



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2004-2005

ÍNDEX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA</u>	<u>1</u>
<u>LLIBRE COMMEMORATIU</u>	<u>1</u>
INAUGURACIÓ DEL CURS 2004-2005	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2003-04.....	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
IV CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA	7
SESSIONS ORDINÀRIES	11
PREMIS HONORÍFICS	29
PREMIS DE RECERCA	30
PRESIDENTS ANTERIORS.....	31
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT.....	32
CURS 2004-2005	33
JUNTA DE GOVERN	35
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	36
PREMIS HONORÍFICS 2004	37
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2004	38
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2004.....	39
CENTRES COL·LABORADORS	40
INAUGURACIÓ DEL CURS 2004-2005	41
SESSIÓ INAUGURAL	42
PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES I DE FORMACIÓ CONTINUADA	43
CALENDARI DE SESSIONS.....	52
DOCUMENTS	53
BALANÇ D'UN ANY	55
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2004.....	57
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2004	67
GENERAL SURGERY AS EDUCATION NOT AS SPECIALIZATION.....	73
SOBRE POLÍTICA, GESTIÓ, SALUT I CIRURGIA.....	87
BREUS NOTES DELS PRIMERS 20 ANYS DE LA CREACIÓ DELS HOSPITALS DE LA CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE "LA VALL D'HEBRÓN"	99

"IN MEMORIAM" EMILI SALA PATAU	109
"IN MEMORIAM" LLUÍS MASFERRER SALA	111
CAP A UN NOU CURS	113

MEMÒRIA DEL CURS 2003-04
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 22 d'octubre de 2003 a les 20 hores

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,

Presentació

Fernández-Cruz L.

Nomenament de Socis Numeraris i Agregats. Lliurament dels altres Premis

Sala Pedrós J.

Premi Virgili

Pascual Parrilla Paricio

Premi Gimbernat

Charles Proye

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Hotel Le Meridien, Restaurant El Patio (Rambles, 111, Barcelona).

IV CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA

Terrassa, 27 i 28 de novembre de 2003

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

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

President: Josep Verge

Moderador: Antoni Codina Cazador

Introducció a les alteracions del sòl pelvià per a cirurgians generals

Anicet Puigdollers

Anatomia del sòl pelvià

José Luís López Negre

Rectocele. ¿Afecció ginecològica o digestiva?

Constancio Marco

SNS en incontinença anal i restrenyiment

Albert Navarro

Reparació del sòl pelvià amb malles. Indicacions i tècnica

Joan Martí Ragué

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

CIRURGIA DE L'HIPERTIROÏDISME

President: Josep Simó Deu

Moderador Antoni Sitges Serra

Aspectes polèmics i de debat

Juan Antonio Baena

Alberto Leiva

Pablo Moreno

Luis Pérez

Joan Sala Pedrós

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

NOVETATS I PERSPECTIVES EN CIRURGIA BARIÀTRICA

President: Xavier Rius

Moderador: Antoni Alastrué

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

Gastroplàstia Vertical Anellada

Miquel Rull

Anella ajustable (lap band)

Joan Pujol

Derivació (by pass) gàstrica oberta

Carles Masdevall

Derivació gàstrica laparoscòpica

Carlos Ballesta

Tècniques laparoscòpiques

Antonio de Lacy

Derivació biliopancreàtica i encreuament (switch) duodenal

Carlos Hoyuela

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

NOVETATS DIAGNÒSTIQUES I TERAPÈUTIQUES EN L'APENDICITIS AGUDA

President: Joan Josep Sancho

Moderador: Eloi Espin

Avenços diagnòstics

Joan Bonfill

Sistemes de Puntuació

Núria Peláez

Avenços terapèutics

Francesc Vallribera

Resultats

Albert Bianchi

Metaanàlisi: estat actual

Enric Macarulla

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

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

President: Juan Garcia Valdecasas

Moderador: Vicenç Artigas

Tractament quimioteràpic de les MH

Josep Maria Taberner

MH sincròniques de CCR: resecció sincrònica o diferida

Josep Fuster

Límits de la cirurgia de les MH de CCR

Esteve Cugat

Tractament de la recidiva de les MH del CCR

Joan Figueras

Resecció de metàstasis hepàtiques de càncer No CCR

Carles Margarit

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

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

President: Laureà Fernández-Cruz

Moderador: Lluís Masferrer

El sou del cirurgià: estudi evolutiu i comparatiu

Josep Puey

Les condicions laborals i el prestigi del cirurgià

Antoni Gil

La consideració professional del cirurgià

Gabriel Marquès

La formació del cirurgià

Ramon Trullenque

El cirurgià en el context de l'hospital

Eduard Jaurrieta

SESSIONS ORDINÀRIES

Dilluns, 13 d'octubre de 2003

FISIOPATOLOGIA

Bacteriologia quirúrgica: principals patògens i patògens emergents.

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

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

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

Interpretació crítica d'una meta-anàlisi

Plantejament de la realització d'una meta-anàlisi

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Laureà Fernández-Cruz

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Experiència en la detecció, extirpació i diagnòstic del gangli sentinella en el melanoma maligne.

Rull R, Vilalta A, Vidal S, Palou J, Espert J, Benarroch G, Novell F, Sentis J, Visa J, Puig S, Malveyh J, Castel T. (Hospital Clínic - Barcelona)

2.- Trasplantament hepàtic de donant viu. Experiència de 3 anys.

Bombuy E, Amador A, Rodríguez G, Ferrer J, Charco R, Fuster J, García-Valdecasas JC. (Hospital Clínic - Barcelona)

ACTUALITZACIONS

3.- Diverticulitis aguda

Parés D. (Hospital de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Tractament conservador del càncer de mama

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

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Tractament adjuvant a la cirurgia en el càncer de pàncrees (ESPAC-1): Resultats a 5 anys.

Martínez I, Astudillo E, López-Boado M, Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic - Barcelona)

6.- Hemoperitoneu de causa desconeguda

Barba S, Bosch A, Foncillas X. (Hospital del Sagrat Cor - Barcelona)

Dilluns, 10 de novembre de 2003

FISIOPATOLOGIA

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

Gil MJ. (Hospital del Mar)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Control del biaix en els assaigs clínics (D):

Biaixos més freqüents en els assaigs clínics

Randomització: la seva justificació

Tècniques d'emascarament

Mètodes i taules aleatòries

Elecció del grup control

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Antoni Codina Cazador

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Carcinoma de mama no palpable. Seguiment a 10 anys

Tuca F, Pañella A, Gironès J, Ruiz B, Font JA, Codina Cazador A. (Hospital Universitari de Girona "Dr. J. Trueta")

2.- L' hèrnia inguinal tractada amb pròtesi "PHS, hernia system": Experiència i seguiment de 126 casos.

Pañella A, Tuca F, Roig J, Pujades M, Codina Barreras A, Codina Cazador A. (Hospital Universitari de Girona "Dr. J. Trueta")

3.- Reparació laparoscòpica d'úlceres pèptics perforats. Realitat o utopia?

García-Oria M, Hidalgo F, Gómez F, Quintanilla E, Codina A, López F, Porcar N, Ramos C, Martínez J, Salomó O, Masvidal R. (Hospital Sant Jaume d' Olot)

ACTUALITZACIONS

4.- lleitis terminal

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

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5.- Gastrectomia total

Cabrol J. (Corporació Sanitària Parc Taulí – Sabadell)

CAS CLÍNIC

6- Implant d'adenocarcinoma sobre fístula perianal.

Gomez F, Burdío F, Piedrafita E, Bolarín M, Guirao X, Lopez MJ, Viladrich M, Domingo J. (Hospital de Figueres).

Dilluns, 15 de desembre de 2003

FISIOPATOLOGIA

Infeccions greus de parts toves.

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant I (E):

Introducció i eines estadístiques.

El concepte de model estadístic

Tipus de models multivariants

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Xavier Sunyol i Sala

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Tumors apendiculars. Revisió dels últims 10 anys.

Jané S, Cuadrado S, Casas A, Rives M, Sanchis J, Murica C, Puig P. (Hospital de Sant Jaume de Calella. Corporació de Salut del Maresme i la Selva).

2.- Expressió genètica de la família de l'antigen carcinoembrionari en el càncer colorectal.

Martínez F, Monzó M, Moreno JE, Torres G, Pou E, Ibeas R, Moreno I, Vila JM, Alcalde A, Hernández R, Pié J. (Hospital Municipal de Badalona. Departament d'Anatomia: Universitat de Barcelona).

3.- Validació de la TAC precoç en les pancreatitis agudes. 10 anys d'experiència i revisió d'un protocol.

Casas D, Gener J, Rebollo S, Díaz R, Rodríguez N, Oller B, Pachá MA, Julian JF, Pascual I, Farré R, Piñol M, Salas M, Alastrué A, Broggi MA. (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona).

ACTUALITZACIONS

4.- Antibioticoteràpia en les infeccions biliars

Badia JM. (Hospital de Granollers)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5.- Esternotomia mitjana

Molins L. (Hospital del Sagrat Cor de Barcelona)

CAS CLÍNIC

6- Drenatge biliar intern en la cirurgia neoplàsica paliativa.

Luid J, Piñol M, Ribas J, Cristòbal E, Muñoz S, Ayuso V, Janer J, Valverde J. (Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet).

Dilluns, 12 de gener de 2004

FISIOPATOLOGIA

Peritonitis secundària i postoperatòria. Abscessos intra-abdominals.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Subjectes de l'assaig (D):

Criteris d'inclusió/exclusió

Pèrdues pre i postrandomitziació Estadística multivariant I (E):

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Florenci Salvans i Mestre

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Transfusió sanguínia i morbiditat sèptica en la cirurgia del càncer gàstric.

Cabrol J, Bejarano N, Garcia San Pedro A, Cànovas G, Colomer O, Navarro S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

2.- Estudi multicèntric, controlat i aleatoritzat, de comparació de dues tècniques quirúrgiques en el tractament de l'apendicitis aguda.

Vallribera F, Garcia San Pedro A, Sala Pedrós J, Alcàntara M, Aguilar F, Cànovas G. (Hospital de Terrassa – Hospital Parc Taulí de Sabadell).

3.- Derivació biliopancreàtica (Switch duodenal) en el tractament de l'obesitat mórbida

Hoyuela C, Gómez R, Garcia Olivares E, Sáez R, Veloso E, Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

ACTUALITZACIONS

4.- Metàstasis hepàtiques múltiples

Fuster J. (Hospital Clínic de Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5.- Buidatge ganglionar central del coll

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

CAS CLÍNIC

6- Mielolipoma suprarenal bilateral gegant.

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

Dilluns, 9 de febrer de 2004

FISIOPATOLOGIA

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

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

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

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

Sensibilitat, especificitat i valors predictius

Representació dels resultats de comparació entre mètodes diagnòstics

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Sessió dedicada a la memòria del Dr. Emili Sala Patau.

Moderador: Dr. Manuel Trias Folch

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Protocol per l'estudi de l'impacte de la cirurgia en els malalts majors de 80 anys

Martí I, González S, Ruiz M, Lluís J, Pueyo JM. (Hospital de la Creu Roja de Barcelona)

2.- Tractament del càncer de mama dins d'un programa de Cirurgia Major Ambulatoria

Solsona J, Segura M, Juncà V, Carulla X, Alonso S, Membrilla E, Puig S, Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona).

3.- Fisiopatologia i qualitat de vida després de la cirurgia de l'acalàsia per laparoscòpia

Vela S, Targarona EM, Kobus C, Balague C, Garriga J, Sainz S, Mones J, Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

CONFERÈNCIA:

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

Jaurrieta E. (Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge – L'Hospitalet del Llobregat)

CAS CLÍNIC

5- Càncer de còlon estadi IV. Reducció tumoral amb quimioteràpia preoperatòria

Marín G, Artigas V, Moral A, Pey A, Hernández A, Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona).

Dilluns, 8 de març de 2004

FISIOPATOLOGIA

Principis d'antibioticoteràpia profilàctica i terapèutica.

Badía JM. (Hospital de Granollers)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

L'efecte placebo (D):

Fonts d'efecte placebo en assaigs clínics quirúrgics

Control de l'efecte placebo

Estimació de l'efecte placebo

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Josep Verge Schulte-Eversum

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Tumors mamaris infreqüents

Encinas X, Pérez X, Mayol S, Martí G, Albiol J, Alarcón JL, Verge J. (Hospital-Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes)

2.- Localització de lesions mamàries no palpables.

Abad JM, Besora P, Claveria R, Feliu X, Viñas X, Asan H, Salazar D, Macarulla A, Fernandez-Sallent E. (Hospital Comarcal de l'Anoia d'Igualada).

ACTUALITZACIONS

3.- Integració de materials protètics.

Ferrando JM.

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Hèrnia incisional laparotòmica (eventració)

Caubet E. (Hospital de Santa Tecla - Tarragona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Estat actual del tractament quirúrgic del carcinoma de mama intraductal

Just E, Moreno P, Duque E, Martínez S, Escolà D, Caballero F. (Hospital del Penedès de Vilafranca del Penedès).

6- Gangli sentinella en patologia mamària a l' hospital comarcal: introducció de la tècnica.

Quintana C, Bastús M, Hernández A, Badia F, Ros R, Gil A. (Hospital de Sant Joan de Deu de Martorell).

Dimecres, 21 d'abril de 2004

FISIOPATOLOGIA

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

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

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

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

Comparació d'opinions. El valor Kappa

Anàlisi de conglomerats

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Joan Martí Ragué

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Reparació d'eventracions per via laparoscòpica. Quatre anys d'experiència

Robres J, Ortiz de Zárate L, Barri J, Mata F, Sala J. (Hospital Creu Roja de L'Hospitalet de Llobregat).

2.- Tractament quirúrgic del carcinoma colorectal en estadi IV: intervenció en un sol temps.

Torras J, Biondo S, Del Rio C, Frago R, López-Ben S, Toral D, Conde R, Garcia A, Sánchez JL, Figueras J, Martí-Ragué J. (Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat).

ACTUALITZACIONS

3.- Control perioperatori dels pacients diabètics

Puig J. (Hospital del Mar de Barcelona)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Operació de Whipple: el temps d'exèresi

Cugat E. (Hospital Mútua de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Tumor de l'estroma gastrointestinal (GIST). Experiència en 13 casos: criteris de malignitat i noves perspectives de tractament.

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

6- Cirurgia conservadora en patologia pancreàtica.

Jorba R, Fabregat J, Comí S, Borobia FG, Barrasa AG, Miró M, Albiol M, Gómez N, Silvio L. (Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat).

Dilluns, 10 de maig de 2004

FISIOPATOLOGIA

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

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

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Formularis de recollida de dades (D):

Principis generals per a la recollida de dades

Confecció d'un formulari

Errorls comuns en confeccionar un qüestionari

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Moderador: Dr. Josep Maria Badia

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Resultats del tractament de la malaltia metastàtica hepàtica avançada del càncer colorectal.

Margarit C, Bilbao I, Escartín A, Taberero J, Salazar R, Bergamini S, Caralt M, Castro E, López I, Lázaro JL. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona).

2.- Utilitat de l'oncogen BRAF en el diagnòstic de la síndrome de Lynch.

Espin E, Domingo E, Schwartz S, Sanchez JL, López Cano M, Lozoya R, Naval J, Grau S, Vilallonga R, Masferrer J, Armengol M. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona).

ACTUALITZACIONS

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

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

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Si pilonidal en cirurgia major ambulatoria

Coronas JM. (Hospital Joan XXIII – Tarragona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Controvèrsies en el maneig del pneumo-retroperitoneu post-ERCP.

Nve E, Ribé D, Navinés J, Giménez A, Franch G, Blay J, Badia JM. (Hospital General de Granollers).

6- Laparoscòpia i cirurgia major ambulatoria

Pierres M, Pérez F, Navarro J, Muñoz C, Segura J. (Hospital General de Mollet del Vallès)

Dilluns, 14 de juny de 2004

FISIOPATOLOGIA

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

Navarro S. (Hospital Parc Taulí - Sabadell)

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant II (E):

Regressió lineal múltiple (RLM)

El model. La utilització de la RLM

Com interpretar el resultat de l'ordinador

Com comunicar els resultats d'una RLM

Lectura crítica dels articles que utilitzen RLM

Sancho Insenser JJ. (Hospital del Mar)

Sessió dedicada a la memòria del Dr. Lluís Masferrer i Sala.

Moderador: Dr. Joan Vinyes Salas

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

1.- Estudi de factors predictius en el diagnòstic de la coledocolitiasi.

Gómez L, Dealbert A, Sales S, Martí J, Casals R, Ros S, Pérez L. (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida).

2.- Experiència en la cirurgia laparoscòpica del pàncrees

Olsina J, Balsells J, Maristany C, Bergamini S, Caralt M, Margarit C. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

ACTUALITZACIONS

3.- Incidentaloma suprarenal

Veloso E. (Hospital Mútua de Terrassa)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4.- Funduplicatura de Nissen

Ramon J. (Hospital del Mar – Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

5.- Tacrolimus (FK506) en el postoperatori de la miastènia gravis.

Ponseti JM, Azem J, Fort JM, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

6- Invaginació intestinal en l'adult.

Gabarrell A, Battle R, Brotons J, Pon M, Rodamilans X. (Hospital de Sta Maria de Lleida)

PREMIS HONORÍFICS

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Premi Virgili:

Dr. Pascual Parrilla Paricio

Premi Gimbernat:

Dr. Charles Proye

PREMIS DE RECERCA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
REUNIÓ DELS TRIBUNALS CURS 2002-03

Premi “XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973”: Dotat amb 2400 € (400.000,- pts.). Dia 15-9-2003 a les 19 h.: Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Emili Sala Patau, Dr. Ramon Balius i Juli, Dr. Vicenç Artigas i Raventós.

Desert

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 15-9-2003 a les 19 h. 15': Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa, Dr. Ramon Martí Pujol, Dr. Lluís Masferrer i Sala.

“Tumors vellosos del tub digestiu”

Xavier Pérez, Gabriel Martí, Susanna Mayol, Xavier Encinas, Jesús Albiol, Josep Verge.

Premi Corachan: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 15-9-2003 a les 19 h. 30': Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Antoni Sitges Serra, Dr. Carles Margarit i Creixell, Dr. Enric Vendrell i Torné, en representació del patronat.

“Tratamiento quirúrgico del tumor de Klatskin”

Lladó L, Figueras J, Valls C, Serrano, T, Domínguez J, Fabregat J, Rafecas A, Ramos E, Torras J, Lama C, Sánchez R, Parada C, Jaurrieta E.

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

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

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	A. Cortés Lladó	P. R. Allisson (Anglaterra)
1964	A. García Barón	Pablo Luís Mirizzi (Argentina)
1965	J. Gil Vernet ?	Paul Eugene Santy (França)
1966	Hermenegild Arruga i Liró	E.S. Crawford (Suècia)
1967	Antoni Trias i Pujol	Pietro Valdoni (Itàlia)
1968	M. Bastos Ansart	Claude D'Allaines (França)
1969	Josep Trueta i Raspall	M. E. De Bakey (Estats Units)
1970	C. Pera Jiménez	J. Cid Dos Santos (Portugal)
1971	P. González Duarte	R. Nissen (Suïssa)
1972	Pere Piulachs i Oliva	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
1973	Jaume Pi Figueras	Jean Louis Lortat-Jacob (França)
1974	Josep Soler Roig	W. Thompson (Anglaterra)
1975	J. Salarich Torrens	Paride Stefanini (Itàlia)
1976	Ferran Martorell i Otzet	M. Roux (França)
1977	Antoni Puigverd i Gorro	J. C. Goligher (Anglaterra)
1978	Antoni Llauradó i Tomàs	Claude Romieu (França)
1979	J. Prim i Rosell	Claude Dubost (França)
1980	Moisès Broggi i Vallès	Rodney Smith (Anglaterra)
1981	Josep Masferrer i Oliveras	Robert M. Zollinger (Estats Units)
1982	Joan Agustí Peypoch	K. C. Mc Keown (Anglaterra)
1983	Gerard Manresa i Formosa	K. Nakayama (Japó)
1984	Josep Maria Gil Vernet	M. Mercadier (França)
1985	Carlos Carbonell Antolí	P. Sandblom (Suïssa)
1986	Sebastián García Díaz	Adrian Marston (Anglaterra)
1987	José Luís Puente Domínguez	L. M. Nyhus (Estats Units)
1988	Antoni Caralps Massó	Frederic Saegesser (Suïssa)
1989	Antoni Sitges Creus	D. B. Skinner (Estats Units)
1990	Victor Salleras i Linares	U. Veronesi (Itàlia)
1991	Benjamín Narbona Arnau	F. Fékété (França)
1992	Emili Sala Patau	V. Praderi (Uruguai)
1993	Lino Torre Eleizegui	L. F. Hollender (França)
1994	Hipólito Durán Sacristán	David C. Sabiston (Estats Units)
1995	Joaquim Barraquer Moner	Konrad Messmer (Alemanya)
1996	Angel Díaz Cascón	Patrick Forrest (Anglaterra)
1997	Jordi Puig Lacalle	J. Perissat (França)
1998	Antoni Viladot i Pericé	H. Beger (Alemanya)
1999	Joan López-Gibert	Henri Bismuth (França)
2000	José Luís Balibrea Cantero	Bruno Salvadori (Itàlia)
2001	Ramon Trias Rúbies	Alfred Cuschieri (Anglaterra)
2002	Isidre Claret i Corominas	Bernard Launois (França)
2003	Pascual Parrilla Paricio	Charles Proye



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2004-2005

INAUGURACIÓ

26 d'octubre de 2004

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Laureà Fernández-Cruz

Vice-president:

Roger Pla i Farnós

Secretari:

Joan Sala Pedrós

Tresorer:

Antoni Sitges Serra

Vice-secretari

Josep Maria Badia i Pérez

Vocal primer

Carles Margarit i Creixell

Vocal segon

Guzman Franch i Arcas

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Víctor Salleras i Llinares
Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Jordi Olsina i Pavia
Àngel Díaz i Gascón
Ramon Balius i Juli
Enric Vendrell i Torné
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
Eduard Basilio i Bonet
Ramon Martí i Pujol
José Manuel Sánchez Ortega
Vicens Artigas i Raventós
Xavier Rius i Cornadó
Jordi Pié i Garcia
Josep Verge i Schulte-Eversum
Joan Figueras i Felip
Jaume Fernández-Llamazares i Rodríguez
Constancio Marco Molina



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2004

PREMI VIRGILI

Dr. JOSEP SIMÓ DEU

PREMI GIMBERNAT

Prof. DAVID SUTHERLAND

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2004

PREMI MANUEL CORACHAN

Declarat desert

PREMI CARMEN BENASCO

Al treball que porta per títol:

**“Sistema de Auditoria Interna sobre la Evaluación de la Cirugía del Cáncer
Colorectal
mediante la Aplicación de Modelos Predictivos de Ajuste de Riesgo:
POSSUM y P-POSSUM”**

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

Ex aequo, en haver-se acumulat l'import del premi d'enguany amb de l'any passat, als treballs que porten per títol:

“Cirugía Endoscópica de Órganos Sólidos. Revisió de la Literatura”

i

¿Qué ha cambiado en la adrenalectomía? De la cirugía endoscópica a la laparoscópica.

