



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2010-2011

ÍNDEX

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA	1
LLIBRE COMMEMORATIU	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2010-2011	1
 ÍNDEX	 3
 MEMÒRIA DEL CURS 2009-10	 5
SESSIÓ INAUGURAL	5
VII CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA	9
SESSIONS ORDINÀRIES	13
BEQUES CONCEDIDES PER LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA	43
 CURS 2010-2011	 45
INAUGURACIÓ	45
JUNTA DE GOVERN	47
PRESIDENTS ANTERIORS	48
COMISSIÓ CONSULTIVA	49
CENTRES COL·LABORADORS	50
PREMIS HONORÍFICS 2010	51
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT	52
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2009	53
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2010	54
INAUGURACIÓ DEL CURS 2010-2011	55
SESSIÓ INAUGURAL	56
PROGRAMA DE SESSIONS	57
CALENDARI DE SESSIONS	69
 DOCUMENTS	 71
UN ESGLAÓ MÉS	73
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2010	75
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2010	83
LA CIRUGÍA TAURINA	85
CIRUGÍA TAURINA. UN CONOCIMIENTO NECESARIO	94

RECLAMACIONS PER MALA PRÀCTICA MÈDICA EN CIRURGIA.....	99
LA CIRURGIA CATALANA AL SEGLE XVIII	129
DISCURS DEL PRESIDENT DE LA SOCIETAT SICILIANA DE CIRURGIA.....	135
AGERMANAMENT	136
CAP A LA SEGÜENT ETAPA.....	139



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

MEMÒRIA DEL CURS 2009-10

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 15 d'octubre de 2009
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

20:00h. Presentació

Sitges Serra A. President de la Societat Catalana de Cirurgia

20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Agregats

Benvinguda als nous membres Associats:

Alzaga Magaña, Amilcar
Amador Gil, Sara
Boleko Ribas, M^a Angeles
Botey Fernández, Mireia
Calero Lillo, Aranzazu
Carvajal Lopez, Fernando
Casajoana Badia, Anna
Castro Gutiérrez, Ernest
Crous Masó, Xènia
Díaz Botero, Sebastián
Domingo González, Marta
Dorcarato, Dimitri
Fernández Ananin, Sonia
Ganchegui Madina, Amaia
Gómez Díaz, Carlos Javier
Gómez Pallarès, Marta
Gonçalves Tinoco, Cristina
Gutiérrez, Israel
Jimenez Salido, Andrea
Lázaro García, Laura
Llorca Cardeñosa, Sara

Lorente Poch, Leyre
Marinello, Franco
Mercader Bach, Cristina
Otero Piñeiro, Ana
Pallarès Segura, Josep Lluís
Ramírez Maldonado, Elena
Rodríguez Luppi, Carlos
Roura Agell, Marina
Sánchez Hugue, Ramon
Silva Vergara, Claudio
Silvio Esataba, Leonardo
Simó Alarí, Francesc
Socías Seco, Maria
Velasco Moreno Bello, Janice

Nomenament dels nous membres Numeraris:

Barcons Vilaplana, Santiago
Buqueras Bujosa, Carmen
Coroleu Lletget, David Joan
Fernández Sallent, Enrique
Garcia Cuyàs, Francesc
Girvent Montllor, Meritxell
González López, Oscar
Lozoya Trujillo, Roberto
Martínez Martín, Montserrat
Medrano Caviedes, Rodrigo
Molinas Bruguera, Joan
Moreno Matías, Juan
Pereira Rodríguez, José Antonio
Rueda Chimenó, Juan Carlos
Sanchez Cano, Juan José
Sánchez García, Jose Luis
Zapata Salamé, Carles

Lliurament de Premis a treballs científics:

Caballero Mestres F. Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

Premi Corachan

Aplicació de la revisió terciària en el maneig del pacient politraumatitzat

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

Transposició ileal com a cirurgia metabòlica: estudi experimental

Hernández M, Sabench F, Blanco S, Sánchez Marín A, Cabrera A, Vives M, Sánchez Pérez J, Del Castillo D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

Premi Carmen Benasco

Diferents anàlisis en el control del dolor posthemorroïdectomia

Caro A, Olona C, Escuder J, Vicente V, Vicente J, Ferreres J, Fumanal V, Verge J.
(Hospitals: Joan XXIII Tarragona, Universitari de València, Sant Camil de Sant Pere de Ribes).

**Premi XXVè Congrés de la *Société Internationale de Chirurgie*, Barcelona 1973
Incidència, maneig terapèutic i pronòstic de la perforació del còlon per
colonoscòpia**

Bollo J, Hernández-Gea V, Carrillo E, Caballero F, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona).

20:25h. **Lliurament de Premis Honorífics**

Sitges Serra A. President de la Societat Catalana de Cirurgia

Premi Pere Virgili: **Dr. Enrique Moreno González**

Premi Antoni de Gimbernat: **Dr. Neil Mortensen**

20:50 h. **Canvi de President**

Nomenament del Dr. Joan Sala Pedrós com a nou President de la Societat Catalana de Cirurgia.

Sitges Serra A.

Discurs de comiat: Dr. Sitges Serra

Discurs d'acceptació. Dr. Sala Pedrós

21'10 **Cloenda de l'acte**

Bombí JA. President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears

SOPAR DE CELEBRACIÓ

21:00h. Sopar de germanor a l'Hotel Le Meridien (Restaurant El Patio) de Barcelona.

VII CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA

Dijous, 15 d'octubre de 2009

08.00 Lliurament de documentació

09.00-10.30 Conferència - Col·loqui

Tractament dels efectes adversos de la cirurgia en els mitjans de comunicació

Sra. Milagros Pérez Oliva. Sotsdirectora del diari "EL PAÍS"

Moderador: Sitges-Serra A.

10.30-11.00 Pausa amb cafè

11.00-12.15 **Les cinc millors comunicacions**

Moderadors: Roig JV, Sala J.

Avaluació i importància clínica de la detecció de micrometàstasis limfàtiques en pacients amb càncer colorectal: determinació de citokeratina 20 mitjançant RT-PCR i immunohistoquímia

García Domingo MI, Navarro Luna A, Pando López JA, Muñoz Duyos A, Rius Macias J, Sitges-Serra A, Marco Molina C. (Hospital Mútua de Terrassa, Hospital San Juan de Dios de Tenerife, Hospital del Mar de Barcelona)

Anatomia i fisiologia de l'error assistencial en cirurgia. Anàlisi de 841 errors

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

Significat clínic de l'estudi del gangli sentinella en el càncer de còlon

Hernando Tavira R, Serra Aracil X, Bombardó Juncà J, Casalots Casado A, Martín Miramón JC, Junquera Flórez F, Mena González E, Pericay Pijaume C, Navarro Soto S. (Hospital de Granollers i Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Estudi *in vitro* de l'activitat motora del sigma en pacients amb malaltia diverticular

Espín F, Gil V, Rofes L, Jiménez M, Admella C, Clavé P, Gallego D. (Hospital de Mataró)

Hemorroidectomia amb diatèrmia *versus* segellador de vasos, sota anestèsia espinal en front a anestèsia local amb bloqueig de nervis pudends. Estudi prospectiu i randomitzat amb un any de seguiment

Castellví J, Sueiras A, Espinosa J, Vallet J, Gil V, Ortiz C, Galera MJ, Deramón B, Pi F. (Hospital de Viladecans)

12.15-13.30 Sessió Salvador Cardenal
Conferències dels Premis Virgili i Gimbernat
Prof. E. Moreno González
Prof. N. Mortensen
Moderadors: Sitges-Serra A, Caubet E.

13.30 Dinar

15.00-16.00 **Assemblea General**

16.15-18.00 **Comunicacions orals**
Moderadors: García MI, Corell R.

16.15-18.00 **Comunicacions orals**
Moderadors: Lacueva J, Navarro S.

Divendres, 16 d'octubre de 2009

09.00-10.30 Taula Rodona

Estudis multicèntrics a Catalunya i València
Moderadors: Fernández-Cruz L, Roig JV.
Ponències

Infecció en la cirurgia colorectal
Serra X.

Mortalitat en la cirurgia herniària urgent
Pereira JA.

Atenció del politrauma a Catalunya
Navarro S.

Com tractem les hemorroides a Catalunya i València
Verge J.

Factibilitat i morbiditat de la reconstrucció de Hartmann a la Comunitat de València
Roig JV.

09.00-10.30 **Sessió de vídeos**
Moderadors: Targarona E, Gómez-Ferrer F.

11.30-13.00 **Comunicacions orals**
Moderadors: Lluís F, Grande L.

11.30-13.00 **Comunicacions orals**
Moderadors: Espín E, García-Armengol J.

13.10-13.45 Conferència de cloenda i comiat del President del Congrés

Previsions de Cirurgians General a Espanya i Catalunya. Una aproximació pel període 2010-2030

Prof. Antoni Sitges Serra

Moderador: Roig JV.

SESSIONS ORDINÀRIES

5 d'octubre de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Patogènesi i prevenció del tromboembolisme pulmonar (TEP) postoperatori .

Arcelus JI. (Hospital Virgen de las Nieves de Granada)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Espin F. (Hospital de Mataró)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Rebasa P, Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

Temes d'actualitat

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

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

1. Estratègies per prevenir el fracàs de l'anastomosi pancreàtica després de duodenopancreatectomia

Fernández-Cruz L, López-Boado MA, García R, Ferrer J, Crusellas O, Pellegrino A. (Hospital Clínic de Barcelona)

2. Apendicectomia transumbilical urgent a través de portal únic (SILS/LESS): experiència inicial.

Vidal O, Valentini M. (Hospital Clínic de Barcelona)

3. Colectomia transumbilical a través de portal únic (SILS/LESS): una alternativa a la laparoscòpia convencional.

Valentini M, Vidal O. (Hospital Clínic de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Patogènesi i prevenció del TEP postoperatori .

Arcelus JI. (Hospital Virgen de las Nieves de Granada)

9 de novembre de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Bacteriologia quirúrgica. Patògens emergents.

Guirao X. (Hospital de Granollers).

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Casal M. (Hospital de Granollers)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Comentari d'un article científic.

Rebasa P. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

Presentació de la nova Junta

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- La laparoscòpia com a factor pronòstic del càncer gàstric.

Roig J, Artigau E, Puig M, Gironès J, Rodríguez JI, Codina A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

2.- Dimensió tumoral del càncer de mama: correlació entre anatomia patològica, ressonància magnètica nuclear i eco-mamografia.

Márquez V, Vila E, Tuca F, Alonso LM, Pérez E, Panyella A, Codina A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

3.- Evolució en el tractament quirúrgic de la diverticulitis aguda

Pujades M, Farrés R, Martin A, Gómez N, Julià D, Olivet F, Codina A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

4.- Cirurgia hepàtica amb derivació (*by-pass*) venovenosa i preservació hepàtica.

López-Ben S, Codina Barreras A, Albiol MT, Falgueras L, Castro E, Planellas P, Garcia MR, Pardina B, Torres S, Figueras J, Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cicatrització intestinal

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

23 de novembre de 2009

III CURS DE BIOÈTICA EN CIRURGIA

Direcció del curs: Broggi Trias MA.

10'30 hores

SESSIÓ INAUGURAL

1. Inauguració del curs.

Sala J.

10'45 hores

PRINCIPIS BÀSICS

2. Nous drets individuals i noves necessitats de la població. Nous deures del professional. Personalització. Relació clínica, confiança i nous models.

Broggi MA.

12'00 hores

RESPONSABILITAT I CIRURGIA

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

Sala J.

12'45 hores

4. Bioètica i Legalitat

José Maria F.

13'30 hores

5. Discussió.

Broggi MA.

14'00 hores

Dinar.

15'00 hores

LA PRÀCTICA I EL CONSENTIMENT INFORMAT (CI)

6. Els CI escrits: obert i tancat. El CI sobre exploracions que fan altres (radiologia, endoscòpia, etc.). Les decisions compartides en àrees especials (urgències, reanimació, unitat de cures intensives, etc.) cal CI escrit?. El no consentiment i la racionalitat: els requisits del CI. El CI sota condicions del malalt.

Barja J.

15'30 hores

EL MALALT INCAPAÇ O INCOMPETENT

7. Concepte d'incapacitat i alerta.

Barja J.

8. Futilitat i la Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET) en cirurgia. Sedació.

Broggi MA.

9. Document de Voluntats Anticipades (DVA) com a dret del malalt i ajuda al professional.

Sala J.

16'30 hores

SITUACIONS PRÀCTIQUES

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

Broggi M.A.

18'30 hores

RECAPITULACIÓ

Bioètica i recerca. El Comitè d'Ètica i Investigació Clínica (CEIC)

Sala J.

Comitè d'Ètica Assistencial (CEA)

Barja J.

Metodologia de casos.

Broggi MA.

19'00 hores

CLOENDA

Broggi MA.

23 de novembre de 2009

20'00 hores

SIMPOSI - TAULA RODONA

RECLAMACIONS EN CIRURGIA LAPAROSCÒPICA

Moderador: Bofill Soliguer, J.

Ponències:

La corba d'aprenentatge i el consentiment informat en cirurgia laparoscòpica.

L'estrès post - litigi.

Bofill Soliguer, J.

Tipus de reclamacions: civils, penals, contencioses...

Lladó Bertran, FX.

La vivència del cirurgià. Aspectes oportuns i inoportuns.

Marco Molina, C.

Característiques especials en cirurgia laparoscòpica

Olsina Kissler, JJ.

14 de desembre de 2009

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira, MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Principis d'antibioticoteràpia terapèutica.

Badia JM. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Marcilla Galera V. (Hospital de Mataró)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Descriure i interpretar els resultats d'un estudi.

Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

Les reclamacions en cirurgia

Sala Pedrós, J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Coordinador: Fernández-Llamazares J.

Moderadora: Vallverdú H. (Hospital de Sant Boi)

1. Activitat dinàmica de l'esfinter anal intern en pacients amb fissura anal.

Clavé P, Opazo A, Saldaña E, Aguirre E, Jané S, Martí-Gallostra M, Heredia A, Suñol X. (Hospital de Mataró).

2. Cirurgia restitutiva : Reconstrucció volumètrica amb “gel de plaquetes” en la cirurgia conservadora de les neoplàsies de mama.

Julian JF, Pascual I, Navinés J, Botey M, Grífols JR, Ester A, Bascuñana O, Mariscal M, Vizcaya S, Mourelo S, De Dios G, Castilla E, Tarascó J, Vázquez L, Torres M, Alastrué A, Fernández-Llamazares J. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

3. Noves tendències en l'hospitalització a domicili. Aplicació en els pacients quirúrgics

Catot L, Moreno J, Fernández MR, Torres G, Guerrero Y, Alcaide A, Pou E, Hernández R, Vila JM, Pié J, Martínez F. (Hospital Municipal de Badalona)

4. Embassament pleural massiu; una causa poc comuna.

Ribas J, Muñoz S, Luid J, Cristòbal E, Lara L, Janer J, Tous, Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramanet)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Stent pal·liatiu o pont a cirurgia en l'estenosi del còlon
Alcántara M. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

11 de gener de 2010

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora.: López Pereira M. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Infeccions greus de parts toves.

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

"L'escrit a la paret"

Espín F. (Hospital de Mataró).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Causalitat i confusió.

Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

Presentació de l'enquesta sobre reclamacions en cirurgia

Sala Pedrós, Joan. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Coordinador: Rodríguez Santiago J. (Hospital Mútua de Terrassa)

Moderadora: Ramos E. (Hospital de Bellvitge)

1. Utilitat de la ressonància magnètica nuclear (RMN) i la segona revisió (*second-look*) ecogràfica peroperatòries en la modificació del tractament quirúrgic del càncer de mama.

Aparicio O, Font J, Barcons S, Corredera C, Escribano F, Sentís M, Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

2. Eficàcia de l'octreòtida en el tractament de la fístula quilosa associada a patologia pancreàtica.

Balsach A, Oms L, Mato R, Garrido M, Sala J, Campillo F. (Hospital de Terrassa)

3. Comparació entre el número de ganglis infiltrats i la seva localització en el càncer gàstric. Implicacions de la nova classificació TNM-UICC (7^a Ed. 2009).

Rodríguez Santiago JM, Osorio J, Pérez N, Muñoz E, Gutiérrez I, Lázaro L, Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

4. Cèl·lules mare en el tractament de la fístula anal complexa. Participació de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa en l'assaig clínic multicèntric FATTL.

Pando JA, Navarro A, Muñoz-Duyos A, Maristany C, Camps J, Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

SESSIÓ DE MORBIMORTALITAT.

Comentari d'un cas

Jimeno J. (Hospital Clínic de Barcelona)

8 de febrer de 2010

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Peritonitis secundària i postoperatòria. Abscessos intra-abdominals.

Membrilla E. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Lázaro L. (Hospital Mútua de Terrassa).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Crítica d'un article.

Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPai DEL SOCI

Presentació del curs de paret abdominal

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

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

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

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

Moderador.: Bianchi A. (Hospital de Mataró)

1. Resultats de la implantació del circuit de diagnòstic ràpid en el càncer colorectal.

Vallverdú H, Orbeal R, Urgellés J, Comajuncosa J, Gris P, López-Negre JL, Jimeno J, Parés D. (Hospital de Sant Boi)

2 - Evolució i resultats de la cirurgia colorectal laparoscòpica al nostre centre. S'adequa als estàndards?

Valet J, Sueiras A, Castellví J, Espinosa J, Gil V, Pi F. (Hospital de Viladecans)

3 – Resultats a mig termini de l'aplicabilitat de la cirurgia laparoscòpica colorectal després d'un curs de formació específic.

Targarona EM, Balagué C, Martínez C, Segade M, Garriga J, Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

4 - Cirurgia de rescat en el tractament de les metàstasis hepàtiques de càncer colorectal.

Medrano R, Artigas V, González JA, Rodríguez M, Marcuello E, Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA
Cirurgia taurina. Un coneixement necessari
Sierra Gil E. (Plaça de Toros Monumental de Barcelona)

22 de febrer de 2010

III CURS DE GESTIÓ CLÍNICA EN CIRURGIA
II CURS DE CIRURGIA MAJOR AMBULATORIA

Direcció del curs: Grande Posa L.

Instrumentals bàsics i utilització

11:00-11:15

Benvinguda i presentació del curs.

Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

11:15-11:45

Introducció: gestió clínica i marc sanitari

Iniesta C. (Hospital del Mar de Barcelona)

11:45-13:15

Sessió I: Conceptes bàsics de gestió i àmbits d'actuació d'un servei de cirurgia general. *Què ha de conèixer un resident.*

Exercici pràctic

Iniesta C. (Hospital del mar de Barcelona)

Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

14:00-15:30

Sessió II: Alternatives a la hospitalització convencional. La cirurgia de curta estada. La cirurgia ambulatoria. *El rol del resident.*

Exercici pràctic

Suñol X. (Hospital de Mataró)

Colomer O. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

15:30-17:00

Sessió III: Sistemes d'informació clínica per a la presa de decisions de gestió assistencial. *Com pot influir la tasca dels residents.*

Exercici pràctic

Torre P. (Hospital del mar de Barcelona)

Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

17:30-19:00

Sessió IV: Introducció a la qualitat assistencial i la seva avaluació. *Com s'ha d'implicar un resident en la qualitat.*

Exercici pràctic

Sala M. Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

19:00-19:30

Discussió final.

Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

22 de febrer de 2010

20'00 hores

SIMPOSI - TAULA RODONA

(Conjuntament amb l'Associació Catalana d'Educació Mèdica)

FORMACIÓ DE RESIDENTS EN CIRURGIA

Moderadors:

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

Espin Álvarez F. (Hospital de Mataró)

Ponències:

Estat actual i futur de la formació sanitària especialitzada.

Ezquerria Lezcano M. (Hospital de Terrassa)

Experiència de 4 anys amb el llibre informàtic del resident.

Hermoso Bosch J. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

El paper del Tutor en la formació del cirurgià.

Oms Bernad L. (Hospital de Terrassa)

La salut del cirurgià en formació (MIR).

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

15 de març de 2010

II CURS D'INFECCIÓ EN CIRURGIA

Planteig i resolució de casos clínics en infecció quirúrgica

Coordinador: Guirao X. (Hospital de Granollers)

17:00 hores

Presentació

Guirao X. (Hospital de Granollers)

17:10 hores

“Què hem de tenir en compte a l'hora d'escollir una pauta antibiòtica en el tractament empíric dels pacients amb infecció intraabdominal”

Pigrau C. (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona).

17:40 hores

Tractament antibiòtic de les infeccions de parts toves

Jimeno J. (Hospital de Sant Boi).

18:30 hores

Presentació i discussió dels casos

Guirao X. (Hospital de Granollers)

22 de març de 2010

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Principis d'antibioticoteràpia profilàctica

Badia JM. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Lupu I. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Evidència científica

Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Rafecas Renau A. (Hospital de Bellvitge)

Moderador: Sánchez Marín A. (Hospital de Sant Joan de Reus)

L'ESPAI DEL SOCI

Comentari de l'enquesta sobre mala pràctica. Primera Part.

Sala Pedrós, J. (Hospital de Terrassa).

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. El laboratori d' habilitats quirúrgiques aplicat a l'entrenament de les tècniques laparoscòpiques bàsiques.

Cabrera A, Morandeira A, Sabench F, Hernández M, Vives M, Socias M, Sánchez-Marín A, Blanco S, Sánchez Pérez J, Domènech J, Piñana ML, Jara J, Del Castillo D. (Hospital de Sant Joan de Reus)

2. Paret abdominal en l'abdomen sèptic.

Caro A, Vadillo J, Gonçalves C, Jiménez A, Duque E, Olona C, Vicente V. (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

3. Utilitat de la PET/TC en la estadificació prèvia a la cirurgia de les metàstasis hepàtiques de carcinoma colorectal.

Ramos E, Torras J, Lladó L, Fabregat J, Jorba R, García Borobia F, Busquets J, Martínez L, Rafecas A. (Hospital de Bellvitge).

4. Diferències entre resecció i preservació de l'anastomosi en el maneig quirúrgic de la dehiscència anastomòtica en cirurgia colorectal.

Fraccalvieri D, Saez J, Millan M, Kreisler E, Golda T, Frago R, De Oca J, Rafecas A, Biondo S. (Hospital de Bellvitge)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

Franch G. (Hospital de Zamora)

12 d'abril de 2010

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Infecció de l'espai quirúrgic: prevalença, risc, factors afavoridors i control epidemiològic

Guirao X. (Hospital de Granollers)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Espin F. (Hospital de Mataró)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Crítica d'un article

Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

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

Moderador: Caballé J. (Hospital de Manresa)

L'ESPai DEL SOCI

Comentari de l'enquesta sobre mala pràctica. Segona Part.

Sala Pedrós, J. (Hospital de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1. Biòpsia selectiva del gangli sentinella en el càncer papil·lar de tiroide. Resultats preliminars.

González O, Vilallonga R, Fort JM, Baena JA, Ganchegui A, Calero A, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

2. Hemorràgia post-duodenopancreatectomia

Rodríguez R, Mañas MJ, Caralt M, Blanco L, Olsina JJ, Naval J, Dopazo C, Lázaro JL, Bilbao I, Balsells J, Charco R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

3. Experiència inicial en apendicectomia i colecistectomia via port únic (*single port*)

Olsina JJ, Villalobos R, Escoll J, Gómez L, Escartin A, Balsells J. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

4. Cirurgia robòtica colorectal. Resultats pre-liminars.

Vallribera F, Espin E, Sánchez JL, Martí M, Jiménez LM, Caubet E, Salgado L, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Traumatismes d'òrgans sòlids

Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

10 de maig de 2010

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Politraumatismes: valoració inicial, reanimació i estratificació de la gravetat

Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Resident (Hospital del Mar de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Crítica d'un article

Rebasa P. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

L'ESPAI DEL SOCI

Presentació del Club de Gestió del Bloc Quirúrgic.

Gil A. (Hospital de Martorell)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

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

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

1. Goll recidivat, una entitat complexa que precisa atenció especialitzada.

Sitges Serra A, Martínez-Serrano MA, Dorcaratto D, Dueñas JP, Munné A, Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

2. Evolució de la cirurgia laparoscòpica en un Servei de Cirurgia General d'un hospital comarcal.

Farré r, Güell M, Curto X, Libori R. (Hospital de Manresa)

3. Tractament ambulatori en malalts amb diverticulitis aguda no complicada.

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

4. Efectes de la derivació (*by-pass*) gàstrica i la gastrectomia tubular sobre el metabolisme de la glucosa i la secreció d'hormones intestinals. Resultats preliminars d'un estudi clínic prospectiu i aleatoritzat.

