



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2005-2006

ÍNDEX

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA	1
<u>LLIBRE COMMEMORATIU</u>	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2005-2006	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2004-05.....	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
SESSIONS ORDINÀRIES	7
PREMIS HONORÍFICS 2004	25
CONCESSIÓ DELS PREMIS DE RECERCA	26
PRESIDENTS ANTERIORS.....	27
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT.....	28
CURS 2005-2006	29
JUNTA DE GOVERN	31
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	32
PREMIS HONORÍFICS 2005	33
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2005.....	34
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2005.....	35
CENTRES COL·LABORADORS	36
INAUGURACIÓ DEL CURS 2005-2006	37
SESSIÓ INAUGURAL	38
PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES.....	39
CALENDARI DE SESSIONS.....	49
DOCUMENTS	51
ELS FRUITS D'UN PROJECTE	53
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2005.....	55
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2005	65
EL FINAL DE UNA ETAPA Y EL PRINCIPIO DE OTRA.....	81
LES IMATGES EN CIRURGIA	87
ELECCIONS 2005: PROGRAMA ELECTORAL	99
LA INELUDIBLE NECESSITAT DE RENOVACIÓ.....	105

MEMÒRIA DEL CURS 2004-05
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. **Recordatori dels membres desapareguts el curs passat.**

Dr. Emili Sala Patau

Dr. Lluís Masferrer Sala

20:20 h. **Nomenament de nous membres Associats:**

Dra. Natalia Arteché González

Dr. Cesar Claudio Chierichetti Asan

Dra. Meritxell Medarde Ferrer

Dr. Jorge Navinés López

Dr. David Ruiz Luna

Dra. Maite Santamaria Gómez

Dr. Mónica Valero Sabater

20:30 h. **Nomenament de nous membres Numeraris:**

Dra. Aurora Aldeano Martín

Dr. Juan Carlos Garcia-Valdecasas Salgado

Dr. Josep Ullés Font

20:35 h. **Premis als millors treballs de la Societat Catalana de Cirurgia**

Lliurament del Premi Carmen Benasco.

Lliurament del Premi: XXV Congrés de la *Société Internationale de Chirurgie*, Barcelona 1973.

Lliurament del Premi Pere Virgili:

Doctor Josep Simó Deu

Lliurament del Premi Antoni de Gimbernat:

Dr. David Sutherland

20:55 h. **Cloenda de l'acte**
Dr. Bombí
Dr. Fernández-Cruz

SESSIONS ORDINÀRIES

Dilluns, 15 de novembre de 2004

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Ramon Masvidal.

1.- Tumors estromals gastrointestinals: experiència al nostre centre.

Jirones J, Roig J, Pujades M, Codina Barreras A, Rodríguez JI, Ortiz R, Codina Cazador A. (Hospital Universitari de Girona Dr. J.Trueta).

2.- Acompliment i eficàcia de la profilaxi antibiòtica en les infeccions superficials de ferida quirúrgica.

Guirao X, Lopez, Gómez, Burdio, Piedrafita, Viladrich, Bolarín, Domingo J. (Hospital de Figueres).

3.- Migració intragàstrica de bandes protètiques utilitzades en cirurgia bariàtrica.

Garcia-Oria M, Caballero A, Llansana C, Lopez Lanao F, Martí J, Sierra J, Nezar Y. (Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona)

ACTUALITZACIONS

4.- Morbimortalitat en la cirurgia herniària urgent

Ribera C. (Hospital de Martorell)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5.- Encreuament (*Switch*) duodenal en l'obesitat mòrbida

Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

CAS CLÍNIC

6.- Laparoscòpia diagnòstica en un cas de dolor abdominal atípic.

Arteche N, Masvidal R, Ramos C, Martinez Torres J, Salomó O. (Hospital d' Olot).

Dilluns, 13 de desembre de 2004

FISIOPATOLOGIA

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

Pla R.

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Jordi Pié.

1.- Tractament de les hemorroides i del prolapse mucós rectal per anopèxia mucosa circular

Hidalgo LA, Heredia A, Carbonell J, Almenara R, del Bas M, Gubern JM, Suñol X. (Hospital de Mataró)

2.- Malrotació intestinal: Pot ser també un problema en adults

Herrero E, Pérez N, Cuadrado M, Rebollo S, Franco R, Casas D, Torres M, Piñol M, Sastre JM, Fernández-Llamazares J, Alastrué A, Broggi MA. (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona)

3.- Diagnòstic diferencial d'un procés pancreàtic i peripancreàtic.

Sánchez C, Alastrué A, Julián FJ, Salas M, Farré R, Domènech S, Olivé A, Camps I, Alberó J, Sánchez J, Fernández-Llamazares J, Broggi MA. (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona)

ACTUALITZACIONS

4.- Barems de risc quirúrgic

Sancho JJ. (Hospital del Mar)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5.- Hemorroïdectomia

Puigdollers A. (Hospital de Mollet)

CAS CLÍNIC

6.- Carcinoma papil·lar serós primari de peritoneu

Jané S, Casas A, Cuadrado S, Recaj M, Rives M, Rubiras N, Sanchís J, Puig P. (Hospital Comarcal de Calella)

Dilluns, 10 de gener de 2005

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Florenci Salvans.

