

Barcelona, 30 de maig del 2022

Benvolguts membres de la junta,

El meu nom és Anna González i actualment ja soc resident de 5è any a l'Hospital Parc Taulí de Sabadell. Aquest any he gaudit de la beca per a estades formatives de la Societat Catalana de Cirurgia. Per aquesta raó, em dispenso a presentar-vos la memòria de treball que he realitzat.

Durant els mesos de abril i maig del 2022 he format part (com a *clinical observer* i com a assistent en cirurgies) de l'equip de Cirurgia d'Urgències a l'hospital de Meilahti, a Hèlsinki (Finlàndia).

El cap d'aquest servei es el Dr. Leppäniemi, un professional excel·lent i mundialment conegut per treballs sobre matèries com pancreatitis agudes greus, el síndrome compartimental abdominal, l'abdomen obert i el maneig de pacients traumàtics, entre altres.

L'Hospital de Meilahti és l'hospital més gran de Finlàndia (a més, és l'únic centre trasplantador). Dispenso de 19 quiròfans. D'aquests, 3 estan dedicats únicament a cirurgies d'urgències durant els matins, i 1 al vespre.

El servei de cirurgia d'urgències està format pel Dr Leppäniemi i 4 adjunts més, juntament amb 6 residents. Es dispenso de 3 plantes d'hospitalització exclusivament per aquesta unitat. També, d'una UCI independent per pacients quirúrgics, portada principalment per anestesiològics.

El pacient politraumàtic, actualment, s'atén en dos hospitals en funció del tipus de traumatisme i de les lesions sospitades. Al Meilahti Hospital, on jo he estat, rebíem tots els politraumatismes amb sospita de lesió abdominal i tots els que presentessin qualsevol tipus de ferida penetrant.

Durant la meua estada en el centre, la meua tasca principal ha sigut assistir a totes les cirurgies possibles d'urgències, on sempre m'han deixat participar com a primer o segon ajudant, sense excepcions.

La jornada laboral començava a les 8am, amb el canvi de guàrdia, on els metges que sortien de guàrdia explicaven tots els pacients intervinguts, pendents d'intervenir i ingressats durant la jornada anterior. A més, els dimarts i els dijous també hi havia sessions docents realitzades per adjunts o residents sobre diferents temes d'actualitat (verd d'indocianina, etc.).

Un cop realitzat el canvi de guàrdia, ens repartíem en 3 equips per passar visita a tots els pacients de les 3 plantes i, en cas que hi hagués cirurgies, es repartia també quin equip hi aniria. A mi, independentment de en quin equip estigués aquell dia, em deixaven assistir a totes les cirurgies i se'm permetia realitzar la tasca de 1r o 2n ajudant.

A les 10:30am (excepte pels professionals que es trobessin a quiròfan), es realitzava el passi de visita de la UCI quirúrgica, de forma conjunta amb els anestesiològics. Aquí, principalment veiem pacients amb isquèmies intestinals, abdomen obert, necrosectomies per pancreatitis agudes greus, etc.

Posteriorment, podia tornar a quiròfan i assistir a la cirurgia que més interessant trobés. Tot i que no se'm va donar l'oportunitat de realitzar guàrdies al centre, sí que se'm va permetre quedar-me amb l'equip de guàrdia fins el vespre si hi havia cirurgies que em resultessin interessants.

Durant la meua estada, vaig poder assistir a la recepció, maneig inicial i quirúrgic de 4 pacients amb traumatisme penetrant (3 per ferida d'arma blanca i 1 per ferida d'arma de foc). Un dels casos es tractava d'un pacient que havia rebut varies lesions per arma blanca, una d'elles amb lesió de vena femoral, que va requerir de la participació de cirurgians vasculars per la seva reparació. En el cas de la ferida per arma de foc, va ser un tret a la regió abdominal amb lesió d'un segment d'intestí prim que va requerir de resecció.

A Finlàndia, els professionals encarregats de realitzar endoscòpies (gastroscòpies, colonoscòpies o CPRE) urgents, són els propis cirurgians (fet que desconeixia fins que vaig arribar a l'Hospital). Així, els pacients amb hemorràgies digestives, colangitis amb xoc sèptic, etc, les tractaven ells mateixos. D'aquesta forma, si en algun moment no hi havia cirurgies urgents, podia assistir a la planta d'endoscòpies i veure com es realitzaven tots aquest procediments (cosa que no havia vist pràcticament mai, ja que a Espanya aquestes proves les realitza el digestòleg).