Ramón JM, Salvans S, Goday A, Puig S, Crous X, Trillo L, Pera M, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Tumor de Klatskin

Ramos E. (Hospital de Bellvitge)

31 de maig de 2010

I CURS DE CIRURGIA DE LA PARET ABDOMINAL

Coordinadors i Moderadors del Curs:

Dr. José Antonio Pereira – Dr. Manuel López-Cano

09'00 hores

1. Anatomia Quirúrgica de la Paret abdominal

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

09'30 hores

2. Laparotomia: Obertura i Tancament

Rodríguez Hermosa JI (Hospital Josep Trueta de Girona)

10'00 hores

3. Hèrnia Inguinal: Tipus i Abordatge

Robres J. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

10'30 hores

4. Hèrnia Incisional: Tipus i Abordatge

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

11'00 hores. Cafè.

11'30 hores

5. Pròtesis: Tipus i Indicacions

Bellon JM. (Universidad de Alcalá de Henares)

13'00 hores. Dinar

15'00 hores

TAULA RODONA - SIMPOSI SOBRE HÈRNIA INGUINAL

La Via Anterior

Marsal F. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)

La Via Posterior

Ribera C. (Hospital de Martorell)

La Via Laparoscòpica

Feliu X. (Hospital d'Igualada)

16'30 hores

TAULA RODONA - SIMPOSI SOBRE HÈRNIA INCISIONAL

Via Oberta Supraaponeuròtica (*Onlay*)

Villalobos R. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

Via Oberta Subaponeuròtica (*Sublay*)

Francos JM. (Hospital de Bellvitge)

Via Laparoscòpica

Garcia-Domingo M. (Hospital Mútua de Terrassa)

18'00 hores

CONFERÈNCIA MAGISTRAL

Bases Biològiques del Tractament de les Hèrnies de la Paret Abdominal

Bellon JM. (Universidad de Alcalá de Henares)

19'00 hores

CLOENDA

14 de juny de 2010

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Lopez Pereira MJ. (Hospital de Figueres)

FISIOPATOLOGIA

Fístules Intestinals

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Mañas MJ. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Crítica d'un article

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20'00 hores

ESPAI DEL SOCI

Presentació de la memòria d'estades a compte de les beques de la SCC

Abellan M, Gonçalves C, Salvans S.

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

SIMPOSI CIRURGIA MULTIMODAL (*FAST TRACK SURGERY*)

Moderadora: Gil Egea MJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

Ponents:

- | | |
|------------------------|---|
| - Anestesiologia: | Bausili JM (Hospital de Igualada) |
| - Infermeria: | Bordoy Munté E. (Hospital de Mar de Barcelona) |
| - Cirurgia general: | Viñas Trullen X. (Hospital de Igualada) |
| - Cirurgia colorectal: | Alcántara Moral M. (Hospital Parc Taulí - Sabadell) |

BEQUES CONCEDIDES PER LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2009-2010

Dra. Sílvia Salvans (Hospital del Mar)

Estada de 3 mesos al *King's College* de Londres

Dra. Miriam Abellán (Hospital de Sant Pau)

Estada d 2 mesos a l'*Instituto di Tumori* de Milà

Dra. Cristina Gonçalves (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

Estada de 2 mesos a l'*Hôpital Saint Eloi* de Montpeller



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2010-2011

INAUGURACIÓ

6 d'octubre de 2010

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Joan Sala Pedrós

Vice-president

Salvador Navarro Soto

Secretari

Ferran Caballero i Mestres

Tresorer

Daniel Del Castillo i Déjardin

Vice-secretari

Maria Jesús López Pereira

Vocal primer Ramon Vilallonga Puy

Vocal segon

Francesc Espin i Álvarez

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
Antoni Sitges Serra 2005-09

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
Antoni Sitges Serra

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge
Clínica Plató de Barcelona
Consorci Sanitari de Mataró
Corporació Sanitària Parc Taulí
Espitau d'era Val d'Aran de Vielha
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca
Hospital Comarcal de la Selva de Blanes
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de Granollers
Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
Hospital 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 Arnau 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

PREMIS HONORÍFICS 2010

PREMI VIRGILI

Dr. CARLOS PERA MADRAZO

PREMI GIMBERNAT

Dr. ABRAHAM FINGERHUT

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT**

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	Antonio Cortés Lladó	Philip Rowland Allison (Regne Unit)
1964	Abilio Garcia 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	Benjamin 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	Àngel Díez Cascón	Patrick Forrest (Regne Unit)
1997	Jordi Puig Lacalle	Jacques Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	Hans Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luis Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Regne Unit)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)
2003	Pascual Parrilla Paricio	Charles Proye (França)
2004	Josep Simó Deu	David Sutherland (Estats Units)
2005	Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	Markus Büchler (Alemanya)
2006	Marià Ubach i Servet	John Smith (Regne Unit)
2007	Manuel Bellón Caneiro	Henrik Kehlet (Dinamarca)
2008	Joan Martí Ragué	Jacques Marescaux (França)
2009	Enrique Moreno González	Neil Mortensen (Regne Unit)

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2009

REUNIÓ DELS TRIBUNALS

CURS 2008-09

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 €. Dia 28-09-2010 a les 17h.: Tribunal:

Dr. Joan Sala Pedrós (President de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Ferran Caballero Mestres (Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Joan Sánchez Lloret i Tortosa (Membre de la Comissió Consultiva de a Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Salvador Navarro Soto (Membre Numerari i Vicepresident de la Societat Catalana de Cirurgia), Dra. Maria Jesús López Pereira (Membre Numerari i Vicesecretària de la Societat Catalana de Cirurgia).

“”

Premi “XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973”: Premi al millor treball sobre el tema: "Gestió d'un Servei de Cirurgia". Dotat amb 1800 €. Dia 28-09-2010 a les 17h. 20': Tribunal: Dr. Joan Sala Pedrós (President de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Ferran Caballero Mestres (Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Ramon Balius Juli (Membre de la Comissió Consultiva de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Joan Sánchez Lloret i Tortosa (Membre de la Comissió Consultiva de a Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Ramon Martí Pujol (Membre del Patronat i de la Comissió Consultiva de la Societat Catalana de Cirurgia).

“”

Premi Corachan: Dotat amb 600,- €. Dia 29-09-2010 a les 17'40 h.: Tribunal: Dr. Joan Sala Pedrós (President de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Ferran Caballero Mestres (Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Ramon Vilallonga Puy (Membre Numerari i Vocal de la Junta de la Societat Catalana de Cirurgia), Dr. Francesc Espín Alvarez (Membre Numerari i Vocal de la Junta de la Societat Catalana de Cirurgia), Dra. Maria Jesús López Pereira (Membre Numerari i Vicesecretària de la Societat Catalana de Cirurgia).

“”

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2010

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

Alzaga Magaña, Amílcar
Amillo Zaragüeta, Mireia
Argudo Aguirre, Núria
Cáceres Díez, Marta
Casajoana Badia, Anna
Climent Agustín, Marta
Dorcarato, Dimitri
Duque Guilera, Enric
Fernández de Sevilla Gómez, Elena
Guàrdia Torner, Natàlia
Jurado, Cristina
Landi Dal Poggetto, Filippo
Llaquet Bayó, Heura
Llorca Cardeñosa, Sara
Lupu Lupu, Ion
Mercader Bach, Cristina
Pastor Mora, Joan Carles
Ramírez Maldonado, Elena
Riveros Caballero, Miguel Francisco
Serra Pla, Sheila
Vásquez Del Águila, Jorge Walker
Vilchez Mira, Maria Mar
Zarate Moreno, Fabian Andrés

NOUS MEMBRES NUMERARIS

Balibrea del Castillo, José Maria
Barcons Vilaplana, Santiago
Biondo, Sebastiano
Coroleu Lletget, David
Garcia Cuyàs, Francesc
Guerrero de la Rosa, Yaima
Larrañaga Blanc, Itziar
Memba Ikuga, Roberto
Navinés Lopez, Jordi
Rueda Chimeno, Juan Carlos
Sanchez Cano, Juan José
Simó Alarí, Francesc

NOUS MEMBRES CORRESPONENTS

Franch Arcas, Guzman

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2010-2011

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 6 d'octubre, dimecres. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2010* al Dr. Carlos Pera Madrazo i del *Premi Gimbernat 2011*, al Dr. Abraham Fingerhut. 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 Le Meridien (Restaurant El Patio), Rambles, 111, 08002 Barcelona. 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, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 de setembre de 2010

Joan Sala Pedrós
President

Ferran Caballero Mestres
Secretari



SESSIÓ INAUGURAL

Dia 6 d'octubre de 2010
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. Presentació**
Sala Pedrós J. President de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Lliurament de Premis a treballs científics.
Caballero Mestres F. Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia
- 20:25h. Lliurament dels Premis Honorífics**
Sala Pedrós J. President de la Societat Catalana de Cirurgia
Premi Virgili al Dr. Carlos Pera Madrazo
Premi Gimbernat al Dr. Abraham Fingerhut
- 20:50 h. Acte d'agermanament amb la Societat Siciliana de Cirurgia**
Prof. Giovanni Sturniolo President de la *Società Siciliana di Chirurgia*
Sala Pedrós J. President de la Societat Catalana de Cirurgia
- 21'10 Cloenda de l'acte acadèmic**
- 21:00h. Sopar de germanor**
Hotel Le Meridien (Restaurant El Patio), Rambles, 111, 08002 Barcelona.

PROGRAMA DE SESSIONS

18 d'octubre de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 7

Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

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

Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

El coneixement científic. Preguntes i respostes. Hipòtesis i tesis. Verificació o falsació de teories. Objectius de recerca. Hipòtesis de treball. Tipus d'investigació.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar de Barcelona)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic – Barcelona)

Barcelona, Anoia, Baix Llobregat, Osona

Hospital Clínic de Barcelona

Consorti Sanitari de l'Anoia d'Igualada.

Hospital de Martorell.

Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes

(Comissió Organitzadora: Dr. Fernández-Cruz, Dr. Verge, Dr. Feliu, Dr. Gil)

(Coordinador: Dr. Fernández- Cruz)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Utilització de diferents tipus de malles en la cirurgia de l'hèrnia inguinal.

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

15 de novembre de 2010

- 18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

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

Classificació d'estudis clàssics. Casos i sèries de casos. Estudis ecològics i transversals. Estudis observacionals i experimentals. Auditories i treballs de recerca. Estudis comparatius prospectius i retrospectius. Estudis transversals i longitudinals. Estudis randomitzats i controlats. Assaigs clínics.

Serra X. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Codina Cazador A. (Hospital Josep Trueta – Girona)

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 Campdevànol

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

Enfocament actual de la coledocolitiasi.

Jorba R. (ConSORCI Sanitari Integral de l'Hospitalet del Llobregat)

29 de novembre de 2010

10 h. Curs de Bioètica per a Cirurgians: SALA 7

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

Simposi sobre noves tecnologies i instruments en cirurgia (NOTES, SILS)

Sessió conjunta amb la Societat Catalana d'Endoscòpia Medicoquirúrgica.

13 de desembre de 2010

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Radiologia diagnòstica

. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Causalitat. Relació causa efecte. Variables principals i subordinades. Objectius d'efecte: variable principal o resultat. Relacions causals: variables predictores i variables confusores.

Sala J. (Hospital de Terrassa)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

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

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. Fernández-Llamazares)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Actitud actual en l'incidentaloma suprarenal.

Moreno P. (Hospital Universitari de Bellvitge)

10 de gener de 2011

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

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

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Cirurgia basada en l'evidència (CBE). Principis generals. La CBE en la pràctica clínica. Definició dels objectius i de les variables d'avaluació d'un estudi. Formulació de la pregunta correcta en investigació quirúrgica. Hipòtesis. Establiment dels objectius. Tipus d'objectius d'un estudi clínic. Elecció de les variables d'avaluació. Graus d'evidència científica.
Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

Vallès Occidental

Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General Catalunya de Sant Cugat del Vallès.

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

(Coordinador: Dr. Bombardó)

SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA

Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

14 de febrer de 2011

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Nocions bàsiques d'oncogènesis. Genètica tumoral.

Capellà G. (Hospital Duran i Reynals del Prat del Llobregat)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Accés a la informació científica. Recerca bibliogràfica. Elecció de les fonts de coneixement.

Rebasa P. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

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

Barcelona, Baix Llobregat, Penedès

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

Hospital de la Creu Roja de Barcelona

Consorti Sanitari Integral de Hospitalet.

Hospital de Viladecans

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

Hospital de Sant Boi del Llobregat

Clínica Plató de Barcelona.

Hospital de la Creu Roja de Barcelona

(Comissió Organitzadora: Dr. Trias, Dr. Foncillas, Dr. Pueyo, Dr. Barrios, Dr. Pi, Dr. Duque, Dr. Urgellés)

(Coordinador: Dr. M. Trias)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Estat actual de la cirurgia de les metàstasis hepàtiques.

Figueres J (Hospital Universitari Josep Trueta de Girona).

28 de febrer de 2011

10 h. Curs de Gestió Clínica i Qualitat Assistencial per a Cirurgians: SALA 7

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, Trias M, Suñol X.

17: 30 h. Cirurgia Major Ambulatòria

20 h. Sessió extraordinària: SALA 3

TAULA RODONA CONJUNTA

Tractament Actual del Càncer de Mama

Amb col·laboració amb la Societat Catalana de Ginecologia i Obstetrícia

14 de març de 2011

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Patogènesi del càncer de tiroide

Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Aspectes generals de la mesura. Instruments de mesura. Errors o variabilitat de les mesures. Errors sistemàtics (de biaix) o aleatoris. Validació d'instruments de mesura. Validesa, fiabilitat, estabilitat, precisió i concordança d'un instrument de mesura. Tipus de fiabilitat: equivalència, estabilitat i consistència interna.

Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderadors: Rafecas A. (Hospital de Bellvitge)

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 de la Mare de Déu de la Cinta de Tortosa

Hospital de Mora d'Ebre

(Comissió Organitzadora: Dr. Rafecas, Dr. Del Castillo, Dr. Caubet, Dr. Vicente, Dr. Fradera, Dr. Estévez, Dr. Calvo)

(Coordinador: Dr. Rafecas)

SESSIÓ DE MORBIMORTALITAT

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

11 d'abril de 2011

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Concepte, dinàmica i principals marcadors tumorals en cirurgia oncològica.

Martínez Ródenas F. (Hospital Municipal de Badalona)

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Mesures de freqüència de la malaltia. Incidència i prevalença. Càlcul del risc.

Mesures d'impacte/efecte.

Ramos E. (Hospital de Bellvitge)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

SIMPOSI

Habilitats no tècniques operatòries en cirurgia

Moderador: Gil A. (Hospital de Martorell)

Ponents: Aixàs J. (Sant Hospital de la Seu d'Urgell)

De Caralt E. (Hospital General de Vic)

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

Rafecas A. (Hospital Universitari de Bellvitge)

9 de maig de 2011

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 3
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

Principis bàsics del tractament del càncer amb radioteràpia i quimioteràpia

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

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Avaluació de les tècniques i procediments diagnòstics. Mètodes diagnòstics amb valor de referència conegut: sensibilitat, especificitat, valors predictius i resultats falsos. Representació dels resultats de comparació entre mètodes diagnòstics: corbes ROC. Mètodes diagnòstics sense valor de referència conegut: Comparació d'opinions. Coeficients de correlació intraavaluadors i interavaluadors, valor Kappa. Anàlisi de conglomerats.

Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

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

Barcelona, Vallès Oriental, Bages, Berguedà, Cerdanya

Hospital del Mar de Barcelona

Hospital General de Vic.

Hospital de Granollers

Hospital General de Mollet

Hospital de Sant Celoni

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa

Hospital de Sant Bernabè de Berga

Hospital de Puigcerdà

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

(Coordinador: Dr. L. Grande)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Noves perspectives en cirurgia metabòlica.

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

30 de maig de 2011

II Curs de cirurgia de la paret abdominal

Anatomia Quirúrgica de la Paret abdominal

Laparotomia: Obertura i Tancament

Hèrnia Inguinal: Tipus i Abordatge

Hèrnia Incisional: Tipus i Abordatge

Pròtesis: Tipus i Indicacions

Hèrnia inguinal

- Via Anterior
- Via Posterior
- Via Laparoscòpica

Hèrnia incisional

- Via Oberta Supraaponeuròtica (*Onlay*)
- Via Oberta Subaponeuròtica (*Sublay*)
- Via Laparoscòpica

Coordinador:
Pereira JA

Moderador:
López-Cano M.

6 de juny de 2011

18 h. Sessió de Formació Continuada Bàsica: SALA 7
Moderadora: López Pereira MJ. (Hospital de Figueres).

TEMES DE FISIOPATOLOGIA

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

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

TEMES DE METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Conceptes bàsics sobre avaluació econòmica. Eficàcia, eficiència i efectivitat. Estudis cost/benefici, risc/eficàcia, cost/efectivitat i cost/utilitat.

Gubern JM. (Hospital de Mataró)

20 h. Sessió de Formació Continuada Avançada: SALA 7

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Moderador: Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron – Barcelona)

Barcelona, Segrià, Pallars, Alt Urgell, Val d'Aran

Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona.

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Hospital de Santa Maria de Lleida

Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida

Hospital del Pallars de Tremp

Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Espitau d'era Val d'Aran de Vielha

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

Dr. Greoles, Dr. Aixàs, Dr. Gómez)

(Coordinador: Dr. Armengol)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Diagnòstic i tractament actuals de la colitis isquèmica.

Bombardó J. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
18 d'octubre de 2010	Sala 7	<u>Barcelona, Anoia, Baix Llobregat, Osona</u>	Hospital Clínic de Barcelona Consorci Sanitari Anoia Hospital de Martorell Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes
15 de novembre de 2010	Sala 3	<u>Gironès, Empordà, La Selva, Ripollès Garrotxa</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
29 de novembre de 2010	Sala 7	<u>General</u>	Curs de Bioètica en Cirurgia. Sessió extraordinària: Noves tecnologies i instruments en cirurgia. Conjuntament amb Societat Catalana Mèdico-Quirúrgica d'Endoscòpia Digestiva
13 de desembre de 2010	Sala 3	<u>Barcelonès Nord i Maresme</u>	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Consorci Sanitari de Mataró Hospital de Sant Jaume de Calella Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
10 de gener de 2011	Sala 3	<u>Vallès Occidental</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
14 de febrer de 2010	Sala 3	<u>Barcelona, Baix Llobregat, Penedès</u>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital Plató. Hospital de la Creu Roja de Barcelona Consorci Sanitari Integral d'Hospitalet del Llobregat Hospital de Viladecans Hospital de Sant Boi del Llobregat Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca
28 de febrer de 2011	Sala 7	<u>General</u>	Curs de Gestió Clínica i Qualitat Assistencial en Cirurgia. Sessió extraordinària: Tractament actual del càncer de mama. Conjuntament amb la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia
14 de març de 2011	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
11 d'abril de 2011	Sala 3	<u>General</u>	Simposi: Habilitats no operatòries en cirurgia
9 de maig de 2011	Sala 3	<u>Barcelona, Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya</u>	Hospital del Mar de Barcelona Hospital General de Vic Hospital de Granollers Hospital General de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital General de Manresa Hospital de Sant Bernabè de Berga Hospital de Puigcerdà
30 de maig de 2011	Sala 3	<u>General</u>	Curs de Cirurgia de la Paret Abdominal
6 de juny de 2011	Sala 7	<u>Barcelona, Segrià, Pallars, Alt Urgell, Val d'Aran</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 Quina 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

2010

Barcelona, 6 d'octubre de 2010

UN ESGLAÓ MÉS

Joan Sala Pedrós, Salvador Navarro Soto, Ferran Caballero Mestres, Daniel Del Castillo Déjardin, Maria Jesús López Pereira, Ramon Vilallonga Puy, Francesc Espin Álvarez.

La nova Junta, iniciada el curs passat, es va proposar un pla d'acció a quatre anys, basat en quatre esglaons. El primer consistia en reforçar les arrels, consolidant la història de la cirurgia catalana i la trajectòria de la nostra Societat Catalana de Cirurgia. La celebració del 250è aniversari de la creació del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona va ser el punt essencial, tancant un cicle de commemoracions que s'havia iniciat amb el 75è aniversari de la creació de la pròpia Societat com a tal i havia seguit amb el 600 aniversari de la creació del gremi de cirurgians i barbers de Barcelona. En conjunt, les remembrances històriques han estat una bona oportunitat per revisar l'evolució de la cirurgia en el nostre país, des dels seus orígens fins a l'actualitat. L'aportació del Dr. Alfons Zarzoso al coneixement de la situació prèvia a la creació del Reial Col·legi, en són un exemple inestimable. Sens dubte una trajectòria digna de respecte i de record però que no tindria sentit si no apuntés cap a un futur de progrés i de superació.

Però, a més, la tasca habitual de formació bàsica, destinada en especial als cirurgians en formació, ha seguit creixent, sumant als ja existents cursos de bioètica, gestió clínica i metodologia per a la recerca, el nou curs de cirurgia de la paret abdominal i el d'infecció quirúrgica. Tot plegat no és més que la continuació, amb èxit, de la implantació d'un model de formació bàsica útil i assequible a l'hora que de posta en comú d'experiències i tendències en aquest camp fonamental de la cirurgia.

Però tampoc la Societat es pot mantenir al marge dels seus compromisos de servei i, mentre per una banda s'ha analitzat en el racó del soci l'impacte dels errors i negligències en cirurgia i com minimitzar-los, per altra banda s'ha seguit amb les actualitzacions i postes al dia en els diferents camps. Menció especial mereix, per la seva rellevància històrica i experiència insòlita, les aportacions del Dr. Enrique Sierra expert en lesions produïdes per banya de brau, en un moment en el qual sembla que la societat opta per un model de profilaxi radical. Sens dubte la seva valuosa aportació reflecteix un coneixement i una estratègia fruit d'una època que seria una autèntica llàstima que s'oblidés.

També l'apartat de premis ha continuat la seva ja llarga trajectòria, estimulant la realització i presentació de treballs científics, patrocinant estades a l'estranger en centres de reconegut prestigi per part de cirurgians joves, i sobretot amb els premis d'honor. Així aquest any s'han premiat dues trajectòries brillants: la del Prof. Fingerhut, per la seva tasca en el camp de la "cirurgia basada en l'evidència", pel seu decidit compromís amb la implantació de les noves tecnologies de forma racional i per la seva aportació a un dels models d'assistència sistematitzada: l'atenció al politraumatitzat. Per altra banda es reconeix també la tasca d'un cirurgià espanyol, el Prof. Pera Madrazo que ha treballat amb provada eficàcia per situar el coneixement científic en cirurgia a Espanya al nivell dels més avançats del món, al temps que, amb el seu altruisme cooperador ens mostra un nou camí de progrés de la cirurgia en països menys desenvolupats. En els dos casos, dos models de conducta a promoure entre els joves cirurgians i cirurgianes.

La Junta.

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2010

Carlos Pera Madrazo

Discurso de aceptación Premio Virgili

Sr. Presidente de la Sociedad Catalana de Cirugía

Queridos compañeros

Señoras y señores:

Sean mis primeras palabras de agradecimiento a la *Societat Catalana de Cirurgia* y, en su nombre, a su Presidente Joan Sala Pedrós por haberseme concedido el Premio Virgili en su quincuagésima edición.

La concesión de este Premio tiene para mí un valor sentimental muy grande, porque mi padre fue Premio Virgili en 1970. Las palabras que pronunció: "Mi reencuentro con Virgili", fueron el testimonio de un gaditano, alumno de la Facultad de Medicina de Cádiz, heredera de la Escuela de Cirujanos de la Armada.

Pero mis relaciones familiares con la Sociedad Catalana de Cirugía van más lejos. Cristóbal Pera Blanco Morales, mi primo, ocupó la Presidencia en los años 85-89. Y, más allá de los vínculos familiares, los fuertes lazos de la amistad: La relación de discípulo-maestro con Jaime Pi Figueras fue entrañable; así como con los miembros de su servicio del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, en especial con Jorge Puig la Calle que me hizo entrar en el quirófano de Abilio García Barón, en el Hospital Valdecilla de Santander, definiendo así mi vocación de cirujano, en un momento de duda en el que no sabía si ser médico o arquitecto. Después, siendo ya cirujano, vinieron mis lazos con los hombres del Clínic. Finalmente, no quisiera dejar de mencionar al hombre que me propuso para esta distinción, Antonio Sitges, último Presidente de esta docta Sociedad. Con él he mantenido lazos de colaboración científica que han quedado plasmados en una serie de artículos en *British J. Surg.* y en *Ann. Surg.* Con independencia de una buena amistad.

Es obligado que cierre esta introducción con unas palabras de agradecimiento a todos los que me han enseñado, empezando por Sebastian García Díaz, Premio Virgili, y Prof. De Cirugía de la Facultad de Medicina de Sevilla, donde curse estudios y ocupe, después, puestos docentes. También, como no, a todos los que han colaborado conmigo en el Hospital Universitario Reina Sofía y en su Unidad de Trasplantes haciendo posible esta distinción.