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2004

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

APARICIO RODRÍGUEZ, Óscar (Hospital de Sabadell)
ARTIGAU NIETO, Eva (Hospital de Sabadell)
BEJARANO GONZÁLEZ, Natàlia (Hospital de Sabadell)
DÍAZ LARA, Javier (Hospital U. Sant Joan de Reus)
GRAU LLACUNA, Sílvia (Hospital de la Vall d'Hebron)
HERNANDO TAVIRA, Ruben (Hospital de Sabadell)
MARTÍ SÁNCHEZ, Josep (Hospital Clínic)
MORANDEIRA RIVAS, Antonio (Hospital U. Sant Joan de Reus)
MORENO MATIAS, Juan (Hospital de Sabadell)
RIVERO DENIZ, Joaquin (Hospital Vall d'Hebron)

MEMBRES CORRESPONENTS

SALAS DÍAZ, Sònia (Hospital Punta de Europa de Algeciras)

MEMBRES QUE PASSEN D'ASSOCIATS A NUMERARIS

ALARCÓN VIANA, José Luís (Hospital de Sant Camil)
GARCIA MONFORTE, Neus
GARCIA ORIA, Miguel (Hospital d'Olot)
NOREÑA ORTIZ, Nemesio (Clínica Delfos)

NOUS MEMBRES NUMERARIS

ALMEIDA GUEVARA, Jorge Arturo (Centro Laparoscópico Barcelona)
CÁCERES LUCERO, Juan Pablo (Centre Mèdic Teknon)
GÓMEZ QUILES, Luís (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)
HOYUELA ALONSO, Carlos (Hospital Mútua de Terrassa)
IBÁÑEZ GONZÁLEZ, Luís (Hospital de Sant Camil)
LLADÓ GARRIGA, Laura (Hospital de Bellvitge)
QUINTANILLA MUÑOZ, Enric (Hospital de Palamós)

NOUS MEMBRES NUMERARIS D'HONOR

FERNÁNDEZ SABATÉ, Alfons

MARTÍ PUJOL, Ramon

SÁNCHEZ-LLORET I TORTOSA, Joan

BASILIO BONET, Eduard

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

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

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2004-2005

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 26 d'octubre, dimarts. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2004* al Dr. Josep Simó Deu i *del Premi Gimbernat 2004*, al Dr. David Sutherland. Així mateix, es faran públics i es lliuraran, si és el cas: el *Premi XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie Barcelona 1973*, el *Premi Manuel Corachán*; i el *Premi Carmen Benasco* d'enguany.

Com és habitual, l'admissió de nous membres de la Societat es farà efectiva amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles a les persones acceptades. Cal tenir en compte que aquesta cerimònia té caràcter vinculant, sent imprescindible la presència dels corresponents membres associats i numeraris perquè la incorporació a la SCC sigui plenament vàlida.

El mateix dia, a les 21'00 hores, es farà el sopar anual de germanor de la SCC, a l'Hotel Espanya (Restaurant), C/. Sant Pau, 9-11, 08003 Barcelona, Telèfon 93 317 11 34. Els Tiquets del sopar podran ser adquirits directament, posant-se en contacte amb qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques 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>

Barcelona, 20 de setembre de 2004.

L. Fernández-Cruz
President

J. Sala Pedrós
Secretari



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 26 d'octubre de 2004

Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. **Presentació**
L. Fernández-Cruz
- 20:10h. **Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Lliurament dels altres Premis
J. Sala Pedrós
- 20:25h. **Lliurament del Premi Virgili al Dr. Josep Simó Deu**
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. David Sutherland
L. Fernández-Cruz
- 20:45h. Cloenda de l'acte

SOPAR DE CELEBRACIÓ

Hotel Espanya (C/. Sant Pau, 9-11, Barcelona)

21:00h. Sopar de germanor

PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES I DE FORMACIÓ CONTINUADA

Dilluns 15 de novembre de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

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

Navarro S.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant III (E)

Regressió logística (RL)

El model. La utilització de la RL

Com interpretar els resultats de l'ordinador

Com comunicar els resultats d'una RL

Lectura crítica dels articles que utilitzen RL

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària IV: Girona

Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona

Hospital de Figueres

Hospital de Palamós

Hospital Comarcal de la Selva de Blanes

Hospital de Campdevàno

Hospital de Sant Jaume d'Olot

(Comissió Organitzadora: Dr. Codina, Dr. López, Dr. Domingo, Dr. Quintanilla, Dr.

Sanmartí, Dr. Pericàs, Dr. Masvidal)

(Coordinador: Dr. Codina)

ACTUALITZACIONS

Incontinència fecal

Muñoz A. (Hospital Mútua de Terrassa)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Encreuament (*Switch*) duodenal en l'obesitat mòrbida

Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

Dilluns 13 de desembre de 2004

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

Síndrome compartimental abdominal

Navarro S.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Redacció d'una proposta d'assaig clínic (D):

Elements de la documentació

Aspectes formals

Aspectes pràctics

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VI: Barcelonès Nord i Maresme

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Hospital Municipal de Badalona

Consorci Sanitari de Mataró

Hospital de Sant Jaume de Calella

Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

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

(Coordinador: Dr. Sunyol)

ACTUALITZACIONS

Barems de risc quirúrgic

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Hemorroïdectomia

Puigdollers A. (Hospital de Mollet)

Dilluns 10 de gener de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

Nocions bàsiques d'oncogènesi. Genètica tumoral.

Capellà G.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Presentació dels resultats de la investigació (E):

Presentació oral

Pòster

Article científic

Representació gràfica dels resultats

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIa: Centre Sud (Vallès Occidental)

Corporació Sanitària Parc Taulí

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General de Catalunya de Sant Cugat

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

(Coordinador: Dr. Salvans)

ACTUALITZACIONS

Tractament de l'esòfag de Barrett

Pera M. (Hospital del Mar)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Paratiroidectomia subtotal

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

Dilluns 14 de febrer de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

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

Pla R.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Aspectes legals i ètics en els assaigs clínics

Legislació vigent a Espanya

Avaluació de la qualitat d'un assaig

Check-list d'avaluació d'assaigs

Llei de protecció de dades

Aspectes ètics

El document de consentiment informat

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIb: Barcelona Ciutat (Centre)

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital del Mar de Barcelona

Hospital de la Creu Roja de Barcelona

CIMA

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

(Coordinador: Dr. Trias)

CONFERÈNCIA:

Reclamacions contra els cirurgians: el punt de vista de Tirèsies.

Bofill J. (Cirurgia General i Perit d'Assegurances)

Dilluns 14 de març de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

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

Martínez-Ródenas F.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant IV (E):

Anàlisi de la supervivència (AS)

El model. La utilització de l'AS

Com interpretar els resultats de l'ordinador

Com comunicar els resultats d'una AS

Lectura crítica dels articles que utilitzen AS

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària Vb: Costa de Ponent Sud-oest

Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca

Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes

Hospital de Sant Boi del Llobregat

Hospital General d'Igualada

Hospital de Martorell

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

(Coordinador: Dr. Verge)

ACTUALITZACIONS

Monitoratge perioperatori del pacient cirròtic en cirurgia no hepàtica

Margarit C. (Hospital de la Vall d'Hebron)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Simpaticolisi toràctica superior

Moya J. (Hospital de Bellvitge)

Dilluns 11 d'abril de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

Principis bàsics del tractament del càncer amb radioteràpia i quimioteràpia.

Tabernero JM.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Estadística multivariant V (E):

Anàlisi discriminant (AD)

El model. La utilització de l'AD

Com interpretar els resultats de l'ordinador

Com comunicar els resultats d'una AD

Lectura crítica dels articles que utilitzen AD

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària Va: Costa de Ponent – Nord-est

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

Hospital de Viladecans

Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat

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

(Coordinador: Dr. Rafecas)

ACTUALITZACIONS

Profilaxi antibiòtica en cirurgia neta

Guirao X. (Hospital de Figueres)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Quist tiroglós

Marqués G. (Hospital del Parc Taulí)

Dilluns 16 de maig de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

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

Ortiz H.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Anàlisi i interpretació dels resultats dels assaigs clínics (D):

Significació estadística vs significació clínica

Interpretació de l'abast real dels resultats

Extrapolació a partir d'assaigs clínics

Extrapolació a partir d'experimentació animal

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

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

ALTHAIA – Xarxa Assistencial de Manresa

Hospital General de Vic

Hospital de Granollers

Policlínica del Vallès de Granollers

Hospital General de Mollet

Hospital de Sant Celoni

Hospital de Sant Bernabè de Berga

Hospital de Puigcerdà

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

(Coordinador: Dr. Badia)

Barcelona Ciutat Sud

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

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

(Coordinador: Dr. Fernández-Cruz)

ACTUALITZACIONS

Tiroïdectomia total vs. subtotal en la malaltia de Graves

Moreno P. (Hospital de Bellvitge)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Adrenalectomia endoscòpica

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

Dilluns 13 de juny de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

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

Sancho JJ.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Participació en assaigs multicèntrics (D):

Considerant una oferta de participació

Participació com a centre adherit

Coordinació d'assaigs multicèntrics

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària I: Lleida

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Hospital de Santa Maria de Lleida

Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida

Hospital del Pallars de Tremp

Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Espitau d'era Val d'Aran de Vielha

(Comissió Organitzadora: Dr. Pérez, Dr. Rodamilans, Dr. Greoles, Dr. Ullés, Dr. Criado, Dr. Beltran)

(Coordinador: Dr. Viñas)

Regió sanitària II-III: Tarragona i Tortosa

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

Pius Hospital de Valls

Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa

Hospital de Mora d'Ebre

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

(Coordinador: Dr. Caubet)

ACTUALITZACIONS

Radiofreqüència en el tractament de les metàstasis hepàtiques

Burdio F. (Hospital de Figueres)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Timectomia

Ponseti JM. (Hospital de la Vall d'Hebron)

Dilluns 11 de juliol de 2005

18 a 20 h. Sessió de Residents: SALA 3

FISIOPATOLOGIA

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Mètodes d'ajuda a la presa de decisions (E):

Sistemes experts

Guies clíniques

Algorismes computats

Sancho JJ. Hospital del Mar de Barcelona.

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIa: Barcelona Ciutat (Nord)

Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

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

(Coordinador: Dr. Margarit)

ACTUALITZACIONS

Pancreatitis aguda

Verge J. Hospital de Sant Camil

TÈCNICA QUIRÚRGICA

Esplenectomia laparoscòpica

Targarona E. Hospital de Sant Pau

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
Dilluns 15 de novembre de 2004	Sala 3 Planta S1	<u>Girona</u>	Hospital Universitari Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de la Selva de Blanes Hospital de Campdevàno Hospital de Sant Jaume d'Olot
Dilluns 13 de desembre de 2004	Sala 3 Planta S1	<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
Dilluns 10 de gener de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Centre</u> <u>(Vallès Occidental)</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
Dilluns 14 de febrer de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Barcelona Ciutat Central</u>	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital del Mar de Barcelona Hospital de la Creu Roja de Barcelona
Dilluns 14 de març de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Costa de Ponent</u> <u>Sud-oest</u>	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes Hospital de Sant Boi del Llobregat Hospital General d'Igualada Hospital de Martorell
Dilluns 11 d'abril de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Costa de Ponent</u> <u>Nord-est</u>	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat Hospital de Viladecans
Dilluns 16 de maig de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Barcelona Ciutat Sud</u> <u>Centre</u> <u>(Vallès Oriental, Osona,</u> <u>Bages, Berguedà, Cerdanya)</u>	Hospital Clínic de Barcelona Hospital del Sagrat Cor de Barcelona Centre Hospitalari de Manresa Hospital General de Manresa Hospital General de Vic Hospital de Granollers Policlínica del Vallès de Granollers Hospital General de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Bernabè de Berga Hospital de Puigcerdà
Dilluns 13 de juny de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Lleida</u> <u>Tarragona</u> <u>Tortosa</u>	Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Santa Maria de Lleida Hospital Quinta de Salut l'Aliança de Lleida Hospital del Pallars de Tremp Sant Hospital de la Seu d'Urgell Espitau d'era Val d'Aran de Vielha Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Pius Hospital de Valls Hospital Mare de Déu de la Cinta de Tortosa Hospital de Mora d'Ebre
Dilluns 11 de juliol de 2005	Sala 3 Planta S1	<u>Barcelona Ciutat Nord</u>	Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona Hospital de Sant Rafael de Barcelona

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2004

Barcelona, 26 d'octubre de 2004

BALANÇ D'UN ANY

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

Un altre curs ha estat ple d'esdeveniments de tot tipus que quedaran en la memòria de tots plegats, cadascú amb aquella part que ha viscut o que li ha quedat gravada i entre tots una pàl·lida aproximació a la realitat sempre més rica i més viva que el record.

Moments feliços, com els que vàrem viure a Terrassa, a principi de curs, quan es va celebrar el IV Congrés Català de Cirurgia que, amb la participació de tots es va convertir una vegada més en una mostra de la vitalitat de la cirurgia catalana en el seu conjunt.

Moments de lluita, com els que van acompanyar la redacció, l'aprovació i la difusió de l'opinió majoritària del col·lectiu de cirurgians catalans, mitjançant la publicació d'un manifest en el qual s'expressaven les inquietuds, els temors i, perquè no, les dificultats amb que es troben els cirurgians per exercir la seva tasca diària. Un intent d'aportar el punt de vista tècnic al debat social que, creiem, no ha estat rebut pels responsables administratius amb prou reconeixement. Però confiem que ho entendran i aniran perdent la por, poc a poc, deixant de considerar-nos un grupúscul que defensa interessos corporatistes per veure'ns com més aproximats a allò que volem ser: una entitat seriosa que, amb les seves opinions basades en el coneixement i l'experiència, més enllà de les legítimes concepcions polítiques, vol formar part de la gran xarxa social que constitueix avui en dia una democràcia avançada en la qual, la participació de les institucions de tota mena, li confereixen la força i el valor intrínsec més alt, en aportar al debat públic les claus per a una presa de decisions coherent amb el nivell de coneixements actuals.

Per tant, moments de reflexió, quan la incomprensió d'alguns representants socials pot induir a tergiversar les motivacions de les nostres anàlisis amb implicacions polítiques. Res més lluny de la nostra intenció que la defensa d'una tecnocràcia, ni molt menys d'una aristocràcia, encara que es vulgui entendre en el sentit etimològic de "govern dels millors". L'objectiu d'una societat científica no hauria de ser mai el poder (cap mena de "cràcia") però sí l'autoritat, en el seu sentit originari "d'autor", d'aquell que té el coneixement perquè el viu, el crea i el fa part de la realitat quan teixeix la trama de la vida de cada dia. Pensem que es bo escoltar als que en saben però sobretot als que fan les coses.

Moments de dolor com aquells en els quals ens adonem de la desaparició de referents culturals que, d'una manera o altra, han marcat la nostra vida, com la del Dr. Sala Patau. I no cal dir quan ens ha tocat molt de prop, com en la mort d'un membre de la Junta, el nostre estimat Lluís Masferrer, que ha marcat un final de curs impactant per a tots nosaltres; la ràbia, la impotència, el desencís, són només alguns dels sentiments que ens ha despertat la luctuosa pèrdua. Però també el coratge d'En Lluís, la seva lluita fins al darrer moment, no pot deixar d'estimular-nos a seguir endavant amb l'obra que tan dignament ell havia col·laborat a realitzar. Més enllà de la tristesa, ens resta l'estímul de no defallir, si més no, per honorar els seus esforços com es mereixen.

I amb la nostàlgia dels temps que no tornaran, moments de deixar constància de la història, de no oblidar les arrels que poden fer créixer un arbre més frondós. Cap a la consolidació d'aquest petit llibret commemoratiu anual, aquest any s'obre una secció a la qual tothom hi pot aportar la seva memòria particular, la seva visió d'uns fets passats que, d'alguna manera, són la base de la cirurgia en el nostre país. Com a primer col·laborador, extraordinari, ens sembla fonamental l'aportació del Dr. Albert Sueiras i Fechtenburg, cirurgià de la Vall d'Hebron que ha guardat pels que ens segueixin, els seus records d'un hospital emblemàtic d'una època i d'un canvi en la pràctica social de la cirurgia; fruit d'uns temps i d'un país en el qual la transformació de la quantitat en qualitat va permetre l'inici i consolidació de l'atenció pública en cirurgia, fins als nivells més avançats i extensos, en la denominada societat del benestar. Que ha portat altres problemes, però que seran els historiadors del futur qui puguin jutjar-los, des la distància, pot ser amb més objectivitat, encara que sense la grandesa d'haver-los viscut.

Accepteu doncs la bona voluntat d'un nou llibret commemoratiu, per qui el vulgui llegir, per qui el vulgui guardar, per qui el vulgui criticar, fins i tot per qui, amb el seu menyspreu li atorgui un sentit, negatiu si es vol, però no insensat.

Cordialment,

La Junta

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2004

A L'OMBRA DEL "NOBILI VIRO"

Dr. Josep Simó Deu

Sr. President de la Societat Catalana de Cirurgia.

Sr. President de la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Sres. i Srs. Benvolguts familiars i amics,

Voldria que les meves primeres paraules fossin per expressar, públicament i d'una manera molt sincera, als membres de la Societat Catalana de Cirurgia, personificada en el seu president: el Prof. Laureà Fernández-Cruz, el meu agraïment per la generositat i la gentilesa d'haver-me honrat amb el lliurament d'un guardó, tan preuat pels cirurgians catalans, com és el Premi Virgili. Honor que, crec amb tota franquesa, va més enllà dels meus propis mereixements, però que prenc de tot cor pel respecte i admiració que sento per tots els premiats que m'han precedit.

No cal dir que aquest és un dels moments més emotius de la meua vida i, per tant, voldria referir-me primer als meus pares qui, amb un gran esforç en els temps més difícils de la postguerra van aconseguir que jo pogués estudiar. Més tard, la meua esposa i els meus fills: Ricard, Betty i Marta, amb la seva capacitat de sacrificis i renúncies, han fet possible la meua dedicació a la Cirurgia.

Jo sempre he estimat la meua professió de Cirurgià, l'he exercida amb el respecte més gran i he tractat de dignificar-la amb dedicació i compromís. He ensenyat tot el que sabia i he ajudat tant com he pogut. He volgut ser, senzillament, un Cirurgià i, malgrat el perill d'extinció, un Cirurgià General, amb totes les limitacions i sempre en la mesura de les meves possibilitats.

La Cirurgia ha tingut a Catalunya una llarga història i una noble tradició. Des de l'edat mitjana i el renaixement, les associacions de cirurgians entronquen amb els gremis i confraries tan característiques de la societat burgesa, menestral i artesana del país. Però no va ser fins a mitjans del segle XVIII que va trobar el seu esplendor amb la figura d'En Pere Virgili que havia adquirit un legítim prestigi, primer com a cirurgià de l'Armada, després com a fundador del Reial Col·legi de Cirurgia de Cadis el 1748, més tard com a Cirurgià Reial a la cort del Rei Ferran VI, mort el 1759 i finalment, en ple regnat del seu germà Carles III, amb la creació del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, a l'any 1760, enfrontant-se amb a les disposicions que havien fet fora la Universitat de Barcelona per portar-la a Cervera, després del Decret de Nova Planta promulgat per Felip V.

És així com es va produir una total renovació en la formació del Cirurgià i, per tant, es pot dir que, des d'aquest període, la Cirurgia adquireix el rang professional i docte que ha mantingut fins ara.

Permetin-me que faci un repàs d'allò que ha estat la meua trajectòria vital i que m'ha portat fins aquí. Vaig néixer a Sabadell el 23 d'Octubre de 1935, és a dir un any abans de la Guerra Civil Espanyola. En acabar aquesta i degut a que el meu pare hi havia participat al costat dels que, honestament, van lluitar en defensa del Govern de la República legalment constituït, vàrem haver d'exiliar-nos a França; la meua mare i jo a un camp de refugiats a Poitiers, més tard ocupada per les forces del III Reich; el meu pare va conèixer les penyalitats dels camps de concentració de Sant Ciprien i Barcarés.

En tornar de l'exili vàrem sofrir totes les estretors, les misèries i les dificultats que va comportar la postguerra, especialment pels perdedors. Aquestes circumstàncies forjaren en mi una personalitat i un comportament davant la vida que, sense conèixer-les, seria difícil comprendre.

Malgrat tot, vaig estudiar el Batxillerat als Escolapis de Sabadell, en la foscor dels anys quaranta. Recordo encara la classe dels rics i les dels pobres, l'entrada a l'escola cantant el "Cara al Sol" i el res del Rosari al vespre abans de plegar. Tot això feia que tingues molta por i em sentís molt insegur. Pensava que no sabia estudiar i em va costar molt entrar a la Universitat però, malgrat tot, vaig aconseguir entrar a la Facultat de Medicina.