1.- Sistema d'auditoria interna sobre l'avaluació de la cirurgia del càncer colorectal mitjançant l'aplicació de models predictius d'ajust de risc (POSSUM I P-POSSUM)

Serra J, Bombardo J., Hernando R., Artigau E., Alcántara M., Ayguavives I., Sanfeliu J., Luna A., Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell).

2.- Experiència en cirurgia del càncer gàstric en un hospital mitjà.

Vallribera F., Sala J., Edo A., Campillo F., Aguilar F, Oms Ll., Mato R., Garcerán A., Ribas Y., Puey J., Paloma J., Güell D. (Hospital de Terrassa)

3.- Resultats de l'extirpació del gangli sentinella en el càncer de mama

Veloso E, Rodríguez Alsina X, Garcia Fernandez A, Piqueras M, Garcia Olivares E, Cabus S, Marco C. (Hospital Mútua de Terrassa)

ACTUALITZACIONS

4.- Tractament de l'esòfag de Barrett

Pera M. (Hospital del Mar)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5.- Paratiroïdectomia subtotal

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

CAS CLÍNIC

6.- Tumors carcinoïdes gàstrics múltiples

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

Dilluns, 14 de febrer de 2005

FISIOPATOLOGIA

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

S. Navarro

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Antoni Sitges-Serra.

1. Cirurgia de rescat en el GIST avançat

Vela S, Artigas V, López Pousa A, Moral A, Marín G, Rodríguez M, Trias M. (Hospital de Sant Pau).

2. Rendiment ganglionar, morbiditat i recidiva nodal després de buidatge ganglionar central del coll en el carcinoma papil·lar de la tiroide.

Pereira JA, Jimeno J, Pascual M, Iglesias M, Munné A, Sancho JJ, Sitges-Serra A. (Hospital del Mar).

CONFERÈNCIA:

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

Bofill J. Cirurgia General i Perit d'Assegurances

CAS CLÍNIC

4.- Carcinoma papil·lar de tiroide: una presentació atípica.

Lluís J, González S, Galofré G, Camacho L, Pueyo JM. (Hospital Dos de Maig).

5.- Tumoració abdominal gegant en una dona jove.

Pérez M, Puig S, Ramón JM, Corominas JM, Pera M, Grande L. (Hospital del Mar).

Dilluns, 14 de març de 2005

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Enrique Fernández-Sallent

1. La nostra experiència en la cirurgia laparoscòpica de la malaltia per reflux gastroesofàgic

Prós I, Ribera C, López EJ, Robusté J, Quintana C, Otero J, Gil A. (Hospital Sant Joan de Deu de Martorell)

2. Resultats de 1500 hèrnies operades amb la tècnica de Lichtenstein.

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

ACTUALITZACIONS

3. Monitoratge perioperatori del pacient cirròtic en cirurgia no hepàtica

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

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4. Simpaticolisi toràctica superior

Moya J. (Hospital de Bellvitge)

CAS CLÍNIC

5. Tumors vellosos del tub digestiu.

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

6. Abscés secundari del psoes. Revisió.

Gris P, Lorente FX, López Negre JL, Vallverdú H, Urgellés J. (Hospital de Sant Boi).

Dilluns, 11 d'abril de 2005

FISIOPATOLOGIA

Principis bàsics del tractament del càncer amb radioteràpia i quimioteràpia.

Taberero 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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Antoni Rafecas

1. Reconstrucció esofàgica cervical.

Sans M, Farran L, Kreisler E, Domínguez J, Sancho C, Escalante E, Lamas S. (Hospital Universitari de Bellvitge).

2. Carcinomatosi mucinosa pleural: etiologia i tractament quirúrgic.

Barrios P, Mas J, Fernandez-Trigo V, Arias JC, Ramos I, González JA. (Hospital General de L'Hospitalet).

3. Cirurgia bariàtrica. *By-pass* gàstric: laparotomia – laparoscòpia ?

Masdevall C, Pujol J, Moreno P, Sánchez Santos R, Conde R, Silvio L, Fracalvieri D. (Hospital Universitari de Bellvitge).

ACTUALITZACIONS

4. Profilaxi antibiòtica en cirurgia neta

Guirao X. (Hospital de Figueres)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Quist tiroglós

Marqués G. (Hospital del Parc Taulí)

CAS CLÍNIC

6. Diverticle duodenal complicat.

Castellví J, Vallet J, Suerias A, Gil V, Espinosa J, Pí Siqués F. (Hospital de Viladecans).

Dilluns, 9 de maig de 2005

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Josep Maria Badia.

1. La nostra experiència en la colangiografia retrograda endoscòpica pancreàtica (CREP) perioperatòria: indicacions i rendiment.

Ponsí E, Miró D, Iriondo G, Montero O. (Hospital de Sant Celoni).

2. Pauta curta de tractament antibiòtic en colecistitis aguda. Resultats preliminars d'un estudi multicèntric randomitzat.