La segunda parte de mi exposición la voy a dedicar a unas reflexiones sobre mi experiencia como cirujano y como médico en Misiones Humanitarias en África.

El siglo XX ha sido un siglo portentoso, sobretodo en su segunda mitad porque el mundo ha dado un vuelco. La facilidad de las comunicaciones lo ha transformado, haciendo todos los puntos del planeta más próximos. Las posibilidades de internet hacen posible una fácil aproximación al conocimiento. Las revistas de todo tipo de disciplinas están en la red.

El salto cuantitativo cualitativo en el campo de la medicina y de la cirugía con el apoyo de la bioingeniería y de la industria farmacéutica ha sido muy grande. Ha permitido el control del medio interno, el soporte externo de la función de órganos vitales, una mayor precisión en el diagnóstico por la imagen y mayores posibilidades del laboratorio clínico, ampliándolo al campo de la biología molecular (inmunología, genética, etc.). Y, en el campo de la terapéutica, las nuevas esperanzas de la terapia génica y de las células madres; el amplio uso, en cirugía, de endoprótesis y prótesis substitutivas; y, sobretodo, el salto portentoso en el hacer técnico de la cirugía mínimamente invasiva, y la irrupción en el campo de lo íntimo con los trasplantes de órganos. Esa es la cirugía que he tenido la ocasión de vivir y hacer.

¿Pero es esto una realidad para todos? Desgraciadamente, no.

Hay un continente África que hasta la segunda mitad del siglo XX no concluyó la total independencia de sus cincuenta y tres países. Estamos hablando de un continente en el que caben: China, Europa, Nueva Zelanda, India, Argentina, y EEUU. Estamos hablando de un continente con 30.343.551 Km² frente a los 30.244.721 Km² de los países que he nombrado. Un continente cuyas aéreas desérticas y áridas sobrepasan ampliamente a las medianamente fértiles y las fértiles. Donde gran parte de su territorio está en zona ecuatorial. Allí, donde sus enfermedades se enmarcan bajo el término de Medicina Tropical y donde reina la malaria, el sida, la tuberculosis y las parasitosis, algunas de ellas en vías de extinción con simples medidas de prevención, como el gusano de guinea (Dracunculiasis). Diré de pasada que la serpiente enrollada en el bastón de Asclepio, símbolo de la OMS, puede hacer referencia a este largo gusano de 4 metros que tras viajar por el organismo aflora, perforando la piel de las extremidades, en medio de terribles dolores. El mejor tratamiento es hacerlo salir enrollándolo en un palito y teniendo cuidado de que no se rompa, pues puede provocar una reacción alérgica.

¿Plantea aquí la cirugía los mismos retos que en occidente? ¿Tiene la misma capacidad resolutoria?

En África los recursos no son siempre iguales; como tampoco lo son en la Unión europea (EU). Ostensiblemente, la cirugía alemana tiene una capacidad de desarrollo diferente de la rumana, y ambos son miembros de la UE. Obviamente, en África se da también este contrapunto, pero escandalosamente más marcado; baste recordar que en el número del 30 de diciembre de 1967 en la revista *South African Medical Journal* se publicó un artículo titulado *Human Heart Transplantation* en el que se comunicaba a la comunidad médica el primer trasplante cardíaco en el hombre, realizado en Ciudad del Cabo; mientras que en el Hospital Universitario de Bangassou, al sureste de la República Centro Africana, en 2003, el agua no corría en los lavabos del destaralado antequirófano y la lámpara de este no funcionaba, colgando de ella un cordón trenzado con una bombilla que alumbraba, siempre y cuando no faltase la

energía eléctrica. Por supuesto entre el blanco y el negro siempre hay una escala de grises. Sin embargo, en la mayor parte del territorio hay una gran falta de recursos; y el territorio, como hemos dicho, es muy extenso y las distancias muy grandes.

Los modernos quirófanos en los que ejercemos el oficio en los países occidentales tienen una dotación galáctica, si los comparamos con la mayoría de los que he visitado a lo largo de estos años en África, incluidas grandes urbes, pues en su mayor parte están mal dotados y peor mantenidos. Al ya comentado de Bangassou no le funcionaba la aspiración ni el aparato de anestesia.

Mientras en occidente la cirugía se ha especializado y subespecializado, si me apuran, hasta en los hospitales comarcales; en África, por el contrario, el cirujano, me recuerda a los de mi época de estudiante. El profesor de cirugía del *Kilimanjaro Christian Medical Center (KCMC)* de Moshi, un Hospital Universitario luterano de gran prestigio en el norte de Tanzania, lo mismo opera un corazón, que un pulmón, que un bocio, un abdomen o un quemado, sin contar la traumatología. Y, todavía, estaba interesado en poner a punto la cirugía laparoscópica. El factor cirujano, por tanto se pierde. En el interior, la situación es más desesperada. El médico ha de resolver problemas de medicina interna –para ellos fundamentalmente patología infecciosa-, atender al laboratorio, manejar el diagnóstico por la imagen –principalmente ecografía-, resolver la obstetricia, la pediatría, las urgencias traumatológicas, los abdomenes agudos (apendicitis) y las hernias. El manejar el ecógrafo y poder disponer de un buen aparato es muy importante. A propósito de esto me gustaría comentar que en Beira, en Mozambique, la Universidad Católica, tiene una asignatura dedicada al aprendizaje y uso del ecógrafo, y disponen de ellos en el área docente para que los alumnos hagan prácticas y se familiaricen con su uso.

Pero lo que más llama la atención cuando se parte en misión humanitaria a esos pequeños hospitales del interior, es lo evolucionado de la patología, fruto de la dificultad de acceso a un centro con capacidad resolutoria, no solo debido a la distancia, sino también a la falta de capacidad económica –no existe seguridad social- y a la incultura. En Bangassou he operado hernias inguinoescrotales por deslizamiento que contenían: ciego, colon ascendente, ángulo hepático y gran parte del delgado; enormes miomas uterinos y, bocios grado III de la clasificación de la *WHO* que llegaban a alcanzar casi el tamaño de un balón de fútbol. Estos últimos no los hemos operado en el deteriorado y desvencijado hospital público, “Universitario” según rezaba al entrar al recinto; sino en el quirófano bien dotado, sin alardes, pero con bisturí eléctrico, aspirador que faltaba en el otro, y por supuesto monitorización, que construyo y doto la Fundación Bangassou al año siguiente. En Mangola en un quirófano más modesto que el nuevo de Bangassou tuve que resolver un quiste de ovario gigante de 44 litros, cuyo problema principal era su gran circulación colateral por compresión de la cava que le impedía estar en decúbito supino. Las adherencias dejaron un lecho cruento cuya hemostasia me recordaba la que precisa la fosa hepática después de la extracción de un gran hígado colestático en trasplante. Venía rechazada por el hospital de Arusha, KCMC y Dar es Salaam.

También llama la atención la resistencia a la infección. En Tanzania, en el valle de Mangola, cuando llegué por primera vez, llevaba una mujer ingresada tres días con una rotura uterina. Deteriorándose. No quería que le hicieran la histerectomía,

quedaría estéril y el marido la abandonaría. Convencimos al marido, habló con ella y la operé. Sorprendentemente no tenía una gran peritonitis. Tampoco tuve infecciones en la corrección de hernias con mallas; ni en los enfermos procedentes de la cárcel con sarna o de la leprosería –la experiencia de visitar la cárcel para seleccionar los enfermos fue sumamente interesante-. Sólo usaba antibióticos en este tipo de enfermos y en los inmunodeprimidos (Sida, tuberculosis, etc.). En Bangassou no tenía disponibilidad de transfusión sanguínea -el banco más próximo está en Bangui a más de 700Km- por ello hay que depurar la técnica y ser cuidadoso con la hemostasia. En Tanzania si disponía de transfusión que me enviaban de Karatu, a 4 horas en 4x4 por pistas.

La mayoría de nuestros jóvenes cirujanos están especializados de entrada y, precisan, antes de partir: o bien ampliar su formación, al menos en el campo de la ginecología y obstetricia y de la traumatología; o lo que es más fácil, formar un equipo. Por ejemplo: anestesista-ginecólogo-cirujano general y enfermera instrumentista y logística, sobre todo, cuando no existe una infraestructura local suficiente. En Tanzania, durante una época, encontré un buen apoyo en el médico del Hospital Askofu Hhando de Mangola. Al llegar ya tenía preparados los enfermos y sólo había que seleccionarlos; además el me ayudaba. Allí opere no solo hernias, sino también tiroideos, no tan monstruosos como los de Bangassou, pero entre los que si había neoplasias. También, tuve ocasión de intervenir un cáncer de riñón que diagnosticamos por ecografía, y numerosa patología infantil, incluidos labios leporinos que conviene solucionar porque los consideran embrujados como a los niños albinos. Esta ayuda es muy útil y permite reducir el equipo que se desplaza. El problema es que cuando aprenden, abandonan el interior del país para buscar una situación profesional mejor.

La laparoscopia tiene escaso interés, hoy por hoy, en esos pequeños hospitales del África Ecuatorial. La he visto emplear en las grandes clínicas privadas de Nairobi, por ejemplo para operar apendicitis. Pero yo, en el medio rural, prácticamente no he visto litiasis biliar. Como había donado una torre de laparoscopia, en 2007, al pequeño hospital del Valle de Mangola, en Tanzania, las dos litiasis que vi las operé por laparoscopia. Con posterioridad, en 2008, organicé un curso de Cirugía Laparoscópica en Ruanda, en el Hospital Universitario de Butare. Y, un segundo curso en 2009, en KCMC, en Tanzania. Pero mucho antes, ya había realizado otro en Tánger en el 2004. Durante una estancia a esta ciudad visite el hospital Mohamed V donde trabajaba un antiguo residente nuestro de urología. Vi que no disponían de cirugía laparoscópica y me ofrecí para entrenar a los cirujanos. Algunos vinieron al programa de cirugía experimental con cerdos y simulador que había montado en el Hospital Veterinario de Córdoba. Con posterioridad, al ver que las autoridades sanitarias no les dotaban de un equipo, comprendí que todo el trabajo podría ser inútil. Conseguí que la Fundación Caja Sur donara una torre que se entregó a través del Consulado Español. Y completé la formación con enfermos a través de una serie de cursos sucesivos en el propio Hospital Mohamed V, operando, ayudando y monitorizando a los propios cirujanos que había formado, con la ayuda de uno de mis colaboradores.

Finalmente, algunos pequeños comentarios sobre el hito más grande de la cirugía de los últimos años. Como ya hemos comentado al principio, los trasplantes sólo son una

realidad en Sudáfrica; pero esta disciplina esta poco o nada desarrollada en el resto del Continente. Por ello decidí en mayo de 2005, coincidiendo con mi jubilación, organizar en Tánger una Mesa Redonda sobre “El Estado Actual de los Trasplantes de Órganos en el Islam”, con intención de dar un impulso a los mismos en Marruecos, con cuya Sanidad había tenido buenas relaciones previamente. En la Mesa Redonda que contó con la asistencia del Delegado del Ministerio de Sanidad del Reino de Marruecos, comente, las conclusiones de las principales resoluciones y jurisprudencia en materia de donación y trasplantes del Consejo de Ulemas: la Resolución nº 99 del Consejo Islámico de Arabia Saudí de 1402 H (1982), y la resolución del Consejo Panislámico de jurisprudencia de 1407H (1986), en las que se aceptaban los conceptos de muerte cerebral y la extracción de órganos para trasplante tal y como nosotros la concebimos. Expuse, a modo de ejemplo, los magníficos resultados del Centro Saudí de Trasplantes de Órganos, creado en 1985 que, al igual que la ONT, tenía como objetivo no solo la donación sino, también, la concienciación de la donación de órganos entre la población el colectivo médico –en 2003 se habían realizado 3.759 trasplantes renales de los cuales 2.492 fueron de vivo, y 279 trasplantes hepáticos de los cuales 54 fueron de vivo-. Desgraciadamente no he vuelto por Marruecos; pero mis noticias son que poco se ha avanzado.

He tratado de transmitirles durante estos minutos mis vivencias como cirujano cooperante en África. Una vez más quiero agradecer, a esta Sociedad, la distinción con la que he sido honrado.

Muchas gracias.

Carlos Pera Madrazo

Carlos Pera Madrazo

Pequeña nota biográfica:

Mi formación como cirujano se realizó fundamentalmente en Sevilla y posteriormente como "*Interne des Hôpitaux de la Université de Lyon*" (a titre étrangère). Luego se completó con estancias en París, Oxford, Cambridge, Zurich (Cirugía Pediátrica) y UCLA (Txh) (Estados Unidos). He hecho estancias cortas en otros centros europeos y americanos durante mi formación y posteriormente.

- ✓ 1968. Profesor Titular de Cirugía de la Universidad de Sevilla.
- ✓ 1971. Profesor Agregado Interino de Cirugía de la Universidad de la Laguna (Canarias).
- ✓ 1974. Profesor Agregado de Cirugía de la Universidad de Sevilla.
- ✓ 1975. Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Córdoba.
- ✓ 1976. Catedrático de Cirugía de la Universidad de Córdoba.
- ✓ 2005. Profesor Emérito de Cirugía de la Universidad de Córdoba.

He dirigido doce proyectos de investigación financiados con cargo al Fondo de la Fundación Sanitaria de la Seguridad Social (F.I.S.S.S.) y a los Proyectos de Ayuda a la Investigación (P.A.I.) de la Junta de Andalucía.

En 1989 inicio la Cirugía Laparoscópica.

2001. Primer Máster de Cirugía Laparoscópica, que se continúan hasta mi jubilación (2005).

2004. Primer Curso Teórico-Práctico de Cirugía Laparoscópica Hospital Mohammed V Tánger (Marruecos).

He sido Director y Jefe de la Unidad de Trasplantes de Hígado y Páncreas del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, habiendo realizado en Andalucía el primer trasplante de páncreas (1988) y de hígado (1989) en Andalucía. He realizado los primeros trasplantes infantiles y de neonatos de hígado en Andalucía, con hígado reducido y con hígado compartido (1992). He realizado por primera vez en España el primer trasplante de hígado-páncreas (riñón en secuencial) (1990) y de hígado-riñón-páncreas (1997 en un solo tiempo). Finalmente, he realizado el primer trasplante de vivo-relacionado en Andalucía (2002).

Tengo trescientos cinco publicaciones entre artículos y capítulos de libros, la mayoría en revistas anglosajonas (*Ann Surg, Gut, Transplant, Transplantation, Transplantology, Transplant International, Transplant Proc, W. J. Surg, J. Am Col Surg, Britis J. Surg, Surgery, Hepatologic, J. Hepatol, etc.*)

He dirigido 31 tesis doctorales.

He dado conferencias en París, Reims, Lausana, Roma, Nápoles, Palermo, Seúl, Kioto, Tokio, Perth (Australia), Montevideo y Río de Janeiro y he participado en

numerosos congresos nacionales e internacionales con ponencias y comunicaciones.

Soy Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Sevilla y Académico correspondiente de la Nacional y de Granada.

He sido Presidente de la Sociedad Andaluza de Cirugía y Vicepresidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva.

A mi jubilación fui nombrado Profesor Emérito de Cirugía de la Universidad de Córdoba y desde entonces colaboro en labores de Misión Humanitaria en República Centro-Africana, Tanzania y Ruanda en África y Ecuador en Sudamérica. En la actualidad presido la Fundación Urafiki que tiene como finalidad el desarrollo socio-sanitario de la población del Valle de Mangola en la República Unida de Tanzania.

Localmente he sido Premio "Cordobés del Año 2003" y "Averroes de Oro Ciudad de Córdoba a las Ciencias Médicas" (2004).

Entre mis aficiones figura viajar y la vela (tengo la travesía del Atlántico de la Martinica a Cádiz y la del Sahara Libio y Mali, incluido Tombuctú). Otra de mis aficiones es la fotografía.

Fruto de mi afición a viajar ha sido la Geografía. En la actualidad estoy pendiente de lectura y defensa de una tesis de Geografía sobre el Fezzan (Sahara) en la Universidad de Córdoba.

Carlos Pera Madrazo

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2010

Abraham Fingerhut

I am deeply honored in receiving the highly prestigious Antoni de Gimbernat award today, October 6th 2010. I am greatly impressed by the illustrious names of preceding recipients since the incipient award in 1963 to Philip Rowland Allison, a well known cardiovascular surgeon dealing with Barrett's esophagus and gastroesophageal reflux disease.

I understand that Don Manuel Luís Antonio de Gimbernat y Arbós, Spanish anatomist and surgeon, was born in 1734, in Cambrils, in the province of Tarragona, Catalonia, and died November 17, 1816, Madrid.

His bibliography is well known to you, I am sure. However, if you allow, I would like to highlight some of his interests which are also some of mine.

He initially studied Latin and philosophy at the University of Cervera, before switching to medicine at the Real Colegio de Cirugía de Cádiz from which he graduated in 1762. I was also a student in Latin, but surely not as good as Gimbernat.

As appropriate for his time and due to his position in Cadiz, he joined the Spanish navy, but in 1765, was invited to become professor of anatomy at the Real Colegio de Cirugía de Barcelona. I hate water.

It was at the Hospital de la Santa Cruz y San Pablo that he described the lacunar ligament of the femoral canal which bears his name in 1768. He also described a technique for hernia repair and was involved in lithotomy for renal lithiasis. His description of the diaphragm and hernia repair is still considered a master piece of anatomical description. A great of my surgical career has been devoted to inguinal hernia repair.

Starting in 1993 with a paper in the British Journal of Surgery on day surgery for hernia repair, our interest continued within the French Association for surgical research. We published one of the most complete randomized studies on hernia repair, published in Annals of Surgery in 1995, also presented orally at the European Surgical Association in 1994, and in the GREPA meeting in Madrid in May 1999.

As well, as member of the European Association for Endoscopic Surgery, I have contributed to the publication of the EAES guidelines on laparoscopic hernia repair with Updates in 2000 and more recently in 2006. French recommendations on hernia repair were published in 2003. A controversy "laparoscopic vs open repair" was published in the book: "controversies in laparoscopic surgery" by Assalia, Gagner and Schein in 2008. Here in the EAES meeting in Barcelona, 2001, an inquiry on Laparoscopic hernia repair was delivered, with the help of Dr. J. Sala, present here today.

I also took part in one of the classifications for incisional hernia under the auspices of JP Chevrel, in 2001. A review was published in Digestive Surgery in 2003.

Laparoscopic hiatal hernia repair along with gastroesophageal reflux surgery has been one of my major interests since 1992. Our unit, or myself, as visiting operator, has performed more than 700 laparoscopic Nissen repairs since that date. Several papers have reported our technique and experience and an oral presentation was made in Madrid in 2000 at the 23rd Course in Advanced Surgery under the auspices of Professor Moreno González.

Gimbernat was interested in trauma: this has been a long standing special interest for me all during my career. I am currently the president of the European Surgical Association for Trauma and Emergency Surgery, and just last week, delivered the Master Lecture at the AAST in Boston on laparoscopy in emergency surgery.

Starting in January 27, 1787, Gimbernat was appointed director and professor of surgery and traumatology at the Colegio de Cirugia de San Carlos, and pronounced a very famous inaugural address on the use and misuse of sutures: “Sobre el recto uso de las suturas y su abuso”. I have a special interest in sutures and knots, in open as well as in laparoscopic surgery. This has been one of my favorite teaching horses for many years. A recent paper in American Journal of Surgery highlights the ergonomic aspects of intracorporeal knotting for hiatal hernia and GERD repair.

Gimbernat became (1789) the personal physician to King Carlos III, and in 1801 he was appointed First Royal Surgeon – Primer Cirujano Real – and president of all surgical schools in Spain. Because of his political engagement during Napoleon’s invasion of Spain, Gimbernat was dismissed from all his positions by King Fernando VII.

I have had no such luck until today.

Deeply distressed, his health deteriorated and he lost his sight before dying in Madrid on November 17, 1816.

On the other hand, I am still alive and not blind. I can therefore thank you once again for the honor you bestow on me today.

Abraham Fingerhut

LA CIRUGÍA TAURINA

Filosofía, práctica y peculiaridades

Enrique Sierra Gil



La Fiesta de los Toros, rito, espectáculo y cultura ancestral de raíces claramente mediterráneas y latinas, discutida y discutible con furibundos detractores y apasionados defensores, eso es en esencia la Fiesta Brava. El juego del hombre con el toro bravo se remonta a más de 4000 años atrás con evidencias conocidas en la isla de Creta donde las muchachas de la época practicaban las piruetas volteando sus cuerpos parcialmente desnudos por encima de las cabezas astadas de los uros.

El toro llegó a la península emigrando desde Turquía por las costas del sur de Europa y por las del norte de África con posterior mestizaje al encontrarse. Hacia el s. XVI fue el objeto de diversión de los nobles caballeros desde sus protegidos corceles y más tarde del pueblo llano a pie, burlando con sus capas de abrigo las tarascadas y acometidas del animal. De aquellos nobles orígenes proviene el que el picador, subalterno del maestro, pueda vestir y lo haga como su jefe de filas con bordados de oro en sus chaquetillas.

El toreo moderno, con reglas, empezó en el siglo XVIII en que se describieron las primeras suertes y se escribieron las primeras tauromaquias –probablemente la de Pepe-Ilo en 1796 fue la inicial - y desde entonces hasta nuestros días no ha parado de evolucionar hacia bien, hacia la perfección. Hoy se torea mejor que nunca, aunque los animales no siempre muestran la presencia, el respeto, trapío y bravura que la grandeza del arte reclamaría.

En este enfrentamiento/entrega de toros y toreros el animal tiene previstos una serie de pasajes de la lidia en los que recibe por un lado mimos y cuidados, y por otra cruentas agresiones físicas con sufrimiento difícilmente cuantificables de tipo físico y psicológico.

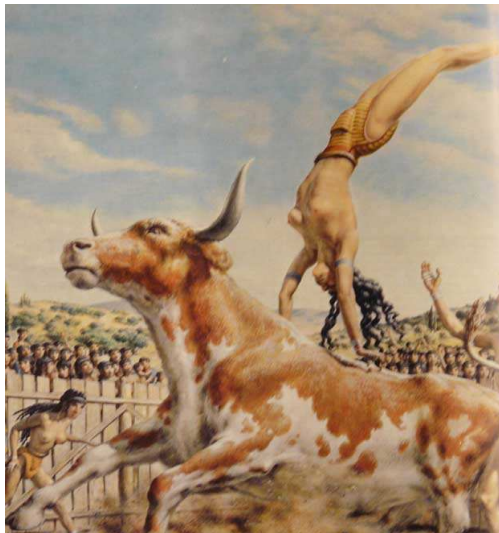


Fig. 1: El salto del toro juego preferido de las culturas Minoicas en Creta más de 2000 años a.d.C.

Estudios científicos basados en la presumible atenuación de ambos en base a las constantes descargas hormonales frente al estrés (adrenalina, endorfinas...) minimizan el padecimiento consciente, en el momento de las distintas suertes. Los aficionados lo aceptamos como parte del rito y apenas nos impacta cuando la lidia se ejecuta de acuerdo con los cánones, sin ensañamiento, retrasos ni encarnizamiento manifiesto.

Distinto es cuando el varilargero masacra el morrillo y paletillas del bicorne, casi siempre por indicaciones previas o cifradas del maestro o su cuadrilla, o cuando en el tercio de banderillas las pasadas en falso, las dudas y los miedos acribillan con

arponcillos la anatomía superior del toro. Y no digamos cuando tras una faena más o menos compuesta y lucida el “matador” no es capaz de hacer penetrar los aceros en el “triángulo de la muerte” en la cruz, en lo alto del morillo, ni a la primera, ni a la segunda....

En cuanto a los mimos, el cuidado, el respeto y el amor los recibe/percibe el bravo, intuimos, cuando los actuantes lo recogen con templanza, lo llevan “bien toreado”, no le molestan, ni “le atacan” ni le agreden, le dan las oportunas pausas para que se recupere, le permiten la distancia y los terrenos que le son cómodos, lo traen y lo llevan sin brusquedades, no dejando que enganche los engaños, le dejan lucir su bravura y acometida, le mandan y le ligan, cuando ya le estaban templando, cuando le dan los necesarios y oportunos “toques” para fijar su atención e imantar su embestida, cuando vuelan sobre el morrillo para hundir la certera estocada, más aún cuando le esperan en un encuentro o recibéndole en el centro de la suerte suprema...y cuando con respeto le acompañan sin marearle la cuadrilla en su final saliendo su bravura a la luz en sus últimos instantes de lucha con la muerte. En todos esos momentos y muchos más se rinde un homenaje estético, respetuoso y sentido al toro de lidia.