Allà hi vaig trobar la llibertat, la tolerància i la comprensió que necessitava. Tots els estudiants érem iguals. Tots plegats jugaven a futbol, sense cap tipus de distincions, sota el bust polsós d'En Pere Virgili – Nobili Viro - qui m'ho havia de dir, aleshores?

En aquell temps vaig conèixer la Conxita, la meua esposa i la veritat és que els meus estudis van formar part del projecte comú quan decidírem planificar les nostres vides.

Aquell primer any a la Facultat vaig establir contacte amb l'Anatomia que aleshores tenia molt mala fama entre els estudiants per la quantitat de suspensos que acumulava en els exàmens. A mi em va suscitar un interès autèntic. Malgrat ens feien estudiar en uns llibres de text fets pel propi catedràtic i que havies de comprar necessàriament, jo vaig decidir estudiar amb el Testut, llibre que havia traduït del francès, a principis del segle XX, un il·lustre sabadellenc: el Dr. Riera Villaret, catedràtic de Tècnica Anatòmica.

Em passava hores i hores, sense cap tipus d'esforç, copiant els dibuixos i memoritzant els noms anatòmics sense cap dificultat. Em sentia molt feliç. Compartia la lectura del Testut amb l'assistència a la sala de dissecció i a la d'autòpsies on passava llargues estones descobrint els secrets de l'estructura del cos humà. M'havia arribat a acostumar tant a l'olor del formol que la portava impregnada en els dits i la sentien fins i tot a casa sense que jo me n'adonés, però en el fons m'agradava perquè era un signe de la meua condició d'estudiant de Medicina.

Aquell any els exàmens de Juny van ser molt durs. Les preguntes molt difícils. Això va comportar un nombre de suspesos considerable. Jo no vaig tenir cap problema. Vaig aprovar i això em va retornar l'autoestima que m'havien fet perdre les humiliacions del batxillerat. Possiblement aquesta bona experiència va fer que sempre més m'agradés l'anatomia i la seva aplicació en l'Anatomia Quirúrgica.

Posteriorment vaig entrar com a alumne intern a Urgències on, primerament el Dr. Roman Julià pare i més tard el seu fill, em van guiar en els sempre difícils primers passos per la cirurgia. En aquells temps el Servei d'Urgències era dels més prestigiosos de l'Hospital Clínic. Dirigit pel Prof. Pere Piulachs, un home de un gran talent que tenia la personalitat d'un mestre. La capacitat de síntesi i la claredat dels seus conceptes quedaren en la memòria dels que vàrem tenir la sort d'ésser els seus deixebles. Recordo dues coses que ens va dir quan vàrem entrar com interns a Urgències: Actúin de manera que la gent digui de vostès que son cirurgians; tinguin present que la cirurgia és una professió que es comença tard però s'acaba aviat. Jo he tingut la sensació que sempre ho he tingut en compte.

Posteriorment vaig guanyar les oposicions de Metge Intern i vaig poder acabar la meva formació, no solament com a cirurgià si no també com a home, sota el mestratge del Dr. Joan Sánchez Lloret, avui Catedràtic de Cirurgia i un dels puntals més fermes de la Cirurgia Toràcica catalana, a més d'Ex President de la Societat Catalana de Cirurgia. En Joan és un enamorat de la seva professió, intel·ligent i amb un gran sentit del humor. Sentia un gran afecte pels seus malalts i ells l'adoraven. Amic dels seus amics, avui puc afirmar sense cap dubte que ha estat i és tot un Senyor.

El Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic era un veritable gresol en la formació de Cirurgians. Els "Metges de Guàrdia", màxims responsables dels equips quirúrgics, tenien un prestigi extraordinari i representaven pels aprenents de cirurgia una autèntica referència.

En el meu record, en aquell temps hi havia a Sabadell, com a responsables dels Equips Quirúrgics, cirurgians barcelonins de renom i de prestigi: Prim, Balius, Hederich, Giménez-Salinas, López-Gibert, Sitges Creus... impartien el seu mestratge a un estol de cirurgians joves que veiem en ells la possibilitat d'aprendre les tècniques de la cirurgia més capdavanteres en aquells dies.

Però el meu mestre veritable, aquell que va influir més en mi i va marcar-me el camí que havia de seguir, segons les meves aptituds i preferències, fou, sense cap mena de dubte, el Dr. Antoni Sitges Creus, un cirurgià que va saber integrar la tècnica amb el coneixement.

Fruit de la seva manera de ser, En Sitges va esdevenir un excel·lent tècnic i alhora un estudiós incansable. Va representar, en aquest sentit, un model a seguir pels cirurgians novells, desitjosos d'incorporar l'elegància de la tècnica ben realitzada; era reconeguda la seva competència i expertesa en la cirurgia de l'esòfag i del còlon. Al mateix temps va ser un pioner a Catalunya en remarcar la rellevància de la fisiopatologia quirúrgica per tal d'establir bé les indicacions operatòries i, sobretot, per portar amb autoritat el curs postoperatori, especialment quan es complicava. Estava convençut que la persona més adient per portar un postoperatori enrevessat era, sens dubte, el cirurgià, amb totes les conseqüències. La seva constant preocupació per oferir als seus malalts les màximes garanties de recuperació postoperatoria el van portar a introduir en el nostre país la nutrició parenteral.

En Sitges mai amagava els fracassos. Enfrontava els errors amb una gran dignitat. Transcripció, del discurs llegit en el seu ingrés com a acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona: "...Durant molt de temps els cirurgians hem adoptat actituds totalment equivocades enfront de les nostres pròpies complicacions, però, independentment d'aquestes actituds, els cirurgians hem estat força temps equivocats sobre el paper i la importància dels errors en el procés d'aprenentatge". Tota una lliçó d'humilitat però també de coneixement del pensament i de la metodologia científica actuals.

Durant la seva estada a la Residència Prínceps d'Espanya de Bellvitge, com a Cap de Departament de Cirurgia, va entendre, des del primer moment, que l'assistència de qualitat, en un hospital terciari, passa per la superespecialització dels cirurgians en àrees en les quals és imprescindible tenir força experiència per obtenir uns bons resultats. Aquesta agosarada proposta va portar el prestigi del qual va gaudir el seu Servei de Cirurgia. Una mostra culminant del nivell de competència assolit va ser la realització del primer trasplantament hepàtic de l'Estat Espanyol. Aquests són, per mi, els trets diferencials que col·loquen la figura del Dr. Antoni Sitges Creus en un lloc de privilegi en el marc de la Cirurgia Catalana de la dècada dels 70's.

Sitges, coneixedor de la meua il·lusió per la Cirurgia de Cap i Coll, m'havia recomanat anar a Liverpool amb el Prof. Philippe Stell que aleshores, a l'any 1975, era responsable de l'únic centre a Europa que efectuava aquesta Cirurgia d'una manera global, des de la cavitat oral a la laringe i de les glàndules salivals a la tiroide i paratiroides.

Prèviament, a l'any 1968, En Ramon Espasa, que pel seu compromís polític ja tenia problemes amb la policia del règim, En Manel Maños, En Guillem Raspall i jo mateix, assistirem a Montpeller al Curs Superior d'Anatomia Quirúrgica del Coll i de les glàndules salivals, dirigit pel Prof. Yves Guerrier. Les pràctiques de dissecció les fèiem al laboratori d'Anatomia del Prof. Rabischong, en cadàvers molt ben conservats, procedents del Vietnam. Vaig aprendre a contemplar de prop tots els elements anatòmics del coll i així vaig deixar enrere la por per assolir-ne el respecte per sempre més.

Recordo que entre els professors invitats, va fer una demostració del buidatge ganglionar funcional cervical el Prof. Ettore Bocca, Professor de ORL de la Universitat de Ferrara, presentant la tècnica. Tothom va quedar bocabadat de la seva elegància, de la seva seguretat, dels seus coneixements i de la seva habilitat en la preservació del nervi espinal.

Al cap de poc temps, En Manel Maños era Professor Titular i Cap del Servei de ORL de L'Hospital Prínceps d'Espanya, En Guillem Raspall era Professor Titular de Cirurgia Maxil·lofacial de l'Hospital Universitari de la Vall d'Hebron i En Ramon Espasa esdevenia Conseller de Sanitat del Govern de la Generalitat presidit per En Josep Terradelles.

Per la meua part, a la tornada de Liverpool, el 1975, vaig tenir l'oportunitat de retrobar-me amb Sabadell. Eren els darrers anys del franquisme, a Catalunya no hi havia ni democràcia ni autonomia i als hospitals dits "comarcals" tot estava per fer i encara semblava que tot era possible. S'havia iniciat un període en el qual cirurgians molt qualificats, que s'havien format a Barcelona, es desplaçaren a les comarques estenent els seus coneixements i habilitats arreu del territori; alguns d'ells, nascuts a les comarques, després d'un període formatiu, tornaren a les seves ciutats d'origen. Així es va passar a una nova situació en la qual van aparèixer nuclis de joves cirurgians, agrupats a l'entorn d'un cirurgià docent que els liderava i els va anar formant progressivament.

Va ser l'època de la recuperació de l'autonomia quan es va produir el desplegament del mapa sanitari de Catalunya del qual els hospitals comarcals en foren una peça clau. En aquest context, vaig tenir la sort de liderar un dels grups capdavaners de la nova era.

Un estol de cirurgians amb una gran il·lusió per aprendre, em va ajudar, amb el seu entusiasme i la seva dedicació, a consolidar l'embrió d'allò que, més tard, esdevindria el Servei de Cirurgia de la Corporació Sanitària del Parc Taulí. La llavor d'una manera d'entendre la cirurgia, sorgida d'aquells anys, ha fructificat després en la manera de ser de molts cirurgians escampats per molts hospitals de Catalunya que, havent format part d'aquell servei, l'han transmès també als seus nous col·laboradors, honorant-me amb el seu reconeixement. Un d'ells, En Joan Sala, amb qui ens unia ja l'amistat dels nostres respectius pares que ens plau de continuar, ha estat un referent, entre molts d'altres, dels lligams que es creen entre el mestre i el deixeble quan es comparteixen els projectes i les inquietuds.

En aquests temps vaig tenir l'ajuda inestimable de N'Antoni Sitges Serra, actualment catedràtic de cirurgia, que ens va ensinistrar, mitjançant sessions clíniques setmanals, a moure'ns en el món de la recerca.

Sempre he pensat que aquest fou el moment estel·lar de la meua vida, en la pràctica i en la docència de la Cirurgia, de manera que voldria compartir aquest guardó tan preuat amb tots aquells que han representat els fonaments d'una escola de cirurgia basada en el rigor, el coneixement i la passió pel treball ben fet, procurant no deixar cap detall a la improvisació, des del coneixement anatómic exhaustiu, passant per una tècnica acurada fins a la previsió de les complicacions possibles i de la manera de fer-hi front quan, malgrat tot, es presenten. Tots junts, modestament, hem aconseguit estendre una manera científica, acadèmica i confio que sàvia, de treballar a tot el territori, a través de la creació dels nous serveis de cirurgia dels hospitals comarcals de Catalunya.

Els primers anys van ser molt difícils en haver de compaginar la feina de cirurgia amb les tasques que comportava la gestió. L'esforç que havia d'esmerçar en dirigir, d'una manera eficient, el Servei de Cirurgia, suposava dedicar una bona part del temps a tasques de Gestió que, per altra banda, no ens foren ensenyades ni era fàcil adquirir-les posteriorment. Quan aquesta dedicació va suposar allunyar-me d'allò que sempre m'havia agradat - la professió de cirurgia - la situació va esdevenir boirosa, amb perill de caure en la incompetència. Havia d'escollir i vaig optar per tornar a la meua autèntica vocació, centrant-me en allò que més em motivava i em feia sentir il·lusionat. Així vaig endegar una especial dedicació a la Cirurgia de Cap i Coll, des de l'òptica d'un cirurgia general i en el context d'un hospital comarcal que s'estava convertint en un Hospital General Universitari.

Si vaig triar aquesta cirurgia, és perquè es basa, fonamentalment, en el coneixement de l'anatomia quirúrgica i si bé és cert que es tracta d'una àrea molt complexa i amb nombrosos elements anatómics a tenir en compte, s'ha de reconèixer que estan sempre al mateix lloc i no plantegen problemes quan es coneixen bé. Al coll, com a la muntanya, una altra de les meves passions, està ple de montjoies que, quan se sap on són, marquen el camí a seguir de manera que no et perds per viaranyos enganyosos. L'avantatge en cirurgia és que no tan sols les pots veure si no que les pots tocar. La palpació de l'apòfisi estiloides per localitzar el nervi facial et dona una autèntica sensació de tranquil·litat i de joia comparable a la sensació de trobar la carena quan has perdut el camí per la boira.

Per altra banda la formació i la perspectiva d'un cirurgia general permet enfrontar situacions que es troben en el llinar de les especialitats legalment establertes i que sovint generen conflictes de competència, fent que minvi l'experiència de la globalitat i que els resultats s'empobreixin. Si bé necessària per poder tenir una casuística suficient, l'especialització va representar, a vegades, l'aparició d'uns límits no sempre clars, que sovint se sobreposaven, o deixaven terres de ningú entre les diferents disciplines.

A tall d'exemple: Qui havia d'enfrontar la cirurgia d'un càncer d'hipofaringe que comportava, per al seu tractament, una faringolaringoesofagectomia total amb buidatge ganglionar cervical seguida d'una anastomosi esofagogastrica transtoràcica.?: L'ORL? El cirurgia digestiu? El cirurgia toràcic? El cirurgia plàstic? El cirurgia general? La resposta no era senzilla. Va ser Hayes Martin, aleshores Cap de Cirurgia al Memorial Hospital de New York, durant la II Guerra Mundial qui va aportar solucions a aquests problemes, establint les regles d'una cirurgia integrada que conflüïa en l'àrea cervicofacial i passaria a constituir el camp de la cirurgia de cap i coll.

Hayes Martin, va saber aprofitar l'experiència en les operacions de rescat de malalts tractats amb radioteràpia per tumors de la llengua i del sòl de la boca i, amb l'ajuda de la millora de l'anestèsia, la possibilitat de les transfusions i l'aparició dels antibiòtics, va poder tornar a la cirurgia el paper que havia perdut davant la Radioteràpia en el tractament dels tumors de cap i coll. Això li va costar un gran enfrontament amb el Dr. James Ewing, aleshores Cap de Patologia, que, malgrat ser patòleg, participava en la majoria de decisions clíniques dels pacients.

Fruit del convenciment que una exèresi àmplia del tumor millorava els resultats, va dissenyar, pel tractament del càncer de llengua que envaïa la mandíbula, la glosopelvimandibulectomia amb buidatge ganglionar cervical, operació anomenada *Commando* en honor dels soldats canadencs i britànics que van morir a les platges de Dieppe en un *raid* terra-mar el 19 d'agost de 1942, on malgrat la desfeta, aquest acte va servir d'experiència per, dos anys més tard, preparar el desembarcament aliat a Normandia que marcaria la fi del malson del nazisme.

Poc després, Hayes Martin va publicar dos treballs: *Cancer of the Head and Neck* (1948) i *Neck Dissection* (1951) que el consolidaren com un veritable líder i mestre en les afeccions de cap i coll, convertint el seu Servei de Cirurgia en un autèntic lloc de pelegrinatge dels cirurgians interessats en aquests problemes. El seu llibre *Surgery of the Head and Neck Tumors* fou publicat el mateix any que es va jubilar, quan tenia 65 anys. Els seus biògrafs comenten amb ironia que, havent tardat tota la seva vida per escriure el seu llibre, només esmerçava un minut per identificar el nervi facial, després d'aixecar els penjalls cutanis, en la parotidectomia. Tota una lliçó per als residents d'avui en dia.

Els agraeixo que m'hagin permès aquesta disgregació però crec que no s'han de deixar passar les ocasions de recordar fets històrics ni d'honorar aquells esdeveniments i aquelles persones que, com Hayes Martin, sens dubte ho mereixen.

Tornant al meu pas per la Cirurgia de Cap i Coll, vaig tenir el privilegi de dirigir el programa d'aquesta disciplina a l'Hospital de Sabadell i, per aquest motiu, vaig poder-me relacionar amb altres cirurgians de casa nostra amb els mateixos interessos. De tots ells, vull recordar especialment al Dr. Lluís Tuca, Cap de Cirurgia Oncològica de l'Hospital de Sant Pau, ànima i president, durant molts anys, de la *Sociedad Española de Cirujanos de Cabeza y Cuello*, que em va honorar amb el seu mestratge i la seva amistat. Gràcies a ell vaig poder col·laborar en les tasques encomanades per la *Sociedad* fins poder organitzar, a l'any 1996, el *XX International Symposium of Head&Neck Surgery*, a la meua ciutat natal: Sabadell. Posteriorment vaig assolir la presidència de la *Sociedad*, del 1997 fins al 1999. Un bon moment perquè, després de quaranta anys als quiròfans, em pogués jubilar del treball quirúrgic actiu, aprofitant l'excusa que en el seu moment havia donat un insigne *Dean* de Canterbury: "Renuncio no perquè amb l'edat hagi disminuït el meu discerniment si no perquè ha minvat la meua paciència".

També amb la tranquil·litat de no deixar un espai buit. Al fer-me càrrec de la Unitat de Cirurgia de Cap i Coll vaig tenir al costat al Dr. Gabriel Marquès a qui vaig transmetre tot el que sabia, podent gaudir de la seva sincera amistat amb un intercanvi de coneixements recíprocs que em van ajudar molt a l'hora de prendre decisions al quiròfan, tenint en compte la seva capacitat per unir un notable pensament lògic a un gran pragmatisme. Dotat d'una gran habilitat, domina l'anatomia i la tècnica quirúrgica fins al punt de poder afirmar, sense cap mena de dubte, que per a ell el coll no te secrets. He cregut sempre que el millor que li pot succeir a un mestre es veure's superat pel seu deixeble i això en Gabriel Marquès ho ha fet amb escreix. Avui en dia, seguin els meus passos, és Responsable de la Unitat de Cirurgia de Cap i Coll de l'Hospital del Parc Taulí de Sabadell i això em posa en pau amb la meua ciutat.

Finalment vull expressar també la meua satisfacció perquè el meu fill Ricard, actualment *Consultant* al *Department of Head and Neck Surgery* del *Guy's Hospital* de la Universitat de Londres, un dels més prestigiosos hospitals d'Anglaterra, ha sabut fer rentable l'esforç que durant 10 anys ha hagut d'esmerçar fins arribar a assolir l'objectiu, no tan sols de fer content al seu pare, cosa que li he d'agrair profundament, si no també de trobar el camí que dóna sentit a la seva vida tant des del punt de vista professional com familiar.

Com marcava el paradigma d'un bon cirurgià vocacional, any darrera any, al llarg de la meua carrera professional, he anat assumint reptes cada vegada més difícils, especialment en el camp que m'és més proper, el de la cirurgia de cap i coll. Hem aconseguit superar intervencions de gran complexitat i risc però també, precisament pel sentit de la pròpia tasca, hem viscut el moment de preguntar-nos quin és el límit. La resposta, com passa sovint, ha sorgit del sentit comú. No és important assolir els extrems de les possibilitats tècniques si no la utilitat dels procediments efectuats.

Quan una intervenció resulta poc o gens útil per millorar la supervivència o encara més la qualitat de vida dels pacients, o fins i tot es converteix en perniciosa, no te sentit mantenir virtuosismes inútils. Carlos Suárez, cirurgià i catedràtic d'ORL a la Universitat d'Oviedo, director del *Instituto Oncológico del Principado de Asturias*, en el seu discurs d'entrada a l'*Academia de Medicina de Asturias*, establia que la cirurgia havia deixat de ser primordial en el tractament dels tumors de cap i coll. Això no significa, però, que no continuï sent necessària o que no tingui encara un important paper a jugar en el camp de la terapèutica. De ben segur, els coneixements acumulats serviran perquè els nous cirurgians puguin col·laborar a establir quin ha de ser el seu valor concret en el futur. Hem tingut la sort que en la nostra època la cirurgia hagi estat primordial i ens sentim satisfets d'haver-hi pogut col·laborar.

La resposta als pacients que ens han demanat ajuda i la modesta participació en el seu tractament són l'autèntic premi a la trajectòria d'un cirurgià. Si, a més, a través meu, avui premien vostès: la passió per la cirurgia, l'amor a la ciència i al coneixement útil i l'esperit de servei als demés, ho rebo amb timidesa i amb joia, en l'esperança que els valors que han guiat la meua vida mantinguin encesa la flama de l'esperit del cirurgià en les generacions a venir.

Moltes gràcies per la seva atenció.

Josep Simó Deu

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2004

EVOLUTION OF BETA-CELL REPLACEMENT THERAPY FOR INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

By David E.R. Sutherland, M.D., Ph.D.

Several million people world-wide have diabetes mellitus from a deficiency of insulin-producing beta cells within the pancreatic islets of Langerhans. Insulin is necessary for carbohydrate metabolism; in its absence there is progressive hyperglycemia, ketoacidosis and death. Exogenous insulin administration can restore carbohydrate metabolism sufficiently to sustain life, but no method of delivery can mimic the minute-to-minute response of the beta cells which turn on when the blood sugar goes up from eating and to turn off when the blood sugar is in the normal target range. With exogenous insulin, no matter how delivered, diabetic patients are never constantly euglycemic; some oscillate between the extremes of hyper- and hypo-glycemia, and nearly a third go on to develop secondary complications, particularly retinopathy, neuropathy and nephropathy. A patient's risk of experiencing these complications increases as his or her total lifetime exposure to elevated blood glucose levels increases.

The Diabetes Control and Complications Trial, a clinical study conducted from 1983 to 1993 by the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), showed that with intensive insulin treatment—adjusting insulin dose several times daily according to blood glucose levels—the average blood sugar level could be kept closer to normal and reduce the incidence of secondary complications. However, the intensive treatment regimen is difficult to sustain, it increases the patient's burden of diabetes management, and is accompanied by more frequent episodes of severe hypoglycemia.