Aldeano A, Navinés J, Nve E, Jimeno J, Oms L, Sala M, Quer X, Franch G, Busquets J, Sitges Serra A, Badia JM. (Hospital General de Granollers)

3. Carcinoma hepatocel·lular. Tractament seqüencial.

Ferrer J, Morales X, Fondevila C, Charco R, Fuster J, García-Valdecasas JC. (Hospital Clínic de Barcelona)

ACTUALITZACIONS

4. Tiroïdectomia total vs. subtotal en la malaltia de Graves

Moreno P. (Hospital de Bellvitge)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

5. Adrenalectomia endoscòpica

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

CAS CLÍNIC

6. Oclusió post-traumàtica diferida de còlon

Iriondo G, Ponsí E, Montero O, Miró D. (Hospital de Sant Celoni).

Dilluns, 13 de juny de 2005

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.

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Daniel Del Castillo

1. Analgèsia endovenosa contínua en el postoperatori d'hemorroïdectomia.

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

2. Despesa energètica i resposta biològica a l'agressió en la cirurgia laparoscòpica d'hèrnies i eventracions de la paret abdominal.

Sánchez Marín A, Domènech J, Sánchez Pérez J, Bertran N, Hernández M, Díaz C, Carbajo E, Del Castillo D. (Hospital Universitari de Sant Joan. Reus).

ACTUALITZACIONS

3. Radiofreqüència en el tractament de les metàstasis hepàtiques

Burdio F. (Hospital de Figueres)

TÈCNICA QUIRÚRGICA

4. Timectomia

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

CAS CLÍNIC

5. Adenomes gegants de paratiroides.

Ros S, Pérez L, Gómez L, Pelayo A, Lattanzio F, Canosa C. (Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida).

6.- Liomiosarcoma de còlon. A propòsit d'un cas.

Ullés J, Angàs J, Bachiller A, Aixàs J, Panadès MJ. (Sant Hospital de la Seu d'Urgell).

Dilluns, 11 de juliol de 2005

FISIOPATOLOGIA

Desenvolupament del càncer de mama

Sala Pedrós J. Hospital de Terrassa.

CAS ALLIÇONADOR

METODOLOGIA

Presentació d'un treball

Espin E.. Hospital Vall d'Hebron

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Moderador: Dr. Carles Margarit

1. Carcinoma medul·lar de tiroide: 10 anys d'experiència

Fort JM, Baena JA, Lázaro JL, Aguilar L, Puerta S, Gemar E. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

2.- Significat pronòstic de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) i del factor de creixement endotelial vascular (VEGF) en pacients amb càncer de recte tractats amb radioteràpia preoperatòria.

Espin E, Navalpotro B, Giralt J, Reyes V, López Cano M, Lozoya R, Naval J, Sanchez JL, Vallribera F, Vilallonga R, Cerezo L, Hermsilla E, De Torres I, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

3.- Radioteràpia i quimioteràpia simultània amb UFT i leucovorin a dosis baixes com a tractament neoadjuvant en pacients amb neoplàsia de recte T3-T4. Un estudi fase II.

Espin E, Giralt J, Taberner JM, Manes A, Navalpotro N, Salazar JR, Reyes V, Casado E, López Cano M, Vallribera F, Vilallonga R, Lozoya R, Naval J, Sánchez JL, Armengol M. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

ACTUALITZACIONS

4. Pancreatitis aguda

Verge J. (Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes)

CAS CLÍNIC

5.- Pseudoquist hemorràgic gegant de suprarenal: a propòsit de 2 casos.

Bilbao I, Rivero J, Escartín A, López de Cenarruzabeitia I, Bergamini S, Margarit C. (Hospital de la Vall d'Hebrón de Barcelona).

PREMIS HONORÍFICS 2004
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

Premi Virgili:

Dr. Josep Simó Deu

Premi Gimbernat:

Dr. David Sutherland

**CONCESSIÓ DELS PREMIS DE RECERCA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
REUNIÓ DELS TRIBUNALS PER A LA CURS 2003-04**

Premi “XXV Congrés de la Société Internationale de Chirurgie: Barcelona 1973”: Dotat amb 1800 € (300.000,- pts.). Dia 15-9-2003 a les 19 h.: Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Vicenç Artigas i Raventós, Dr. R. Martí Pujol, Dr. Josep Maria Badia Pérez.
Ex aequo als treballs:

“Cirugía endoscòpica de órganos sólidos. Revisión de la literatura”
Martinez Casas I, Cesar-Borges G, López-Boado Serrat M, Astudillo Pombo E,
Fernández-Cruz Pérez L.

“ Qu  ha cambiado en la adrenalectom a? De la cirugía abierta a la laparosc pica”

Garcia Agustí A, Targarona EM, Plaggemars HJ, van Couwelaar G, D’Ambra M, Rebaso P, Rius X, Trias M.

Premi Carmen Benasco: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 04-10-2004 a les 19 h. 15’: Dr. Laureà Fernández Cruz i Pérez (President), Dr. Joan Sala Pedrós (Secretari), Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa, Dr. Guzman Franch Arcas, Dr. Antoni Sitges Serra.

“Sistema de auditoria interna sobre la evaluación de la cirugía del c ncer colorectal mediante la aplicación de modelos predictivos de ajuste de riesgo (POSSUM y P-PODSSUM)”

Serra J, Bombardó J, Hernando R, Artigau E, Alcantara M, Ayguavives I, Sanfeliu J, Luna A, Navarro S.