Pero el peligro físico y psicológico para los humanos actuantes, incluso el riesgo de muerte, es consustancial y real en la Fiesta. Es lo que marca la diferencia y disuade a los que no nos atrevemos nunca a asumirlo y, aún gustándonos, ni intentamos enfrentarnos al toro en serio. El “ponerse delante” ocasional o frecuentemente de vaquillas o becerros –hasta novilletes- que algunos aficionados prácticos consuman no son más que simulacros, no exentos de riesgo, que no reproduce las posibilidades de corridas y revolcones de un profesional inmerso en la temporada.

También ese peligro le da grandeza e interés pues, sin que nadie desee la tragedia durante la creación artística, de no estar ahí esa posibilidad bien seguro que las corridas, la tauromaquia desaparecería. Por eso la exigencia de los buenos aficionados de que se preserve la pureza de la especie del toro de lidia, su bravura, trapío y armadura, lo que representa una selección natural para los más valientes, capaces además de crear estética, dominio y placer para ellos y sus seguidores.

Por eso en cuanto las corridas tomaron protocolo y reglas apareció en el callejón la figura de un galeno, con mayor o menor preparación equipamiento humano y material, encargado de atender a los profesionales y asistentes ante cualquier eventualidad sanitaria relacionada con percances durante la lidia o con sucesos patológicos durante su contemplación.

Ello lleva a que la **CIRUGÍA TAURINA** tiene una **filosofía y misión** como es el acercar los cuidados al lugar donde ocurren los sucesos, lesiones, cornadas, traumas o enfermedades. Siempre se ha dicho con razón que si junto a cualquier politraumatizado de carretera o de deporte de riesgo, existiera un profesional sanitario que facilitara las primeras atenciones, la mortalidad y las consecuencias finales se verían muy reducidas.

Los máximos –que en Sanidad deberían ser igual que los mínimos- son los actuales equipos medicoquirúrgicos multidisciplinares y bien formados que privilegiadamente

disfrutamos en las plazas de primera, en las que se dan más de 16 festejos al año. Deberían ejercer su **práctica** en una buena Enfermería acreditada según las disposiciones oficiales reglamentarias y por tanto bien dotada. Unos medios de traslado- evacuación medicalizada y un Centro receptor de referencia completan el triplete necesario – indispensable – para dar a herido o enfermo (un infartado entre los espectadores por ejemplo) las mayores garantías asistenciales disponibles.



Fig. 2.: El autor en el quirófano principal de la Plaza Monumental de Barcelona

Ese grupo humano, la “cuarta cuadrilla” en metafórica denominación de Juan Soto Viñolo (*), más o menos numeroso y súper especializado, debe liderarlo un cirujano – general o traumatólogo - experto en los traumatismos de todo tipo, como se atienden en las urgencias de cualquier gran hospital. Las ideas deben estar claras: actuaciones cuanto antes, priorización de gravedades y balance general de las lesiones, a lo que contribuye decisivamente presenciar el percance, conocimiento de las posibilidades propias, del equipo y del lugar, maniobras salvadoras de la vida y decisión acertada del momento de la derivación, sea para convalecer simplemente o para completar diagnósticos y/o tratar en ambiente y manos especializadas los daños complejos y críticos.



Fig. 3: La “cuarta cuadrilla”

(tomado de EL MUNDO, supl. SALUD 21 de mayo de 2005, ilustración de Raúl Arias)

(*) Juan Soto Viñolo. Escritor y Periodista. “La Cuarta Cuadrilla”. Conferencia en la sesión inaugural del XXV Congreso Nacional de Cirugía Taurina. Barcelona 8 de marzo de 2007.

El cortejo emocional y las presiones ambientales y mediáticas que se derivan de toda cogida - más aún en las figuras del toreo – sobreañaden dificultades y hace mandatorio que el Jefe de Equipo prevea mecanismos y circuitos para que en pocos momentos se establezca un absoluto aislamiento entre el interior de la enfermería y el resto del recinto taurino, espectadores, periodistas, entorno del lesionado, autoridades y cualquier otra situación o persona ajena al equipo sanitario.

Lo dicho es lo ideal pero inalcanzable al 100 % en cosas de menor categoría con pocos festejos al año, no mas allá de los propios de sus fiestas patronales y/o ferias de escasa extensión en fechas localmente señaladas. ¿Y qué decir de las improvisadas plazas de talanqueras o portátiles para festejos populares con sustos, carreras y bravatas de los mozos envalentonados ante los compañeros y mozas con ayuda de las espirituosas libaciones o, más modernamente “chutes y porros” ? El nivel óptimo de la enfermería ideal es comprensible que no se tenga y es imposible de exigir, a unos presupuestos municipales modestos.

En esos ámbitos debería al menos haber, eso si, además de las ambulancias más o menos tecnológicas, de las UVI móviles y quirófanos móviles, un Jefe de Equipo con experiencia en salvar vidas y con los **aspectos peculiares de las heridas por asta de toro**. No es aceptable para nadie que un médico generalista del pueblo y un practicante, ambos sin conocimientos ni experiencia quirúrgica más allá de las

suturas de heridas “como pueden”, carguen con la inmensa responsabilidad de procurar los debidos cuidados a los lesionados, que en esos acontecimientos son numerosos y gravísimos. La administración local, autonómica, nacional es responsable de que “cualquier ciudadano tenga iguales oportunidades sanitarias”. Y esto no se está cumpliendo, aunque raramente llegan a la información general tales tragedias.

Se debe aplicar las mismas premisas que en las plazas de primera, exactamente, pero en un tono menor en cuanto a alcanzar el tratamiento definitivo. Es decir que si en aquellas es mayoritario el número de los heridos, lesionados o enfermos (por encima del 95 %) que salen con un tratamiento correcto o completo ya realizado en la enfermería a convalecer hacia una clínica u hospital, en el extremo opuesto debieran ser mayoría los que tras una atención inicial adecuada y estabilizados con maniobras salvadoras de la vida se trasladen a centros próximos que a su vez deben contar con al menos cirujanos generalistas con ideas claras. Incluso cuando se ubican en zonas con actividad taurina con una preparación específica en esa clase de lesionados.

El eterno debate lleva a la reiterada pregunta. ¿ Es la cirugía taurina una especialidad ?. La Comisión Nacional de Especialidades, las autoridades académicas, nunca lo han reconocido. Ni probablemente estaría justificado. Lo que si es una súper especialidad o especialización más enmarcable en el apartado de la cirugía de los traumatismos pero con connotaciones muy diferenciadas de otros tipos de agentes lesivos. Concretamente la cornada es una herida que por la manera que la produce el toro con ataques (“*derrotes*”) sucesivos contra la presa que enseguida pierde la verticalidad y pivota sobre el cuerno, o queda indefenso en la arena o contra las tablas, hace que las trayectorias sean múltiples y que bajo una puerta de entrada circular y pequeña exista un cono de lesiones con múltiples trayectorias, cuyo reconocimiento y tratamiento en profundidad es imprescindible para una curación sin complicaciones.

El cirujano verdaderamente general y polivalente, especie en clara extinción pues dejó de ejercerse tal práctica a principios de los años 70 con el desarrollo de las especialidades en los Centros Hospitalarios, era -es- el perfil idóneo para ser el director de un equipo médico-quirúrgico. La actual cirugía general se ha visto desprovista de regiones y órganos también víctimas de la violencia de los toros. El cuello, el tórax, el aparato locomotor, el sistema urológico y nervioso central y periférico el sistema vascular. Todos ellos son ámbito de especialistas, pero de todos ellos debe tener el actual Jefe de Equipo información y preparación para poner en práctica esas pocas actuaciones que permitan el transporte seguro al hospital de nivelación y equipamiento suficiente para garantizar la correcta atención. Entre sus obligaciones morales y profesionales está sin duda saber qué puede dar de sí cada hospital de su ámbito próximo o medio y que especialidades en cada uno de ellos tienen representación de presencia o localizable las 24 horas de un día festivo o no.



Fig. 4: Parte del Equipo Médico-Quirúrgico de la Plaza de Barcelona el 17 de junio de 2007
(El interés de la reparación de José Tomás hace que los Facultativos oficien de foto-videógrafos)
Foto Muriel Feiner

Magnífico y loable que se hayan impuesto los elementos de transporte - que según dónde deben contar con helicópteros – para llevar rápidamente al enfermo pero será inútil o insuficiente si el “director de orquesta” no conduce con acierto los primeros compases.

La temporada 2007 ha sido, con mucho, taurina y artísticamente la mejor en muchos años. Una baraja de más de 14 toreros bonísimos, interesantes o simplemente emergentes nos han hecho recordar los mejores años 60 y hasta – salvando las distancias - las mejores edades del toreo. Triunfos sucedidos, faenas para el recuerdo, entrega, pasión, sensaciones....Pero también ha sido de las más cruentas en las que se ha podido evidenciar que estamos lejos de los mínimos ideales.

Toreros ha habido que han sufrido las consecuencias de heridas con trayectorias y lesiones profundas no reconocidas y por tanto no tratadas al principio y de traslados por carretera en búsqueda de alguien que sepa por lo menos como ellos mismos sobre el tratamiento correcto de las heridas taurinas.

Los daños desapercibidos y por tanto no tratados de la forma adecuada son la causa de complicaciones graves, inhabilitaciones y retrasos en las curaciones, o peor, o hasta en el pasado fueron motivo evitable de fallecimientos.

También hay “gestos” equivocados en la tradición taurina como creer en los beneficios inmediatos de un torniquete con el corbatín, que generalmente aún aumenta la hemorragia venosa a la que se priva de su drenaje centripeto natural al

ponerlo por encima y que “afortunadamente” no se aprieta tanto como para detener una hemorragia de predominio arterial que dejaría la extremidad inmediatamente inútil y propiciaría gravísimos e irreversibles daños neurológicos directos por la presión del cíngulo e indirectos por la falta de oxígeno en sus estructuras.



Fig. 5: El torniquete colocado por encima favorece el sangrado venoso.

Sería mucho más acertado, si el torero se niega a pasar a la enfermería hasta matar al toro, que alguien taponara la herida a presión con un paquete de gasas y realizara con rapidez entre barreras un vendaje elástico ancho y apretado. Al menos eso minimizaría las pérdidas sanguíneas y la infección de una herida que permanece abierta y descubierta en el resto de la lidia.

El afeitado de los toros o los encontronazos provocados contra tablas que hacen su agente vulnerador astillado o astillable mucho más lesivo. Por otra parte el prodigar la cirugía de las cornadas – supuestos puntazos - con anestesia local expone a no identificar como se debe las lesiones en toda su extensión y a que el torero concluida la sutura se escape indebidamente hacia el ruedo.

Cierto es que en aquellos festejos modestos a los que aludíamos antes, la anestesia general puede ser problemática y los medios de apoyo también. Ello no excluye que al menos se traten bien, con la infiltración local de un anestésico, los planos superficiales de la lesión con imprescindible eliminación de los bordes contundidos, con limpieza por arrastre e instalación de drenajes para inmediata derivación y revisión quirúrgica a la menor duda en los hospitales de referencia.

Como en todo el sentido común y la serena experiencia debe presidir las acciones en cada caso con una gran dosis de prudencia y previsión. Todo debe quedar

debidamente registrado y constatado porque con frecuencia si las cosas evolucionan mal todas las miradas y dudas se proyectan hacia el cirujano responsable.

Si el lesionado opta, contra la opinión médica, volver a la arena es imperativo hacerlo constar en el parte facultativo, muy especialmente si se considera que la merma de facultades puede propiciar un percance mayor o el mal curso de las lesiones tratadas. Si desoye los consejos de su cirujano y decide marcharse del centro sanitario e incluso reaparecer prematuramente debe quedar constancia de que lo hace bajo su responsabilidad.

En todo caso los cirujanos taurinos son, deben ser, grandes aficionados a la Fiesta para entender bien los terrenos del toro y el torero, valorar por adelantado el riesgo de percance y cómo puede ser en cada caso, ver la cogida con una intuición que da la experiencia y que les indica si hay penetración del cuerno con lesiones asociadas o no.

En la medida que lleguen a conocer el psiquismo especial de los toreros, su estado de ánimo, su momento profesional, perfil y veteranía podrán presumir aún más la posibilidad de la voltereta o la cornada, así como intuir y comprender sus particulares reacciones.

Grandes aficionados, sí, para añorar el ambiente de la corrida cuando como en plazas de temporada o de ferias largas los festejos se suceden días y días, semanas y semanas.

Probablemente incluso, el buen cirujano taurino es aquel que íntimamente hubiera deseado ser torero pero no pudo o no se atrevió y sublima esta frustración personal en su vinculación y entrega al mundo taurino desde el burladero de la "cuarta cuadrilla".

Dr. Enrique Sierra Gil

Abril de 2008

CIRUJANO JEFE

Plaza Monumental de Barcelona.

CIRUGÍA TAURINA. UN CONOCIMIENTO NECESARIO

Enrique Sierra Gil

En un país como el nuestro en el que el entramado socio-festivo se sustenta de forma muy importante, mal que les pese a los “animalistas”, en el enfrentamiento del hombre con el uro sería deseable, más bien imprescindible, que aunque las autoridades universitarias todavía no reconozcan la cirugía taurina como una especialidad, cualquier médico-cirujano contara con los conocimientos básicos para , al menos, tratar bien desde su inicio las variopintas lesiones producidas en los que sufren alguna forma de trauma taurino, lo que llamamos “percances” y de lo que deriva el término de personas “percanceadas”. Son miles al año los festejos de todas las categorías, desde los alrededor de 2000 corridas de toros con animales de cuatro años o más, hasta los muchos miles de novilladas y festejos populares, tientas y capeas, en los que resultan heridos o golpeados varios de los actantes o probadores de sensaciones emocionantes.

Recibido el lesionado en las instalaciones sanitarias con que se disponga, que deberían contar con la rigurosidad del cumplimiento legal de mínimos uniformizados al alza, el objetivo inicial es un balance y priorización de los daños, como se hace en los politraumatizados.

Por supuesto antes que nada el médico responsable debe contar con una experiencia al menos básica en cirugía y traumatología general. También con un equipo humano con experiencia en esas lesiones, capaces incluso de primeras atenciones en percances simultáneos y/o consecutivos. La analgesia/anestesia debe siempre estar en manos especializadas y el traslado rápido y seguro previsto con hospital de referencia alertado.

Como siempre en situaciones urgentes actuar para, salvar la vida, salvar la zona o extremidad herida y propiciar el restablecimiento final a la integridad e incluso la reaparición para tales actividades si el sujeto lo desea, tras la curación completa.

Cuanto menos lo primero es lo prioritario en todos los festejos mayores y menores. Lo demás es un camino a recorrer en el lugar o en las etapas subsiguientes tras los oportunos y diligentes traslados.

Es conocido que la contemplación del accidente taurino es ventajoso para el esquema mental del balance de lesiones. Eso es un privilegio para el encargado de atenderlo, que no tienen los médicos de guardia de hospitales que asisten a lesionados de tráfico o a víctimas de violencia.

Lo más común, en los festejos menores, las volteretas, excoriaciones múltiples, contusiones, esguinces, articulaciones dislocadas, roturas óseas y heridas de mayor o menor profundidad. Desde el punto de vista general lo primero debe ser verificar que el lesionado respira con vías altas expeditas y paso de aire (**Air**), que ventila espontáneamente ("**Breath**") y que tiene latido cardíaco y circulación ("**Circulation**"). De faltar algo de eso debe iniciarse de inmediato por lo menos una reanimación cardiopulmonar básica (**RCP**) a poder ser en ambulancia tipo UCI móvil con monitorización, oxígeno, desfibrilación y fármacos cardio-vasoactivos. La decidida actuación ante esas contingencias es vital para el enfermo y su futuro.

Resueltas o descartadas esas graves circunstancias debe venir el tratamiento secuencial priorizado por gravedades de lesiones concretas. La importancia del dolor no tratado como inductor de shock coloca en primer lugar la identificación de causas del mismo como pueden ser sobre todo fracturas de extremidades, de columna y las luxaciones. Procederá enérgica analgesia farmacológica e inmovilización como se pueda de los huesos y/o articulaciones alteradas. El tipo de caída debe prevenir sobre posibles daños de columna pero en cualquier caso los traslados a la sala de primeras curas deben hacerse con "cuerpo rígido" evitando el "efecto pelele" con extremidades colgando y cuello moviéndose a uno y otro lado. El percanceado se juega la movilidad posterior y hasta la vida. Todo lo dicho hasta ahora es conocido y en general bien aplicado por los urgenciólogos generales.

Las heridas por asta de toro si que son algo especial. Puertas de entrada mínimas –"puntacitos"- son antesala de lesiones de inicio subcutáneo e impredecibles profundidades, anfractuosidades, multi trayectorias y destrozos internos impensables. Siempre son marcadamente sucias y contaminadas, contienen con frecuencia casi habitual cuerpos extraños de todo tipo y daños a veces vásculo-nerviosos y viscerales muy graves. Invariablemente sus bordes contundidos e irregulares están quemados por el enérgico roce del cuerno con la piel elástica que trata de ajustarse al contorno del asta y no tanto por el calor de esta que por si sola nunca produciría daños térmicos.

Con esta mentalidad deben abordarse siempre, tratándolas desde la superficie a la profundidad, con el límite claro de la experiencia, la prudencia, los medios, las ayudas y la anestesia disponible. El paciente merece, necesita, que lo que se le haga, hasta donde se pueda llegar, se ejecute impecablemente para cooperar con los siguientes encargados de completar las *maniobras quirurgo-naturistas* previas a la acción curativa de los mecanismos biológicos naturales. La *sala de cirumaquia* en la que la "*cuarta cuadrilla*" desempeñará sus cometidos sanitarios podrá tener mayores o menores posibilidades pero la conducta del operador siempre debe estar en máximos, al menos conceptualmente.

Lo primero la administración profiláctica de antibióticos de amplio espectro conociendo antes las alergias. Simultáneamente profilaxis antitetánica y enseguida a tratar la herida o las heridas, pero bien. Amplio recorte de los bordes para eliminar de entrada los tejidos invariablemente en vías de mortificación por las referidas quemaduras, fenómeno que no me cansaré de calificar como constante, siempre presente. La técnica descrita hace 111 años (1898) por Friedrich tiene aquí su indispensable aplicación. Excepción pueden ser tejidos muy vascularizados como la cara y manos, pero con la condición de enérgicos lavados por arrastre con agua jabonosa y/o suero a presión.

Su práctica amplia invariablemente el campo de visión interna y permite realizar abundantes lavados con suero estéril y explorar cuidadosamente la profundidad, en función de la anestesia y experiencia disponible. Si se puede seguir deben identificarse las trayectorias y las roturas en su camino... pero si no se dan las condiciones de preparación, tranquilidad del herido, ambiente adecuado..., como mínimo hacer la mejor hemostasia, eliminar los tejidos lesionados superficiales, limpiar meticulosamente con jeringa a presión cuerpos extraños (arena, fragmentos de asta, pedazos de ropa...), colocar una goma blanda para drenar la cavidad o trayectoria más profunda que se identifique, exteriorizada no por la herida sino por incisión independiente, lo más en declive posible en el lesionado en decúbito supino y finalmente suturar tomando buena masa de los bordes cutáneos “refrescados” por el recorte quirúrgico, con puntos sueltos de seda del 00, poco apretados y separados.

Con esas sencillas actuaciones se aplican los mejores gestos terapéuticos iniciales para confiar al herido a Centros de referencia próximos en los que deberá valorarse la oportunidad de una revisión quirúrgica diferida.

Ante sangrados profusos y violentos se debe procurar contener la hemorragia y ante escasez de medios y experiencia limitada, introducir – a poder ser previa analgesia local y general – un tapón de gasas grandes yodadas a presión fijadas con vendaje almohadillado compresivo elástico. Solo en sangrados rojo vivos -arteriales – de las extremidades un esfingo-manómetro inflado por encima de la tensión arterial, o un **torniquete apretado de goma ancha** (como los empleados para hemostasia preventiva tipo “Esmarch”) puede salvar la vida, pero con la condición de un rapidísimo traslado, anotación de la hora y el minuto en que se ha aplicado y la envoltura de la pierna o brazo con toallas refrigeradas con hielitos (como método simple de hipotermia relativa). En tal caso valorar la aplicación de una dosis alta – con criterios de profilaxis - de Heparina de Bajo Peso Molecular. El **torniquete aplicado con un corbatín o banda estrecha**, tan prodigado en las plazas por miembros de la cuadrilla u otros matadores es una tradición difícil de erradicar y contraindicada. Aumenta el sangrado de forma significativa en las heridas musculares (la mayoría) y venosas, como pudo constatarse en las retransmisiones televisivas desde la Plaza de las Ventas en la Feria de San Isidro 2009. En las arteriales o son inefectivos o propician graves lesiones vasculonerviosas por su efecto de cingulo lineal. Deberían sustituirse por vendajes anchos almohadillados.

La sospecha de lesión de cervicales debe llevar a la inmediata colocación de un collarín inmovilizador para el transporte o del dispositivo disponible en la ambulancia.

Por último el informe de salida debe describir exactamente lo visto y lo hecho. Son más peligrosos escritos banalizadores en los que se aparenta la realización de un tratamiento definitivo de las lesiones con supuestos “puntazos superficiales” que otros que delimiten el alcance real de lo que se ha podido evidenciar y refieran con objetividad las maniobras efectuadas y las terapéuticas y técnicas ejecutadas en el ambiente y con los medios al alcance.

Desgraciadamente en nuestra “piel de toro” todavía puede ser un problema aplicar y realizar estos enfoques iniciales de las lesiones en el curso de las lidias y encierros taurinos. La morbilidad, la funcionalidad orgánico-corporal y hasta la mortalidad descenderán cuando se consiga hacer llegar, conocer y ejecutar tan sencillos principios.

Dr. Enrique Sierra Gil
CIRUJANO – JEFE
Plaza Monumental de Barcelona
5291esg@comb.es

.- Neologismos quirurgicotaurinos.

- 1.- *Percanceados*: diestros y aficionados que han sufrido un percance en el curso de su encuentro con un toro.
- 2.- *Maniobras quirurgonaturistas*: las actuaciones del cirujano taurino en el herido encaminadas a propiciar la curación por el efecto de los mecanismos reparadores naturales.
- 3.- *Sala de Cirumaquia*. El quirófano o lugar habilitado para la práctica de la cirugía taurina.
- 4.- *Cuarta cuadrilla*. El equipo médico de la plaza de toros, según denominación de Soto Viñolo.

.- Bibliografía taurina consultada y recomendada.

Campos Licastro. Xavier. Traumatología Taurina. Impresiones Modernas S.A. Seg. Edic. México, 1990

Martín-Albó Martínez. Adrian. Importancia de los primeros cuidados en la evolución de heridas por asta de toro En: La Fiesta Nacional de Toros. Premio Doctor Zúmel 1993. Tomo I. Caja Madrid, 1999 (233-386)

Pérez y Fuentes. Pablo. Tratamiento de las cornadas. (separata) México. libreriafimadero@prodigy.net.mx

Piulachs. Pedro. y col. Heridas vasculares. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1947

Serra Juan. Francisco de P. . Taurotraumatología. Fab. Esp. Prod. Quim. Y faro. "FAES". Valencia 1945. (Ejemplares dispon: epsaceda@gmail.com)

Soto Viñolo. Juan. "La cuarta cuadrilla". En www.cirurgiataurina.info. Secc.: Temas. Oct. 2008

Sierra Gil. Enrique. Percances taurinos. Cuadernos de Tauromaquia. Nº 2; (77-85). Sevilla, diciembre 2008.

Vilar Giménez. Juan. . Charlas médico-taurinas. Barcelona 1918.

Zúmel. Mariano. Cirugía Taurina. En Cossío J.M; Espasa-Calpe. Madrid 2007 Tomo I (529-627).

RECLAMACIONS PER MALA PRÀCTICA MÈDICA EN CIRURGIA

El paper de la Societat Catalana de Cirurgia

Sala Pedrós J.

Introducció

Malgrat que l'objectiu de la cirurgia és augmentar la qualitat de vida d'una persona determinada i, a ser possible, augmentar-li, a més, l'esperança de vida, no sempre els resultats de l'atenció mèdica en cirurgia són els esperats, tant per part del cirurgià com del pacient. Sovint es presenten efectes adversos, que poden ser fortuïts o lligats a l'atzar, afavorits per unes condicions basals de salut del pacient, més o menys precàries, degut a la degradació fisiològica consecutiva a l'edat o al deteriorament general que acompanya determinades comorbiditats o patologies associades que pateix el pacient.

Però també és possible l'accident o l'error que es pot produir en qualsevol de les baules de la cadena assistencial i desencadenar un seguit d'efectes indesitjats de conseqüències imprevisibles. Alguns d'aquests errors poden ser conseqüència d'una conducta negligent per part del cirurgià, constituint un cas de mala pràctica mèdica (MPM) que origini una reclamació o demanda d'explicacions per part del pacient o fins i tot un litigi.