Currently, the only way to establish normal blood glucose levels in type 1 diabetics, without the risk of hypoglycemia, is to transplant allogenic beta cells, the ultimate insulin production and delivery machine, with a built in glucose sensor to perfectly adjust the amount released. Beta-cell transplantation can be accomplished either by the major surgery of an immediately-vascularized whole or segmental pancreas graft, or by the minimally invasive technique of free-grafting of isolated pancreatic islets to sites where they will become neo-vascularized.

Successful clinical pancreas and islet transplantation is less than 40 years old. The history of attempts at beta-cell replacement, however, goes back to the end of the 19th century, shortly after von Mering and Minkowski showed that pancreatectomy caused diabetes in dogs. A little more than two decades later Banting and Best extracted insulin from pancreases for exogenous delivery to diabetic patients, preventing early death from dysmetabolism, and ushering in the age of modern medicine. The fact that diabetic patients could now be kept alive for years was a fantastic change, but only a half treatment; hence, the dream for beta-cell replacement. Now that the dream is a reality, but dependent on immunosuppression to prevent rejection with either technique (pancreas or islet transplantation), the question is what subset of diabetic patients are candidates. Even today, nearly four decades after the first pancreas transplant, the majority are done in diabetics with renal insufficiency who are or will be obligated to immunosuppression for a kidney transplant. Transplantation in non-uremic patients has largely been limited to those who have extremely labile diabetes with frequent episodes of hypoglycemia from exogenous insulin in spite of state of the art delivery and monitoring.

The history and current status of beta cell replacement by the two techniques is summarized in the following sections. During this period several other advances were made in the understanding of the pathogenesis of diabetes, including the discovery that in Type 1 diabetes the destruction of beta-cells in the native pancreas is from autoimmunity, a fact that must be taken into account for in pancreas transplantation as highlighted by the authors personal experience with recurrence of disease (not rejection) in segmental pancreas transplants from non-diabetic identical twins to their diabetic twin counterparts.

Pancreas transplantation

The first clinical pancreas transplant was performed in 1966 at the University of Minnesota by Drs. William Kelly and Richard Lillehei, simultaneous with a kidney transplant to a uremic diabetic. Lillehei went on to do 13 more cases up to 1973, and during that period a few other centers also did a small number of cases with only a few successes. In 1974 the first clinical islet transplant was done, also at the University of Minnesota, by the author with his mentor, Dr. John Najarian. Again, the success rate was low, and in 1978, after much laboratory work, pancreas transplants were resumed at the University of Minnesota under the direction of the author and by 2004 nearly 2000 had been done at this single institution, nearly 10% of the world's total.

Meanwhile, work on islet transplants continued, at Minnesota and elsewhere, with the objective of achieving clinical beta-cell replacement by minimally invasive surgery. Advances in islet transplantation were made more slowly than with pancreas transplantation, and the introduction of bladder-drainage by Sollinger and cyclosporine for immunosuppression by Calne in the early 1980s, refinement of the techniques and protocols at several centers, including the resurrection of the Lillehei enteric drainage technique, made the field dynamic, exciting and successful.

By 2004 more than 21,000 patients worldwide had received pancreas transplants. Patient and pancreas graft (insulin-independence) survival rates for the past decade have been over 95% and 80%, respectively, whether done with (the largest group, simultaneous pancreas and kidney transplant category, SPK), subsequent to (pancreas after kidney category, PAK), or without a kidney transplant (pancreas alone category, PTA).

Although SPK transplants still comprise the majority of the cases, there is a trend toward performing more PAK transplants as more living-donor kidney transplants are done to preempt the need for dialysis in diabetics with nephropathy. In addition, more PTA transplants are being performed for patients with diabetes who do not have advanced nephropathy but who have such difficulty managing their diabetes that immunosuppression is justified.

In addition to insulin independence, pancreas transplant patients have experienced prevention and reversal of secondary complications, improved quality of life, lengthened life span, and reduction of health care costs per quality-adjusted life year. A pancreas transplant can save the life of patients with labile diabetes or hypoglycemia unawareness.

A few cases of pancreas transplantation have been done to correct both exocrine and endocrine deficiency, using the enteric drainage technique, including over 20 at the University of Minnesota. This is the only situation where pancreas transplantation is desirable over islet transplantation. We always want minimally invasive surgery if the outcomes are as good and the technique is efficient, but unfortunately that has not been the case, although with proper donor and recipient selection and improvements in isolation techniques good results can now be obtained, as summarized in the following section.

Islet transplantation

The first islet transplant was performed in 1974, when the islets from a cadaver-donor pancreas were infused into a diabetic patient who had previously had a kidney transplant. Since then, more than 700 islet allotransplants have been performed. Islet transplant is far less invasive than a pancreas transplant; it requires only a local anesthetic and takes about 60 minutes. The islets are injected into the liver, where they secrete insulin directly into the circulatory system to control blood sugars.

Between 1974 and the early 1990s, insulin-independence was difficult to achieve by islet allotransplantation in patients who had Type 1 diabetes, but islet autografts, when the yield was moderately high, were successful in patients who underwent total pancreatectomy to treat chronic pancreatitis, the latter first done at the University of Minnesota in 1977. Although a few examples of insulin-independence after islet allotransplantation were reported in the early 1990s, islet allo-transplants became markedly more successful beginning in the late 1990s by increasing the number of islets transplanted (by use of multiple donors, i.e, retransplants after the first transplant reduced exogenous insulin-requirements, and by reducing the diabetogenic side effects of immunosuppression by drug selection and dosing, an approach highlighted by a series of cases from the University of Alberta.

New generations of immunosuppressive medications obviated the need for prednisone and allowed calcineurin inhibitors to be used in low, nondiabetogenic doses.

Recent islet transplant trials have achieved improved results, especially at the Universities of Alberta, Miami Geneva, Milan and Minnesota, but at other centers as well. Except at the University of Minnesota, most patients have required islets isolated from two or more donor pancreases to achieve insulin independence. At the University of Minnesota we have been able to eliminate the need for insulin in most recipients with a single donor by careful selection of large donors for low insulin-requiring recipients and by an isolation process that preserves islet viability to the utmost.

Two islet transplant trials were recently performed at the University of Minnesota, with patients who had Type 1 diabetes and who experienced hypoglycemia unawareness. Twelve of 14 patients achieved insulin independence after receiving islets from one cadaver donor pancreas each. After transplant, patients had excellent glycemia control, as shown by elimination of severe hypoglycemia post transplant, normal HbA1c levels, and normal oral glucose-tolerance test results.

The University of Minnesota's high success rate using a single donor pancreas is due to a number of factors. First, by using the two-layer pancreas preservation method, we were able to increase the number of islets isolated from the pancreas and preserve the ability of these islets to reverse diabetes. The two-layer pancreas preservation method involves sandwiching the pancreas between a top layer (which contains a cold preservation solution) and a bottom layer (which contains fluorocarbons that have been saturated with oxygen). This method delivers more nourishing oxygen to the pancreas than the cold preservation layer alone can. Second, during the peritransplant period, we targeted autoreactive T cells with anti-CD3 antibodies or polyclonal T-cell antibodies, which inhibit activated autoreactive T cells. Last, we cultured the islets pretransplant so that T-cell-directed immunosuppression was achieved in the patient well before islet infusion. This step is critical because it likely reduces islet-directed immune responses mediated by autoreactive, primed T cells to which the intravascularly transplanted islets are immediately exposed. Pretransplant culture allows for quality control studies to be performed before infusion and improves the metabolic efficacy of cultured islets. Delaying transplantation until two days after the patient starts therapy with T-cell-depleting antibodies prevents the transplanted islets from being exposed to the cytokine release associated with the first two antibody infusions.

By revising islet transplant protocols to include these advances, we have been able to achieve outcomes in islet transplant patients that are consistent with the outcomes experienced by pancreas transplant patients. Additional improvements in islet transplant outcomes are expected, as unique glucocorticoid- and calcineurin inhibitor-free, nondiabetogenic immunosuppressive regimens have proved safe and effective in relevant preclinical models.

We can expect to see licensure of isolated human islets as biologic products in the foreseeable future as human islet processing techniques are demonstrated to be controlled and consistent, as islet product potency assays illustrate the predictability of post-transplant islet function, and as substantial evidence is provided of the clinical safety and efficacy of islet transplantation. This licensure will help secure third-party reimbursement, which will provide strong incentive to maximize donor pancreas use. In addition, islet transplants will become more available as pancreas preservation techniques are further improved; as regional islet processing centers are created; and as donor pancreas allocation methods, logistics, and technical impediments are overcome.

Treatment considerations

Currently, patients who have either a pancreas transplant or an islet transplant must take immunosuppressive drugs to prevent rejection. Protocols designed to induce immunologic tolerance specific to the donor are underway with islet transplant patients. In the future, immunotherapy will be tailored to the specific needs of the individual transplant patient.

Although a transition from pancreas to islet transplantation may occur over the next few years, pancreas transplantation will always be the better option for certain types of patients. For example, patients with high insulin requirements before transplant would be best served by a pancreas transplant. Diabetic patients with exocrine deficiency would continue to benefit most from an enteric drainage pancreas transplant. And patients who are insulin resistant (Type 2 diabetics) or who have very high insulin requirements may need a pancreas transplant in order to obtain enough islets to restore insulin independence from a single donor.

Beta-cell replacement therapy will have a great impact on tissue availability. Of the 6,000 cadaver donors available each year in the USA, only half have pancreases suitable for transplantation. Assuming that each cadaver pancreas could be split for use in two recipients and that living donors would be used for segmental pancreas transplantation to the extent they have been used for kidney transplants, up to 12,000 pancreas transplants could be performed annually in the U.S. The potential exists to transplant at a rate approaching half of the annual incidence of new-onset cases of Type 1 diabetes (30,000 a year) in the U.S.

Although the procedural and immunosuppressive risks now associated with islet transplants will continue to diminish and the efficacy of islet transplant protocols will continue to improve, islet transplants will not be the ultimate approach to diabetes care. However, islet transplants will create and build momentum for the development of xenogeneic and stem/precursor cell-derived islet Beta-cell therapy, which will make cell replacement therapy routine in diabetes-care.

Every transplant center should perform pancreas transplantation, and eventually islet transplantation, for treating patients who have diabetes. Every endocrinologist should consider Beta-cell replacement in treating patients with Type 1 diabetes who have hypoglycemia-associated autonomic failure or progressive microvascular complications.

Continued clinical research on pancreas and islet transplants is needed to identify the most appropriate patients for transplant, the best time to perform a transplant, and the most suitable donor tissue and transplant protocol for a given patient. Health care providers and third-party payers will support Beta-cell replacement therapy more enthusiastically as prospective, adequately powered clinical trials comparing intensive insulin therapy and Beta-cell transplants earlier in the course of diabetes document superior outcomes in cost-adjusted quality of life. The results of these clinical trials could provide a strong rationale for evidence-based stratification to islet-cell replacement in at-risk patients with incapacitating hypoglycemia or incipient secondary complications.

David E.R. Sutherland, M.D., Ph.D.,

is Professor and Head of the Division of Transplantation, Director of the Diabetes Institute for Immunology and Transplantation, and holder of the Golf Classic “fore” Diabetes Research Chair in the Department of Surgery at the University of Minnesota, Minneapolis.

He is grateful for the privilege to work in a field that has entailed international collaboration with so many with similar aspirations, leading to life long friendships.

GENERAL SURGERY AS EDUCATION NOT AS SPECIALIZATION

Laureano Fernández-Cruz, MD; FRCS (Ed)

The topic I have chosen for the Presidential Address is controversial. I will present my point of view on the subject, which does not necessarily reflect the opinions of the other members of the Association.

General Surgery “in crisis” has been an increasingly repeated topic of discussion but not many solutions to this discussion has been offered. There is no doubt, however, that general surgery should continue to be used as an effective coordinator of undergraduate surgical teaching, notwithstanding departmental fragmentation. Over the years, general surgery has been providing core surgical training for many specialties residents. Snow¹ has outlined this by saying: “The specialties of surgery, other than general surgery, continue to depend upon the discipline and specialty of general surgery for education, research and clinical practice”. Therefore, the discipline of general surgery has remained as the unifying force in surgery. On this same line, C.H. Organ² defined general surgery as the “gatekeepers” for surgical education, research and patient care.

Despite these eloquent declarations, general surgery has been losing its appeal as a career choice for students and residents alike, and, moreover, it has been scrutinized by its non-surgical colleagues and the public in general. In the USA, general surgery had its peak level of interest in 1981 when 12.1% of senior medical students selected general surgery as the first choice of specialty³. In 1989, the interest level dropped to 10%, then down to 8% the following year and to a low of 6.1% in the 2001 match program. Questionnaires were handed out to the students asking them to make a list of factors that were influential to their decision making process³. In the 1990’s, students ranked the “type of patient problems encountered” as having the greatest influence in their decision of the specialty they wished to pursue. The second most influential factor was of the following: “clerkship” in the area, intellectual content of the specialty and “challenging diagnostic problems”. The third most influential factor was “example of a physician to the specialty” which was interpreted to be the “role model” that the student identified to. In the data extracted from the 1978-2001 medical student graduate questionnaire, all medical schools reported a large percentage of students (38.8 % - 57.8%), who were initially attracted to the specialty of general surgery, later had changed their minds due to the following *lifestyle issues*⁴ reasons: unpredictable work hours, demands on time and effort, amount of stress, type of patient problems encountered, and the length of the residency program. In an analysis of contemporary trends in student selection of medical specialties by Bland and Isaacs⁵, it was confirmed that perceived threats to lifestyle remained an important factor influencing the career choice of medical students.

These issues may be among the most important since half of the medical students today are women, and lifestyle in a surgical program has been viewed as “especially difficult to combine with family life”. Program directors must address these issues in an attempt to attract top students. The surgery clerkship experience is also a major factor for students when deciding on a specialty. Polk⁶ has observed a 30% decrease in required clerkship experience in medical schools and students’ exposure to surgical sciences due to the shortening of requisite surgical rotations. In a recent Presidential Address, “Surgery, a Noble Profession in a Changing World”, by H. Debas,⁷ concluded that unless these trends are reversed (not only the declining number of students applying for surgical training, but also in the declining quality of training for those who do apply), “general surgery as specialty is threatened, and a future shortage of general surgeons is inevitable”.

In addition, in America, the results of 2001 general surgery national residency match program revealed an entirely unprecedented 7% unfilled first-year general surgery training positions⁸. In an analysis⁹ of the data from the Canadian Residency Matching Service, the number of applicants choosing general surgery as their first-choice was observed to be 5.68% in 1996 and dropping to 4.25% by 2001. There are no official figures in Europe, but there is an overall consensus that general surgery is now becoming one of the least competitive surgical specialties. Another crucial deterrent, in the pursuit of a career in general surgery, may be the length of training period (5 or 6 years residency programs). Furthermore, quite often, there maybe subsequent extensions to their training programs. It could be said that, in light of the current situation, general surgery has probably lost its personality as specialty.

Challenging times for General Surgeons

Recently, Claude Organ² solicited opinions from the presidents of major regional American surgical societies on the role of general surgery during the past 10 years. They were requested to answer the following 5 questions. Question 1) Do our non-surgical colleagues, patients, medical students, or general surgeons believe we are specialists? Answers): There was a recurrent element of denial: 80% of our non-surgical colleagues considered general surgery a specialty, 70% of patients considered general surgeons as specialists, and only 85% of medical students and general surgeons themselves believed they were specialists. Question 2) List some reasons for the declining image of general surgery. Answers): Among the suggestions given, the following responses were chosen: a declining involvement in the medical school curriculum; the image as being a non-cognitive discipline; the specialty is too diffuse and not clearly defined; the term, general, often makes us a dumping ground. Question 3) Why do general surgeons lack pride in their specialty? Answers): Among the responses: increased referrals to other specialties; often, poor training; a feeling that they are not specialists. Question 4) List ways in which the image/pride of the general surgeon can be improved. Answers): Among other suggestions, here are some examples: expand the scope of practice; improve training; change the name; do not change the name; I doubt that it can be improved. Question 5) If you believe a name change is needed, please list your suggestions. Answers): The name is fine; add a specific area of concentration behind general surgery, etc.

Why are general surgeons dissatisfied with what they were doing?. There was no single explanation for this feeling, rather, several were expressed: the specialty is just too broad and not sufficiently defined; rising unreasonable expectation of perfection, loss of income, loss of freedom to practice surgery in the way they wish, long hours and worsening conditions in which to provide high-quality care. Another reason for discontent is that general surgery has become fragmented to the point where the discipline has lost some of its binding values and common identity.

More than twenty years ago, a renowned American Surgeon, James Hardy¹⁰, wrote a provocative editorial "*Will the General Surgeon Become Extinct?*" He concluded that, "surgery and surgical practice are constantly changing, and one may predict with confidence the long term survival of the general surgeon". Hardy's prediction may have held true during the 20th century, but I feel that it is fading away in the 21st century. In a Presidential Address of our Association, F. Harder¹¹ had stated that "the process of becoming a general surgeon and the practice of general surgery within the actual environment, show signs of weakness or even debility".

I believe that the discussion on the survival of general surgery should be addressed in terms of what constitutes, on one hand, a discipline, and on the other, a specialty. In 1978, the American Board of Surgery issued a broad definition of general surgery as "a discipline having a central core of knowledge embracing anatomy, physiology, metabolism, immunology, nutrition, pathology, healing, shock and resuscitation, intensive care and neoplasm. These points are common knowledge that is required for all surgical specialties. Rather, this broad definition, is more suitable of a basic discipline that is responsible for surgical educational programs.

How do you identify a general surgeon?. The general surgeon is an individual who is broadly educated in, and expose to, all the essential content areas of general surgery that includes: the alimentary tract; the abdomen and its contents; breast, skin, and soft tissue; the endocrine system; head and neck surgery; pediatric surgery; surgical critical care; surgical oncology; transplantation surgery; trauma/burns; and vascular surgery. During the period of education, these individuals are expected to have a broad cognitive knowledge of, and a wide practical experience with, each of these areas. This also includes: diagnosis, preoperative evaluation, intra-operative technical familiarity and postoperative care, including the management of complications. As a result, the practice of general surgery is so heterogeneous that it has raised doubts as to whether surgical trainees can even acquire the necessary experience to achieve competence in the practice of general surgery. Wallace Ritchie¹² had critically examined the general surgery certificate. In his words, to quote, "*that* certificate is currently under siege". Ritchie¹² summarized the criticisms of his respected colleagues on this issue in this way: "Among other things, it has been charged that the broadly trained and relatively versatile surgeon, which the certificate purports to identify, is a fiction; that, in any case, there is no role for such individuals in today's surgical world; that it takes too long to create these generalists to the detriment of specialists and specialist care, and that as a consequence of all of this, the basic certificate has minimal currency today and that its most appropriate fate is to be cannibalized".

Despite all these criticisms, Ritchie¹² still believed that the broadly educated basic general surgeon possess great value, both real and potential. He believed that “when trained in this way, such an individual can provide total patient care for great many diseases that may require surgically intervention; is capable of providing that care on a continuous basis; is the “Captain of the ship” because he or she expected to and accepts the ultimate patient care responsibility; is probably cost-effective; is more capable and can better adapt to changing patterns of practice than, perhaps, one whose training has been more narrowly focused”. Most of this may be true, but, today, in the practice of medicine, including surgery, this type of individuals, who are so undifferentiated or widely versatile or capable of a broad range of independent practice, may not be needed anymore.

Geographic reasons in industrialized countries and lack resources in developing countries have been claimed important factors in maintaining the role of surgical generalists. In those settings, the mode of practice as a general surgeon, for whatever intervention that may be needed is absolutely justified: *I (general surgeon), could not have done any more...; I was the only one able to provide the care that was needed..., etc.* Even one of the present leaders of modern surgery, Murray Brennan,¹³ in a recent editorial, was sympathetic to the generalist when referring to the delivery of surgical care to a wide spectrum of relatively uncomplicated diseases in smaller, less concentrated populations. In Brennan's words¹³ “One can imagine, however, the development of a generalist as a true specialist, as has been done in others parts of the world with the development of what is called “rural surgery” for want of a better name”. In my opinion, I have doubts that a generalist would accept to be called by the name for what they devote their practice. I don't believe the generalist's broad practice is tenable any more. In modern medicine, no single individual can administer total healthcare needed. The management of any disease requires a broad range of expertise in order it to be delivered effectively, efficiently and safely. Therefore, in the context of surgeons working anywhere, with clear limitations in the infrastructure and/or non-urban areas, surgical specialization should be promoted to provide the best care to their patients. The formation of sub-specialized surgical clinics calls for parallel development in a number of medical specialties and subspecialties (i.e. radiology, pathology, oncology etc). In this environment, educational initiatives may play an important role ensuring that current surgical approaches are available to all patients.

Training in General Surgery

From a practical standpoint, residents, after the completion of the residency program in general surgery, should limit their practice to the area in which they were trained. Looking at the current data from the Residency Review Committee in USA¹⁴, of the 880 residents that had graduated in 1999, it was observed that, on average, chief residents had done 948 operations as surgeons. Among them, they had done 74 breast operations, 104 biliary tract operations, 88 herniorrhaphies, 31 appendectomies, 43 colectomies. As an average, the number of complex surgeries performed were; one total esophagectomy, one gastrectomy, three liver resections, and three pancreatoco-doudenectomies were performed.