Premi Corachan: Dotat amb 600 € (100.000,- pts.). Dia 04-10-2004 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. Vicenç Artigas i Raventós

Desert

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas 1927-29
Manuel Corachan i Garcia 1930-31
Joan Puig i Sureda 1932-33
Joaquim Trias i Pujol 1934-35
Joan Bartrina i Tomàs 1935-36
Joan Puig i Sureda 1941-51
Joaquim Trias i Pujol 1951-53
Pere Piulachs i Oliva 1956-61
Josep Soler i Roig 1961-65
Jaume Pi i Figueres 1965-69
Vicens Artigas i Riera 1969-71
Ramon Arandes i Adan 1971-73
Joan Agustí i Peypoch 1973-75
Víctor Salleras i Llinares 1975-77
Antoni Sitges i Creus 1977-81
Jordi Puig i La Calle 1981-85
Cristóbal Pera Blanco Morales 1985-89
Josep Curto i Cardús 1989-91
Joan López Gibert 1991-93
Jordi Olsina i Pavia 1993-97
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa 1997-2001
Laureà Fernández-Cruz i Pérez 2001-05

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any	Premi Virgili	Premi Gimbernat
1961	Joan Puig Sureda	-
1962	Joaquim Trias i Pujol	-
1963	A. Cortés Lladó	P. R. Allisson (Anglaterra)
1964	A. Garcia Barón	Pablo Luis 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 Puilachs i Oliva	Pierre Albert Mallet-Guy (França)
1973	Jaume Pi Fiqueras	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	Moisés 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 Luis 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	Benjamin 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 Luis 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 (França)
2004	Josep Simó Deu	David Sutherland (Estats Units)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2005-2006

INAUGURACIÓ

6 d'octubre de 2005

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Antoni Sitges Serra

Vice-president:

Roger Pla i Farnós

Secretari:

Joan Sala Pedrós

Tresorer:

Salvador Navarro Soto

Vice-secretari

Eloi Espin Basany

Vocal primer

Maria Isabel Garcia Domingo

Vocal segon

Guzman Franch i Arcas

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
Laureà Fernández-Cruz i Pérez



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2005

PREMI VIRGILI

Prof. JOAN SÁNCHEZ-LLORET I TORTOSA

PREMI GIMBERNAT

Prof. MARKUS WOLFGANG BÜCHLER

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2005

PREMI MANUEL CORACHAN

Al treball que porta per títol:

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

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

PREMI CARMEN BENASCO

Al treball que porta per títol:

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

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

Declarat desert.

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2005

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

BEJARANO GONZÁLEZ, Natàlia (Hospital de Sabadell)
DÍAZ LARA, Carlos Javier (Hospital de Sant Joan de Reus)
GRAU LLACUNA, Sílvia (Hospital de la Vall d'Hebron)
MORANDEIRA RIVAS, Antonio (Hospital U. Sant Joan de Reus)

MEMBRES CORRESPONENTS

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

MEMBRES QUE PASSEN D'ASSOCIATS A NUMERARIS

GARCIA MONFORTE, Neus (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
NOREÑA ORTIZ, Nemesio (Clínica Delfos)

NOUS MEMBRES NUMERARIS

ALMEIDA GUEVARA, Jorge Arturo (Centro Laparoscópico Barcelona)
CÁCERES LUCERO, Juan Pablo (Centre Mèdic Teknon)
GIL EGEA, Maria José (Hospital del Mar de Barcelona)
GÓMEZ QUILES, Luís (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)
IBÁÑEZ GONZÁLEZ, Luís (Hospital de Sant Camil)
MORA LÓPEZ, Laura (Hospital Parc Taulí de Sabadell)
QUINTANILLA MUÑOZ, Enric (Hospital de Palamós)
SASTRE PAPIOL, José Maria (Hospital Trias i Pujol de Badalona)
VADILLO BARGALLÓ, Jordi (Hospital Joan XXIII de Tarragona)
VILALLONGA PUY, Ramon (Hospital Vall d'Hebron - Barcelona)

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
Espítaiu 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 Arnau de Vilanova (Lleida)
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (Badalona)
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona
Institut Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Valls
Policlínica del Vallès de Granollers
Sant Hospital de la Seu d'Urgell

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2005-2006

PROGRAMA

La inauguració del curs es farà a l'Aula Gimbernat de l'antic Col·legi de Cirurgia al primitiu Hospital de la Santa Creu, actual seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, C/. Del Carme, 47, 08001 Barcelona, a les 20 hores del proper dia 6 d'octubre, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del *Premi Virgili 2005* al Dr. Joan Sánchez-Lloret i Tortosa i del *Premi Gimbernat 2005*, al Dr. Markus Büchler. 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'engany.

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. Aquest any, el sopar de la sessió inaugural coincideix amb el sopar del V Congrés Català de Cirurgia i l'import del sopar va inclòs en el preu d'inscripció del Congrés. Us preguem confirmeu l'assistència al sopar a través de qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, o també a la Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, a la nova seu del C/. De Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona, directament per telèfon al 93 203 07 92 o través d'Internet, a la Web: <http://www.acmcb.es> Societats, Cirurgia o bé directament a la web de la Societat Catalana de Cirurgia: <http://www.sccirurgia.org>. Us preguem indiqueu, al menys una setmana abans del Congrés, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 de setembre de 2005.