Però tampoc sempre una reclamació o un litigi es produeix per MPM. En l'apreciació dels resultats i del procés d'atenció, hi poden haver elements objectius però també components subjectius que poden dependre molt de la diferent perspectiva entre pacient i cirurgià. És per això que resulta de gran importància la informació i la bona comunicació entre el cirurgià i el pacient com a fórmula que evita els malentesos i les desconfiances, encara que, tot i així, no sempre és fàcil assolir les expectatives de les persones i pot sorgir el conflicte.¹

Quan l'entesa entre el cirurgià i el pacient fracassa, poden intervenir en la relació elements externs que poden afavorir el consens o atiar el conflicte, segons els casos. Les oficines de defensa dels ciutadans, d'atenció al client o al consumidor, formen part de les institucions destinades a la defensa del pacient, mentre els col·legis professionals i els sindicats poden ser institucions de defensa dels professionals o d'avaluació deontològica de les seves actuacions. Finalment, quan, malgrat els intents de mediació, no hi acord de resolució del conflicte, per a una avaluació justa i equitativa difícil, es recorre al sistema judicial mitjançant l'establiment del litigi corresponent.

Si la discrepància en l'avaluació d'una reclamació porta al litigi, passa a actuar com a àrbitre el sistema judicial, regit pel marc legal que la societat s'ha atorgat a través dels seus representants polítics. Però la complexitat dels coneixements biomèdics i les múltiples influències que poden determinar un resultat concret, fan que no resulti fàcil avaluar conductes o decisions de tècnics altament qualificats. D'aquí la necessitat d'experts neutrals que actuïn com a perits, aportant la seva opinió personal i

documentada. El sistema judicial no s'acostuma a regir pels mateixos paradigmes que marquen la medicina actual. L'evidència científica o l'anàlisi estadística no acostumen a formar part del bagatge cultural dels implicats legals en els casos de litigi i, malgrat que s'ha postulat, des de algunes associacions mèdiques, la necessitat d'incorporar alguns d'aquests principis al sistema judicial, estem lluny de conèixer la sensibilitat o l'especificitat dels dictàmens judicials i els seus falsos positius i negatius, és a dir les condemnes a innocents o les absolucions a culpables.²

La pràctica de la cirurgia no tan sols obliga a garantir un determinat nivell estàndard d'atenció, per a la qual cosa cal acreditar els coneixements i l'experiència necessàries, també precisa d'una actitud ètica i de l'assumpció d'uns principis deontològics inexcusables en tot professional que intervé en el procés de gestió de la salut d'una persona. Si bé l'acreditació dels coneixements científics ha estat a càrrec, tradicionalment, de les societats científiques, les directrius deontològiques han estat marcades pels col·legis professionals, però els principis ètics que les fonamenten es mouen entre els dos tipus d'entitats, encara que també en els fonaments del dret natural i en la societat en general, dels seus valors i dels paradigmes filosòfics en boga.

Com a societat científica, la Societat Catalana de Cirurgia té un paper a jugar, tant pel que fa a l'enfocament científic de la pràctica quirúrgica, com en l'anàlisi i debat de les perspectives bioètiques que l'emmarquen. És en aquest context que voldríem analitzar l'estat actual de la qüestió, establint quines aportacions de coneixement validat poden constituir els elements de referència, a l'hora de jutjar una tasca complexa com aquesta.

Avaluació de la qualitat assistencial

El procés d'atenció de la salut, pressuposa l'haver de prendre decisions en un ambient d'incertesa i, per tant, de risc que s'esdevinguin conseqüències indesitjables. Diferents iniciatives destinades a promoure la "seguretat del pacient" a partir del control d'indicadors de qualitat assistencial en cirurgia, han donat com a resultat un millor coneixement dels estàndards esperats de la pràctica quirúrgica.³ La qualitat assistencial depèn no tan sols dels resultats, encara que també, si no de l'estructura i del procés com a parts indissolubles de l'experiència viscuda en cirurgia.⁴ Les societats científiques en cirurgia no poden ser alienes als esforços per millorar la qualitat assistencial i s'han d'implicar en l'esforç per aconseguir-ho.⁵

Sempre respectant el dret dels ciutadans de cercar la protecció davant de possibles abusos del sistema sanitari, cal que siguin els propis cirurgians que portin la iniciativa en el control dels resultats de les seves actuacions, abans que puguin arribar als tribunals per mala entesa amb els pacients. No es tracta tan sols d'una mesura preventiva de reclamacions o litigis amb sentències judicials adverses, es tracta fonamentalment de desenvolupar una fórmula d'aprenentatge continu, basada en l'anàlisi dels possibles errors, les seves possibles causes i les seves solucions.^{6 7} A més es tracta també d'assumir el principi ètic que obliga a una cerca continua de la millora en la qualitat assistencial.

En la literatura científica mèdica, sovint s'hi aporten estudis de resultats d'intervencions, incloent la incidència d'efectes adversos, però sovint les classificacions són tan disperses entre uns treballs i altres que resulta difícil treure conclusions vàlides a partir

d'experiències diferents. ⁸ Els intents d'unificar criteris d'avaluació de resultats s'han hagut d'adaptar a cada tipus de patologia i d'intervenció perquè poguessin ser comparables. ⁹ Un cas paradigmàtic de patologia associada rellevant, és la que acompanya la cirurgia de l'obesitat mòrbida, en la qual es converteix en un factor de risc de resultats indesitjats que cal tenir en compte, en especial quan es preveu com una de les denominades noves epidèmies del segle XXI. ¹⁰

Des del punt de vista del control de la qualitat assistencial, una de les eines més importants a utilitzar són les sessions de morbimortalitat.

Les sessions de morbimortalitat

Els efectes adversos de la cirurgia constitueixen l'objectiu de les sessions i registres de morbimortalitat (M&M), encara que aquestes solen tractar més de complicacions, incloent les mortals, però que no sempre donen idea de la qualitat de la cirurgia practicada. ¹¹ De fet poden suposar un cert grau de biaix perquè:

- s'acostumen a centrar més en casos fora del normal
- es dirigeixen sobretot a cercar possibles falles en el procés d'atenció
- s'orienten més cap a l'actuació personal que cap al funcionament de l'organització
- es fixen més en els aspectes individuals que en els patrons de resultat
- fan més èmfasi en les complicacions precoces que en els resultats a llarg termini.

En el document sobre sessions de morbimortalitat elaborat per la Societat Catalana de Cirurgia, es deia que les sessions de M&M poden ser considerades un factor paliatiu tant *a priori*, evitant possibles errors, com *a posteriori*, reflectint la preocupació i la bona fe de l'equip assistencial. ¹² En aquest sentit, la SCC proposava als seus propis perits i a les instàncies judicials que la certificació de la discussió de casos problema, en sessions formals de M&M, es tingui en compte a l'hora d'emetre els informes pericials pertinents.

El format metodològic comú que es propugnava estava basat en els següents punts:

- 1) Reconstrucció del cas (sempre en presència dels cirurgians implicats)
- 2) Anàlisi per problemes del procés d'atenció
- 3) Identificació de punts crítics i esdeveniments indesitjats
- 4) Acords correctius i establiment d'objectius de prevenció de nous errors
- 5) Registre de la sessió en el llibre d'actes corresponent
- 6) Monitoratge amb seguiment de nous casos de M&M i control dels indicadors de qualitat assistencial.

Malauradament, les sessions de morbimortalitat acostumen a passar per alt molts dels esdeveniments adversos en medicina i en cirurgia concretament, pel que cal tenir en compte altres tipus de control per identificar-los i poder-los corregir. ¹³

Una qüestió fonamental que cal dilucidar en les sessions de M&M és si l'esdeveniment advers era evitable, és a dir si va ser conseqüència d'una mala pràctica mèdica i, en especial, si va resultar d'una actitud negligent. Aquest serà un punt fonamental en cas de reclamació o litigi.

Efectes adversos de la cirurgia

Es defineix com a esdeveniment advers (EA) en cirurgia, la conseqüència inesperada o lesió causada a un pacient com a resultat del tractament més que per la malaltia subjacent.

Es denominen incidents crítics als esdeveniments adversos o potencialment adversos, és a dir que provoquen o poden provocar resultats no desitjats. Als USA la incidència pot arribar al 4%, causant lesions discapacitants permanents en un 2 a 6% i conduint a la mort en, al menys, un 14%. Hi ha condicions latents que actuen en el transfons, generant factors contribuïdors que poden disparar fallides actives.¹⁴

González Hermoso, aconsellava denominar desviacions als efectes adversos i considerava les complicacions com una alteració o desviació en el curs natural d'una malaltia que no te la causa en una actuació mèdica i es deriva de la pròpia malaltia. Distingia com a desviació prevenible, aquella que, vista *a posteriori*, es reconeixia que podia haver estat evitada amb una determinada acció.¹⁵

Les desviacions o els esdeveniments adversos poden ser de molts tipus i donar lloc a conseqüències de gravetat molt dispar. Per aquest motiu s'han intentat diferents sistemes de classificació. Un d'ells és l'escala de la *Harvard Medical Practice Study Group*, segons la qual, els esdeveniments adversos, es classifiquen, en funció de l'evidència o les proves que hi ha sobre si va ser causat com a conseqüència de l'atenció donada, en:

- (0) evidència mínima o absent (que l'EA va ser causat per l'atenció donada).
- (1) evidència escassa
- (2) improbable
- (3) prou probable
- (4) molt probable
- (5) l'EA és clarament degut a l'atenció donada

Es tracta d'una escala quantitativa d'avaluació del grau de responsabilitat del clínic. Però des del punt de vista qualitatiu, es reconeixen tres grans tipus d'esdeveniments adversos en cirurgia: les complicacions, les seqüeles i els resultats negatius. Convé definir bé què és cada un per poder-los diferenciar adequadament.

Complicacions

Moltes conseqüències indesitjades de les intervencions són fortuïtes, és a dir que es presenten sovint de forma aleatòria, lligades a la naturalesa i condicions basals del pacient (per edat, sexe, patologia associada i altres comorbiditats afegides) i es denominen complicacions. La probabilitat que es presentin diferents tipus de complicacions, incloent la mort, constitueixen el risc d'un determinat procediment per a un cert diagnòstic en una persona concreta.

S'entén per complicació, en cirurgia, l'aparició d'una afecció que agreuja el diagnòstic inicial o empitjora el pronòstic del procediment efectuat, en el sentit d'augmentar el risc de mortalitat, allargar el procés de recuperació o incrementar el grau de seqüela que pot deixar.¹⁶

La cirurgia pot ser la causa de complicacions de diversos tipus:

- degudes als propis procediments quirúrgics,
- relacionades amb l'anestèsia,
- degudes a l'agreuament d'una patologia associada que l'agressió quirúrgica o les circumstàncies acompanyants (immobilitat, dejuni, depressió psíquica, deficiència immunològica, alteracions hemodinàmiques, etc.) ha servit per desencadenar.

Les complicacions es poden dividir en locals, quan afecten la zona quirúrgica, i generals, quan afecten tot l'organisme. Les complicacions generals poden ser específiques, quan estan relacionades amb el diagnòstic principal que motiva la intervenció, o inespecífiques, quan es poden presentar indistintament en qualsevol tractament quirúrgic o no quirúrgic o en relació amb la patologia de base.¹⁷ Però no totes les complicacions que es poden presentar en el curs de l'atenció a un pacient quirúrgic tenen la mateixa transcendència, d'aquí que s'hagin proposat escales de valoració de les complicacions com la de Clavien, basada en les mesures terapèutiques emprades per al tractament de la complicació.^{18 19} Amb les successives modificacions, s'han afegit aspectes com el risc vital o l'efecte a llarg termini de les diferents complicacions.²⁰

Encara que les complicacions poden ser a conseqüència del diagnòstic, del tractament o de les característiques del pacient (patologia associada), com a complicacions quirúrgiques interessen aquelles en les quals la intervenció hi juga un paper important encara que sigui només com a factor afavoridor.²¹

Seqüeles

Hi ha efectes adversos que són conseqüència inevitable del propi tractament i sovint són permanents, encara que a vegades són només temporals i van minvant els seus efectes progressivament. Poden ser pal·liades amb mesures ortètiques o protètiques, amb mesures de reanimació o de rehabilitació o fins i tot amb noves intervencions reconstructives o pal·liatives. Se solen denominar seqüeles, i se solen acceptar prèviament com a part de la pròpia naturalesa del tractament, triat com a mal menor davant l'efecte molt més devastador d'una determinada malaltia o afecció.

La seqüela en cirurgia és, doncs, la conseqüència forçada que se segueix d'una intervenció, en el sentit de róssec o allò que resta i s'arrossega de manera indesitjada; és la empremta deixada pel procediment. També s'aplica quan la causa ha estat una malaltia o un traumatisme accidental. Les seqüeles poden ser anatòmiques, fisiològiques, tècniques o funcionals. Es poden mesurar pel grau d'incapacitat funcional que comporten, tan si és temporal com permanent.

Existeixen diferents models d'escala per a l'avaluació de les seqüeles postoperatòries, en funció de diferents paràmetres com per exemple: segons la durada dels seus efectes, es poden classificar en graus:

- (0) Sense seqüeles
- (1) Mínimes: període de recuperació inferior a 1 mes.
- (2) Moderada: Període de recuperació entre 1 i 6 mesos.
- (3) Moderada: període de recuperació superior a 6 mesos.
- (4) Permanent: (<50% de discapacitat)
- (5) Permanent: (≥50% de discapacitat)
- (6) Mort

Per a l'avaluació de seqüeles cal tenir també en compte la lesió produïda (intencionada o accidental), la incapacitat o discapacitat que comporta i el grau de minusvalidesa per a la persona, incloent el nivell de dependència.

Una mesura de la lesió produïda és aquella que té en compte la incapacitat fisiològica, tant si és temporal com permanent. D'especial interès són les seqüeles que provoquen incapacitat o discapacitat permanent que poden ser causa d'un cert grau de minusvalidesa personal, en el sentit de limitació de l'autonomia d'una persona, o les conseqüències psicològiques que alteren la percepció de benestar íntim. Les limitacions de tipus físic poden ser avaluades per aparells, sistemes o funcions del cos, però també hi han escales de valoració integral o global de limitació física de l'individu. La incapacitat fisiològica es defineix com la valoració d'una o més funcions orgàniques, en el marc d'una disminució total o parcial de les seves capacitats, en els dominis físic, intel·lectual o mental. Una forma de calibratge del grau d'incapacitat fisiològica consisteix en la mesura del seu percentatge de limitació, considerant com a normal el 100%.

Des d'un punt de vista sociolaboral, la incapacitat fisiològica no s'ha de confondre amb la minusvalidesa professional o la incapacitat laboral, que es valoren amb paràmetres de tipus legal o administratiu, no sempre coincidents amb la valoració fisiològica de l'individu.²² La incapacitat laboral pot ser també transitòria, o permanent, total o parcial, i està en relació amb aspectes jurídic-laborals o amb criteris privats relacionats amb tipus d'assegurances públiques o privades.

Resultats negatius de la cirurgia

Un tercer tipus de conseqüència indesitjable són els resultats negatius d'una intervenció que poden estar relacionats amb les característiques de la pròpia intervenció, incloent l'acció del cirurgià, amb la naturalesa específica de l'afecció tractada, rebel a aquells tipus de tractament o a altres circumstàncies negatives com les complicacions, les seqüeles o altres tipus de fallides d'assoliment dels resultat esperats.

Un resultat positiu no es pot garantir mai de manera absoluta, però és el guia de l'esperança que motiva una determinada intervenció. L'èxit del tractament pot assolir diferents nivells d'utilitat, segons el grau de qualitat de vida o d'esperança de vida aconseguits gràcies a la intervenció, comparats amb els esperats sense la intervenció.²³ Però quan fracassa l'objectiu primigeni, el resultat negatiu pot ser la conseqüència indesitjada d'una decisió d'operar que pot respondre a causes i formes de presentació diverses.

Entre les conseqüències negatives d'una intervenció hi ha les relacionades amb el diagnòstic, com la persistència o la recidiva, quan no s'han assolit els objectius fixats amb la indicació del tractament o s'han assolit només temporalment. En qualsevol cas les fallides de tractament comporten la manca d'assoliment de l'objectiu terapèutic fixat per a una determinada intervenció. La persistència de l'afecció que havia ocasionat l'operació, fa que aquesta resulti no tan sols inútil, és a dir sense efecte sobre la patologia, si no sovint també disútil, és a dir que a més ha causat les molèsties inherents a la intervenció i a vegades també efectes indesitjats amb diferents graus de gravetat, des de conseqüències banals fins a la mort. Per altra banda, malgrat l'èxit immediat d'una determinada intervenció, l'afecció que l'ha motivat pot reaparèixer al cap d'un cert temps, constituint llavors una recidiva.

Les causes possibles dels efectes adversos d'una intervenció són múltiples i variades, però aquelles que interessen fonamentalment en els casos de reclamació són les consecutives a errors mèdics, en especial si eren prevenibles.

L'error mèdic

Es denominen errors mèdics tan les actuacions perjudicials com la manca d'actuacions benefactores quan se suposa que s'havien d'haver realitzat. En qualsevol cas se suposa que l'error és sempre no intencionat. Quan l'error mèdic és intencionat es converteix en un delict.

Com deia Sèneca: "errar és humà...", encara que afegia que "...perseverar en l'error és diabòlic". Molts epistemòlegs, com Karl Popper, han subratllat que només s'apren dels errors, sempre que s'analitzin i se'n treguin conseqüències encertades. L'exercici de la crítica i l'autocrítica resulten fonamentals per detectar errors de manera objectiva, analitzar els mecanismes pels quals s'han produït i extreure'n conseqüències per evitar que es repeteixin en un futur.

Quan un esdeveniment adwers en cirurgia era prevenible i no s'han pres les mesures necessàries per evitar-lo, constitueix un error mèdic o error d'assistència, produït per les mancances en la planificació o execució del diagnòstic o del tractament.²⁴

Tipus d'error

Existeixen també diferents classificacions dels errors. Per exemple, els errors poden ser actius o de comissió, quan són conseqüència d'actuacions actives perjudicials, però també poden ser errors passius o per omissió, quan són produïts per manca d'actuació, és a dir quan se suposa que qui tenia la responsabilitat de fer-ho no ho va fer.

La importància de l'error mèdic, tan si és per omissió com per comissió, està en el fet que la conseqüència d'una mala planificació o execució pot ser un resultat indesitjat.²⁵ Des del punt de vista de les reclamacions, però també de l'anàlisi crítica que pretén una millora progressiva de la qualitat assistencial, és important determinar les causes de les fallides d'intenció.

Els errors humans a conseqüència de fallides en la intenció es denominen faltes que poden ser de diversos tipus:

- Fallides en l'execució com les equivocacions, descuits distraccions o entrebancs
- Faltes basades en el desconeixement
- Faltes basades en la inobservància de les regles o normes vigents

De nou, des d'un punt de vista quantitatiu, segons l'envergadura de l'error i la transcendència clínica de l'efecte advers, així com el seu grau de preventibilitat, les sospites d'error mèdic es poden classificar en diferents graus com els següents:

- (0) No error mèdic
- (1) Error mèdic lleu
- (2) Error mèdic moderat
- (3) Error mèdic greu

També les companyies d'assegurances tenen escales per calibrar les lesions degudes a errors mèdics, entre elles hi tenim el sistema de classificació de severitat de les lesions de la NAIC (*National Association of Insurance Commissioners*) que distingeix entre els següents graus:²⁶

1. lesió emocional
2. lesió insignificant
3. lesió temporal menor (que requereix tractament hospitalari)
4. lesió temporal major (que requereix cirurgia)
5. lesió permanent menor (que no compromet la funció del cos)
6. lesió permanent significativa (que dificulta la funció del cos)
7. lesió permanent major (no totalment discapacitant)
8. lesió greu, de pronòstic fatal
9. mort

Mentre que, des del punt de vista qualitatiu, els errors mèdics poden ser de diferents tipus que podem agrupar com en els següents exemples:

- De diagnòstic
 - Error o retard en el diagnòstic
 - Manca d'utilització de tests indicats
 - Utilització de tests passats de moda
 - Manca de reacció davant dels resultats
- Tractament
 - Error tècnic en la realització
 - Error en l'administració del tractament
 - Error en la dosi de la droga
 - Retard evitable del tractament
 - Atenció inapropiada (no indicada)
- Prevenció
 - Manca de provisió d'un tractament profilàctic indicat
 - Monitoratge o seguiment inadequats

- Altres
 - Fallida en la comunicació
 - Fallida en l'equipament
 - Manca de comunicació de l'equip
 - Altres fallides del sistema

En molts d'aquests tipus d'error hi influeixen factors personals, no tan sols del cirurgià si no de tot l'equip sanitari. Si es pretén evitar la repetició dels errors, cal analitzar perquè es produeixen per tal de poder actuar directament sobre les causes.

Factors d'error mèdic

Sense que representi una disculpa, però quan s'analitza un possible error, cal tenir en compte les circumstàncies en les quals s'ha produït. Existeixen característiques latents o condicions generadores d'error que poden influir en els resultats, com les relacionades amb:²⁷

- Problemes en l'ambient de treball
 - entorn físic inadequat
 - mala previsió de recursos humans
 - cirurgians inadequats o amb preparació insuficient
 - assignació de tasques a cirurgians nous o passavolants
 - assignació de tractament de pacients no propis
 - sobrecàrrega de treball
- Factors individuals del personal i problemes amb l'equip
 - manca de comunicació
 - defectes de supervisió
 - manca de responsabilitat
- Problemes individuals
 - mal estat de salut física (cansament, gana, malestar...)
 - mal estat de salut mental (moral baixa, depressió, estrès, ansietat)
 - dèficit de coneixements i habilitats
 - mancances de formació
 - mancances de coneixement i experiència
 - mala previsió i càlculs
- Factors relacionats amb la tasca o la tecnologia
 - absència de protocols adequats
 - mala preparació en casos que se surten de la rutina
 - factors d'organització o maneig
 - context institucional
 - factors de l'entorn de treball
- Problemes amb el pacient
 - poc col·laborador
 - afecció clínica complexa
 - dificultats de llenguatge i comunicació

Tots aquests factors poden ser rellevants en l'aparició d'un efecte advers i sovint se'n presenta més d'un quan s'analitzen les causes de la conseqüència indesitjada. Cal establir mesures de prevenció de tots ells a l'hora de planificar una intervenció. De fet, aquests constitueix l'objecte de les noves campanyes de prevenció d'efectes adversos com les incloses dins del marc de "l'Aliança per a la Seguretat del Pacient" o són objecte d'especial estudi mitjançant indicadors de qualitat assistencial que tenen en compte diferents aspectes com: l'estructura sanitària, el procés d'atenció o els resultats analitzats mitjançant les auditories corresponents. Encara que els primers estudis van sorgir als Estats Units,^{28 29 30} la Unió Europea també s'hi va afegir de seguida.^{31 32 33 34} I, a poc a poc, han anat sorgint indicadors per a casos més específics.³⁵

D'aquí que s'hagi vist la importància de fer èmfasi en la promoció de les denominades habilitats quirúrgiques no tècniques (*NOTSS – Non Technical Skills for Surgeons*) que inclou la formació en aspectes com:³⁶

- Avaluació, planificació, coordinació del treball
- Comunicació i treball en equip (interaccions i dinàmica de grup, tasques complexes, realització de tasques molt precises sota estrès i pressió temporal)
- Pautes de conducta al quiròfan
- Maneig de l'error
- Presa de decisions (registre i justificació del raonament, evidència científica, auditoria, cultura de seguretat)

Quan no s'ha fet res per evitar l'error, s'esdevé la negligència.

De l'error a la negligència mèdica

Quan l'error mèdic es demostra que es degut a una actuació inapropiada del metge, del cirurgià o del professional sanitari en general, es qualifica de negligència i pot tenir implicacions disciplinàries tant internes, en el propi centre de treball, com professionals o fins i tot penals.

Se sol considerar negligent l'atenció mèdica per sota de l'estàndard que resulta en dany i un resultat mèdic desafortunat.

Davant la dificultat d'establir quan un esdeveniment advers o un error mèdic és conseqüència d'una negligència o d'un fet fortuït lligat a les característiques de risc del pacient, s'han adoptat diferents postures, tan a nivell de mesures disciplinàries en un servei, com dels col·legis professionals o del sistema jurídic d'un país.

Les implicacions crematístiques que tenen moltes reclamacions per error mèdic, fan que estiguin regulades per les actuacions de companyies d'assegurances de responsabilitat mèdica que se solen tramitar a través dels col·legis professionals. Les societats científiques, sense les cobertures d'assegurança, no acostumen a prendre part en els casos de litigi i es limiten, per regla general, a aconsellar o recomanar persones expertes que puguin aportar coneixement i experiència al judici.