For other areas, such as endocrine surgery¹⁵, the average number of thyroidectomies, by chief residents during the residency program, who finished their training between 1987 and 1994, ranged from 10.8 to 12.7. The average number of parathyroidectomies, done by the same residents, ranged from 4.1 to 5.1. Other data¹⁶ had revealed that an average chief resident barely performed even one adrenalectomy and rarely, if ever, had performed a pancreatic endocrine procedure (0.15 case/resident) or a major non-thyroid non-parathyroid endocrine procedure (0.14 case/resident). These figures are not much different from general surgery residency programs found in much of Europe. This analysis suggests that, in a broad discipline such as general surgery that cover many common and uncommon problems, a number of procedures (of the nine essential primary component areas of general surgery) are infrequently, if ever, performed by most of the surgery residents. With this kind of limited surgical experience, how can the operating surgeon be expected to be knowledgeable in all the diagnostic techniques used to determine the correct preoperative diagnosis, the medical management of the underlying pathologic condition, and the correct postoperative management? Many residency programs in general surgery contradict the basic educational goal: to prepare the resident to function as a qualified practitioner of surgery at the high level of performance expected of a certified specialist. Therefore, general surgery residents, at present, do not fulfill the full competency level in general surgery. Competence has been defined as the state of being sufficiently capable, and properly qualified, to do something, at a level that is acceptable. Patients expect that surgeons have attained a high standard of competence and expertise to deliver the care needed for their disease. It is well known that the competence of a surgeon is a recognized prognostic factor for surgical outcome¹⁷. A broad practice and competence, therefore, can be said, to be in conflict with each other.

Is General Surgery a Specialty and the General Surgeons a Specialists?

One important contribution on this discussion, was published ten years ago by A. Warsaw¹⁸ entitled, *Restoration Not Preservation, of General Surgery Residency*: "My main concern, however, is that we are not doing the job for today's general surgeons. We are still doing what we have always promised and delivered, training surgeons broadly, perhaps as a jack-of-all-trades and master of none". Warsaw's perception is not much different from many residents' point of view... "the need for training beyond general surgery in order to become a specialist". They sense that a general surgeon gets no respect". Warsaw concluded by saying: "we cannot simply preserve general surgery... we must restore to general surgery a sense of specialization and must devise the means to make that real".

L. Way¹⁹, confronted 80 surgeons on their prediction of what they felt would be the major advances in general surgery in the next 25 years. The list is long but it can be summarized as the following: "the effects of new technology on the practice of general surgery are more technical complexity, decreasing invasiveness, with fewer traditional operations; the consequences for the training of surgeons, the division of responsibilities among specialists, and the organization of surgical care will be substantial".

General surgery is continuously growing in both sophistication and technology and has become defined in terms of subspecialties: esophageal-gastric surgery; hepato-biliary-pancreatic surgery, including transplantation; colorectal surgery; endocrine surgery, surgical oncology including breast cancer. These subspecialties essentially split the different contents of general surgery into specific domains. Therefore, the structure of general surgery residency program should also change. The resident's cognitive knowledge and practical experience should be redefined and be focused on what is actually being done in their community. In this way, it will enable the medical colleagues and the public, in general, to help identify the particular specialty. Even with the introduction of these changes, the essential content areas of general surgery, should remain as part of the basic education training. However, specific priorities in clinical practice must be developed to provide the surgical trainee with appropriate diagnostic and technical skills to achieve highest level of competence. As previously discussed, the operations in the abdominal compartment comprise the bulk of general surgery practice: non-complex biliary surgery, esophageal-gastric surgery (reflux esofagitis), colon-rectal surgery, acute abdomen, hernia, etc.

Why not rename a general surgery graduate an abdominal surgery specialists? This training could lead to create individuals with true expertise in abdominal surgery. The areas of subspecialties in the abdomen (hepato-biliary-pancreatic surgery, including transplantation, esophageal surgery, complex colon-rectal surgery) should not be an exclusionary cartels for a resident in training, on the contrary, it should have a substantive role in the preparation process of individuals who choose a career in this specific domain. The trainee, broadly educated in general surgery, but specialist in abdominal surgery, may embrace further specialization in one organ of the abdomen such as the liver, pancreas, or colon-rectum, etc., or even in some other domains outside the abdomen, such as breast cancer or endocrine surgery. In the latter, despite the relatively uncomplicated patient management, the need for further specialization is due to the high technical complexity of the procedures.

In Sweden, resident training program lasts for approximately 5 years and is directed exclusively toward clinical and procedural activities that are relevant for any given specialty²⁰. Limited work hours have enforced sub-specialization so that the surgeons have a reasonable number of patients and operations within his or her area of expertise²⁰. According with Ihse and Haglund²⁰, the general surgeons are an endangered species. Sub-specialization among Swedish surgeons is probably the main reason for the improved quality of surgical care seen during recent years.

General Surgery in the age of high technology

In the past 15 years or so, the exponential growth of technology in surgery has been substantial. This new era requires a specialized workforce. In the words of G. Sheldon²¹ "it is our challenge to provide a workforce with the expertise to implement the scientific advances" Patients expect the transition of these technologies to make advances in clinical applications.

In surgery, we are living in a period of history called the Information Age²². Laparoscopic surgery is an example halfway technology, half from the Industrial Age, in which hand-held mechanical instruments are used, and half from the Information Age, in which digital imaging (video monitoring) is used to allow surgeons to view the inner cavities and, thereby, perform surgery through tiny incisions. Minimal access surgery has revolutionized surgical care. However, even after the introduction of laparoscopic cholecystectomy, most intra-abdominal operations are still performed using 19th century instruments and techniques.

There is strong evidence that surgeons must be able and willing to keep up with the advance in technology. However, it takes time to be able to dominate the new technology with confidence. As an example, before the introduction of laparoscopic cholecystectomy, the standard of care of patients with gallstones and choledolithiasis was common bile duct clearance at the time of cholecystectomy (clearance rates of more than 90%). Interestingly, however, in the laparoscopic era, most surgeons have sent the patients to the endoscopists for endoscopic retrograde cholangiography (ERCP) with or without sphincterotomy and stone removal before or after laparoscopic cholecystectomy. The addition of ERCP has been associated to morbidity rates as high as 15% and mortality rates of 1%, and, furthermore, it has seen an increase in the cost of the management of these patients. Laparoscopic choledocolithotomy techniques, both transcystic and transductal access methods, have been described since 1991. Since that time, high-resolution portable fluoroscopy imaging machines have been available as well as laparoscopic ultrasonography and choledochoscope for ductal evaluation. Laparoscopic common bile duct exploration requires advanced technical skills in management of balloon-tipped catheters and baskets, laparoscopic suturing and knotting²³. There is no real justification for not making an effort to become proficient in these techniques. On this same line, in both open and laparoscopic surgery, many “experts”, in hepato-biliary-pancreatic surgery, in their daily practice, prefer to rely on the opinion of the radiologist (expert in ultrasonography) for the intra-operative decision-making rather than to learn to interpret the imaging for diagnosis and appropriate treatment on their own.

Technology can help us to become better surgeons, to give us the potential to upgrade our skills and improve our outcomes. Then, why have we surgeons failed to learn the clinical applications of new technologies, despite the obvious advantages for their patients?. The introduction of a new technique is fraught with risk for the patient, sometimes these risks pay-off, sometimes they do not. To balance, there is a probably benefit, although without formal testing in clinical trials it is hard to know. This new culture requires complete transparency. In L. Way¹⁹ opinion, “General Surgery has displayed ambivalence about new technology, and this may represent a specific cultural myopia that is responsible for some of our problems”. In modern medicine, surgeons should be experts in disease management, not just operators, and by doing so, the role of the surgeons expands to encompass the total management of the patient, but, at the same time, without undermining the surgeon as true technical expert.

How well are General Surgery residency programs doing in offering technical training to their residents? In Europe, the results of a Belgian survey in trainees on laparoscopic training, showed that 62% estimate the laparoscopic theoretical teaching, and 66% that practical teaching of laparoscopy, are inadequate independent their year of learning²⁴. The vast majority (72%) of senior trainees (5th and 6th year) performed less than 50 laparoscopic cholecystectomies or appendectomies as first surgeon. Very few of them had the opportunity to perform advanced procedures (funduplication or colon resection). In the majority of surgical centers, the trainee has few opportunities to perform supervised laparoscopic surgery because of the limited experience of the surgical staff, the learning curve of tutors, and the limited number of laparoscopic operations in some centers. A recent study from Canada²⁵, graduating general surgery residents were asked two questions: was their training in basic and advanced laparoscopic surgery sufficient?; Did their surgical faculty have necessary skills to train them in advanced laparoscopic surgery? In answer to the first question, fewer than 18 percent believed they were qualified to perform advanced laparoscopic procedures after their residency, and only 25 percent believed there were individuals on their faculty sufficiently qualified to teach them these procedures. Chung²⁶, et al, have analyzed the laparoscopic experiences of all American surgical residents graduating between 1994 and 2001. They have seen that laparoscopic surgery constituted only 5,7% of a trainee's total surgical experience in 1994, but comprised 13% by 2001, of which, 68% were cholecystectomies. The number of other laparoscopic operations per trainee, in 2001, were appendectomy, 10.4; hernia, 5.1; partial colectomy, 2.2. This analysis demonstrated the growth of laparoscopic surgery in training programs, however, the number of laparoscopic operations are still far from what could be acceptable in order to become proficient in advance laparoscopic procedures. The term advance laparoscopy has been used to refer to the newer operations, implying that these are to be learned after acquiring skill in the basic or more commonly performed procedures. The authors concluded that "since competence depends on exposure, residency training alone may not provide depth to allow recent graduate to perform newer operations independently. The need for training beyond the postgraduate fifth-year (58% of the respondents) was reported by Rattner²⁷, et al., in a recent survey. "It seems obvious the need of fellowship to achieve competence^{28, 29}.

In agreement with Satava and Wolf³⁰, recent technological innovation points to a disruptive change in the practice of surgery. The traditional skills will continue to form the basis of surgical education, however, more and more training will be needed in bio-informatics, bioengineering and systems integration. These emerging technologies will be available perhaps within a decade. In the meantime, we should prepare our students and residents for this knowledge. Residency programs Directors should be thinking about how to rearrange the surgical education program for practicing and executing this technology innovation. Today, robotic surgery has a place in clinical practice retaining all the advantages of minimally invasive surgery, while mitigating the shortcomings of laparoscopy³¹. The worldwide application will depend on the cost, but, after adequate robotics training, surgeons can be expected to exceed their laparoscopic performance.

Telepresence and telementoring are the next steps in the evolution of robotic surgery³². Telepresence surgery offers a technological solution to surgical manpower shortages in remote and underserved areas. As an example, J. Marescaux, sitting at a Zeus console in New York City, performed telerobotic cholecystectomy on a patient in Strasbourg, France. The surgeon's console was connected directly to Zeus's robotic arms by a transatlantic fiberoptic cable. Telementoring permits an expert surgeon to instruct a novice surgeon in a remote location on how to perform a new operation or use a new surgical technology. All these technological applications are very costly but worth the investment if it can ultimately help the patient.

The demands for technical perfection will be imperative with the future development of preemptive surgery, which is prophylactic operations for genetically predestined malignant diseases. This surgery requires high-level performance. According with Brennan,¹³ preemptive surgery will result in more disease-based rather than discipline-based surgery, but, he cautioned, "The surgeon can either be assigned the role of a pure technician in an area controlled by a knowledgeable disease-based specialist, or can take up the challenge and becoming that disease-based leader so desperately needed".

The need for general surgery repositioning in delivering health care

The 20th century was truly considered the age of the surgeons, however, the 21st century will be the age of the multidisciplinary patients care. One good example is the management of cancer patients³³. In the past, the General Surgery Department was the entry point for patient into the care system. He or she possessed broad diagnostic abilities, was familiar with a wide range of treatment options, and was, in fact, able to coordinate or deliver many of them. Today, a multimodality cancer treatment is a standard for a large number of patients. However, in this multidisciplinary approach there is no room for generalists. I. Ihse³⁴, in his Presidential Address of our association stated: "Even if the Skill of the individual surgeon is important, it seems to be even more crucial that the multidisciplinary treatment team develops substantial experience in the management of the patients. It is becoming more and more difficult for the general surgeons to defend their preserves and to persist in undertaking cancer procedures once in a while". At present, general surgeons, with additional subspecialty training (liver surgery, pancreatic surgery, oesophageal-gastric surgery etc), work in partnership with their medical colleagues in the tasks of surveillance, adjunctive therapy, rehabilitation and follow-up. This group define the standard of care for an individual patient, curative or palliative, and incorporate surgical quality control criteria. In this way, reproducible surgical results can be obtained. To the question who will coordinate the care of the patients with cancer?. Anyone, surgeons or medical specialists, can take this responsibility as long as the decisions are made within the team of oncology specialist. Surgical specialists maintain the dual responsibly, to be the role models and consultants in both surgical care and oncological care. In this way, surgeons are in a position to shape the management of cancer patients through clinical trials.

A good example is the recent European multicenter prospective randomized study of adjuvant therapy in patients with pancreatic cancer. This investigation, led by a scientific surgeon, J. Neoptolemos³⁵, is the largest trial (541 patients) ever conducted in the literature in pancreatic cancer. This trial exemplifies that European multicentric clinical trials are possible when highly specialized surgeons, with common interests, come together and work for the benefit of the patients.

In all aspects of modern medicine, surgeons must learn to be team players. Surgical decisions on relatively simple treatment may require a broad range of expertise, to be delivered effectively efficiently, as well as, safely. With this mentality, it should be readily accepted, that what we used do and did best, may not, currently, be the best after all. Alternative procedures may be more simple, safe, and efficient³⁰.

The surgical profession in this modern age of advanced technology has an opportunity to take a leadership role in the health care system. The components of a better system had been recently outlined: 1) a system that centers on collaborative care, that is, patients receiving care from variety of professionals who work as a team; 2) a system that focuses on patient safety and error reduction; 3) one that is devoid of waste (misuse of equipment, supplies, ideas, and energy). We surgeons, acting as professionals, mean that we base our surgical advice on scientific evidence rather than experience alone. Advocate of evidence-based medicine wish to provide surgeons with a theoretical and practical foundation for making clinical decisions. The fundamental change between past and present medicine is to access information. Surgeons need to adjust to this highly technical, new knowledge and the information power that patients may have thanks to internet. Patients want to know the evidence on which the surgeon is basing clinical judgments and decisions, the likely complications and how successful the surgeon will be at avoiding them. Trust is simply more qualified now and more circumscribed to a specific technical skill. Richard Horton³⁶ has provided a working definitions of trust in medicine. Trust requires: belief in the person providing care, confidence in the theory or system of medicine being offered by this person, dependence, on the competence of those working in that system and transcendence, from feelings of fear created by ignorance.

Summary

The time has come to redefine and to optimize graduate training in general surgery. The specialty seem to be losing popularity, and among the variety of explanations, the most important are life style issues, length of training and the lost of identity. The residents clearly express that, during the residency period, they do not have the opportunity to gain enough experience necessary to perform reliably in a safe and effective manner. In addition, working hours are being restricted to a degree that has become incompatible with the acquisition of sufficient surgical experience and volume. As a result, more than 60% of general surgery trainees currently go onto further subspecialty training. The need for further specialization is the consequence of the exponential growth in technology. To find solutions to all this problems, imaginative efforts are needed by of training programs directors. Here are some tentative suggestions: 1. General surgery should continue to be the core of medical education. 2. The resident training program should be structured and organized to provide focused training in abdominal surgery. After 5 or 6 years the trainees should become abdominal surgeons specialists. These abdominal surgery specialists may seek an area of sub-specialization to acquire a breadth and depth of clinical experience in organs of the abdomen or outside the abdomen. During this period, the residency program should offer much more complete technical training. This technology-oriented system will be balanced with important educational issues: a). To base the surgical advise on scientific evidence rather than experience alone. b). Learning to work in a system that centers on collaborative effort care with other professionals (multidisciplinary care). c). With the advent of telemedicine and other advances in information technology, surgical residents could obtain rapid access to recent development and evidence-based practice related to new technology and innovations in surgical practice. d). Training focused on a disease-based, rather than a discipline-based, systems. 3. Therefore, it's necessary to organize structured surgical fellowships to develop a new body of knowledge in areas (subspecialty surgery) such as hepato-biliary-pancreatic surgery including transplantation; colon-rectal surgery; esophageal-gastric surgery; endocrine surgery; surgical oncology, especially breast cancer, melanoma, sarcoma, etc; surgical critical care. 4. To consider shortening the duration of general surgery education and abdominal surgery specialization to permit earlier entry into subspecialty surgery.

I hope this discussion will help us to define most appropriate training program and health care system that allow residents to assimilate useful knowledge and incorporated it into the clinical practice with competence, always keeping best interest of the patient in mind.

General Surgery, in name, should continue to be an education tool, but, as a consequence of the focused training experience, the trainee should be named, not a general surgeon, but be named by the specialty or subspecialty in the area of expertise. Specialization, not only gives the surgeon an identity, but may also be an answer to improve patient outcome.

REFERENCES

1. Snow JB Jr. The importance of general surgery to surgical specialists. *Bull Am Coll Surg.* 1984; 69: 7-8.
2. Organ CH. We are gatekeepers. *Arch Surg.* 2003; 138:470-474.
3. Association of American Medical Colleges. Medical Student Graduation Questionnaire All Schools Report: 1978-1992, 1994-2001. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2001.
4. Schwartz RW, Jarecky RK, Strodel WE, Haley JV, Young B, Griffen WO. Controllable lifestyle: a new factor in career choice by medical students. *Acad Med.* 1989; 64:606-609.
5. Bland KI, Isaacs G. Contemporary trends in student selection of medical specialties: the potential impact on general surgery. *Arch Surg.* 2002; 137:257-267.
6. Polk HC. The declining interest in surgical careers, the primary care mirage, and concerns about contemporary undergraduate surgical education. *Am J Surg.* 1999; 178:177-178.
7. Debas HT. Surgery: A noble profession in a changing world. *Ann Surg.* 2002; 236:263-269.
8. Sanfey H. General surgery training crisis in America. *Br J Surg.* 2002; 89:132-133.
9. Marschall JG, Karimuddin AA. Decline in popularity of general surgery as a career choice in North America: review of postgraduate residency training selection in Canada, 1996-2001. *World J Surg.* 2003; 27:249-252.
10. Hardy, Y. Will the general surgeon become extinct?. *Word J Surg.* 1982; 6:498-500.
11. Harder F. I would like to be surgeon, but...*Ann Surg.* 2002;236:699-702.
12. Ritchie WP. Basic Certification in surgery by the american board of surgery (ABS). What does it mean? Does it have value? Is it relevant? A personal opinion. *Ann Surg.* 2004; 239:133-139.
13. Brenann MF. Presumption, Privilege, and Preemption. *Ann Surg* 2003; 238: 307-314.
14. Residency review committee for surgery, 1998-1999. Normal Data Statistical Reports. 1999: pB₂, C4-6.
15. Harness JK, Organ CH, Thompson NW. Operative experience of U.S. general surgery residents in thyroid and parathyroid disease. *Surgery.* 1995; 118:1063-1070.
16. Harness JK, Organ CH, Thompson NW. Operative experience of U.S. general surgery residents with diseases of the adrenal glands, endocrine pancreas, and other less common endocrine organs. *World J Surg.* 1996; 20:885-891.
17. Pahl NG, Cheng SWK, Wong J. Surgical competence. *World J Surg.* 2003; 27:943-947.
18. Warshaw AL. Restoration, not preservation, of general surgery residency. *Arch Surg.* 1993;128-265.
19. Way LW. General surgery in evolution: technology and competence. *Am J Surg.* 1996; 171:2-9.
20. Ihse I, Haglund U. The Swedish 40-hours workweek: How does it affect surgical care?. *Surgery.* 2003; 134:17-18.
21. Sheldon GF. Great expectations: the 21st century health workforce. *Am J Surg.* 2003; 185:35-41.
22. Satava RN. The bio-intelligence age: surgery after the information age. *J Gastrointest Surg.* 2002; 6:795-799.
23. Petelin JB. Laparoscopic common bile duct exploration. Lessons learned from >12 years experience. *Surg Endosc.* 2003; 17:1705-1715.
24. Navez B, Penninckx F, and the Belgian group for endoscopic surgery. Laparoscopic training: results of a Belgian survey in trainees. *Acta Chir Bel.* 1999; 99:53-58.

25. Chaisson PM, Pace DE, Schlachta CM, Mamazza J, Poulin EC. Minimally invasive surgery training in Canada. *Surg Endosc.* 2003; 17:371-377.
26. Chung R, Pham Q, Wojtafik L, Chari V, Chen P. The laparoscopic experience of surgical graduates in the United States. *Surg Endosc.* 2003; 17:1792-1795.
27. Rattner DW, Apelgren KM, Eubanks WS. The need for training opportunities in advanced laparoscopic surgery: the resident's perspective. *Surg Endosc.* 2001; 15:1066-1070.
28. Lewis FR. Surgical fellowships and specialization. *Surgery.* 2002; 132:529-530.
29. Hunter JG. The case for fellowships in gastrointestinal and laparoendoscopic surgery. *Surgery.* 2002; 132:523-525.
30. Satava RN, Wolf RK. Disruptive visions. *Surg Endosc.* 2003; 17:1833-1836
31. Talamini MA, Chapman S, Horgan S, Melvin WS. A prospective analysis of 211 robotic-assisted surgical procedures. *Surg Endosc.* 2003; 17:1521-1524.
32. Ballantyne GH. Robotic surgery, telerobotic surgery, telepresence, and telementoring. Review of early clinical results. *Surg Endosc.* 2002; 16:1389-1402.
33. Balch CM. Surgical Oncology in the 21st century. *Arch Surg.* 1992; 127:1272-1277.
34. Ihse I. The volumen-outcome relationship in cancer surgery. *Ann Surg.* 2003;238: 777- 781.
35. Neoptolemos JP, Stocken DD, Friess H, Bassi C, Dunn J, Hickey H, Beger H, Fernández-Cruz L, Dervenis CH, Lacaïne F, Falconi M, Pederzoli P, Pap A, Spooner D, Kerr DJ, Büchler MW. A Randomized Trial of Chemoradiotherapy and Chemotherapy after Resection of Pancreatic Cancer. *N Engl J Med.* 2004; 350:1200-1210.
36. Horton R. The disease of medicine. In second opinion. Doctors, disease and decision in modern medicine. *Granta Book* 2003: 40-41.

Laureà Fernández-Cruz

Professor of Surgery Chair Department of Surgery, Hospital Clínic, Barcelona, Spain.

lfacruz@clinic.ub.es

The 11th meeting of European Surgical Association, Barcelona 2004.