L. Fernández-Cruz
President

J. Sala Pedrós
Secretari



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 6 d'octubre de 2005
Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

- 20:00h. **Presentació**
L. Fernández-Cruz
- 20:10h. **Nomenament de Socis Numeraris i Agregats**
Lliurament dels altres Premis
J. Sala Pedrós
- 20:25h. **Lliurament del Premi Virgili al Dr. Joan Sánchez-Lloret**
Lliurament del Premi Gimbernat al Dr. Markus W. Büchler
L. Fernández-Cruz
- 20:45h. **Canvi de President**
- 21:00 h. **Cloenda de l'acte**
- SOPAR DE CELEBRACIÓ**
Hotel Espanya (C/. Sant Pau, 9-11, Barcelona)
- 21:00h. Sopar de germanor

FORMACIÓ CONTINUADA

PROGRAMA DE SESSIONS CIENTÍFIQUES

10 d'octubre de 2005

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Resposta neuroendocrina i metabòlica a l'agressió quirúrgica.

Sitges Serra A. (Hospital del Mar)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Introducció al disseny i a la metodologia de la recerca.

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

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIc: Barcelona Ciutat (Sud)

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital del Sagrat Cor de Barcelona

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

(Coordinador: Dr. Fernández- Cruz)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Adrenalectomia laparoscòpica.

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

14 de novembre de 2005

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Nocions de composició corporal.

Franch G. (Hospital de Granollers)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Estadística univariant.

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

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. Pericàs, Dra. Martínez, Dr. Masvidal)

(Coordinador: Dr. Codina)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cirurgia inicial del carcinoma medul·lar de tiroide.

Sitges-Serra A. (Hospital del Mar)

12 de desembre de 2005

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Volums hídrics corporals. Dessecació i pèrdua salina.

Franch G. (Hospital de Granollers)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

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

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

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 I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Candidiasi intrabdóminal.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

09 de gener de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Xoc hipovolèmic.

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

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Estadística bivariant I

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

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIII: 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. Navarro, Dr. Rodríguez, Dr. Aguilar, Dr. Bonfill)

(Coordinador: Dr. Navarro)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Malles protètiques en defectes aguts de la paret abdominal.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

13 de febrer de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Xoc sèptic.

Guirao X. (Hospital de Figueres)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Cirurgia Basada en l'Evidència I

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

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

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

(Coordinador: Dr. Trias)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Radiofreqüència en les metàstasis hepàtiques.

Burdio F.

13 de març de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Girvent M.

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Estadística bivariant II

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

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària Vb: Costa de Ponent Sud-Oest

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge

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. Rafecas, Dr. Duque, Dr. Verge, Dr. Urgellés, Dr.

Fernández-Sallent, Dr. Gil)

(Coordinador: Dr. Rafecas)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Oclusió intestinal per brides.

Biondo S. (Hospital de Bellvitge)

10 d'abril de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Nutrició perioperatòria.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí)

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Aplicacions estadístiques

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

SIMPOSI

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Cirurgia endoscòpica transanal (TEM).

Serra X. (Hospital Parc Taulí)

08 de maig de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Ferrando J.

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Assaigs Clínics en Cirurgia

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

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

Hospital General de Mollet

Hospital de Sant Celoni

Hospital de Sant Bernabè de Berga

Hospital de Puigcerdà

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

(Coordinador: Dr. Badia)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Reservoris després de resecció anterior del recte.

Parés D.

12 de juny de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

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

Ferrando J.

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Estadística bivariant III

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

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

Espítaiu 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. Del Castillo)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Hepaticojejunostomia.

García Valdecasas JC.

10 de juliol de 2006

18 a 20 h. Sessió de Formació Continuada: SALA 3

20 a 22 h. Sessió ordinària: SALA 3

Temes de Fisiopatologia

Patogènesi i prevenció del tromboembolisme pulmonar postoperatori.

López M.

Temes de Metodologia de la Recerca i Estadística

Determinació del volum de la mostra. Errors alfa i beta

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

COMUNICACIONS I CASOS CLÍNICS

Regió sanitària VIIIa: Barcelona Ciutat (Nord)

Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

Hospital de Viladecans

Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat

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

(Coordinador: Dr. Espin)

ACTUALITZACIONS I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Sutures vasculares.

Cairols M.