Existeixen diferents models, lligats a les tradicions dels diferents països en aquest tema. Així, a Austràlia funciona la OHSC (*Office of the Health Services Commissioner*) com a cos independent destinat per assistir en la resolució de queixes contra els serveis de provisió de salut.³⁷ A Escòcia es va posar en marxa el 2000 el CNORIS (*The Clinical Negligence and other Risks Indemnity Scheme*) al qual han d'estar adscrits tots els hospitals. Te dues funcions:

- per una banda aconseguir l'eficiència financera a través de la gestió consorciada del risc cost-efectivitat en les reclamacions.
- per altra banda pretén establir estratègies de gestió efectiva del risc.

Les reclamacions són gestionades a través del CLO (*Central Legal Office*), dins del *National Health Service (NHS)* escocès.³⁸ De manera semblant, a Anglaterra i Gales funciona la NHSLA (*National Health Service Litigation Authority*) mentre que als USA funciona la PIAA (*Physician Insurers Association of America*).

Alguns països (com Dinamarca, Suècia, Finlàndia o Nova Zelanda) consideren que la promoció de la denominada compensació "sense falta", dissenyada a partir de l'evitabilitat o prevenció més que en la negligència, permet evitar efectes secundaris del sistema de litigi basat en la demostració de negligència, com poden ser la medicina defensiva.³⁹ Aquest model preveu la compensació al pacient per no haver obtingut els resultats esperats per motius accidentals. Un efecte positiu del sistema és evitar la síndrome d'estrès post-litigi.⁴⁰ Però, per altra banda, aquest sistema de no culpabilitzar ha estat criticat recentment per alguns per la manca d'exemplaritat.⁴¹

El cirurgià no hauria de defugir mai al seva responsabilitat en l'error mèdic.⁴² Cal ser autocrític, reconèixer els propis errors per tal d'evitar repetir-los.⁴³ Però cal seny per no exagerar els sentiments de culpa ni de preocupació i, sobretot, evitar l'abandonament professional discapacitant.

Cal passar del model de cirurgia independent, decisiu, autoritari i incansable al nou model de treballador en equip, previsor d'efectes indesitjats, comunicador efectiu, que accepta aportacions dels altres i sap reconèixer les conseqüències de la fatiga. La comunicació efectiva per evitar errors inclou, entre altres, mesures com: la delegació de funcions, les sessions preoperatòries i la utilització de llistats de comprovació (*checklists*).⁴⁴

Reclamacions i litigis en cirurgia

Les demandes judicials

La majoria de països tenen legislacions basades en la qualificació de mala pràctica mèdica i demostració de negligència, amb la conseqüent penalització com a conducta delictiva, condemnant amb mesures penals els casos de negligència mèdica. De totes maneres solen haver-hi dos tipus de demandes judicials:

- demandes civils: L'acusació sol anar dirigida al sistema sanitari en general o a una institució sanitària concreta i les responsabilitats solen estar cobertes per les companyies d'assegurances. La reclamació és exclusivament monetària, i es basen en que es tracta d'un efecte advers accidental. En general, les companyies d'assegurances acostumen a valorar, per davant de tot, les possibilitats de sortir el més ben parades possible del cas.⁴⁵ L'objectiu és la compensació del demandant que ha sofert un efecte advers per una desviació en el procés d'atenció.

- demandes penals: L'acusació sol anar dirigida a un cirurgià en concret i l'objectiu és el seu càstig penal, encara que sol anar acompanyada de la reclamació d'una compensació econòmica, no sempre assolida per les pòlisses d'assegurances de responsabilitat civil. Sovint s'intenta afegir, a la consideració accidental, l'existència d'una falta mèdica per intentar aconseguir una reparació econòmica extra de part del propi metge o cirurgià i, per tant, el judici consisteix en examinar l'actuació del cirurgià per veure si s'ha produït una negligència que hagi causat un dany en el demandant.

Si en el primer cas es pot tractar d'un dret social del pacient, en el segon es pretén la desqualificació del cirurgià per una intervenció temerària, perillosa o malintencionada.

Tant en un cas com en l'altre, encara que en el cas de demanda penal molt més, la gran càrrega emocional que pesa sobre la responsabilitat personal del clínic, el porten sovint a la denominada síndrome d'estrès post litigi que pot tenir efectes perjudicials diversos sobre la carrera professional del cirurgià. Per una banda, la crítica o l'autocrítica excessives el poden portar a un sentiment de culpa que desencadeni un procés de tristesa, depressió i desesperació de conseqüències imprevisibles, incloent el fet de deixar la professió. Si més no, la preocupació per no passar una altra experiència similar poden convertir-lo en excessivament caut de manera que, l'angoixa, l'ansietat, la por o fins i tot el pànic, el portin, com a mínim, a deixar de fer determinades intervencions per les quals pot estar més capacitats i amb més experiència que altres, privant a la societat de l'efecte benefactor de molts anys d'experiència i formació. Una reacció anòmala a aquestes situacions és la denominada medicina defensiva, en la qual preval la por a ser jutjat per davant de l'interès pel pacient.

Com que no resulta fàcil de determinar el grau de culpabilitat, en un procés complex com l'atenció sanitària en el qual hi intervenen molts factors que poden influir en el resultat indesitjat, se sol recórrer a experts que ajudin a discernir la naturalesa de cada actuació. A aquests experts, que pot proposar la part demandant o la part demandada o poden actuar a petició del jutge, se'ls sol denominar perits i la seva funció consisteix en aportar els coneixements necessaris per poder realitzar una anàlisi crítica de l'actuació sota sospita, mitjançant un informe denominat peritatge.

Els peritatges mèdics

L'opinió dels experts acostuma a ser rellevant a l'hora de determinar fins a quin punt s'ha produït una negligència mèdica en un cas concret o bé s'ha produït esdeveniments adversos, de manera fortuïta, sense que es pugui considerar al professional com a culpable absolut de les conseqüències derivades dels seus actes.

Els informes dels perits o peritatges acostumen a tenir valor com a prova judicial ja sigui a favor o en contra de qualsevol de les dues parts litigants.

Les característiques que hauria de tenir un testimoni expert no han estat ben definides, encara que, des d'un punt de vista metodològic, hauria de reunir unes determinades característiques.⁴⁶ Per exemple no és acceptable una opinió d'expert basada en una assumpció o en un fet sense suport evident, amb elements especulatiu o conjectural. En aquests casos, la part contrària pot denunciar la manca de valor com a prova i sol·licitar que sigui exclòs del procés. El perit ha de ser un metge expert, és a dir que ha

de ser capaç de diferenciar entre una negligència real i les complicacions reconegudes que s'esdevenen com a resultat de la incertesa mèdica o de factors que van més enllà de la negligència del metge encausat.

Un primer problema consisteix en saber si el perit és realment expert en el tema que l'ocupa. Una bona manera de demostrar-ho pot consistir en començar el testimoni de la seva opinió, acreditant la pròpia experiència personal, amb referències clíniques específiques, amb guies clíniques basades en evidències i en l'aportació d'opinions generalment acceptades en aquell camp o especialitat. És en el reconeixement de l'expertesa en un camp determinat, on les societats científiques poden jugar un paper fonamental.

El paper de les societats científiques en els litigis

Les funcions esperades

El paper fonamental de les societats científiques hauria de ser el de definir les característiques generals que han de regir l'anàlisi crítica d'un cas clínic, en qualsevol circumstància, ja sigui assistencial, científica o judicial. Naturalment les normes exigeixen fer prevaldre els criteris en els quals es basa el mètode científic: d'objectivitat, reproductibilitat, experiència, fonament en fets i proves i sobretot intentant aclarir fins a quin punt, una actuació diferent podia haver evitat l'error o l'efecte advers considerat.

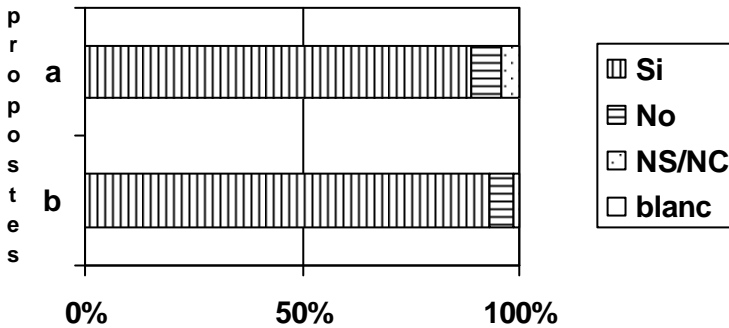
En qualsevol avaluació d'una acció quirúrgica s'ha de tenir en compte que l'atenció del cirurgià s'inicia en el període preoperatori, durant el qual les mesures preventives de possibles complicacions o efectes adversos resulta fonamental, s'estén al llarg del període peroperatori i arriba fins al moment de l'alta definitiva del pacient, al final del període postoperatori. Les societats científiques haurien de col·laborar en la difusió i la implantació de tot tipus de mesures encaminades a prevenir resultats indesitjats durant els tres períodes esmentats.

A partir de la preocupació pel tema de les reclamacions en cirurgia, expressada per un cert nombre de socis de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC), es va organitzar una taula rodona per parlar del tema i d'allà en van sortir algunes opinions controvertides. Per tal de conèixer la opinió majoritària dels cirurgians catalans sobre la prevenció de casos de litigi, es va realitzar una enquesta a través de la web en la qual es demanava l'opinió sobre una sèrie d'aspectes que permetessin establir uns principis de conducta d'una societat científica, com la SCC, davant d'aquests casos.

En general, s'ha observat un bon grau de consens, pel que es refereix a les funcions i actituds que hauria d'adoptar una societat científica en relació als casos de reclamació i litigi. S'han agrupat les mesures per grups per tal de facilitar les comparacions en els graus d'acceptació o rebuig.

- Mesures de col·laboració amb el sistema judicial (Veure gràfic 1)

Gràfic 1: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



Legenda gràfic 1)

Mesures de col·laboració amb el sistema judicial:

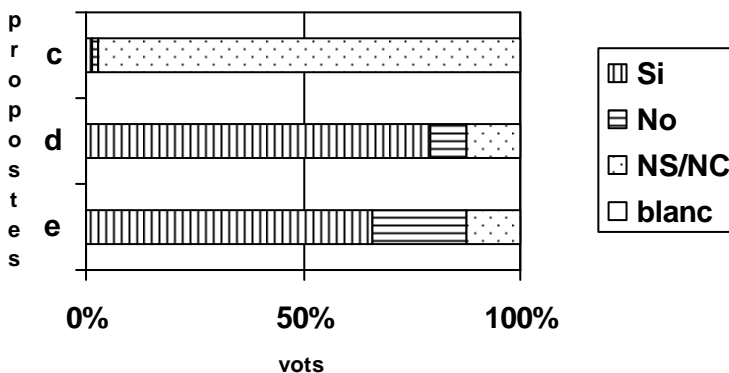
a - col·laborar amb la justícia de manera que no quedin impunes les males pràctiques reals, sense que els cirurgians honestos vegin perjudicada la seva carrera per demandes infundades lligades únicament a interessos econòmics

b- certificar si un perit està acreditat o no per opinar sobre un determinat cas

Si be algun dels enquestats considerava que la col·laboració amb la justícia s'hauria de limitar a aconsellar possibles perits experts en el tema de la reclamació, en general, la majoria ha opinat que les dues proposicions eren adequades.

- Mesures de suport als membres de la Societat (Veure gràfic 2)

Gràfic 2: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Legenda gràfic 2)

Mesures de suport als membres de la societat:

c- cercar formes de suport als socis injustament tractats pels mitjans de comunicació, en casos de reclamació

d- tenir algun paper en la prevenció i tractament de l'estrès post-litigi dels seus membres

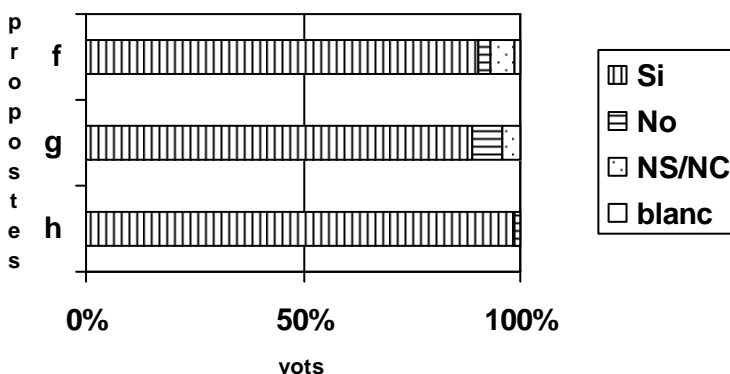
e- garantir, mitjançant les oportunes certificacions, que els membres que així ho hagin acreditat tenen reconeguda la capacitat per efectuar cada tipus determinat d'intervenció

Algunes iniciatives proposades com la de cercar formes de suport als socis injustament tractats pels mitjans de comunicació en casos de reclamació, no han estat ben enteses i no han tingut una acceptació clara per part dels enquestats. Precisament aquest és un tema que havia sorgit en una sessió pública en la qual es parlava de reclamacions en cirurgia i, davant l'explicació del seu cas per part d'una persona afectada per una reclamació, la demanda d'ajuda als companys de la societat va semblar raonable a la majoria dels assistents motivats emocionalment per l'exposició del cas. En canvi, no sembla haver estat compresa fora del context emocional que la va motivar. És possible que l'expressió: "formes de suport als socis injustament tractats pels mitjans de comunicació" fos massa inconcreta i hauria calgut precisar-la més.

En canvi l'acceptació de col·laborar a prevenir l'estrès post-litigi ha estat acceptada majoritàriament, mentre que la possibilitat d'acreditar la capacitat de realitzar cada tipus d'intervenció, ha estat acceptada majoritàriament però amb un grau d'oposició més alt.

- Mesures d'estudi i anàlisi dels efectes adversos (Veure gràfic 3):

Gràfic 3: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 3)

Mesures d'estudi i anàlisi dels efectes adversos:

f- ajudar a determinar quins són els factors que afavoreixen l'error mèdic en cirurgia i proposar mesures de prevenció

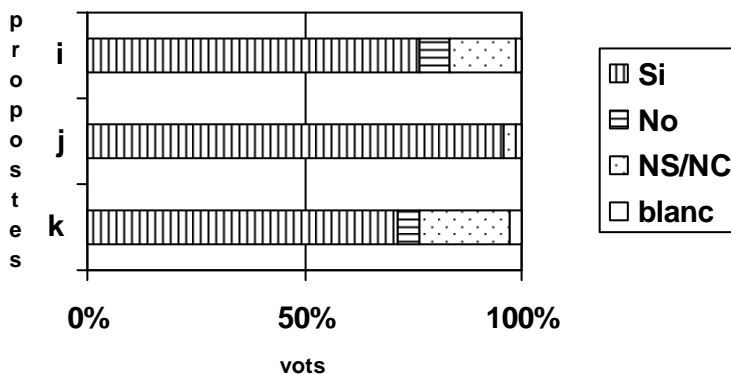
g- promoure la implantació de classificacions comuns d'efectes adversos en cirurgia (complicacions, seqüeles, resultats negatius), per tal d'unificar criteris d'avaluació i comparació de resultats

h- promoure la revisió i el registre de tots els casos de morbimortalitat en les sessions clíniques corresponents així com el monitoratge de la recollida de dades de complicacions i mortalitat com a mesura indispensable de qualitat assistencial

Com era d'esperar, l'estudi dels factors que contribueixen a la gènesi d'errors, la unificació de criteris de classificació d'efectes adversos, així com el seu registre i anàlisi posterior són considerat elements convenients per a la millora de la qualitat assistencial.

- Mesures de prevenció de la mala pràctica i els efectes adversos (Veure gràfic 4):

Gràfic 4: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 4)

Mesures de prevenció de la mala pràctica i els efectes adversos:

i- col·laborar a la implantació de mesures com la utilització dels llistats de seguretat en cirurgia (*surgical safety checklist*)

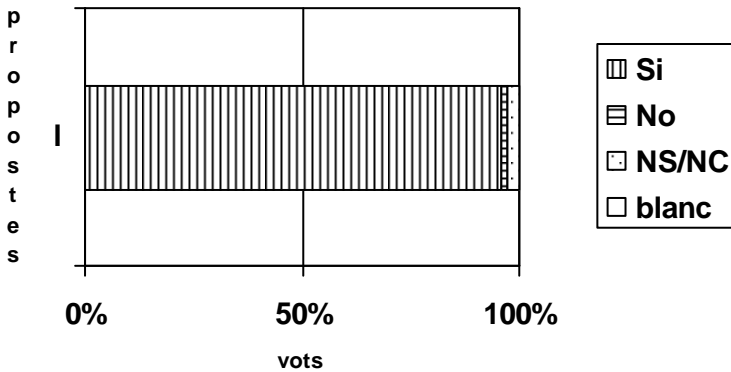
j- ajudar a difondre els protocols de mesures profilàctiques en pacients quirúrgics amb risc de complicacions relacionades amb la intervenció i amb les patologies associades

k- participar en les iniciatives públiques per promoure la qualitat assistencial en cirurgia, com ara les del tipus de l'Aliança per a la Seguretat del Pacient o el Comitè d'Establiment d'Indicadors de Qualitat Assistencial

També les mesures de prevenció d'efectes adversos són considerades desitjables majoritàriament, encara que les mesures concretes de seguretat i encara més la col·laboració amb l'administració pública per promoure la seguretat dels pacients són vistes, pot ser, amb un discretament més alt grau de reel.⁴⁷

- Mesures d'educació sanitària de la població en general (Veure gràfic 5)

Gràfic 5: Funcions de les societats científiques en casos de reclamació o litigi

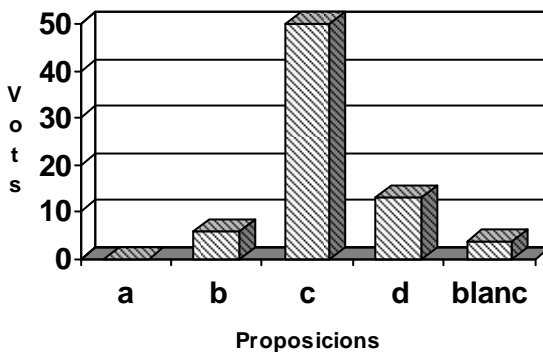


(Llegenda gràfic 5)
 Mesures d'educació sanitària de la població en general:
 I- promoure la informació al ciutadà, deixant clar que, si bé les possibilitats terapèutiques de la cirurgia en les diferents patologies quirúrgiques són avui en dia molt importants, no estan exemptes de risc i cal evitar: tan les esperances excessives com les incomprensions davant dels efectes adversos

Sembla que estendre, a la societat en general, informació sobre aspectes propis de l'exercici de la cirurgia, es considera una bona tasca que les societats científiques no haurien de descuidar. La qual cosa suposa un grau d'implicació amb la comunitat prou remarcable, tot i que també significa la voluntat d'establiment d'unes expectatives realistes en la població, fugint de la propaganda injustificada.

El fet d'haver de triar entre una sèrie d'afirmacions en relació al tema del litigi en cirurgia, pretenia posar de manifest el sentiment majoritari entre els cirurgians. (Veure gràfic 6).

Gràfic 6: Opinió dels cirurgians en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 6)

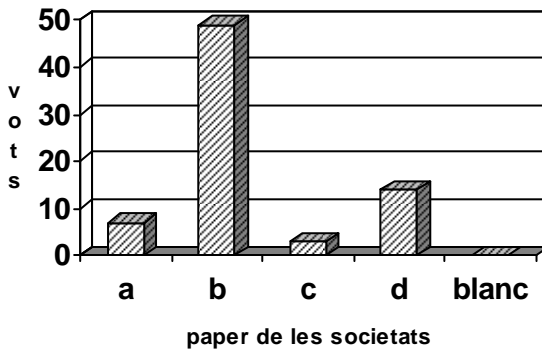
Proposició amb la qual s'està més d'acord:

- a. Els efectes adversos de la cirurgia són inevitables i mai són culpa del cirurgià
- b. Els errors mèdics formen part de la naturalesa humana i els metges no ens en podem escapar
- c. El risc quirúrgic existeix sempre però es pot intentar minimitzar amb mesures preventives que cal tenir en compte
- d. Les societats científiques tenen el deure ètic de promoure la qualitat assistencial en l'àmbit que li és propi

En general s'ha optat per adoptar una visió realista de la cirurgia. El consens majoritari en confirmar que el risc quirúrgic existeix sempre però es pot intentar minimitzar amb mesures preventives que cal tenir en compte, significa adoptar una visió pràctica i basada en evidències. Altres propostes com la de considerar que les societats científiques tenen el deure ètic de promoure la qualitat assistencial en l'àmbit que li és propi, ha tingut acceptació però en un segon terme i s'ha considerat molt menys rellevant la consideració que els errors mèdics formen part de la naturalesa humana i els metges no ens podem escapar. No cal dir que la consideració que els efectes adversos de la cirurgia són inevitables i mai són culpa del cirurgià no ha tingut cap defensor. Tot plegat no fa si no confirmar que els professionals de la cirurgia estan preocupats no tan sols per la qualitat de les seves actuacions, també per afrontar amb realisme la seva tasca, sense oblidar els aspectes ètics que comporta.

Una altra qüestió consistia en determinar el principal paper que haurien de jugar les societats científiques quirúrgiques en els casos de reclamacions per mala pràctica mèdica. (Veure gràfic 7).

Gràfic 7: Actitud de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 7)

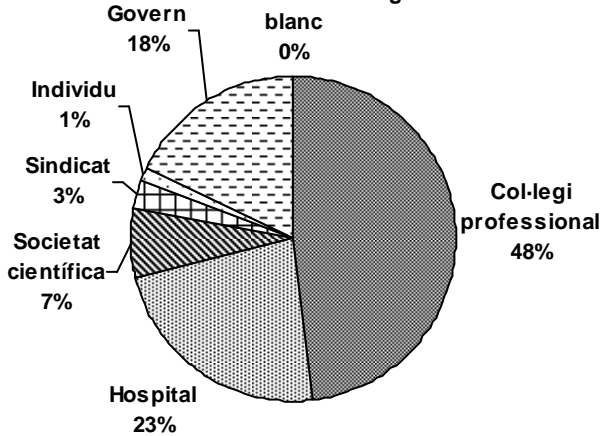
Paper de les societats científiques quirúrgiques, en els casos de reclamacions per mala pràctica mèdica

- a. Defensar sempre al cirurgià
- b. Avaluar críticament l'actuació del cirurgià, quan se li demani, per part d'una comissió adequada i emetre un informe pericial que determini si hi ha hagut negligència
- c. Inhibir-se completament del tema perquè no li correspon de posar-s'hi
- d. Recomanar un expert perquè actuï de perit judicial

La resposta majoritàriament acceptada com a primordial ha estat la d'avaluar críticament l'actuació del cirurgià, per part d'una comissió adequada, emetent un informe pericial que determini si hi ha hagut negligència, quan se li demani. Un nombre més reduït dels enquestats opinaven que les societats científiques s'havien de limitar a recomanar un expert perquè actuï de perit judicial, mentre una minoria encara més gran considerava que havien de defensar sempre al cirurgià i una altra encara més minoritària creia que el que havien de fer és inhibir-se completament del tema perquè no li correspon de posar-s'hi. De nou la revisió realista i professional sembla predominar sobre les fórmules més corporativistes o inhibidores.

Moltes reclamacions en cirurgia estan dirigides a obtenir una compensació econòmica per un resultat advers i això fa que les companyies d'assegurança tinguin pòlisses de responsabilitat civil que cobreixen aquestes circumstàncies de manera individual o col·lectiva. (Veure gràfic 8).

Gràfic 8: Possible responsable de la gestió de casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic8)

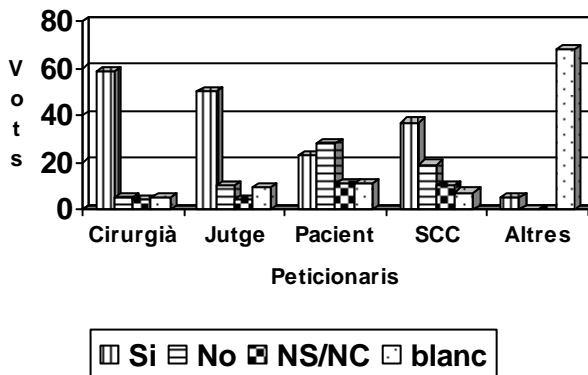
Responsables de contractar les pòlisses d'assegurança de responsabilitat civil i per tant implicar-se del tot en les reclamacions mèdiques

- a. Els col·legis professionals (com el Col·legi de Metges, que són els que ja ho estan fent; al menys cobren les pòlisses)
- b. Els centres de treball (hospitals, empresa o serveis implicats)
- c. Les societats científiques com la Societat Catalana de Cirurgia
- d. Els sindicats que s'ocupen de les relacions (incloent reclamacions) laborals
- e. Cadascú pel seu compte i risc
- f. L'administració pública a través d'una oficina adscrita (en el nostre cas al Servei Català de la Salut)

La majoria dels enquestats creuen que són els col·legis professionals (com el Col·legi de Metges, que ja ho està fent) qui ha de contractar les pòlisses i per tant s'han d'implicar del tot en les reclamacions mèdiques. Menys de la meitat opinen que haurien de ser els centres de treball (hospitals, serveis...) que fessin aquest paper, mentre una proporció lleugerament més baixa considera que hauria de ser l'administració pública a través d'una oficina adscrita (en el nostre cas al Servei Català de la Salut). Només una minoria opina que haurien de ser les societats científiques i gairebé ningú creu que s'hauria de deixar en mans dels sindicats (que s'ocupen de les relacions laborals) i molt menys deixar-ho només en mans de cadascú pel seu compte i risc. En conjunt dóna la sensació que, en qualsevol cas, s'està d'acord en compartir responsabilitats i, sobretot, tenir, davant l'adversitat, l'ajuda de l'entorn representat pels diferents col·lectius que envolten al cirurgia.