SOBRE POLÍTICA, GESTIÓ, SALUT I CIRURGIA

Sala Pedrós J.

Els principis de la convivència entre els éssers humans.

Els models d'organització social dels col·lectius humans han estat diversos al llarg de la història, tractant d'estructurar les relacions entre un individu particular i la resta d'individus de l'espècie, o al menys aquells més propers amb els quals interferim de manera directa o indirecta. L'interès individual acaba sempre topant amb l'interès dels altres d'aquí que la política sigui l'art de fer possible la convivència entre l'espècie humana i de regular les relacions entre l'individu i la societat.

Si es considera la política com un art i no com una ciència és perquè les seves afirmacions no són mai universals; permeten múltiples interpretacions. De fet els grans sistemes de pensament, en els quals s'ha basat les diferents concepcions polítiques, han tendit sempre a presentar-se, al menys, dualísticament: idealisme/materialisme, racionalisme/empirisme, determinisme/probabilisme, amb intents de conciliar en una sola fórmula les concepcions antitètiques dels models components de cada sistema. Amb diferents denominacions i amb combinacions de proporcions distintes, els sistemes polítics s'han estructurat a l'entorn de la posició adoptada en relació a tres variables, o grans principis, que han constituït els seus elements bàsics: la llibertat, l'equitat i la utilitat.¹

Actualment es consideren, tots tres, fonamentals i irrenunciables, en diferent mesura segons les opcions. Per separat, cada un d'ells oblidant els altres, han portat, al llarg de la història a l'absurd o a la situació contrària a la cercada originalment.

El principi de llibertat, prioritari en els règims anomenats liberals, ha conduït a que la llibertat d'un individu s'oposi a la de la majoria desembocant en la dictadura o la tirania. Amb els adequats controls de la majoria, és una de les bases de la democràcia i dels seus grans avenços com la declaració dels drets de l'home (entès com a ésser humà, sense discriminació de gènere). To i així, per si sol, necessita d'alguna correcció com el principi de fraternitat o de solidaritat per evitar situacions individuals injustes.

El principi d'equitat o de justícia social, prioritari en els règims de caràcter igualitarista, ha conduït a situacions d'injustícia com en el cas de les dictadures comunistes en les quals fenòmens com l'emergència de noves classes (nomenclatura) han acabat generant clares injustícies pel que fa al reconeixement dels drets individuals.

Les fórmules d'equilibri, com l'aristocràcia (en principi el pretès govern dels millors, dels més savis, dels més nobles, dels més justos, dels més filòsofs, com propugnava Plató²), ha acabat passant el poder de pares a fills, de manera que ja no garantia ni que fossin els millors aquells que dirigien, degenerant en la injustícia de les aristocràcies decadents, ni tan sols que les decisions representessin el millor per la majoria com ha passat en les formes despòtiques de governs basades en l'integrisme o el fonamentalisme (religios o laic).

L'equilibri entre justícia i llibertat ha estat un dels paradigmes del món occidental modern, des de les fórmules que posen l'accent en el progrés, en general més laiques com les dels partits socialdemocrates, fins a les que el posen en la tradició, en general més confessionals com les dels partits demòcrates conservadors. Allò que, en record de la col·locació dels parlamentaris francesos de la revolució, s'anomenen esquerres i dretes, respectivament.

En qualsevol cas, el marge de maniobrabilitat d'uns i altres ha estat condicionada, cada vegada més per un tercer principi, el principi d'utilitat que, si bé d'entrada propugna el millor per la majoria, a la pràctica acaba defensant el millor per la majoria que constitueix la base social de cada model. L'alternança en el poder de decisió, que teòricament garanteix el sistema democràtic, fa que al final, en períodes de temps llarg, es tendeixi realment cap a un equilibri i cap a situacions oscil·lants al voltant de la màxima utilitat per a la majoria global.

Una de les bases d'aquest sistema democràtic, el denominat estat de dret, fa que resulti imprescindible que els ciutadans i ciutadanes deleguin la presa de la majoria de decisions que els afecten, sobre temes d'interès col·lectiu, en els seus representants lliurement elegits. La gestió d'aquest dret resulta fonamental per a la bondat del sistema. La delegació dels drets, quan es fa lliurement, sol estar basada en la confiança envers la persona a qui es delega la gestió. Aquesta confiança sol estar basada en la creença que la persona o persones delegades actuaran aplicant el principi de beneficència, és a dir de cercar el màxim bé per al delegador. Sovint, a més, es confia en el coneixement que la persona delegada té sobre la resolució o el maneig dels problemes dels quals es delega la gestió.

Individu i societat camí de la globalitat

Molts problemes dels éssers humans són comuns a un gran nombre d'ells, de manera que la seva solució pot ser aplicada simultàniament a molts d'ells. El pensament actual més estès considera que cada persona, cada individu de l'espècie humana, és lliure i sobirà per decidir sobre si mateix en funció de les opcions que té a l'abast. La presa de decisions és, per tant, un dret bàsic i fonamental de tot ésser racional. Però l'individu no està sol, viu entre molts d'altres i ha après a agrupar-se en diferents models d'allò que anomenem societats.

Sovint es parla de *la societat* quan ens referim al conjunt dels individus que ens envolten, però, resulta difícil definir els criteris que marquen els límits d'aquest concepte. A vegades pensem en la societat com el conjunt d'individus relacionats pel veïnatge geogràfic, altres per la similitud de la cultura, sovint per l'adscripció voluntària, o més o menys forçada, a una superestructura administrativa que s'anomena estat i, malauradament, massa poc com el conjunt d'individus de l'espècie humana que viuen al planeta Terra. En qualsevol cas, resulta evident que la complexitat de relacions que, des dels orígens de l'home, ha generat la dialèctica individu-societat és realment extraordinària.

Cada individu és dipositari, en si mateix, de tota una sèrie de característiques que li permeten sobreviure i desenvolupar-se, més o menys feliçment, en la vida. D'aquestes característiques, que podríem anomenar positives, probablement molts estarien d'acord que una de les més importants és allò que resumim amb la paraula: *salut*. Més enllà de la clàssica absència de malaltia, conceptes com la força, la intel·ligència (racional o emocional), la rapidesa, etc. podrien estar fins i tot incloses en un concepte de salut ampli. En qualsevol cas, totes aquestes característiques constitueixen els bens intrínsecs o interns de l'individu, aquells que l'afecten i li pertanyen de manera personal i intransferible. Aquells en els quals es posa més èmfasi en conservar.

La integració dels individus en una societat marca una sèrie de relacions entre ells, un conjunt de normes, en general, en les societats avançades, sorgides del consens d'una majoria; el que s'anomena els pactes socials. Un d'aquests pactes es refereix a l'ús d'aquells bens que hem anomenat intrínsecs, els quals són reconeguts i regulats en la denominada declaració universal dels drets de l'home. Però dels pactes socials n'han sortit les lleis que regulen la utilització dels bens extrínsecs o externs a les persones mitjançant drets com el de propietat, d'administració, d'associació, de delegació etc. i, naturalment, les lleis impliquen el deure, de tot individu, de respectar aquests drets.

L'existència de normes ha permès que la societat s'estructurés i s'organitzés de manera complexa, amb uns certs marges d'equilibri que es manté, per una banda per l'estabilitat que proporciona el suport majoritari a les interrelacions pactades, per altra banda per l'adaptació d'aquests pactes per tal de corregir les situacions de desequilibri. La divisió del treball ha estat un dels preus pagats per aconseguir l'organització social. La complexitat ha portat a l'especialització, cada vegada més àmplia, seguint una evolució natural, que se'ns presenta de manera caòtica, de generació d'estructures múltiples, a vegades fractals, més o menys recurrents, més o menys diverses, diferents, segons els seus moments evolutius en les diferents societats que componen la humanitat sencera.

Si ens fixem en el moment actual, en un estudi transversal de l'estructura organitzativa de l'espècie humana, *ara i aquí*, la diversitat política, econòmica, cultural, administrativa, etc. resulta tan variada que sembla difícil trobar formes comunes a totes elles. Malgrat tot, les inter-relacions entre persones de manera directa que han generat les diferents migracions, les possibilitats extraordinàries de comunicació interpersonal i col·lectiva han portat a que comenci a tenir sentit parlar de la societat de totes les societats humanes (salvant la paradoxa de Russell³).

Tot això ho han fet possible: els grans avenços tecnològics de l'era industrial i encara més de la nova era de la informació, des de la xarxa de comunicacions mediàtiques fins a les facilitats de transport i desplaçament, unit a la cada vegada més estesa consciència ecològica planetària que fa sentir el nostre habitat comú, la Terra, com un projecte de futur en el qual tots hi estem implicats i tots en som responsables.^{4 5} Sense que això signifiqui perdre la identitat cultural en cap de les seves formes d'expressió.⁶

La salut en sentit ampli o la supervivència de l'espècie humana, on la cirurgia juga un paper important,⁷ semblen apuntar cap a la globalització, en el sentit d'existir una sèrie d'objectius que són comuns a tots els éssers humans que viuen en el nostre planeta. Tant a nivell individual com global, la supervivència i la qualitat de vida semblen poder consituir punts de consens general com a objectius primordials

La globalització no és tan sols un fet derivat de la utilització egoista, per part d'alguns grups econòmics poderosos, de les facilitats d'accés global i de manipulació interessada dels col·lectius més desfavorits. En tot cas l'existència d'aquestes situacions, que representen una amenaça per la supervivència del planeta, no fa més que palesar la necessitat d'una resposta global, per tant amb una forta cohesió entre tots els individus de l'espècie humana, de totes les societats i per damunt de creences o costums diferents, per fer front als perills de deixar en mans d'uns pocs la gestió dels interessos de tots.^{8 9}

Aquesta evolució globalitzadora, marcada per la consciència de viure tots en el mateix globus que cal salvar i mantenir habitable, fa que la delegació de drets es faci cada vegada més en cercles més amplis, segons el caràcter local o general dels problemes a resoldre.

La gestió com a la delegació d'un dret

Si en la gestió del planeta hi estem implicats tots, en la gestió dels interessos de cada col·lectiu hi esta implicats tots els membres d'aquell col·lectiu. Però, ni la presa de decisions basada en l'opinió simultània de tots els membres d'un col·lectiu és possible, ni esta clar que aquest fos un bon sistema de gestió. Per tant només queda una opció: delegar el dret a decidir en aquells que en un moment donat es considerin mes indicats per prendre decisions per tots, naturalment amb mecanismes que permetin la revisió d'aquesta delegació quan la majoria així ho regui convenient.

És en les denominades societats occidentals avançades on la delegació de drets ha arribat a nivells més alts de desenvolupament, fins al punt de permetre la gestió de la diversitat, que és tant com dir de la complexitat, més eficient, malgrat les seves grans deficiències en molts aspectes.

Tot i així, conviuen dos grans models segons el tipus de delegació que es faci:

Una fórmula posa l'accent en l'equitat, procurant aconseguir el màxim bé per la majoria de la societat en general, amb delegació de drets perquè siguin administrats o gestionats per estructures públiques, allò que se'n diu l'estat o òrgan gestor general de tota una determinada societat definida per uns determinats paràmetres geogràfics, culturals, etc.

L'altra fórmula posa l'accent en la llibertat procurant respectar les diferències d'interessos entre els diferents col·lectius humans, delegant la gestió en mans privades, sorgides de la lliure iniciativa d'un o més individus que s'han especialitzat en l'administració dels bens d'altri.

Entre les dues, totes les fórmules mixtes imaginables que facin compatibles els sectors públics i els privats.¹⁰

En resum, la gestió ha passat a ser una activitat bàsica en el món actual però tot i així hi han discrepàncies a l'hora de definir que és, de manera que quan es parla de *gestió*, no sempre esta clar que significa realment i la manipulació ideològica del terme resulta inevitable. Mentre alguns s'inclinen per presentar la gestió com la simple delegació del dret a prendre decisions sobre aquells problemes col·lectius que afecten la vida dels ciutadans, altres ho entenen més aviat com el maneig (*management* en anglès) que es confia a les persones més preparades per trobar solucions a problemes difícils per als quals no tothom té els coneixements suficients.

El concepte actual de gestió sembla voler, doncs, anar més enllà de la simple definició clàssica que considera la gestió com: el conjunt d'actuacions, operacions o processos de caràcter administratiu que realitza un individu per ell mateix o com a part d'una organització i que són el fruit de prendre decisions sobre la utilització i maneig dels bens d'un individu o d'una col·lectivitat, per delegació expressa d'aquest dret per part de qui n'és dipositari.

Una de les conseqüències de considerar la gestió com la delegació de drets d'administració d'un bé, estableix que: aquest dret ha de ser recuperable en tot moment pel seu dipositari inicial que n'ha fet la delegació mitjançant contracte individual o col·lectiu, públic o privat. Així sembla clar que: sigui qui sigui a qui un individu hagi delegat un dret, l'ha de poder recuperar com, quan i on vulgui, en els termes establerts per la llei o els pactes fixats en el contracte (sigui d'una altra persona o d'una organització privada o pública com l'estat).

La gestió pot afectar a un camp molt ampli d'activitats, des de l'administració dels diners fins al control dels mitjans de treball (de propietat pública o privada), el control dels professionals (assalariats o contractats) per a realitzar determinades activitats, processos o serveis i, de manera especial, el control de la informació que generen totes aquestes activitats encaminades a aconseguir els objectius contractats. Les inter-relacions entre tots aquests processos i altres resulten en un sistema complex, dependent de múltiples variables que resulten difícils de manejar en conjunt. En el nostre cas, interessats de manera especial la gestió de la salut, ens referirem a ella en aquells aspectes més directament relacionats amb allò que se sol agrupar a l'entorn del terme sanitat.

La gestió de la salut

L'atenció de la salut, delegada pels ciutadans a les organitzacions públiques o privades, inclou uns objectius de caràcter polític (orientats segons els interessos de la majoria) que defineixen l'estratègia de la gestió sanitària, basada en dos grans eixos: la gestió sanitària que és la que determina els objectius sanitaris com a eix fonamental per a la conservació i millora de la salut dels individus, per una banda, i la gestió econòmica i logística sanitària, per altra banda, que estableixen el marc possible d'aconseguit del objectius sanitaris. L'orientació dels objectius sanitaris, cada vegada més, sembla inclinar-se cap a la utilitat, mesurada en termes de qualitat de vida pels ciutadans.¹¹

La gestió econòmica, en sanitat, es refereix a l'ús dels diners que poden tenir diferents procedències. La sanitat pública gestiona el pressupost que l'erari públic destina a la salut, segons el pacte polític establert per una determinada societat. La sanitat privada, gestiona les quotes que una determinada organització privada obté d'un conjunt d'individus o d'organitzacions, amb uns objectius sanitaris concrets. Aquesta gestió econòmica inclou per definició totes les altres que, a nivell de pressupost, depenen d'ella, però sempre encaminada a objectius de rendiment en termes de salut.^{12 13}

La gestió sanitària, delegada pels individus a la societat, es realitza des de diferents nuclis de concentració de poder. Des dels de més ampli abast, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), passant per les estructures políticoadministratives estatals o supraestatals, les autonòmiques, les municipals etc. Els camps d'actuació són també diversos; des de la prevenció a partir de polítiques generals de protecció del medi, de qualitat en la producció d'aliments, d'higiene general, etc. fins a l'organització de tasques assistencials dirigides a l'individu amb problemes de salut en els nivells d'atenció primària, hospitalària o sociosanitària.

El fet que el nostre punt d'interès, la cirurgia es desenvolupi bàsicament en el nivell hospitalari, fa que ens haguem de centrar en aquest per estudiar-ne les seves implicacions.

Un hospital és una estructura dedicada a l'atenció de persones y la seva gestió inclou dos grans grups; un de més general, logístic o de suport y l'altre de més específic, en aquest cas, sanitari.

La gestió logística, estrictament unida a l'econòmica, inclou: la gestió de personal (sigui sanitari, administratiu, d'hosteleria, de manteniment, etc.); la gestió de material i estructures, que contempla des de les compres en general, fins al manteniment i conservació, passant per aspectes com la neteja i restauració; la gestió de la informació, que inclou la comunicació en general, l'arxivística, la informàtica i la gestió administrativa assistencial, que s'encarrega de la gestió de processos administratius, no directament relacionats amb la salut com els ingressos, les altes, les visites, les agendes, les llistes d'espera, etc.

La gestió sanitària inclou dos grans grups, per una banda la gestió del coneixement amb tot allò que es refereix a docència, formació continuada, recerca, documentació científica, etc. i la gestió de la salut individual, allò que es podria considerar l'objectiu fonamental de la gestió sanitària, la que constitueix el nucli central delegat per la població perquè se li resolguin els problemes en aquest camp, que inclou la gestió clínica assistencial, la preventiva i la rehabilitadora.

La doble delegació de la gestió clínica

En aquest context, es podria entendre la *gestió clínica* com el conjunt d'actuacions efectuades sobre un bé intrínsec, la salut, realitzada per una o més persones, en nom del seu propietari i amb l'objecte d'obtenir-ne resultats beneficiosos. En realitat, doncs, tota la pràctica professional d'aquells que es dediquen al camp de la salut és, per definició, gestió clínica. A la pràctica però, entenem com a gestió clínica la conjunció de dos tipus de delegació que podríem denominar, respectivament, individual i social.

La delegació individual és aquella que ve directament de la persona amb problemes de salut, que busca en el professional el consell o l'actuació que li permetin enfrontar la incertesa de futur amb les màximes perspectives de salut.¹⁴ El seu objectiu és, per tant, aconseguir la màxima efectivitat en un cas concret.

La delegació social és aquella que prové també, en última instància, dels ciutadans que amb els seus vots han dipositat la seva confiança en els polítics que els representen i que marquen les grans línies de l'administració, entre elles les de caràcter sanitari, establint uns pressupostos que permetin fer arribar les prestacions sanitàries al màxim nombre de persones possibles, obtenint aquells resultats de salut col·lectiva òptims. El seu objectiu és, per tant, aconseguir la màxima eficiència en general, però també el menor dany global.¹⁵

Aquesta doble delegació obliga, èticament, als professionals de la salut a intentar mantenir un equilibri entre el seu compromís amb la societat en general, que està en l'origen de les polítiques sanitàries, però també en la persona concreta que en un moment donat i en una situació concreta delega un bé tan important per ella com és la salut o la vida. Aquest dualisme és sovint la font de problemes ètics que poden posar en conflicte les creences dels professionals que donin lloc a dificultats en la presa de decisions.¹⁶ D'alguna manera els metges o els cirurgians es veuen en la necessitat de fer d'àrbitres entre l'individu i la societat, cosa que no resulta gens senzilla ni agradable.

Una de les conseqüències d'aquesta situació és la necessitat de prendre les decisions amb el màxim nivell d'informació possible.¹⁷ Això obliga a mantenir una situació d'adquisició de coneixements constant, analitzant les dades proporcionades per la seva pràctica, mitjançant la recerca clínica i, també, aprenent de l'experiència d'altres a través de la formació continuada i l'accés a la documentació científica. El compromís ètic amb la humanitat porta a no poder eludir la transmissió i difusió dels propis coneixements mitjançant la docència, per tal de completar el cicle de comunicació d'un tipus d'informació de transcendència sovint vital.

Tenint en compte aquests principis, no hi ha dubte que la gestió del coneixement, que te com a objectiu millorar l'eficàcia de les actuacions professionals sanitàries, resulta una de les activitats més rellevants de les relacionades amb la gestió clínica. Naturalment, la gestió logística que permet la utilització més eficient dels recursos n'és una altra.

La limitació de recursos, però també la seva utilització subordinada a la seva màxima utilitat social, resulta èticament ineludible. Cal per tant que els coneixements estiguin basats en la màxima probabilitat o versemblança possible en cada moment, recordant que l'acreditació del coneixement ve donada per tota una sèrie de normes de rigor en els enunciats i proposicions que constitueixen la denominada metodologia científica. La gestió del coneixement sanitari acreditat resulta fonamental per sustentar la gestió clínica.

Els components de la gestió clínica

Així doncs, en un context de recursos limitats i en un ambient d'incertesa, la gestió clínica ha esdevingut una de les habilitats indeclinables que tot professional de la salut ha hagut de desenvolupar. La dualitat individu/societat obliga a aprofundir en els principis ètics i de coherència sobre els quals s'hauria de basar un model de gestió clínica orientat a l'atenció de les persones amb problemes de salut.

Des del punt de vista didàctic, es pot considerar la gestió clínica des de quatre perspectives, complementàries entre si, encara que poden ser considerades per separat: la gestió de la informació, la gestió dels processos, la gestió dels serveis i la gestió de l'atenció a les persones com a objectiu fonamental.

La gestió de la informació

La gestió de la informació clínica per part dels professionals de la salut ha estat de vital importància en el progrés de l'atenció sanitària. Per una banda ha permès una atenció personalitzada a les necessitats i característiques de cada individu en concret. Per altra banda, ha fet possible l'avenç del coneixement biosanitari a partir de l'anàlisi dels casos individuals registrats en les denominades històries clíniques. Finalment ha estat motiu de millora de la qualitat assistencial en permetre l'anàlisi crítica de les tasques realitzades i del valor del seu registre, així com de fer possible el control judicial. És, per tant, al voltant de la història clínica que es desenvolupa tota una estructura de gestió orientada, finalment, a l'atenció clínica de les persones de la màxima qualitat possible.

La gestió de la informació clínica inclou diversos aspectes com la recollecció d'informació clínica rellevant, la codificació d'aquesta informació per tal de fer-la més eficient i les mesures de seguretat i confidencialitat necessàries pel seu caràcter personal. Tenir-ho en compte forma part de les habilitats del cirurgià, tant com les de qualsevol altre professional clínic.

La gestió dels processos

La gestió dels processos concrets es basa en el coneixement validat que se'n té. És a partir de l'experiència de casos previs i de la informació recollida sobre els seus resultats i evolució en funció de les diferents mesures terapèutiques emprades, com es poden generar les pautes de conducta futures a aplicar en un cas concret. Actualment, la utilització de les guies de pràctica clínica sorgides a partir de la denominada medicina basada en l'evidència, fan que la gestió dels processos pugui ser feta cada vegada més amb el màxim de garanties d'obtenir els millors resultats possibles en un lloc i en un moment donat.