Crec que aquesta rotació ha sigut profitosa donat que he vist una gran quantitat de procediments quirúrgics urgents, i m'han deixat assistir a tots ells (des de procediments senzills com apendicectomies, fins a reseccions intestinals múltiples per neoplàsies oclusives o perforades). També crec que m'ha permès participar en cirurgies que en el meu centre no veiem pràcticament mai, com són necrosectomies en pacients amb pancreatitis agudes greus, realitzades per cirurgians amb molta pràctica en aquest tipus de maneig. A Finlàndia, hi ha un important problema amb l'alcohol, comportant un gran nombre de complicacions (pacients cirròtics, moltíssims més casos de pancreatitis aguda que al meu centre d'origen, etc.). Adjunto al final del document la taula amb el llistat de procediments en els que he participat com a ajudant.

Així doncs, considero que ha estat una experiència molt enriquidora. La recomanaria especialment a residents amb interès en la cirurgia d'urgències i aquells que creguin que l'existència d'un servei específic o u "unitat d'urgències" com a tal en el seu centre és la millor

opció, ja que d'aquesta forma es permet el diagnòstic, tractament i seguiment dels pacients pel mateix equip, podent veure la seva evolució i enriquint-nos tots amb aquest coneixement.

La meva gratitud als membres de la Junta i al conjunt de la Societat Catalana de Cirurgia per la seva ajuda en aquest projecte.

Atentament,

Anna González Costa

PROCEDIMENTS:

1 Desbridament d'abscess perianal
1 sigmoidectomia laparoscòpica en un pacient amb vòlvuls de sigma de repetició
32 Apendicectomia laparoscòpica
28 colecistectomia laparoscòpica
1 laparoscòpia exploradora en un pacient amb oclusió intestinal per hernia interna a través de hiat de Winslow que es va haver de convertir a cirurgia oberta, sense resecció intestinal.
2 colecistectomies obertes
6 necrosectomies per pancreatitis greu.
2 Traqueostomia
1 laparotomia exploradora en un pacient molt jove amb oclusió intestinal secundari a carcinomatosi d'origen ADK de colon.
3 Hartman per isquèmia de colon o perforació
1 Resecció de segment d'intestí prim per invaginació intestinal en una pacient jove amb sd de Peutz-Jeghers
1 laparotomia exploradora per hematoma retroperitoneal amb sagnat actiu no embolitzable, secundari a branca d'artèria ilíaca.
3 hemicolectomia esquerra amb colostomia.
2 Laparotomies exploradores per drenatge d'abscess retroperitoneal en pacients intervinguts prèviament d'ulcus duodenal perforat.
Laparotomia exploradora per isquèmia intestinal amb resecció de 50cm d'ili terminal i hemicolectomia dreta. Durant la cirurgia, els cir. Vasculars realitzen trombectomia del vas afectat. Es deixa abdomen obert. En 2n temps, anastomosi ileocòlica i tancament abdominal.
Gastrectomia subtotal en pacient intervinguda feia pocs dies de sutura d'ulcus duodenal perforat.
Reparació hèrnia diafragmàtica post lesió penetrant a regió toraco-abdominal esquerra.
5 reseccions d'intestí prim amb anastomosi (2 d'elles en pacients politraumàtics, un ferit per arma de foc i l'altra per autolesió amb arma blanca)
1 reparació evisceració laparotomia mitja
1 laparotomia exploradora per isquèmia intestinal amb resecció de segment d'intestí prim, i trombectomia per cir. Vascular. 2n look: tancament abdominal i anastomosi intestinal.
Reparació d'abdomen catastròfic. Pacient de 30 anys amb antecedents fa 2 anys de pancreatitis aguda greu pel que s'havien realitzat varies necrosectomies obertes i havia sigut portador d'abdomen obert. Com a complicacions havia presentat fístula duodenal (ja intervinguda) i perforació de colon, pel que era portador d'ileostomia i fístula mucosa. En la cirurgia es va fer colectomia subtotal, anastomosi ileo-sigmoidea i reparació amb cir. Plàstica d'abdomen catastròfic.