va fer possible la modernització mèdico-quirúrgica de la sanitat del país. En aquest projecte, el Dr. Díaz Cascón va saber rodejar-se de bons cirurgians endegant un procés d'actualització de mitjans que va permetre el desenvolupament de la gran cirurgia de l'època.

Persona d'un gran rigor i seriositat, demostrava al mateix temps una notable bonhomia que el va portar a potenciar als seus col·laboradors de provada vàlua i permetre, des d'un lideratge discret però efectiu, que el nou departament de cirurgia que va crear assolís un nivell de qualitat realment extraordinari.

Preocupat per una constant actualització, es va inspirar en diversos serveis d'avantguarda del moment per cercar noves idees i formes d'organització que permetessin una millor atenció als pacients quirúrgics. Fins i tot després de la seva jubilació, durant molts anys, va seguir assistint a les sessions científiques de la nostra societat, mantenint sempre obert el seu interès per l'objecte de la seva vocació de cirurgià.

Amb un alt sentit de responsabilitat, una exemplar disciplina personal i una clara voluntat de servei, va deixar, en els cirurgians que el van tractar, una profunda impressió de respecte però també d'afecte que faran que la seva obra pervisqui en el record de tots.

La pau i el descans siguin per sempre més amb ell.

La Junta

CAP A UN MODEL COMPARTIT I UNITARI DE FORMACIÓ

Antoni Sitges Serra, Joan Sala Pedrós, Ferran Caballero Mestres, Salvador Navarro Soto, Eloi Espin Basany, Maria Isabel Garcia Domingo, Francesc Espin Álvarez, Guzman Franch Arcas.

La renovació reglamentària de la Junta ha permès incorporar al projecte, ja consolidat, noves persones que aportin valor a les activitats de la nostra Societat.

Els canvis de Vice-President, Secretari i Vocal Segon, suposen continuïtat en la línia marcada però al mateix temps diversitat d'opinions i perspectives. En especial, l'entrada a la Junta d'un Metge Resident, si be pot trencar algun dels esquemes clàssics de la Societat, representa una aposta de futur, de donar veu i vot als cirurgians en formació.

L'aparició aquest any del nou programa oficial de formació de l'especialitat de Cirurgia General i de l'Aparell Digestiu (CGAD), representa un nou repte per a la Societat Catalana de Cirurgia en la seva línia de lideratge de la formació continuada al nostre país, en el camp que li és propi.

El programa inclou en els temes de formació, a més dels específics de la cirurgia General i de l'Aparell Digestiu, alguns de caràcter bàsic però imprescindibles en el món actual. Fonamentalment són els que es refereixen a metodologia científica, ètica i qualitat assistencial. De fet, malgrat el poc temps disponible, la SCC s'ha volgut apressar per pactar amb els responsables dels serveis de cirurgia acreditats per a la formació de l'especialitat, tant de l'Institut Català de la Salut (ICS) com de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), un programa conjunt, adaptat a la situació catalana, que permeti una formació bàsica compartida per tots aquells que hagin d'exercir la cirurgia general i digestiva a Catalunya.

El programa del curs preveu la realització d'aquesta formació per a la qual comptem amb experts dels nostres Hospitals tal com ja es venia fent però adaptant els programes al canvi general aprovat.

Amb l'ajuda de tots seguirem fent possible una cirurgia de qualitat amb un nivell òptim de formació bàsica i continuada dels cirurgians catalans, augmentant, si cap, la utilitat de la nostra institució.

La Junta