Malgrat que el fonament irrenunciable de l'activitat quirúrgica és l'evidència derivada de l'aplicació del mètode científic per a la validació del coneixement, no hi ha dubte que en cirurgia hi ha una sèrie de característiques personals i d'habilitats individuals que condicionen molt els resultats d'uns mateixos procediments. D'aquí que els pacients, coneixedors de la importància no menyspreable d'aquestes habilitats, no tan sols manuals o tècniques, també mentals i de tracte o d'intel·ligència i d'estabilitat emocional, atorguin la seva confiança a persones específiques fent que sigui en la gestió dels processos on els cirurgians ens hi veiem especialment implicats.

Existeix una doble servitud:

- per una banda la gestió dels drets col·lectius derivats del poder polític, legítimament establert, que regula l'assignació de recursos i les disponibilitats col·lectives
- per altra banda les circumstàncies concurrents en un cas concret, en el qual la delegació lliure i sobirana que cadascú té dret a fer, sobre la gestió dels afers que afecten la seva vida en un moment determinat, passa a tenir un protagonisme difícil d'obviar quan s'està cara a cara amb la persona afectada

Aquesta dependència de dos sistemes de valor diferents fa difícil d'enfrontar les contradiccions que es presenten entre disponibilitats col·lectives i necessitats o desigs individuals.

Un exemple d'aquest tipus de conflicte es presenta amb la confusió derivada de l'existència de llistes d'espera. Si bé la gestió de les llistes en conjunt és una qüestió de política sanitària i ha de ser gestionada per l'administració, la prioritització de pacients concrets, amb problemes específics però també amb circumstàncies concurrents que poden ser diferents en cada cas, esdevé clarament un problema clínic (en el sentit de situar-se al costat o a la capçalera del pacient) i que necessita del concurs d'una gestió clínica pel professional que té la responsabilitat directa del cas. Altrament la gestió esdevé deshumanitzada, indiscriminada i sovint injusta.

Només amb sentit comú, assignant a cadascú la seva part: als administradors la gestió de les llistes d'espera, als clínics la gestió clínica i l'establiment de prioritats en funció de les persones concretes, es pot decidir amb criteris autèntics d'utilitat per a l'individu i, de manera aditiva, per a la societat.¹⁸

La gestió dels serveis

Però el cirurgià, malgrat ser el nucli fonamental d'un equip amb uns objectius de salut concrets, centrats en una persona, no treballa sol. Com tampoc ho fan altres especialistes. L'equip resulta fonamental per fer possible una activitat complexa en la qual s'ha de tenir cura de moltes variables per fer possibles els millors resultats. Una intervenció quirúrgica només resulta útil quan serveix per allargar o sobretot per millorar la qualitat de vida d'una persona amb un determinat problema de salut que la posa en perill, però tenint en compte que allò que es tracta no són només problemes de salut aïllats si no persones amb tota la problemàtica que arrossegueu, cal el concurs de molts professionals de la salut per a una correcta atenció.

Així l'atenció de la salut s'administra en forma de serveis. La cirurgia en els hospitals s'organitza a l'entorn d'una sèrie de persones que en conjunt reben del nom de Servei de Cirurgia. Com la pròpia paraula indica, un servei obeeix a la voluntat de ser útil a un objectiu concret, de servir per alguna cosa, que en el cas de la cirurgia és millorar la salut mitjançant les tècniques de tractament que li són pròpies. Com en tot col·lectiu humà amb uns objectius concrets, necessita d'unes tasques de gestió que fan que els serveis s'estructurin de manera que l'assignació de responsabilitats asseguri el millor funcionament possible de l'equip.¹⁹

A més, però, en una intervenció quirúrgica hi participen altres professionals que formen part d'altres equips (anestèsia, oncologia, digestologia, endocrinologia, etc.). Això genera, a vegades conflictes de lideratge que s'acostumen a resoldre en els comitès multidisciplinaris mentre es parla del malalt en conjunt. En el moment específic de la intervenció quirúrgica, el lideratge ha de recaure necessàriament en el cirurgià, dipositari de la confiança expressa del pacient i coneixedor de la utilitat del procediment projectat i de la forma de portar-lo a bon terme, sense que això signifiqui cap mena de menysteniment d'altres professionals que resulten fonamentals per al bon fi perseguit com és el cas de l'anestesiòleg, el patòleg, etc. cada un amb el seu lideratge en el seu moment.

Avui en dia la gestió dels serveis de cirurgia suposa també haver de comptabilitzar la gestió de personal, la gestió logística, la gestió de recursos, la gestió del coneixement, referides a totes les persones que intervenen en el procés quirúrgic. En alguns casos amb col·laboració coordinada, en altres casos en col·laboració subordinada a l'objectiu fonamental del procediment o de l'activitat prevista.

La gestió de l'atenció a les persones

Com hem dit repetidament, la doble implicació del cirurgià, amb les consignes polítiques delegades democràticament per a una justa distribució i adjudicació de recursos i les indicacions dels pacients expressades de manera directa, en ple us de la seva llibertat individual d'exercir el dret al control de aquelles actuacions de les quals en depengui la seva vida o la seva salut, fa que, sovint, el cirurgià es trobi en situacions de pressió o fins i tot contradictòries. Situacions per a les quals la solució no està només a les seves mans.

La prioritització de pacients, la utilització de recursos més o menys costosos, l'aplicació individualitzada de pautes concebudes de manera genèrica, la presa de decisions en situacions de pressió per part de familiars o acostats, de mitjans de comunicació o d'exigències legals contradictòries, en situacions d'incertesa, fan de la intuïció una eina fonamental,²⁰ però converteixen també l'activitat quirúrgica, no tan sols una feina de gran responsabilitat, també una tasca compromesa, plena de paranys i que precisa d'una gran integritat per portar-la a terme.

Cal bona voluntat per entendre'ns amb els pacients concrets perquè sense la seva confiança bona part de l'esforç del cirurgià perd el seu sentit. Cal diàleg amb les institucions polítiques perquè facin suportable la pressió de la doble delegació de drets, individuals i col·lectius, on es troba immersa la gestió del cirurgià. Cal ser conscients que les crisis vocacionals que han començat a fer-se notar en el camp de la cirurgia, poden portar a la pèrdua d'un dels assoliments més emblemàtics de l'estat del benestar: la milloria de la salut, mitjançant la cirurgia, a l'abast de tothom, útil, equitativa i amb els riscos que comporta lliurement assumits. I també, perquè no, amb la satisfacció adequada de les necessitats científiques, econòmiques i socials que feien de la cirurgia una de les activitats humanes més dures física i mentalment, però també més nobles i gratificants.

Conclusió

En resum, la cirurgia, mediatitzada per les influències externes i internes, s'ha de plantejar com una activitat de gestió complexa, que mereix l'atenció de tothom com a pràctica d'interès social que és, però que no es pot fer ni d'esquena ni al marge dels cirurgians, si es vol ser coherent amb els principis de la seva utilitat. Però també els cirurgians han de ser conscients que no poden mantenir-se al marge de la gestió clínica i administrativa de les activitats que realitzen, sempre dins del marc legal establert per la voluntat popular i gestionada pels seus legítics representants.

Joan Sala Pedrós

Bibliografia

1. Angelos P, Lafreniere R, Murphy TF, Rosen W. Ethical Issues in Surgical Treatment and Research. *Current Problems in Surgery*. Mosby. 40, 7. July 2003. 410-421.
2. Garcia Gual C. La filosofia grega de l'època clàssica: els sofistes, Sócrates, Plató i Aristòtil. A: Terricabras JM. *El pensament filosòfic i científic I. Dels orígens al segle XIX*. Àgora Biblioteca Oberta. Barcelona 2001: 48-53.
3. Terricabras JM. Filosofia i llenguatge: la lògica del llenguatge. A: Terricabras JM. *El pensament filosòfic i científic II. El segle XX*. Àgora Biblioteca Oberta. Barcelona 2001: 170-5.
4. Capra F. *La trama de la vida*. Anagrama. Barcelona, 1996: 52-5.
5. Capra F. *Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo*. Anagrama. Barcelona, 2003: 283-7.
6. Castells M, Himanen P. *El estado del bienestar y la sociedad de la información*. Alianza Edit. Madrid, 2002: 142-53.
7. Milamed DR, Hedley-White J. Contributions of the surgical sciences to a reduction of the mortality rate in the United States for the period 1968 to 1988. *Ann. Surg.* 219,1; 1994: 94-102.
8. Chomsky N, Dieterich H. *La aldea global*. 5ª Ed. Txalaparta. Tafalla, 2000: 26-36.
9. Soros G. *Globalización*. Planeta. Barcelona, 2002: 200-11.
10. Light DW. *Betrayal by the surgeons*. *Lancet* 1996; 347: 812-3.
11. Robinson R. *Evaluation and Health Care. Cost-utility analysis*. *BMJ*, 307; 1993: 859-62.
12. Newbold D. *A brief description of the methods of economic appraisal and the valuation of health states*. *J. Advan. Nurs.* 21; 1995:325-33.
13. Robinson R. *Economic Evaluation and Health Care. What does it mean?* *BMJ*, 307; 1993: 670-3.
14. Sala Pedrós J. *Decisiones quirúrgicas en els pacients d'edat avançada*. Tesis doctoral. Barcelona, 1990.
15. Sitges-Serra A. *Ecosurgery*. *Br. J. Surg.* 89, 4; 2002: 387-8.
16. Hope T, Sprigings D, Crisp R. *Education and debate. "Not clinically indicated": patients' interests or resources allocation?* *BMJ*, 306; 1993: 379-81.
17. De Dombal FT. *El proceso que conduce a la toma de decisiones en cirugía*. Barcelona: Masson-Salvat, 1994.
18. Sala Pedrós J, Gil A, Grande L, Masferrer L. *Principis de prioritació de pacients en cirurgia*. Llibre commemoratiu del curs 2003-04. Societat Catalana de Cirurgia. Barcelona, Octubre 2003: 77-91.
19. Schwartz RW, Tumblyn TF. *The Power of Servant Leadership to Transform Health Care Organizations for the 21st-Century Economy*. *Arch. Surg.* 137; 2002: 1419-27.
20. Abernathy & Hama. *Surgical Intuition: What is and how to get it*. Mosby 1995.

BREUS NOTES DELS PRIMERS 20 ANYS DE LA CREACIÓ DELS HOSPITALS DE LA CIUTAT SANITÀRIA I UNIVERSITÀRIA DE “LA VALL D’HEBRÓN”

Albert Sueiras Fechtenburg

En la immediata postguerra, essent ministre del Treball el Sr. Girón de Velasco, es va crear el *Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)*. A diferència dels metges de capçalera que visitaven als pacients als seus propis consultoris, els cirurgians practicaven les intervencions quirúrgiques a clíniques “particulars”, concertades pel SOE, donant-se el fet que els cirurgians havien de “*pel-legrinar*” de clínica en clínica doncs cada Mutualitat Asseguradora o Gremi com a entitat col·laboradora del SOE tenia contractada una clínica i el “*cupo quirúrgico*” el formaven diversos gremis: mestres pintors i fusters, empresa SEAT, etc. Aquesta situació complicava l’assistència de les urgències doncs, de vegades simultàniament, coincidien dues o més, en diferents clíniques. Cadascun dels equips quirúrgics estava format per 4 persones: cirurgià, ajudant, anestesista i instrumentista; aquest darrer podia ser metge o *practicant*.

El Primer de Maig de 1955 fou inaugurada a Barcelona, aleshores a les afores de la ciutat, la *Residència Sanitària “Francisco Franco”*, al costat de la petita ermita de Sant Genis en ple bosc. El seu primer Director fou el Dr. Germán Garnacho Herrero que, a la vegada, era Cap Provincial del SOE, amb despatx al carrer Balmes, 20. Aquesta Residència era exclusivament quirúrgica, per a Cirurgia General, Ginecologia i Obstetrícia, Traumatologia i Ortopèdia, etc. Es va escollir el millor personal sanitari d’Espanya: infermeres especialitzades i instrumentistes, practicants, metges anestesistes, etc. Això va fer que els equips quirúrgics es varen reduir de 4 a 2 persones: el cirurgià i el seu ajudant. Les instal·lacions eren exemplars, amb tots els avenços tècnics del moment, gran confort, i dotat de magnífic i sobrat instrumental quirúrgic. Tot resultava espectacular.

Es formaren 40!! equips quirúrgics, si bé els seus caps (els cirurgians) van haver d’anar a Madrid per a sotmetre’s a unes proves d’aptitud. Els que no la van superar continuaren amb el seu *cupo*, assistint als assegurats a la consulta però, si havien de ser operats els havien de remetre a la Residència, de forma que en aquesta hi havia cirurgians que tenien 2 *cupos*, el propi i el derivat pel cirurgià extern. D’aquests 40 equips de Cirurgia General, la meitat, es va incorporar quan es va inaugurar la Residència i els altres vint a primers de desembre d’aquell mateix any (entre els que s’inclou el que sotascriu aquestes línies).

Aquests equips quirúrgics eren (per ordre alfabètic) els que es poden veure a la Taula I:

Cirurgià	Ajudant
Joan A. Agustí i Peypoch	Albert Sueiras Fechtenburg
Amorós	Antoni Sitges Creus
Pere Arqué Cuixart	Joaquim Colomé Rusiñol
Ricard Canals Mayner	Ferran Guinot Seguí
Casas Juncà	Jordi Sabatés Rovira
Josep M. Casas Riera	Pascual
Ferran Collado Herrero	Ferran Marques Gassol
Àngel Díez Cascón	Josep Cruz Samper
Jeroni Font Cunillera	
Ramon Gajo Miró	Figueras
Tomàs Lorenzo Fernández	Pere Mateu
Joan Lluch Caralps	Joaquim Salarich Adell
Magriñà Coll	Josep Pérez Cadafalch
Isidre Magriñà Sanromà	Emili De los Rios Magriñà
Agustí Marí Guinart	Martí Tusquets
Josep Masferrer Oliveras	Miquel Puig Massana
Joan Mas Oliver	Adolf Pujol Llusà
Josep M. Massons Esplugas	Joaquim Martí Abizanda
Joan Muntaner Comas	Marià Miserachs Sala
Carlos Ortoll Trias	Ribas
Antoni Otero Sánchez	Antoni Otero Sendra
Josep Paravisini Parra	Josep M. Capdevila Miravet
Eduard Pons Tortella	López
Ricard Prat Suárez	
Joan Raventós Moragas	Jacint Dargallo Reventós
Pere Rubies Trias	Enric Recasens Gassió
Miquel Salarich Torrents	
Emilio Sala Patau	José Gómez Pérez
Francesc Salamero Castillón	
Ramon Sans Gassió	Josep Bonnin Bonnin
Antonio Solduga Basart	Joan López Gibert
Josep Turón Claramunt	Olivé Millet
Adolf Vidal de Llobatera	Josep Maria Blanch Anguera

Taula I

Els professors Pedro Piulachs Oliva i Ramon Arandes Adán, per el fet de ser Catedràtics de Patologia Quirúrgica, foren nomenats Cirurgians Consultors (els seus respectius ajudants eren Mariano Anglada Lasierra i Juan Bruguera Soler). Aquest últim s'encarregava a més a més de la Cirurgia Toràctica, gràcies als malalts amb aquesta patologia que li cedien els caps d'equip quirúrgic, amb l'excepció dels Drs. Lorenzo i, Massons, que també la practicaven als seus respectius "cupos".

Els quiròfans de Cirurgia General, en número de quatre, estaven a la quarta planta i funcionaven matí i tarda, acollint a un equip cada 3 hores durant les quals es realitzaven 2 intervencions "grans" (gastrectomia, colecistectomia amb colangiografia intraoperatòria) o 1 gran i 2 o 3 "mitjanes" (hèrnia, apendicectomia, varices, hemorroides, fístula perianal, quist sacrococcigi...), de tal manera que els torns eren de dos quarts de nou a dos quarts de dotze, i de dotze a tres de la tarda, i de tres a sis, i de sis a nou del vespre. Això feia que cada dia operessin setze equips quirúrgics (4 torns per 4 quiròfans), a més a més hi havia una sala pel pre i postoperatori immediats (anestèsia), i una altra sala (petit quiròfan) en la qual l'ajudant, entre intervenció i intervenció practicades al quiròfan, realitzava intervencions ambulatòries amb anestèsia local (extirpació de quist sebàcis, lipomes, ganglions, unglès encarnades, etc.)

Voluntàriament, i sense sou ("*gratia et amore*") es varen fer càrrec de la Cirurgia Plàstica el Dr. Jaume Planas i Guasch encara que aviat va renunciar a la plaça, substituint-lo el Dra. Vila Clé, i de la Cirurgia Cardíaca el Dr. Josep Paravisini i Parra, amb qui vaig tenir la sort de col·laborar durant 5 anys, tenint l'oportunitat de realitzar, com a cirurgia, lligadures de conducte arteriós, pericardiectomies i 23 comissurotomies mitrals per via dreta, via utilitzada exclusivament a Espanya pel Dr. Paravisini. Però, la seva activitat es va veure limitada a la cirurgia a "cor tancat", per l'obligació de remetre la resta de pacients a Madrid per a ser operats pel *Marqués de Villaverde*, encara que "*d'amagat*" el Dr. Paravisini realitzava algunes a "cor obert" sota hipotèrmia.

No ingressaven malalts de Medicina General ni hi havia internistes. En el cas de complicacions mèdiques greus, en el postoperatori, els cirurgians podien cridar a consulta a un dels tres catedràtics de Patologia Mèdica que per aquest fet van ser nomenats Consultors: Prof. Gibert Queraltó, Prof. Soriano Jimenez, i Prof. Fernández Cruz (catedràtic de Patologia General). El tercer catedràtic de Patologia Mèdica, el professor Agustí Pedro i Pons va rebutjar el càrrec de consultor per ser contrari a la "socialització" de la Medicina que convertia el metge en un assalariat. Era partidari de la medicina lliure. Posteriorment, quan el van jubilar, amb la conseqüent pèrdua de la direcció del Servei de Medicina de l'Hospital Clínic, a fi de continuar en actiu, va acceptar ser el cap de Departament de Medicina de la *Residència "Francisco Franco"* "incloent-se" ell així dintre de la medicina "socialitzada" de la que tant en contra estava.

Aviat es va oferir, un jove metge, a col·laborar voluntàriament, sense sou, amb els cirurgians en el pre i postoperatori dels malalts que així ho requerissin: el Dr. Antonio Tomasa Torrelodona.

Molts cirurgians, a fi de formar-se, acudien voluntària i desinteressadament com a segons i fins a tercers ajudants. D'aquesta manera, al llarg d'aquests anys, successivament van acudir amb qui sotascruï els doctors:

Andreu Busquets Badenes
Julio Carvajal Alonso (procedent de La Bañeza, León)
J.M. Caralps Riera
Joaquim Camarasa Isanta
Lluís Malvehy Rovira
Eduard Llauradó Miret
Enrique Sierra Gil
Jordi Vivancos García

I, posteriorment, ja jerarquitzats a les guàrdies, els doctors:

Enric Laporte Roselló
Joan Sala Pedrós
Aniceto Puigdollers Pérez
Emili Miralles

I molts altres que disculpareu però, amb el pas dels anys, ara mateix no em venen a la memòria.

Aquests, foren “desplaçats” pels M.I.R., i estudiants, en pràctiques de quart i cinquè de Medicina.

Les guàrdies d'urgències les feien només els equips de Cirurgia General (moltes vegades eren els ajudants els qui portaven a terme les operacions), de manera que havien d'assumir totes les especialitats: Urologia, Ginecologia, Traumatologia, Cirurgia Pediàtrica, O.R.L., etc., i per tant érem els cirurgians generals qui operàvem les embolectomies, traqueotomies, operacions en nens i lactants (invaginacions intestinals, hèrnies, apendicitis,...), hemoperitoneu per embarassos ectòpics, torsions de quists d'ovari, ruptures de quists de “xocolata”, reducció de fractures i luxacions, torsions de testicles,...passant després el malalt, a l'especialista corresponent o ingressant-lo en un dels seus llits que tenien assignats, si així ho requeria. Ajudaven en aquesta tasca 4 “residents no oficials” a canvi de la seva manutenció i estada a la Residència, i la seva formació. Aquests eren els doctors: Joan M. Vila i Brichs, Jaume Urue Buscarons, Florentino Rivas García, i Jordi Olsina Pavía, que previ concurs-oposició a Madrid, foren nomenats com a primers residents oficials, als que es va afegir, posteriorment, Josep M. Capdevila Miravet.

Faré esment d'alguns dels equips de les especialitats quirúrgiques d'aquells primers anys:

Urologia:

Dr. Antoni Puigvert Gorró - Dr. Cols
Dr. Lluís Batalla Sabaté - Dr. Mario Sabaté Villalonga

Ginecologia:

Dr. Torrens, Dr. Riera Bartra,...

Traumatologia:

Dr. Cabot - Dr. Nubiola
Dr. Mir Vidalrribas - Dr. Vila i Brichs.

O.R.L.:

Dr. Pulido Cuchí, Dr. Clarós, Dr. Güell,...

Neurocirurgia:

Dr. Adolfo Ley Gracia - Dr. Ramon Jacas Ejarque - Dr. Domènec Campillo Valero

Dr. Eduardo Tolosa Colomer - Dr. Fuenmayor - Dr. Lafuente.

En aquells primers anys no hi havia cirurgians vasculars; els cirurgians generals operàvem varices, simpatectomies lumbars...