Un altre qüestió es establir a petició de qui s'haurien d'implicar les societats científiques en els casos de litigi. (Veure gràfic 9).

Gràfic 9: Implicació de les societats científiques en casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 9)

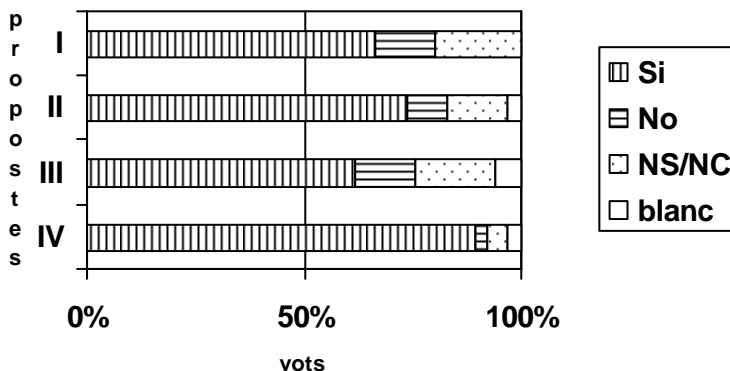
A petició de qui s'haurien d'implicar les societats científiques en els casos de litigi:

- el cirurgià (demandat, soci)
- el jutge
- el pacient (demandant)
- la SCC (societat científica com a salvaguarda de la dignitat del col·lectiu)
- Altres

Com era d'esperar, una gran majoria creu que el cirurgià demandat (soci) és qui te el dret de poder demanar o no l'opinió de la societat científica de la qual forma part. En menor proporció, però força elevada encara, consideren que també el jutge pot reclamar d'una societat científica la seva col·laboració en un cas concret. També una majoria, menys rellevant numèricament, creu que la pròpia societat científica (la pròpia SCC) es pot constituir en avaluador espontani dels casos de litigi, com a salvaguarda de la dignitat del col·lectiu, proposta que ha comptat amb un grau d'oposició una mica més alt que en els casos precedents. Per últim, si bé alguns acceptarien que també el demandant (pacient) pogués acudir a la societat científica per recavar la seva opinió sobre un cas, aquells que s'oposen a aquesta possibilitat, supera per poc als que la contemplan. Entre les observacions apuntades sobre el tema hi trobem: des dels que opinen que la SCC s'hi hauria d'implicar sempre, davant d'un litigi, de forma automàtica i per la via més ràpida, fins als que consideren que només s'hi ha d'implicar quan ho demani un demandat o el centre on treballa. És de ressaltar la consideració que, en tot cas, no ha de ser parcial si no que ha de defensar sempre una visió objectiva dels fets.

En relació a mesures que caldria promoure en relació a possibles casos de litigi, s'han revisat algunes com les següents. (Veure gràfic 10).

Gràfic 10: Aspectes a tenir en compte davant de possibles casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 10)

Propostes

I. el registre en els llibres d'actes corresponents de les conclusions de les sessions de morbimortalitat podrien ser un factor pal·liatiu en casos de reclamacions o litigi per mala pràctica

II. seria interessant o convenient crear una comissió, per analitzar els casos de reclamacions, com ara el Consell d'Avaluació Científica i Ètica de la Pràctica Assistencial Quirúrgica (CACEPAQ)

III. s'hauria d'evitar el corporativisme per mantenir la dignitat i el respecte de la nostra Societat

IV. la Societat Catalana de Cirurgia hauria de garantir el compromís social de la nostra tasca, conservant la credibilitat i el caràcter altruista i filantròpic de la pràctica quirúrgica, inseparable del seu rigor científic

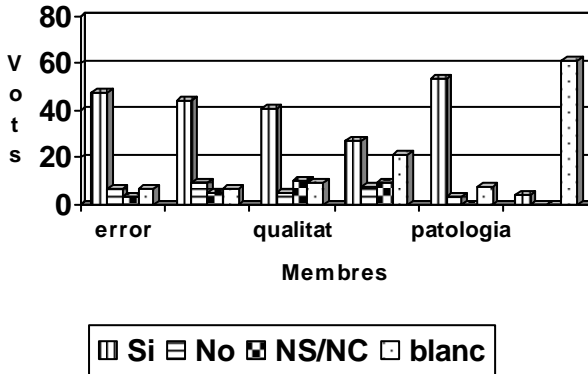
La consideració que la Societat Catalana de Cirurgia ha de garantir el compromís social de la pràctic quirúrgica, el rigor científic i la credibilitat i caràcter altruista, ha tingut una acceptació majoritària. Un grau d'acceptació una mica menor, encara que també majoritari, ha tingut la consideració que: cal evitar el corporativisme per tal de conservar la dignitat i el respecte que corresponen a una societat científica.

Com ja havia quedat palès en l'enquesta sobre sessions de morbimortalitat en cirurgia i en el document de consens aprovat fa uns anys, hi ha hagut acord majoritari en el fet de considerar que el registre, en els llibres d'actes corresponents, de les conclusions de les sessions de morbimortalitat, pot ser un factor pal·liatiu en casos de reclamacions o litigi per mala pràctica.⁴⁶

Per altra banda també s'ha considerat interessant o convenient la creació d'una comissió que es convoqués en els casos de litigi que ho requereixin, que, en el marc de la Societat Catalana de Cirurgia, es podria denomina "Consell d'Avaluació Científica i Ètica de la Pràctica Assistencial Quirúrgica (CACEPAQ)".

Diferents persones podrien formar part d'aquest Consell, en funció dels seus coneixements. (Veure gràfic 11).

Gràfic 11: Possibles membres d'un consell avaluador de casos de reclamació o litigi



Llegenda gràfic 11)

En el marc d'una societat científica quirúrgica, quins podrien ser els possibles membres d'un consell avaluador format per cirurgians que aportessin coneixement sobre els següents aspectes:

- Error: experts en estudi d'error mèdics i les seves conseqüències i prevenció
- Legal: experts en peritatges mèdico-legals, medicina legal, metges/advocats
- Qualitat: experts en qualitat assistencial (coneixedors dels indicadors d'estructura, de procés i de resultat)
- Ètica: experts en aspectes bioètics de la pràctica quirúrgica
- Patologia: experts en el tipus d'afecció i d'intervenció en concret. A nomenar cada vegada, segons el cas i circumstàncies.
- Altres

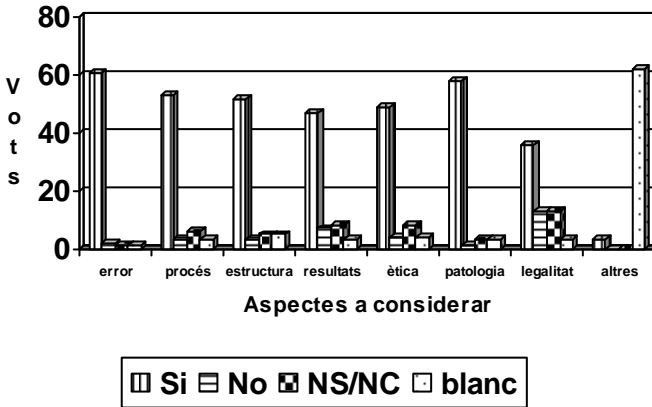
Com era d'esperar són els experts en la patologia concreta que ha motivat una intervenció els que s'han considerat de forma més majoritària com a membres d'aquesta comissió. També els experts en errors mèdics, situacions legals similars o en qualitat assistencial, per aquest mateix ordre, han estat considerats majoritàriament valuosos com a membres de la comissió. Els experts en bioètica, tot i ser també majoritàriament considerats útils en la comissió, han tingut un grau d'acceptació més baix.⁴⁹

Alguns han insistit en el fet que sobretot siguin experts en temes judicials, o que siguin cirurgians assistencials en actiu, en institucions i amb dedicacions similars a les del cas presentat. Dins de l'apartat d'altres possibles membres s'ha apuntat la conveniència de comptar també amb especialistes mèdics que tractin habitualment amb pacients postquirúrgics. Un dels enquestats ha considerat important ressaltar que, com es diu popularment "la roba bruta es renta a casa, per sortir fent un bon goig", se suposa que en

el sentit de tenir en compte la importància de la confidencialitat per tal de conservar la credibilitat i la imparcialitat d'aquest tipus de comissions.

Per fi s'han analitzat els possibles criteris que haurien de regir l'avaluació dels casos problemàtics per reclamació o litigi. (Veure gràfic 12).

Gràfic 12: Criteris per a l'avaluació de casos de reclamació o litigi



(Llegenda gràfic 12)

Aspectes a tenir en compte per avaluar cassos de mala pràctica quirúrgica

- Error: Existència d'errors mèdics en el procés d'atenció
- Procés: Defectes de qualitat assistencial tenint en compte els indicadors de procés
- Estructura: Defectes de qualitat assistencial tenint en compte els indicadors d'estructura
- Resultats: Defectes de qualitat assistencial tenint en compte els indicadors de resultats
- Ètica: Característiques bioètiques concurrents en el procés
- Patologia: Naturalesa de la patologia a tractar, de les alternatives de tractament, del risc específic del pacient per les seves condicions basals (edat, sexe, comorbiditats...)
- Legalitat: Circumstàncies mèdico-legals, de peritatge, de naturalesa de la demanda, de tipus d'assegurança del reclamant i del reclamant...
- Altres

En relació als aspectes que s'haurien de tenir en compte per avaluar un possible cas de mala pràctica quirúrgica, el que ha tingut un grau d'acceptació més majoritari és el que pretén discernir sobre l'existència o no d'errors mèdics en el procés d'atenció quirúrgica. La segona consideració més acceptada ha estat la de tenir en compte la naturalesa de la patologia a tractar, de les alternatives de tractament i del risc específic del pacient per les seves condicions basals (edat, sexe, comorbiditats...). En quan a l'avaluació de defectes de qualitat assistencial, s'han valorat per aquest ordre d'acceptació dels indicadors: de procés, d'estructura i de resultats.⁵⁰ Una mica per sobre del darrer s'han considerat rellevants també les característiques bioètiques concurrents en el cas. Les circumstàncies mèdico-legals, de peritatge, de naturalesa de la demanda, de tipus d'assegurança del

reclamant i del reclamat, s'han considerat també, majoritàriament, rellevants al cas però amb un grau menor d'acceptació.

També s'han postulat altres consideracions a tenir en compte com: la relació entre errors i anys exercici, l'entorn del professional (no només metges, també: recursos, pressió assistencial o estat físic del demandat en el moment de l'error).

Una opinió sintètica considerava que si avaluem un cas de mala praxis, ens hem de centrar en si la praxis ha estat inadequada o no i deixar de banda les demés consideracions.

En general, diverses aportacions han incidit el fet que es tracta de punts difícils de tractar i motiu de debat intens però que cal introduir rigor per part de la SCC. Algú ha reclamat contemplar la participació dels propis companys com a factor per engegar processos de reclamacions.

També hi han hagut diverses propostes en relació a l'obtenció de compensacions per danys i perjudicis en els casos d'absolució del demandat. Per exemple consideracions com que s'hauria de instaurar una pòlissa d'assegurances que garantis una demanda automàtica (voluntària), en contra del demandant, si el demandat és absolt, o que hauria d'existir una entitat (SCC o COMB) que s'encarregués de donar una resposta adequada contra tota demanda judicial injustificada pel fet que provoca pèrdua de temps, preocupació i genera dubtes respecte a la professionalitat del cirurgià. Alguns van més enllà i creuen que en cas de sentència no condemnatòria, el COMB i la SCC haurien d'actuar no tan sols contra la part demandant, quan hagin perjudicat (sobretot si la seva opinió s'ha fet pública), si no també contra els mitjans de comunicació que difonen errors no provats. Hi ha doncs una certa preocupació per demanar les rectificacions corresponents, si convé associant una contrademanda per danys psicològics.

Per altra banda hi ha qui emfatitza la necessitat d'implantar mesures d'autocorrecció, dignificant la professió i la SCC davant de l'opinió pública. També hi ha qui remarca que la SCC no es una entitat judicial i, per tant, el seu paper ha de ser només consultiu, de manera que pot emetre opinions i donar suport als seus membres injustament tractats, sense que hagi de anar més enllà. Per fi hi ha qui creu que pot ser es tractaria simplement de poder fer una taula rodona amb companys, metges implicats per col·laborar amb l'implicat, tenint en compte que moltes vegades es produeix el problema, error o resultat advers, NO per culpa directa del cirurgià si no que el cirurgià és una peça més de l'entramat hospitalari i no sempre l'únic o el principal responsable.

En resum, els resultats d'aquesta enquesta reflecteixen l'opinió dels cirurgians catalans en relació a les reclamacions i litigis relacionats amb l'exercici de la cirurgia com a professió i, si més no, posen de manifest el compromís de la majoria de professionals amb la qualitat de l'assistència que proporcionen i també, naturalment, el temor davant les males interpretacions, els abusos amb finalitats purament crematístiques o la falta de respecte d'alguns mitjans que, oblidant el dret a la presumpció d'innocència, poden causar danys irreparables a professionals honestos i valuosos.

Si bé molts d'aquests aspectes, motiu de preocupació, corresponen més a les associacions professionals com els col·legis de metges, no hi ha dubte que els errors mèdics constitueixen un problema de caràcter social per la seva magnitud i transcendència, que mereixen ser abordats, amb perspectiva científica, com una patologia emergent en la societat del benestar, no tan sols com a salvaguarda de la dignitat professional de metges i cirurgians, si no també com un mal a conèixer, prevenir i tractar, com qualsevol altra causa d'infermetat i de risc vital o d'alteració de la qualitat de vida de les persones.

Sala Pedrós J.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Bhattacharya K, Cathrine N. Reporting Surgical Errors: Myth or Reality? *Indian J. Surg.* 2004; 66 (1): 15-18.
- ² Engel E, Livingstone EH. Solving the Medical Malpractice Crisis. Use of a Clear and convincing Evidence Standard. *Arch. Surg.* Mar 2010; 145 (3): 296-301.
- ³ Khuri SF, Daley J, Henderson W, Hur K, Demakis J, et al. The Department of Veterans Affairs' NSQIP. The First National, Validated, Outcome-Based, Risk-Adjusted, and Peer-Controlled Program for the Measurement and Enhancement of the Quality of Surgical Care. *Ann. Surg.* Oct. 1998; 228 (4): 491-507.
- ⁴ Rogers SO. The Holy Grail of Surgical Quality Improvement: Process Measures or risk-Adjusted Outcomes?. *The Am. Surg.* Nov. 2006; 72 (11): 1046-50.
- ⁵ Sala Pedrós J. Evolució en Cirurgia : Les Societats Científiques. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre Commemoratiu Inici del Curs 2009-10. Barcelona, Octubre de 2009: 53-61.
- ⁶ Copeland GP. The POSSUM System of Surgical Audit. *Arch. Surg.* Jan 2002; 137: 15-9.
- ⁷ Boulton M, Maddern GJ. Clinical Audits: Why and for Whom. *ANZ. J. Surg.* 2007; 77: 572-8.
- ⁸ Martin R, Brennan M, Jaques D. Quality of Complication Reporting in the Surgical Literature. *Ann Surg.* June 2002; 235 (6): 803-13.
- ⁹ De Oliveira M, Winter J, Schafer M, Cunningham S, Cameron J, Yeo C, Clavien PA. Assessment of Complications after Pancreatic Surgery. A Novel Grading System Applied to 633 Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg.* Dec. 2006; 244 (6): 931-9.
- ¹⁰ Maggard M, McGory M, Ko C. Development of Quality Indicators: Lessons Learned in Bariatric Surgery. *The Am. Surg.* Oct. 2006; 72 (10): 870-4.
- ¹¹ Feldman L, Barkun J, Barkun A, Sampalis J, Rosenberg L. Measuring Postoperative Complications in General Surgery Patients Using an Outcomes-based Strategy: Comparison with complications presented at Morbidity and Mortality Rounds. *Surgery.* Oct. 1997; 122 (4): 711-20.
- ¹² Sitges Serra A. Les Sessions de morbiditat i mortalitat als serveis de cirurgia general dels hospitals públics catalans. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre commemoratiu. Inauguració del curs 2006-7: 56-8. http://www.sccirurgia.org/activitats/sessions_ordinaries/curs2005-2006/Resources/M%26Mconsens.pdf
- ¹³ Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA. The Incidence and Nature of Surgical Adverse Events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery.* July 1999; 126 (1): 66-75.
- ¹⁴ Zingg U, Zala-Mezoe E, Kuenzle B, Licht A, Metzger U, Grote G, Platz A. Evaluation of Critical Incidents in General surgery. *Br. J. Surg.* 2008; 95: 1420-5.
- ¹⁵ González-Hermoso F. Errores médicos o desviaciones en la práctica asistencial diaria. *Cir. Eso.* 2001; 69: 591-603.

-
- ¹⁶ Casassas O, et al. Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1990.
- ¹⁷ Pera C. Cirugía: Fundamentos, Indicaciones y Opciones Técnicas. Salvat Ed. Barcelona, 1983.
- ¹⁸ Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed Classification of Complications of Surgery with Examples of Utility in Cholecystectomy. *Surgery*. May 1992; 111 (5): 518-26.
- ¹⁹ Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The Accordion Severity Grading System of Surgical Complications. *Ann. Surg.* 2009; 250 (2): 177-186.
- ²⁰ Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann. Surg.* Aug.2004; 240 (2): 205-13.
- ²¹ Sala Pedrós J. Conceptes Bàsics en Cirurgia. Terrassa: Fundació Joan Costa Roma, 2000.
- ²² Melennec L. Evaluation du Handicap et du Dommage Corporel. Paris: Masson. 1991.
- ²³ Sala Pedrós J. Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi doctoral. Barcelona 1990.
- ²⁴ Rebaso P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S. Continuous Monitoring of Adverse Events: Influence on the Quality of Care and the Incidence of Errors in General Surgery. *World J Surg.* 2009. 33: 191-8.
- ²⁵ Grober E, Bohnen J. Defining Medical Error. *Can J Surg.* Feb. 2005; 48 (1): 39-44.
- ²⁶ McNeill A. Neurological Negligence Claims in the NHS from 1995 to 2005. *European J Neurol.* 2007; 14: 399-402.
- ²⁷ Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of Prescribing Errors in Hospital Inpatients: a Prospective Study. *The Lancet.* April 20, 2002. 359: 1373-8.
- ²⁸ Guide to Prevention Quality Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> October 2001 Version 3.1 (March 12, 2007).
- ²⁹ Guide to Inpatient Quality Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> June 2002. Version 3.1 (March 12, 2007).
- ³⁰ Guide to Patient Safety Indicators. Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California - San Francisco. <http://www.qualityindicators.ahrq.gov> March 2003. Version 3.1 (March 12, 2007).
- ³¹ Matkke S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: History and Background. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 1-4.
- ³² Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 5-13.
- ³³ McLoughlin V, Millar J, Matkke S, Franca M, Jonsson PM, Somekh D, Bates D. Selecting Indicators for Patient Safety at the Health System Level in OECD Countries. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 14-20.
- ³⁴ Kelley ET, Arispe I, Holmes J. Beyond the Initial Indicators: Lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report. *Int. J. Qual. Health Care.* Sept. 2006: 45-51.
- ³⁵ McGory ML, Shekelle PG, Rubenstein LZ, Fink A, Ko CY. Developing Quality Indicators for the Elderly Patients Undergoing Abdominal Operations. *J. Am. Coll. Surg.* Dec. 2005; 201 (6): 870-83.
- ³⁶ Yule S, Flin R, Paterson-Brown S, Maran N, Rowley D. Development of a Rating System for Surgeons Non-Technical Skills. *Medical Education.* 2006; 40: 1098-1104.
- ³⁷ Rane VS, Wilson B, Jackson K, Watters DAK. Complaints against Surgeons to the Health Services Commissioner of Victoria. *ANZ J Surg* 2006; 76 (Suppl. 1) ML007: A42-4.

-
- ³⁸ Drummond A, Kane D, Bilsland D. Legal Claims in Scottish National Health Service Dermatology Departments 1989-2001. *Br. J. Dermatol.* 2003; 149: 111-4.
- ³⁹ Satiani B. The Economics of Health Care Litigation. *Vascular and Endovascular Surg.* 2004; 38 (3): 287-90.
- ⁴⁰ Aziz F, Khalil A, Hall J. Evolution of Trends in Risk Management. *ANZ J Surg.* 2005; 75: 603-7.
- ⁴¹ Wachter RW, Pronovost PJ. Balancing "No Blame" with Accountability in Patient Safety. *New Engl. J. Med.* Oct,1, 2009. 361 (14): 1401-6.
- ⁴² Sitges-Serra A. Errors i Horrors als Hospitals. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre Commemoratiu Inici del Curs 2009-10. Barcelona, Octubre de 2009: 51-52.
- ⁴³ Trias i Rubiés R. Reflexions sobre la gestió de la responsabilitat professional i l'error mèdic. Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, 2002.
- ⁴⁴ Hugh T. Surgical Risk Management. *ANZ J Surg.* 2007; 77: 807-8.
- ⁴⁵ McLean. Monetary Lessons from Litigation Involving Laparoscopic Cholecystectomy. *The Am Surg.* July 2005; 71 (7): 606-12.
- ⁴⁶ Satiani B. Expert Witness Testimony: Rules of Engagement. *Vascular and Endovascular Surgery.* 2006; 40 (3): 223-7.
- ⁴⁷ Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AHS, et al. A Surgical Safety Check-list to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *N. Engl. J. Med.* Jan 29, 2009. 360; 5: 491-9.
- ⁴⁸ Lardenoye JWHP, Kappetein AP, Vrancken Peeters MPFM, Spaander PJ, Breslau PJ. *Eur. J. Surg.* 2002; 168: 436-40.
- ⁴⁹ Borrell-Carrió F. Ética de la Seguridad Clínica. Contribuciones desde la Práctica Médica. *Med. Clin. (Barc).* 2007; 129 (5): 176-83.
- ⁵⁰ Mant J. Process versus Outcome Indicators in the Assessment of Quality of Health Care. *Int. J. for Qual. in Health Care.* 2001; 13, (6): 475 - 480.

LA CIRURGIA CATALANA AL SEGLE XVIII ABANS DE LA CREACIÓ DEL REIAL COL·LEGI DE CIRURGIA

Alfons Zarzoso

Museu d'Història de la Medicina – Universitat Autònoma de Barcelona

Sessió inaugural de la Reial Acadèmia de la Medicina de Catalunya, celebrada el 23 de febrer de l'any 2010, dedicada al “250 aniversari de la creació del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona”, organitzat per la Reial Acadèmia de la Medicina de Catalunya, la Societat Catalana de Cirurgia, la Societat Catalana d'Història de la Medicina, la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona i l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Una tradició mèdica pròpia, barcelonina

Pels volts de 1700, Barcelona gaudia d'una tradició mèdica pròpia. Es tractava d'una tradició fonamentada en l'acció duta a terme per les autoritats de la ciutat al llarg dels segles XVI i XVII.

Durant aquest període es va produir una renovació dels ensenyaments mèdics universitaris a Barcelona mitjançant un llarg procés de creació de noves càtedres, com ara les d'anatomia (1559, 1586, 1596), de cirurgia (1562, 1567, 1572, 1596) i simples (1567, 1572, 1576, 1588), de consolidació de l'aula d'anatomies (1565) i de reforma del teatre anatómic (1638, 1673). Aquestes iniciatives, portades a terme en el context de l'Estudi General, comportaven un alt valor de representació i de visibilitat del poder del govern de la ciutat davant el conjunt de la població i també davant la pròpia corona. El finançament i l'aposta decidida del govern ciutadà sobre quines matèries calia aprofundir en els estudis mèdics, sobre el manteniment d'un teatre anatómic o sobre la necessitat de fer anatomies i herboritzacions indiquen la voluntat política existent darrera de la formació pràctica dels estudiants de medicina i de cirurgia. És a dir, l'opció de l'ensenyament pràctic va presentar un caràcter d'iniciativa política, d'afirmació del poder ciutadà en un context polític molt complex, el de l'encaix dins de la monarquia hispànica.