CALENDARI DE SESSIONS

Data	Lloc	Regió Sanitària	Hospitals
10 d'octubre de 2005	Sala 3	<u>Barcelona Ciutat Sud</u>	Hospital Clínic de Barcelona Hospital del Sagrat Cor de Barcelona
14 de novembre de 2005	Sala 3	<u>Girona</u>	Hospital Universitari Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de la Selva de Blanes Hospital de CampdevànoI Hospital de Sant Jaume d'Olot
12 de desembre de 2005	Sala 3	<u>Barcelonès Nord i Maresme</u>	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Consorci Sanitari de Mataró Hospital de Sant Jaume de Calella Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
09 de gener de 2006	Sala 3	<u>Centre (Vallès Occidental)</u>	Corporació Sanitària Parc Taulí Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat
13 de febrer de 2006	Sala 3	<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
13 de març de 2006	Sala 3	<u>Costa de Ponent Nord-Est</u>	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge 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
03 d'abril de 2006	Sala 3	<u>General</u>	SIMPOSI
08 de maig de 2006	Sala 3	<u>Centre (Vallès Oriental, Osona, Bages, Berguedà, Cerdanya)</u>	ALTHAIA- Xarxa Assistencial de Manresa Hospital General de Vic Hospital de Granollers Hospital General de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Bernabè de Berga Hospital de Puigcerdà
12 de juny de 2006	Sala 3	<u>Lleida Tarragona 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 Biela 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
10 de juliol de 2006	Sala 3	<u>Barcelona Ciutat Nord Costa de Ponent Sud-Oest</u>	Hospital General Vall d'Hebron de Barcelona Hospital de Sant Rafael de Barcelona Hospital de la Creu Roja d'Hospitalet del Llobregat Hospital de Viladecans

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

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2005

Barcelona, 6 d'octubre de 2005

ELS FRUITS D'UN PROJECTE

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

Quan quatre anys enrera una nova candidatura iniciava el seu camí al davant de la Soceitat Catalana de Cirurgia ho feia amb un nou projecte, plena d'il·lusió però també amb el ferm compromís de mantenir i augmentar, fins on fos possible, el prestigi i la credibilitat d'una de les societats científiques emblemàtiques i capdavanteres en el nostre país.

Tots aquells que hem format part de les diferents juntes, algun malauradament desaparegut, ho hem fet amb el mateix esperit de dedicació i de joia i el mateix sentiment de responsabilitat històrica que el moment, l'inici d'un nou mil·lenni, exigia.

Cadascú en farà el balanç que s'adigui a la seva experiència personal però, en conjunt, esperem no haver decebut a aquells que ens han anat atorgant la seva confiança per seguir endavant amb la tasca projectada.

La cirurgia travessa uns moments de crisi arreu del món, sentida de manera especial a tot Espanya i també amb les característiques que ens són pròpies, en l'àmbit de la nostra Societat: Catalunya. Som conscients que aquesta situació no és la ideal per haver aconseguit l'èxit del qual creiem ser mereixedors els cirurgians del nostre país però hem fot tot allò que hem pogut per aproximar-nos-hi.

Es clou una etapa però se n'obre una altra que n'és directament hereva, com aquesta ho havia estat de l'anterior. Noves persones, noves idees, noves necessitats apareixeran en el futur, que reclamaran atenció, treball, imaginació i esperit de superació. La cirurgia ha evolucionat en els darrers anys de manera extraordinària però està lluny encara d'aconseguir el nivell d'eficiència desitjable. Seran però les entitats com la nostra algunes de les institucions que més poden col·laborar al progrés, en el sentit positiu evolutivament parlant de la professió i la tasca quirúrgica.

Mentre l'esperit emprenedor, valent, reflexiu i ponderat del cirurgià estigui present en les persones que hagin fet del repte de la cirurgia un dels seus motius fonamentals de viure. Així ens ha semblat entendre-ho i així ho voldríem llegar a les generacions que ens succeeixin. Bona part del projecte s'ha completat; hi ha una part que segueix vigent i cal continuar-la, però cal també renovar-lo i adaptar-lo a les noves situacions i necessitats per seguir endavant superant els obstacles i les contradiccions que sens dubte aniran apareixent. El relleu en el lideratge s'ha consumat, toca ara a una renovada Junta seguir marcant el camí de la Cirurgia Catalana.

Així sia,

La Junta

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI VIRGILI 2005

Joan Sánchez Lloret i Tortosa

Sr. President de la Societat Catalana de Cirurgia, Sr. President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, Professors, companys, familiars i amics tots.

Les meves primeres paraules van pel camí de l'agraïment, per l'honor que per a mi representa haver-me nomenat Premi "Pere Virgili" 2005, després d'un llarg i ample camí recorregut, tenint en compte que per la nostra Societat he fet pràcticament de tot en la seva Junta Directiva, excepte de Tresorer (l'economia no és un dels meus forts).

Com veureu el meu parlament es divideix en dues parts ben diferenciades: la introducció personal i l'exposició d'unes circumstàncies professionals que s'inicien al any 500 a de C, o bé com en diuen alguns autors a e Vulgar.

En la primera part, de manera prioritària, he de fer referència a tots aquells que d'una manera o altra han tingut més o menys influència en el meu desenvolupament professional i també, certament, personal.

Al mateix temps vol servir d'homenatge als desapareguts, amb el desig que no caiguin en l'oblit, perquè la seva presència, intangible, existirà si romanen en el pensament de la gent que els ha estimat.

Es probable que me'n deixi algun, però això és explicable perquè n'hi han hagut molts i quan la memòria es rovella, pot tenir algunes fallades i és per això que per endavant demano disculpes, per si un cas.

Ho faré en forma de llistat i el nom s'acompanya d'una paraula o frase, tal com jo els qualificaria en base als meus records i vivències, sense seguir un ordre cronològic, si no que han sortit com ho han fet, tal com si fos un assaig d'escriptura automàtica.