Posteriorment, s'inaugurà el Centre de Traumatologia i Rehabilitació, el seu Cap de Departament fou el Dr. Ramon Sales Vázquez, i com a Cap de Servei el Dr. Fernando Collado Herrero, renunciant per tant al seu equip de Cirurgia General, i incorporant al seu nou Servei, com a Caps de Secció, als seus ajudants el Dr. Fernando Marqués Gassol i Dr. Joan Josep Madrigal Escuder, i al Dr. Joan Vila i Brichs com a metge adjunt, entre molts d'altres. L'Hospital Infantil, amb el Prof. Ballabriga com a Cap de Departament, i "La Maternal" que disposa d'un heliport al cap d'amunt de l'edifici, fet molt novedós en aquella època però que mai va arribar a utilitzar-se. El gran augment de les urgències que es cobrien amb els 40 equips de Cirurgia en torns de 12 hores alterns (una vegada 12 h. de dia i l'altra 12 h. de nit), o de 24 h. complertes en el cas d'aquells equips que tenien doble *cupo* (un d'agregat), va fer que a l'any 1965 es convoqués un concurs-oposició a Madrid a fi de crear equips de Cirurgia d'Urgència: 4 per a la Residència de "La Paz" de Madrid, i 4 per a la Residència "*Francisco Franco*" de Barcelona. L'aleshores, *Jefe de los Servicios Médicos Centrales*, a Madrid, Dr. Martínez Estrada es desplaçà en diverses ocasions a la Residència "*Francisco Franco*" *inflant-se la boca* de repetir que aquestes 8 places convocades, 4 serien per Madrid, i 4 per a Barcelona, i que serien les primeres oposicions "justes" a celebrar a Espanya, instant-nos, quasi obligant-nos a que ens presentéssim. Vàrem caure al parany i, deixant de banda els detalls i circumstàncies tan irregulars com vergonyosos, només faré menció que van obtenir plaça a Barcelona 2 cirurgians de Madrid, els Drs. Francisco Barreiros, i Rodríguez-Vilariño, que pertanyien al *clan* del Prof. Lafuente Chaos, i que després de pocs mesos a Barcelona, van ser traslladats oficialment a "*La Paz*" de Madrid. Els 2 cirurgians de Barcelona que van obtenir plaça en aquesta convocatòria van ser els Drs. José Curto Cardús i Josep Bonnin Bonnin. Posteriorment, al quedar "vacants" les altres 2 places, es van *oferir* interinament (amb la promesa de fer un nou concurs-oposició restringit a fi d'atorgar-les-hi definitivament), als que havien obtingut la major puntuació entre els eliminats: els Drs. Olsina i Sueiras. Aquest darrer, indignat davant de les irregularitats comeses, la va rebutjar, ocupant-la el Dr. José Gómez-Pérez.

Així es van formar 4 equips quirúrgics d'urgències:

1. Dr. Curto, Dr. Viver, Dr. Moreno, i Dr. Diego Gómez Sánchez
2. Dr. Bonnin, Dr. Prim, Dr. Pizarroso, i Dr. Calafell
3. Dr. Olsina, Dr. Peña, Dr. Mora, i Dr. Vivancos
4. Dr. José Gómez Pérez, Dr. Santiago Gómez Pérez (el seu germà), Dr. Gaspar, i Dr. Camprodon.

Al voltant dels anys 1968-69 es van crear a Barcelona, com a “*La Paz*” de Madrid, dos equips més de Cirurgia d’Urgències, encara que no oficialment si no de forma interina.

Aquests van ser els de:

5. Dr. Mariano Bonafonte Fernández amb tres adjunts: Dr. Xavier Bastida, Dr. Blanes, i Dr. Monner.
6. Dr. García García (capità mèdic) amb tres adjunts: Dr. Felipe Lara Eisman, Dr. Josep Masferrer Sala, i Dr. Daniel Cura.

A l’any 1969, el Dr. Curto Cardús va deixar l’equip d’urgències de la *Residència “Francisco Franco”*, per a passar a desenvolupar el càrrec de Cap de Servei de Cirurgia General de l’Hospital “*Joan XXIII*” de Tarragona. La plaça que deixava vacant va ser ocupada per el Dr. Diego Gómez Sánchez, que fins aleshores era cirurgia adjunt.

Arribem a l’any 1970 en que Madrid va ordenar la jerarquització dels hospitals de la Seguretat Social quedant relegats els 40 antics equips quirúrgics de Cirurgia de la Residència “*Francisco Franco*”, fins a la seva extinció per jubilació dels seus caps.

Essent Director el Dr. Mosquera, i posteriorment el Dr. Bartolomé, es va nomenar Cap del Departament de Cirurgia (comprenia Cirurgia General i demés especialitats quirúrgiques: Cirurgia Vasculard, Toràcica, Cardíaca, O.R.L., Oftalmologia, etc.) al Dr. Àngel Díez Cascón, a la vegada Cap d’un dels dos Serveis de Cirurgia General. De l’altre se’n va fer càrrec el Dr. Emilio Sala Patau, amb 7 Caps Clínics, i 2 adjunts cadascun (més tard s’amplià a 3):

- Dr. Mariano Bonafonte Fernández, Dr. Blanes, Dr. Xavier Bastida, (Dr. Joan Martí-Ragué).
- Dr. Ricardo Camprodon Bertran, Dr. Jordi Jornet, Dr. Jesús Guerrero, (Dr. José Antonio Salvà Lacombe).
- Dr. García García, Dr. Felipe Lara Eisman, Dr. Josep Masferrer Sala.
- Dr. Diego Gómez Sánchez, Dr. Joan Martí Ragué, Dr. José M. Sánchez Ortega, (Dr. Díaz Ureña).
- Dr. José Moreno Amezcua, Dr. César Cabré Martínez, Dr. Juan Hernández Romero, (Dr. Solano).
- Dr. Alberto Sueiras Fechtenburg, Dr. Marc Antoni Broggi Trias, Dr. Enrique Gémar Antúnez , (Dr. Ramon Espasa Oliver).
- Dr. José Vidal Sans, Dr. Ramon Espasa, Dr. Gómez Conde.

En aquest mateix any 1970, amb la finalitat de “prestigiar” a la Seguretat Social, es va seguir la política d’oferir la Direcció d’un Departament als catedràtics que s’havien jubilat. Al Prof. Usandizaga se li va oferir la de “*la Maternal*”, i al Prof. Pedro Pons el departament de Medicina i especialitats mèdiques de la Residència “*Francisco Franco*”. Aquests van portar amb ells a la majoria dels seus antics col·laboradors de la Facultat de Medicina de l’Hospital Clínic de Barcelona. Això va anar en detriment dels Serveis de Cirurgia en ocupar més i més sales i llits, de tal manera que “*la General*” va passar a ser casi més mèdica que quirúrgica, dintre de la Ciutat Sanitària de “*La Vall d’Hebrón*”, que és l’actual situació.

A l'any 1973 es varen ampliar a 10 els caps clínics, incorporant-se membres dels equips d'urgència (dels que els seus caps no es volien jerarquitzar doncs actuaven amb "independència"):

Dr. Alvaro Gaspar Fuentes
Dr. Pere Prim Mercader
Dr. Rafael Peña del Monte

A l'any 1974, per concurs nacional, celebrat a Madrid, (Prof. Figueras Aymerich) es confirmaren els nomenaments de tots els caps clínics a excepció dels dos últims que ho foren amb posterioritat.

Per fi (!!) es va aconseguir jerarquitzar als tres equips de Cirurgia d'urgència a canvi de ser nomenats Caps de Servei, formant-se així 5 Serveis de Cirurgia General:

- Dr. Àngel Díez Cascón (Cap de Departament)
- Dr. Emilio Sala Patau
- Dr. José Bonnin Bonnin
- Dr. Jorge Olsina Pavía
- Dr. José Gómez Pérez

A cada Servei es van assignar 2 caps clínics amb 3 adjunts cadascun. Els interins, Dr. Mariano Bonafonte, i Dr. García García, van ser jerarquitzats amb el mateix càrrec que tenien, es a dir a com a caps clínics.

Quedant així organitzat el Departament de Cirurgia General:

Dr. Àngel Díez Cascón:

Dr. Mariano Bonafonte Fernández:

Dr. Blanes
Dr. Xavier Bastida
Dr. Monner

Dr. José Moreno Amezcua:

Dr. Juan Hernández Romero
Dr. César Cabré Martínez
Dr. Solano

Dr. Emilio Sala Patau:

Dr. Ricardo Camprodon Bertran:

Dr. Jordi Jornet Lozano
Dr. Jesús Guerrero Zaragoza
Dr. José Antonio Salvà Lacombe

Dr. Alberto Sueiras Fechtenburg:

Dr. Marc Antoni Broggi Trias
Dr. Ramon Espasa Oliver
Dr. Enrique Miguel Gémar Antúnez

Dr. Josep Bonnin Bonnin:
Dr. Pere Prim Mercader:
Dr. Pizarroso
Dr. Jaume Pérez Bartolí
Dr. Antoni Nadal Guinart
Dr. García García i, Dr. Felipe Lara Eisman (simultàniament cap
clínic a l'ambulatori de "*Drassanes*):
Dr. Josep Masferrer Sala
Dr. Daniel Cura
Dr. Francisco Ibáñez
Dr. Jordi Olsina Pavía:
Dr. Rafael Peña del Monte:
Dr. Francisco Mora Ruiz
Dr. Jordi Pie García
Dr. Jordi Vivancos García
Dr. Josep Vidal Sans:
Dr. Gómez Conde
Dr. Francisco Àvila Caballé
Dr. José Gómez Pérez:
Dr. Alvaro Gaspar Fuentes:
Dr. José Luis Fernández Burgui
Dr. Enrique Castells Tejón
Dr. José M. Campos Tarrech
Dr. Diego Gómez Sánchez:
Dr. José Ponseti Bosch
Dr. Joan Martí Ragué
Dr. José Díaz Ureña

Posteriorment, va haver-hi una diàspora, sobre tot de cirurgians adjunts, cap als seus orígens a d'altres regions de la resta d'Espanya o per ser promocionats a caps de secció o de servei, o bé perquè van demanar trasllat a un dels dos grans centres hospitalaris creats a la província de Barcelona, el de "Prínceps d'Espanya" a Bellvitge, i el de "Germans Trias i Pujol" a "Can Ruti", Badalona.

Així es van produir els següents trasllats:

- Els Drs. Calafell, Blanes i Monner van anar a Palma de Mallorca
- El Dr. Juan Hernández Romero a Las Palmas de Gran Canaria
- Els Drs. Xavier Bastida, Joan Martí Ragué i Ramon Espasa a Bellvitge
- El Dr. Jesús Guerrero Zaragoza a Eivissa
- El Dr. César Cabré Martínez a l'Aràbia Saudí
- El Dr. Solano a "Don Benito" província de Badajoz
- Els Drs. José Antonio Salvà i Marc Antoni Broggi a "Can Ruti"
- El Dr. Francisco Ibañez a Saragossa
- El Dr. Jordi Pie a Badalona
- El Dr. Gómez Conde a Vitoria
- El Dr. Díaz Ureña a Vigo
- El Dr. Josep M. Campos Tarrech a Granollers
- El Dr. José Moreno Amezcua a l'Hospital de l'Esperit Sant a Santa Coloma de Gramanet
- El Dr. Camprodón a l'Hospital de l'Esperança a Barcelona.

I aquesta és la història de la cirurgia a l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona. Demano disculpes pels errors i omissions que s'hi puguin trobar, donat que aquestes notes han estat redactades totalment de memòria, sense tenir res escrit, a l'edat de 75 anys, ja podeu entendre que aquesta em falli una mica.

Dr. Albert Sueiras Fechtenburg
(Cap de Secció – jubilat - del Servei de Cirurgia General.
Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona)

“IN MEMORIAM” EMILI SALA PATAU

El passat dia 29 de desembre de 2003, moria a Barcelona el Dr. Emili Sala Patau. Cirurgià de reconeguda notorietat en els ambients professionals del nostre país.

Sorgit de l'Hospital Clínic de Barcelona on havia treballat en els inicis de la seva carrera, va passar a ser Cap de Servei de Cirurgia General de la Vall d'Hebron a principis dels anys 70, on va estar al capdavant d'un dels 5 serveis de cirurgia general que formaven part del departament de cirurgia. Pel seu servei hi van passar una sèrie de cirurgians que van arribar a excel·lir en diferents camps de la pràctica sanitària i no tan sols quirúrgica.

En uns moments de desenvolupament de la cirurgia i d'extensió de la seva pràctica per posar-la a l'abast de totes les capes socials, va ser responsable d'un servei que va ser una autèntica nova escola de cirurgia, més enllà de la formació universitària clàssica, que va permetre l'ensinistrament de molts cirurgians dels nostres dies. Home rigorós però tolerant al mateix temps, va participar activament en el desenvolupament i la posta en marxa d'una cirurgia científica, crítica, de qualitat i del més alt nivell internacional, permetent la realització personal i el creixement professional d'aquells que van passar per seu servei.

Polemista i polèmic, al mateix temps, havia pres part en l'organització de diverses reunions científiques, congressos i simposis d'àmbit nacional i internacional. El seu coneixement d'idiomes com l'anglès o el francès, el van convertir en un moderador de taules rodones especialment adequat en trobades multiculturals.

De temperament estricte i aparentment rígida, amagava, sota una aparença senyorívola i cosmopolita, una autèntica passió pel coneixement i un gran amor a la seva professió de cirurgià. Amb un to pretesament distant, propi d'un autèntic cavaller, no va deixar mai d'encoratjar i d'ajudar als cirurgians més novells ni de facilitar-los els mitjans, l'ambient i el suport per aprendre i per formar-se en els principis bàsics de la cirurgia.

Soci de mèrit de l'ACMSCB, havia estat secretari de la Societat Catalana de Cirurgia i membre de la seva Comissió Consultiva així com membre del patronat del "XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie, Barcelona 1973" que concedeix anualment un premi que porta aquest nom, com un dels més rellevants de la cirurgia catalana dels darrers anys.

Malgrat haver-se jubilat de la seva tasca professional activa com a cirurgià, no va deixar mai d'assistir a les sessions ordinàries de la societat, a les inauguracions ni als sopars de germanor que es feien anualment. Posseïdor d'una gran cultura i dotat d'un fi esperit crític, va participar en els debats, aportant la seva experiència i expressant les seves opinions amb respecte però amb contundència, fins convertir-se en un dels personatges més característics de les sessions de comunicacions des de feia molts anys.

La seva absència no passarà desapercibuda pels cirurgians catalans que l'han conegut i han conviscut amb ell. El seu record formarà part de la memòria nostàlgica de la Societat Catalana de Cirurgia que va saber integrar cirurgians de molts diversos orígens i formacions, amb punts de vista diferents que, com el Dr. Sala Patau, van ser part de la riquesa ideològica i del dinamisme característic d'un col·lectiu plural com el dels cirurgians que ell, amb la seva manera de ser, va col·laborar a enaltir i a cohesionar.

Preocupat per l'excel·lència en tots els camps i defensor de la dignitat de la cirurgia, mai va deixar d'aportar la seva crítica constructiva ni d'expressar les seves opinions, sempre originals, en públic, amb absoluta sinceritat i amb respecte per les opinions dels altres.

Si els cirurgians tenim fama de durs amb nosaltres mateixos i amb els nostres companys, per poder fer front a una tasca difícil i sacrificada, que precisa de serenitat i de força davant del risc, aquells que, com el Dr. Sala Patau, han demostrat que aquesta duresa pot estar plena d'humanitat, mereixen ser recordats.

Descansi en pau.

La Junta

“IN MEMORIAM” LLUÍS MASFERRER SALA

El company, l'amic, el col·laborador altruista en les tasques socials, científiques i professionals de la cirurgia catalana, Lluís Masferrer, va morir a Barcelona el passat dia 3 de juny de 2004.

A l'any 2001 es va incorporar com a assessor de la Junta de la Societat Catalana de Cirurgia en afers medico-socials però va ser en les eleccions de juny de l'any 2002 quan va entrar a formar part, oficialment de la Junta de la Societat com a vocal segon, càrrec que va exercir fins a la seva precipitada desaparició.

A En Lluís no li faltaven, però, càrrecs. Era president de Metges de Catalunya des de l'any 2002, formada per la unió del Sindicat de Metges de Catalunya i la Federació d'Associacions de Metges dels Hospitals de Catalunya (FAMHOC). D'aquesta darrera n'havia estat, des del seu inici, el president i un dels seus principals impulsors.

Les seves inquietuds socials les havia iniciades a la Facultat de Medicina de l'Hospital Clínic al tombant dels anys 60 a 70, en uns moments de gran commoció universitària a nivell general, després dels episodis del maig francès o de la reacció juvenil nord-americana a la guerra del Vietnam, que en el nostre país s'havia iniciat uns anys abans amb la creació del Sindicat Democràtic d'Estudiants de la Universitat de Barcelona (SDEUB) que canalitzaria el compromís dels joves estudiants amb la democratització que acabaria triomfant uns anys després.

Però a més del caràcter humanista que l'havia portat a la seva militància social, ell era per tradició familiar, per formació i per vocació: un cirurgià. En efecte la influència del seu pare i del seu germà gran, cirurgians de reconegut prestigi, el van portar a fer els seus primers passos quirúrgics a l'Hospital de la Creu Roja de “2 de Maig” i al de la Vall d'Hebron. Va completar la seva formació professional a l'Hospital Josep Trueta de Girona, des d'on va passar a fer-se càrrec, com a Cap de Servei, de la cirurgia de l'Hospital de la Creu Roja de l'Hospitalet del Llobregat.

Des d'un principi, va ser un dels impulsors del denominat Col·lectiu de Caps de Servei de Cirurgia dels Hospitals de Catalunya, coneguts popularment com “els comarcals”, per ser el primer fòrum que agrupava representants de serveis de tots els nivells assistencials, des dels de major complexitat fins als de primera línia a les comarques més allunyades dels grans nuclis poblacionals.

En aquest marc va formar part de l'equip de redacció del denominat document de la Seu, per haver-se aprovat en diferents reunions del grup celebrades a la Seu d'Urgell. Aquest document, amb el títol de “La Cirurgia en els Hospitals Comarcals de Catalunya: una Reflexió Crítica” va ser aprovat per l'assemblea del col·lectiu i presentat a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya a l'any 1993. Sense cap dubte, En Lluís va ser un dels dinamitzadors del grup i el principal promotor del document aconseguint el reconeixement polític de la seva importància.

La seva condició de representant sindical i per tant de negociador amb l'administració de les condicions laborals de tots els metges d'hospital del país i, naturalment, també dels cirurgians, el van convertir en un personatge indispensable en les reunions de caps de servei en les quals, entre altres temes de gestió, els derivats de la situació laboral, eren d'especial interès i valor. No faltava a cap reunió la secció que anomenàvem en un to de simpatia: "El Dr. Masferrer informa". Realment ens consideràvem afortunats de tenir informació de primeríssima mà sobre l'estat de les negociacions entre els representants sindicals i els representants de l'administració i de les organitzacions patronals.

Des del convenciment i la fe en les seves creences, En Lluís era un bon negociador perquè sabia escoltar als seus oponents, trobant vies de diàleg que facilitaven els acords i convenis pel bé de tots. La seva franquesa, la senzillesa i naturalitat amb que expressava grans idees i conceptes, la seva bonhomia, són una pèrdua irreparable per a tots aquells que hem compartit amb ell interessos i afeccions.

El seu exemple com a líder, com a persona i com a cirurgià compromès amb el món, del qual se'n sentia part i responsable, hauria de ser recordat per les noves generacions de cirurgians i per tots aquells que, com ell, creuen que un Servei de Cirurgia és molt més que un grup de cirurgians que treballen junts, és un compromís amb la societat a la qual dóna servei, mereixent, per això el tracte digne que correspon a una tasca que exigeix grans sacrificis però que cal que sigui conservada pel bé de tots. Mantinguem viu el seu llegat.

Massa aviat pels que l'han conegut, s'ha guanyat reposar en pau.

La Junta

CAP A UN NOU CURS

Laureà Fernández-Cruz, Roger Pla, Antoni Sitges, Joan Sala Pedrós, Josep Maria Badia, Carles Margarit, Guzman Franch

Un nou curs és sempre un nou repte i els reptes formen part de totes les activitats de la vida però especialment en el cas dels cirurgians, en general homes d'acció (en sentit genèric ampli, és a dir d'homes i dones), han estat sempre motiu de marcar-se fites per superar-los; amb seny, amb totes les precaucions que l'atenció de la vida humana mereix, però amb valentia, amb sacrifici i amb interès desinteressat, posant la il·lusió de ser útil per davant de la pròpia tranquil·litat i benestar.

Però els reptes han anat canviant. Si al principi eren anatòmics, biològics, tècnics o d'habilitat, després han passat a ser de domini tecnològic, de coneixement científic, d'autocrítica rigorosa i de coherència en la presa de decisions.

Cada vegada més però el repte és també la superació de la crisi vocacional, de la devaluació social, de l'assetjament administratiu i del desànim que tot plegat comporta.

És també en aquests punts en els quals les societats científiques han de posar el seu interès. Abordar amb seriositat els riscos que determinades actituds o priorititzacions de valors suposen pel bé comú hauria de ser motiu d'estudi i dedicació dels nuclis de reflexió i de crítica que representen les entitats de promoció del coenixement.

I en això estem. Sense deixar de banda la cerca de nous avenços en el manteniment i millora de la salut, mitjançant les modificacions anatòmiques amb repercusió funcional que permet la cirurgia, cal estimular també l'autocrítica, l'auditoria (o audit) de la pròpia activitat, l'objectivització dels resultats, l'anàlisi de decisions i l'aplicació de noves tecnologies, amb rigor però no amb rigidesa, amb afany de progrés general i no tan sols personal.

El debat està obert, tots podem participar-hi i esperem les vostres col·laboracions. Tant de bo que aquest modest llibre commemoratiu anés creixent cada any a partir de l'enriquiment derivat de les aportacions de més i més companys. Tots hi som benvinguts perquè tots hi som necessaris. Us esperem, un curs més, per continuar la tasca iniciada pels que ens han precedit, mantinguda per tots i confíem que renovada en sentit benefactor per aquells que ens seguiran.

Felicitem-nos tots plegats del suport mutu que ens puguem donar que de segur ha de ser pel bé, no tan sols de la cirurgia si no també de la humanitat en general.

La Junta