Convé insistir, per tant, en el caràcter pràctic i formatiu de la tradició anatómica que estava afermant l'escola mèdica de Barcelona al llarg del període modern. Aquesta tradició procedia de la conjunció d'interessos entre els individus que, alhora, ensenyaven i practicaven a la facultat de medicina de l'Estudi General i a l'Hospital de Santa Creu de Barcelona. A més, l'ensenyament universitari de la cirurgia i l'anatomia, en el context d'un Hospital General que incloïa una funció docent, es va lligar a l'obligació imposada als aprenents de cirurgia barcelonins de cursar un any d'anatomia a l'Estudi abans de poder ser admesos a exàmens de mestratge (1638, 1658). El caràcter aplicat d'aquest ensenyament era molt clar ja que incorporava pràctiques dissectives i permetia l'adquisició de coneixements anatómics i quirúrgics al costat d'un incipient apropament a la malaltia a partir de la lesió anatómica. Alhora, aquest tipus d'ensenyament redundà en benefici dels cirurgians des d'una òptica socioprofessional, ja que la seva formació pràctica gaudí del reconeixement de les

autoritats de la ciutat. Aquestes són característiques que tradicionalment han estat considerades com a pròpies del període il·lustrat. No obstant, la recerca sobre l'activitat portada a terme al teatre anatòmic barceloní, com ara el treball docent i de recerca executat pel catedràtic d'anatomia Joan d'Alòs, apunta a l'existència d'antecedents en un procés que no va sorgir sobtadament en el segle XVIII.

El prestigi adquirit per l'escola mèdica de Barcelona, fonamentat en bona mesura en el caràcter aplicat de la formació impartida a l'Estudi General, es va traduir en una presència creixent dels metges en l'esfera social i política de Catalunya al llarg d'aquest període. Aquesta escalada social fou aprofitada pels metges per tal de marcar diferències socials i professionals mitjançant el control i supervisió de l'exercici dels oficis mèdics afins, és a dir, dels cirurgians i dels apotecaris, i també dels manescals.

Des dels segles XIII i XIV, l'exercici professional de la medicina s'organitzava a partir d'una divisió jeràrquica. Al capdavant hi figuraven els metges que, amb una formació i graduació universitària, practicaven la medicina –diagnosticaven i prescrivien– i gaudien d'un *status* social semblant al dels doctors en lleis, ciutadans i burgesos honorats. A continuació, els cirurgians i els apotecaris romanien com a professionals subordinats als metges i a la medicina. Aquests, respectivament, executaven les operacions manuals i composaven les medecines que els metges dictaven. La seva formació artesanal els concedia un *status* social inferior. Aquesta forma d'organització tradicional va ser una font constant de conflictes i, malgrat les regulacions oficials i els privilegis i prerrogatives de cada grup, les línies divisòries foren sovint transgredides.

La tendència, però, es va veure dificultada per l'esclat de la guerra de Successió i, sobretot, per les conseqüències que va tenir a nivell institucional i humà. La decisió presa per les autoritats borbòniques de suprimir les institucions de govern i d'ensenyament de Barcelona, a diferència del cas valencià, on la Universitat va continuar vigent i lligada a la ciutat, suposà un cop definitiu a un model ben definit per les autoritats de la ciutat de representació pública dels seus interessos polítics davant el conjunt de la població i, alhora, la instauració d'un nou model, en matèria de política i inversió científica, marcat amb un segell clarament centralista i militaritzat.

Així, en un moment fonamental de la història de la medicina europea, la tradició mèdica barcelonina es va veure escapçada des d'una perspectiva institucional, forçada a abandonar un projecte propi i limitada a un nou projecte universitari únic per a Catalunya, representat per la Universitat de Cervera, on la seva Facultat de Medicina esdevingué un dels temples de les autoritats mèdiques del passat, amb un professorat carregat de prerrogatives i un ensenyament llibresc i especulatiu, refractari a qualsevol intent de reforma.

Formació pràctica dels cirurgians

La fulminació per decret dels estudis universitaris barcelonins, juntament amb la supressió del Col·legi de Doctors en medicina, i la posterior creació d'una nova universitat a la ciutat de Cervera tingueren un efecte immediat a l'hospital de Santa Creu. Les reformes portades a terme en l'ensenyament de la medicina al llarg del segle XVII havien convertit l'hospital en un element de gran importància en la formació i l'ensenyament dels estudiants i practicants de la medicina, la cirurgia i la

farmàcia. De fet, no va ser estrany que alguns dels metges i dels cirurgians majors de l'hospital foren alhora catedràtics de medicina, cirurgia i anatomia de l'Estudi.

L'hospital tenia, per tant, un paper fonamental en aquesta formació ja que la medicina teòrica impartida a l'Estudi es complementava amb els ensenyaments pràctics lliurats pels metges, alguns dels quals gaudien a més de càtedra a l'Estudi, i per cirurgians, entre els que hi havia que exercien alhora com a cirurgians majors de l'hospital.

Així, en forçar a aquells que volguessin estudiar la medicina a haver de desplaçar-se a un nucli rural com Cervera, sense tradició hospitalària ni la població suficient com per garantir una pràctica raonable o els ingressos addicionals dels professors de l'Estudi, Barcelona i l'hospital perderen una institució fonamental.

Malgrat el trasbals institucional que suposaren els canvis administratius i polítics, aquella era una societat d'Antic Règim en la que institucions tan importants com els col·legis o els gremis professionals contribuïen amb les seves múltiples funcions al manteniment de l'ordre social. La supressió del Col·legi de Doctors en Medicina comportà l'eliminació de la institució encarregada del control de l'exercici mèdic a la ciutat de Barcelona. En contrast, fou en aquell context de la societat d'ordres que es van conservar altres corporacions. Així, tot i que les agrupacions gremials foren desproveïdes de la seva representació en les institucions de govern i sotmeses al control de la Reial Audiència borbònica, aquestes continuaren en funcionament. Els col·legis professionals de cirurgians i d'apotecaris van mantenir, d'aquesta forma, el control de l'educació dels seus aprenents. Una educació que es fonamentava en una combinació de coneixements teòrics i pràctics adquirits al llarg de molts anys. La confirmació dels privilegis del col·legi de cirurgia va suposar el recolzament de les pràctiques de l'ofici en mans dels mestres cirurgians. Davant dels canvis, si bé els estudiants de cirurgia ja no podien assistir a les classes dels catedràtics de l'Estudi, almenys els quedava la possibilitat d'haver de complir un any obligatori de pràctiques a l'hospital de Santa Creu, on havien d'assistir els malalts supervisats pels fadrins i cirurgians majors i on devien presenciar un mínim de dotze disseccions anatòmiques. Es tractava d'uns requeriments obligatoris per tal de poder optar a fer els exàmens de pràctica per accedir al mestratge del col·legi. És força significatiu observar com trenta-quatre fadrins cirurgians van realitzar pràctiques a l'Hospital entre 1693 i 1714. La màxima acumulació de fadrins es produí entre 1703 i 1706, tot coincidint amb una forta crisi assistencial causada pels estralls de les ocupacions militars. No per casualitat, és precisament l'any 1705 quan l'administració de l'Hospital decideix començar a pagar a aquests fadrins un salari de 24 lliures anyals. En conjunt, convé assenyalar que entre els anys 1690 i 1714 un total de vuitanta-tres aprenents de cirurgia triaren l'Hospital com a lloc de formació pràctica.

Aquesta pràctica es va complementar, al llarg de la primera meitat del segle XVIII, amb els permisos concedits per l'administració de l'hospital per tal de poder utilitzar el teatre anatòmic de Santa Creu. D'aquesta manera, per tant, la tradició anatòmica consolidada a l'Estudi universitari de Medicina al llarg del segle XVII trobava una continuació en l'ús del teatre anatòmic de l'hospital, on es portaven a terme conferències i operacions d'anatomia i de dissecció de cadàvers com a part de l'ensenyament i de la formació dels practicants en medicina i cirurgia de l'hospital i també de fora casa.

L'administració de Santa Creu impedí la intromissió del personal facultatiu del l'exèrcit i mantingué al capdavant les jerarquies dels tres metges i els tres cirurgians que acostumaven a fer-se càrrec de la salut física dels malalts. Des dels anys 1720, reforçà aquestes amb nous contractes de treball i amb la presència d'un major nombre de practicants, futurs cirurgians i metges, formats en la seva pràctica a les sales de l'hospital. Així, entre els cirurgians, vint-i-dos nous fadrins foren contractats entre 1714 i 1749, mentre que el nombre d'aprenents al llarg d'aquest període ascendí a cent cinquanta individus.

La creació del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona l'any 1760 introduí canvis significatius en el funcionament de l'hospital. Aquests canvis, però, no partiren del no res, sinó que en bona mesura es fonamentaren en l'activitat desenvolupada al centre al llarg del segle. El nou establiment inicià un procés de negociació amb l'antic col·legi de cirurgia i al mateix temps que aquest era absorbit, les seves prerrogatives en matèria d'ensenyament de l'art eren assumides pel Reial Col·legi de Cirurgia. L'hospital va perdre amb aquesta creació el control del nomenament del seus cirurgians principals, que passaren a partir de llavors a formar part del professorat del Reial Col·legi pel fet de ser cirurgians majors de l'hospital. Alhora, es feren esforços per tal de modificar la situació dels antics practicants de cirurgia. Els aprenents van esdevenir alumnes interns del nou col·legi. Fet que es traduí, des d'aquell moment, en una formació basada en el marc del nou ensenyament teòric i pràctic, més racional i molt obert a les influències estrangeres, que caracteritzà l'activitat del Reial Col·legi.

L'exercici de la cirurgia

El sistema de conductes va esdevenir un dels mecanismes de contractació emprat pels municipis per tal d'assegurar la presència de sanadors amb formació reglada i poder garantir d'aquesta manera l'assistència mèdica a la població. Segons les evidències trobades i a la llum de l'escassa recerca efectuada sobre aquesta matèria, tot sembla indicar que les conductes o conduccions de servents públics van restar fins el segle XVIII, a les poblacions de la Corona d'Aragó, sota l'esfera jurídica del règim municipal. Això fou així perquè aquesta matèria afectava els interessos del conjunt de la comunitat, tant els sanitaris o de protecció de la salut com els relatius al finançament dels oficis relacionats amb aquests afers.

La política aplicada en els casos de cirurgians i apotecaris consistí en què tot individu amb el grau de mestre i revalidat pel Protometge del Principat podia establir oficina o operatori a qualsevol indret de Catalunya, a excepció d'aquelles ciutats i viles on existís un col·legi o corporació amb capacitat de regular i controlar els números de la professió. En el cas de Catalunya, els col·legis de cirurgia es trobaven a les ciutats de Lleida, Tarragona, Tortosa, Girona, Cervera, Manresa i Vic. No sabem les dimensions que adquirí el mecanisme de la conducta de comú amb aquests professionals a la Catalunya del segle XVIII, malgrat que la llei obligava els ajuntaments a sol·licitar un permís previ a les autoritats. Segons la documentació consultada de la Reial Audiència, aquestes autoritzacions també les podien concedir els corregidors. Només un estudi de gran abast de la documentació municipal permetria esbrinar el grau d'extensió de la conducta de comú com a mitjà d'implantació d'aquests professionals. En qualsevol cas, l'anàlisi de les dades existents ens pot permetre de traçar alguns dels trets que caracteritzaren les conductes de comú d'apotecaris i cirurgians a la

Catalunya del segle XVIII. Si bé escampades per la major part de la geografia catalana, les viles esmentades a la documentació de la Reial Audiència relativa a conductes efectuades amb cirurgians i apotecaris mostren una major incidència d'aquest mecanisme a les comarques de la Terra Alta i la Ribera d'Ebre al sud del país i del Segrià, les Garrigues, el Pla d'Urgell, l'Urgell i la Noguera a l'oest. La major part de les viles d'aquestes comarques esmentades a la documentació no arribaven als 200 veïns el 1718 —el percentatge arriba fins el 80% si situem el límit en els 300 veïns. Totes aquestes viles, però, mostraren un creixement de la població prou significatiu al llarg del segle, tot multiplicant els seus efectius per quatre, cinc o més. La consolidació d'una demanda potencial, afavorida pel creixement demogràfic i la conjuntura d'alça econòmica, jugà un paper clau en la implantació d'aquests sanadors a aquelles viles.

La presència de notícies sobre apotecaris i cirurgians, també de metges, a la documentació de la Reial Audiència està relacionada més amb aspectes conflictius relacionats amb les actes de conducció que no pas amb les obligacions consignades a la normativa que les regulava.

Els terminis de les relacions entre les poblacions i aquests sanadors es basaven en la consecució dels seus propis interessos, un cop les poblacions disposaven d'una capacitat econòmica suficient per a fer front al cost d'aquells serveis mèdics: les viles pretenien aconseguir la presència estable d'un professional per a resoldre determinats problemes mèdics del conjunt de la població, mentre els sanadors buscaven una seguretat professional i econòmica. El benefici de les conductes de comú per al conjunt de la població fou expressat en moltes de les peticions efectuades a l'Audiència. Un fet que no invalidava l'existència prèvia d'altres conductes, concretades a títol particular entre determinats veïns i els diferents sanadors; fenomen, com ha estat assenyalat, difícil d'avaluar per manca de constància documental.

El sistema de conductes de comú constituí, per tant, un dels mecanismes emprat al món rural català per tal d'assegurar la presència de sanadors amb formació reglada i poder garantir l'assistència mèdica a la població. Les conductes de comú permeteren, d'aquesta manera, l'accés, en teoria al conjunt de la població d'una vila o lloc, als representants oficials de la medicina universitària. És cert que aquest tipus de conductes, a mesura que les condicions econòmiques i demogràfiques ho permeteren, foren suprimides a un bon nombre de llocs, tot deixant pas a un mercat de lliure competència professional que es traduí, al seu torn, en la limitació de l'assistència a aquelles persones que podien assumir el cost dels serveis mèdics a títol particular, restant els més pobres a l'aixopluc de formes assistencials benèfico-caritatives.

Els casos estudiats mostren la importància i l'extensió de les conductes de comú a aquelles poblacions, tot abundant, de major a menor presència els cirurgians —més romancistes i sagnadors que llatins—, els apotecaris i els metges —més batxillers que no pas doctors en medicina. L'anàlisi dels graduats mostra en qualsevol cas una implantació geogràfica a gairebé tot el territori català. També el predomini dels cirurgians romancistes i dels sagnadors, fornits pel nou col·legi de cirurgia, i dels batxillers en medicina entre el conjunt de graduats. Aquest aspecte resulta fonamental

per tal d'entendre els patrons d'implantació d'aquells professionals a les viles i llocs del Principat.

Conclusions

L'existència d'una tradició mèdica universitària recolzada per les autoritats i la creença en la idea de salut com a bé social consolidaren el mecanisme, d'arrel baixmedieval, de contractació municipal d'aquells sanadors. La particular conjuntura favorable de creixement econòmic i demogràfic experimentat a bona part de la Catalunya del segle XVIII es traduí en un increment de la demanda de serveis mèdics, fonamentat en l'augment de la capacitat adquisitiva dels municipis i de la població, i, per tant, en un procés de medicalització definitiva de la societat. El desenvolupament de determinades estratègies de control del mercat urbà de serveis mèdics es traduí en la cerca de carreres professionals al món rural català, sobretot per part dels sanadors amb graus menors tant en cirurgia com en medicina. Aquell procés, però, no va restar exempt de conflictivitat. Fet que confirmaria no només l'existència d'un mercat mèdic plural, d'un conjunt de recursos mèdics disponibles i a l'abast de la població, sinó una vertadera competició per tal de controlar el mercat. En bona mesura, molts d'aquells conflictes foren suscitats per les formes de reproducció en el poder municipal dels grups dominants, derivada del trasllat de la llei municipal castellana a Catalunya, així com per l'aplicació discrecional de la llei per part de les autoritats. Els resultats posen en qüestió la imatge d'un accés restringit a aquella medicina per part d'un important sector de la població rural.

Fonts

L'elaboració d'aquest text s'ha fonamentat en les seqüents publicacions:

Zarzoso, A. Medicina i il·lustració a Catalunya: la formació de l'Acadèmia Médico-Pràctica de Barcelona. Barcelona, Lleida: Fundació Noguera, Pagès editors, 2004.

Zarzoso, A. L'Exercici de la medicina a la Catalunya de la Il·lustració. Manresa: Arxiu Històric de les Ciències de la Salut, 2006.

Huguet, T. & Zarzoso, A. L'Hospital General de la Santa Creu de Barcelona, 1671-1800. A: Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica: Mallorca, 18, 19, 20 i 21 de novembre de 2004. Barcelona, SCHCT, 2006, 187-193.

DISCURS DEL PRESIDENT DE LA SOCIETAT SICILIANA DE CIRURGIA

Illmo Signor Presidente, cari Consiglieri, cari Soci della Società Catalana di Chirurgia, cari Amici, oggi è per me un grande privilegio portare nella qualità di Presidente e a nome del Consiglio Direttivo, il saluto della Società Siciliana di Chirurgia alla Cerimonia Inaugurale di questo prestigioso Convegno.

Un sentito ringraziamento lo rivolgo anche a nome dei Rappresentanti del Consiglio Direttivo, il Prof. Giuseppe Buscemi Vice-Presidente e il Dott. Filippo Taranto, Segretario della nostra Società, per il generoso invito a venir Vi a trovare nella Vostra splendida Barcellona, Città che amo, dove ho il grande onore di avere tanti Amici.

Con questo invito Voi avete voluto ricambiare il nostro di un anno fa in occasione della cerimonia di Gemellaggio tra le nostre Società, celebrata in un clima di grande amicizia il 2 maggio del 2009, a Montalbano Elicona nel corso del 3° Meeting Primaveraile della nostra Società.

Caro Antonio Sitges Serra, sembra ieri ma è passato oltre un anno, quando nella splendida cornice del Castello Svevo - Aragonese di Montalbano Elicona abbiamo sancito un patto di amicizia e di collaborazione tra le nostre società.

Entrambi in quella occasione ci siamo impegnati in uno sforzo comune finalizzato alla crescita delle nostre Società, puntando soprattutto sui Giovani che rappresentano il nostro futuro ed è su di essi che dobbiamo puntare se vogliamo crescere.

La nostra presenza qui a Barcellona, su cortese invito di Joan Sala Pedros, Presidente in carica della Vostra Società, è il segno che vi è la volontà comune che intendiamo impegnarci in futuro per la crescita delle nostre Società e, come ho già detto, per consolidare questo gemellaggio in modo che progredisca e viva per sempre.

Giovanni Sturniolo
Presidente della Società Siciliana di Chirurgia



AGERMANAMENT



ACTA D'AGERMANAMENT de la SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA amb la SOCIETÀ SICILIANA DI CHIRURGIA

Amb aquest document constitutiu, es confirma l'agermanament entre la *Società Siciliana di Chirurgia* i la Societat Catalana de Cirurgia, establerta a Motalbano-Elicona (Sicília), el 2 de maig de 2009, sota la presidència del Professor Giovanni Sturniolo per part siciliana i del Dr. Antoni Sitges Serra per part catalana.

Consolidem així, l'objectiu d'aquest agermanament de fomentar les relacions de col·laboració entre les dues societats científiques, facilitant l'intercanvi de coneixements i experiències en cirurgia.

Aquesta voluntat cooperadora enforteix, una vegada més, la tradicional relació històrica entre les cultures mediterrànies. En aquest cas concret, els vincles entre la tradició quirúrgica siciliana i la catalana, que gaudeixen d'una llarga trajectòria en comú, des de l'antiguitat grecoromana, passant per l'esplendor d'ambdues en l'època medieval, fins a la moderna pràctica quirúrgica més avançada que reclama de la més àmplia participació en ares del progrés de la humanitat sencera.

I perquè en quedi constància ens hi reafirmem a la ciutat de Vic el dia 8 d'octubre de 2010 en el curs de la celebració de les XX Jornades de Cirurgia als Hospitals de Catalunya

Prof. Giovanni Sturniolo
President
Società Siciliana di Chirurgia

Dr. Joan Sala Pedrós
President
Societat Catalana de Cirurgia

Dr. Enric de Caralt Mestres
President
Comitè Organitzador
XX Jornades de Cirurgia als Hospitals de Catalunya

GEMELLAGGIO



ATTO DI GEMELLAGGIO DELLA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA CON LA SOCIETÀ SICILIANA DI CHIRURGIA



Con questo documento costitutivo si conferma il gemellaggio tra la Società Siciliana di Chirurgia e la Società Catalana di Chirurgia stabilito il 2 maggio del 2009 sotto la presidenza del Professor Giovanni Sturniolo da parte siciliana ed il Dottor Antoni Sitges Serra da parte catalana.

Consolidiamo così l'obiettivo di questo gemellaggio: fomentare le relazioni di collaborazione tra le due società scientifiche, facilitando lo scambio di conoscenze ed esperienze in chirurgia.

Questa volontà di cooperazione rafforza sempre più i rapporti di relazione storica tra le culture mediterranee. In questo caso concreto, i vincoli tra la tradizione chirurgica siciliana e la catalana, vincoli che vantano un'ampia traiettoria comune, dall'antichità greco-romana agli splendori di ambedue in epoca medievale, fino alla moderna pratica chirurgica avanzata che richiede la partecipazione più ampia possibile per il progresso dell'intera umanità.

Riconfermeremo i nostri legami il giorno 8 ottobre del 2010 nella città di Vic in occasione della celebrazione delle XX Giornate di Chirurgia negli Ospedali di Catalogna.

Prof. Giovanni Sturniolo
Presidente
Società Siciliana di Chirurgia

Dr. Joan Sala Pedrós
Presidente
Societat Catalana de Cirurgia

Dr. Enric de Caralt Mestres
Presidente
Comitè Organitzador
XX Jornades de Cirurgia als Hospitals de Catalunya

CAP A LA SEGÜENT ETAPA

Joan Sala Pedrós, Salvador Navarro Soto, Ferran Caballero Mestres, Daniel Del Castillo Déjardin, Maria Jesús López Pereira, Ramon Vilallonga Puy, Francesc Espin Álvarez.

Si emprant el símil de l'arbre, el curs passat el varem dedicar a enfortir les arrels, aquest segon curs el volem dedicar a consolidar el tronc. No es tracta tan sols de seguir la moda de la troncalitat en l'especialització mèdicoquirúrgica, també de fer efectiva la cohesió territorial de la nostra Societat.

Des d'aquesta perspectiva voldríem donar suport a totes les iniciatives de creació de seccions territorials de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC), situades en el marc de les diferents Filials de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. N'hi han dues ben establertes des de fa anys: la primera va ser la de Girona i poc després va sorgir la del Vallès Occidental, cada una d'elles amb la seva pròpia Junta, amb activitats específiques en el seu propi àmbit territorial, però també col·laborant amb la sessió general de la SCC que els correspon dins del curs acadèmic a la seu central de Barcelona. Altres seccions d'altres filials estan també preparades per fer aquest pas i això es bo per la cirurgia catalana.

En definitiva, la SCC pretén ser, a la vegada, diversificadora i integradora. Totes les activitats científiques en cirurgia que fan els nostres membres, en les seves respectives àrees de treball, ens enriqueixen a tots, sobretot si tots en podem ser partícips. D'aquí l'oferiment de la nostra web comuna per a la difusió de totes les iniciatives de formació i de recerca en cirurgia del nostre país.

Però a més volem seguir desenvolupant els programes de formació continuada, no tan sols dels residents si no de tots els cirurgians en general, incloent els de tots els nivells d'experiència. I per aquesta tasca necessitem a tothom. La Junta, com a representants de tots plegats, us oferim el nostre treball i la nostra dedicació, però us demanem la col·laboració perquè l'aportació de cadascú tingui la més àmplia difusió possible i sigui útil a la majoria. En definitiva, busquem promoure la dignitat professional i el compromís social que donen sentit a una institució com la nostra.

Des d'un punt de vista pràctic, us volem demanar, que doneu contingut a la nostra web, que la feu útil. Els resums de les comunicacions, ja sigui el text en Word o les diapositives en Power-Point, sempre en formats no directament copiables, tipus PDF, poden ser un recordatori dels aspectes rellevants d'una determinada comunicació o la possibilitat de no perdre del tot el valor d'una sessió, encara que per guàrdies, malaltia, llunyania o qualsevol altre motiu aliè a la voluntat de cadascú, n'hagi impedit l'assistència directa. Sense que això signifiqui renunciar a les sessions de presència física, on les preguntes als autors de les comunicacions i presentacions, així com el debat que susciten entre els assistents, representen un valor afegit a la visualització o al debat distant. Les tecnologies modernes de la informació i la comunicació permeten treure el màxim partit possible de les oportunitats perdudes. La cooperació ens beneficia a tots.

La Junta.