Son els professors i doctors:

P. Piulachs	la magnificència
J. Suñol	la generositat
R. Balius	la disciplina
E. Vendrell	l'elegància
R. Julià (fill)	el camí senzill
JM Sanjuán	l'excentricitat
T. Amat	l'enciclopedisme lingüístic
M. Molins	la planura
J. Capdevila	l'obediència
C. Pera	el virtuosisme dialèctic
R. Julià (pare)	la bonhomia
M. Sarró	l'amistat
F. Rivas	la sang a flor de pell
J. Visa	quan tu hi vas ell ja ha tornat
J. Simó	fidel, treballador i bon amic
L. Fdez-Cruz	ha estat un bon President i amic
A. Sitges	haurà d'ésser un bon President i amic
C.E. Torner	educat, eficaç i amic
R. Ramón	company i amic d'urgències

Sense haver treballat directament amb ells en l'esfera quirúrgica hi ha molts altres noms que han honorat a la cirurgia catalana com: J. Pi Figueras, J. Soler Roig, A. Llauradó, J. Puig La Calle, A. Díaz Cascón, A. Sitges Creus, J. Curto, J. Olsina, J. Bonnin, Pepe Gómez, amb un llarg etcètera.

És de caràcter gairebé obligat fer una ressenya, millor, que sigui petita, d'un mateix perquè serveixi de referència per conèixer aspectes de la meua vida per, d'aquesta manera, tenir una visió més correcta i propera de la meua pròpia essència.

Vaig néixer, poc abans de la guerra civil, a Les Corts de Barcelona, exactament al carrer de Deu i Mata. Soc fill únic i entre els pares i jo hi havia una gran estimació i respecte. El meu professor de primer ensenyament el Sr. Alfonso Repiso (de Valladolid) li deia al meu pare: "este niño es listo, debería estudiar". Mentre tant esperant que fer, el pare em va posar a treballar, a les tardes, a casa d'un dentista del poble (em refereixo a Les Corts). Després del bàsic de Mestre Industrial fet a l'Escola del Treball, se'ns va ocórrer que podia ésser "Practicante en Medicina y Cirugía" (més tard ATS). Vaig fer els tres primers cursos del batxillerat i l'assignatura de "Fisiología e Higiene" i amb 16 anys i tremolant d'emoció vaig anar a la Facultat de Medicina del carrer de Casanova, a matricular-me i em diuen: "no es posible hasta los 18 años". Tristor, però els ànims no varen decaure, i vaig seguir endavant.

Després d'un altre conversa familiar vaig seguir amb el batxillerat a una acadèmia nocturna i el vaig finalitzar amb el "Examen de Estado" al 1952.

Seguí millorant la tècnica de les injeccions intramusculars (IM) i endovenoses (EV), i completant l'ofici de Protètic Dental. L'assumpte de les injeccions anava bé (5 pessetes per IM a domicili) de manera que jo era econòmicament independent i col·laborava a les despeses casolanes.

Un dia del mes d'octubre del 1952, vaig entrar a la Facultat de Medicina, amb l'esperit dilatat i el cor encongít i em vaig quedar de pedra: "Nueva disposición: Medicina 7 años de carrera. El primer año, selectivo, en la Universidad con Física, Química, Biología y Matemáticas". La moral per terra, però era difícil deteriorar els meus projectes i m'ho vaig empassar.

El primer Cours es va superar i a l'octubre següent començà la Carrera de Medicina amb l'Anatomia, la Fisiologia etc.

La Carrera va durar sis anys més i vaig començar a tenir grans amics, que encara conservo, ja que estava desarrelat de la gent del meu poble que a partir dels 12 anys es perderen de vista.

Faré menció de com estava de feliç, orgullós i amb la convicció que estava fent una de les més meravelloses carreres universitàries ¡Licenciat en Medicina i Cirurgia!, una de les més valorades, on m'hi vaig poder "infiltrar", ja que el biotipus, social s'entén, que fou propi de l'estudiant de Medicina d'aquella època, no era exactament el meu.

La vida és plena de casualitats i l'elecció del camí o Especialitat del tipus que fos, era totalment aleatòria per a molts. Un company em va convidar a un lloc assistencial de l'Hospital i així em vaig trobar al Clínic, al dispensari de Traumatologia i Podologia que dirigia el Dr. Antoni Viladot i Pericé a qui a l'any 1998, com a President de la Societat Catalana de Cirurgia, l'hi vaig lliurar el Premi que avui estic rebent. ¡És la vida!.

Una de les aspiracions bàsiques dels interns de Cirurgia d'aquells temps era el Servei d'Urgències de Cirurgia. Eren set guàrdies al mes, de 24 hores. Vaig meditar les meves possibilitats d'entrar-hi i eren ben poques, però decidí tirar pel dret i, en una entrevista que em va concedir el Metge de Guàrdia Jaume Suñol, em va acceptar. Crec que no el vaig decebre mai i fórem sempre grans amics, amb ell i amb tota la seva família, fins que va desaparèixer d'entre nosaltres i estic segur que ens està veient i somriu.

A partir d'aquest moment la febre quirúrgica és present i apareix la carrera d'obstacles que evidentment es poden travessar si hi ha voluntat, feina ben feta i esperit de lluita, perquè el camí és complex i poc fàcil:

Alumne Intern Interí
Alumne Intern per Oposició
Metge Intern Interí
Metge Intern per Oposició
Metge de Guardia per Oposició
Cap de Sala
Cap de Servei
Cap de Departament Assistencial
Cap de la Divisió de Cirurgia

Tot això comporta molts, molts anys, amb diferents i progressius títols, alguns obtinguts per Oposició del Ministeri d'Educació. Vaig arribar a tenir una excel·lent formació integral en la Cirurgia d'Urgència (Cirurgia Toràctica, Cirurgia General, Neurocirurgia, Anestesiologia, etc).

Fins l'any 1972 treballarem al Clínic, a Urgències de Sant Pau, a l'Hospital de la Vall d'Hebron, fins i tot, amb el Dr. Visa, a Amposta, fent Traumatologia i Ortopèdia, dues vegades per setmana.

A l'any 1972 es va organitzar el cos Facultatiu de l'Hospital Clínic i jo vaig optar a la plaça de Cap del Servei de Cirurgia Toràctica que em va ser concedida, moment important ja que s'estaven estructurant les diferents Especialitats, situació en la qual hi vaig participar totalment i fins i tot vaig ésser President de la Comissió Nacional de l'esmentada especialitat dins del "Ministerio de Sanidad y Consumo" del Govern Central.

Des dels primers anys, un cop acabada la carrera i de forma paral·lela al que hem mencionat però pot ser una mica més embolicat, entrarem al sistema Universitari plenament i les lites foren:

Alumne Intern , Metge intern i Metge de Guàrdia
Ajudant de Classes Pràctiques
Professor Ajudant de Classes Pràctiques
Professor Adjunt Interí
Professor Adjunt Numerari
Professor Titular
Catedràtic Interí
Catedràtic per Oposició
Secretari de la Facultat de Medicina
Vice-degà de Docència de la Facultat de Medicina
Cap del Departament de Cirurgia i Especialitats Quirúrgiques
Recentment nomenat Professor Emèrit de la Universitat de Barcelona

COROL·LARI O CONCLUSIONS.

Desitjo agrair als Membres de la Societat Catalana de Cirurgia, a la Junta Directiva i, de manera especial, al seu President Dr. L. Fernández-Cruz, que han fet possible la concessió del Premi "Pere Virgili", la qual cosa m'omple de satisfacció i d'orgull; sempre farà que em senti mes important del que realment sóc. Dins d'aquest capítol d'agraïments hi son inclosos els companys que em varen recolzar per escrit. Moltes gràcies a tots.

Repetint, també doncs les gràcies a les Autoritats, col·legues, companys i assistents a aquest bonic i emotiu Acte i, especialment, a la meua família i amics incondicionals que prenen part en l'esdeveniment com si fos, - i ho és-, una cosa ben seva.

Vull demanar disculpes perquè en aquesta part m'he referit molt a mi, però era inevitable ja que es tractava de la meua pròpia història i de la meua vida.

BASES ÈTIQUES DE LA NOSTRA PROFESSIÓ

Ara mateix voldria fer-me ressò de les especials circumstàncies socials i professionals que des de l'antiguitat es tenien en compte en l'exercici de la Medicina. Tasca que vull compartir amb l'erudit auditori per establir una comparança amb el moment actual, segons cadascuna de les experiències personals.

Per això compararem el contingut del Jurament Hipocràtic 2500 anys a. de C, amb el que es refereix a la Declaració de Ginebra del 1948, ratificada a Sidney al 1968. Una nova fita, el Codi Deontològic dels Col·legis de Metges de Catalunya, recentment aprovat i posat en marxa l'abril d'enguany, no ens hi referirem.

1. EL JURAMENT HIPOCRÀTIC

“Juro per Apol·ló metge, Esculapi i per Hygea i Panacea i per tots els Deus i Deesses, posant-los de jutges, que aquest mon jurament serà complert fins on tinc poder i discerniment. A aquell qui va ensenyar-me aquest art l'estimaré el mateix que als meus pares; ell participarà del meu manteniment i si ho volgués, participarà dels meus bens; consideraré la seva descendència com germans meus, ensenyant-los aquest art sense cobrar-los-en res, si desitgen aprendre'l”.

El nom d'Hipòcrates (460-377 a.C), nat a la illa de Cos a Grècia, va associat amb els principis fonamentals de l'Ètica Mèdica a través de l'anomenat Jurament Hipocràtic, d'antic i incert origen i que encara es pura actualitat pels nous Llicenciats o Metges.

Jurament en sentit estricte és una acció d'afirmar, de prometre quelcom, apel·lant a Deu, a una cosa que es jutja sagrada, a una sanció superior, com a testimoni de la veritat, de la afirmació i de la sinceritat de la prometença.

Es creu que en l'antiguitat clàssica, tots els qui volien exercir la medicina eren obligats a pronunciar-lo. Pel seu alt sentit humanista ha estat adoptat com a codi ètic per la professió mèdica.

L'inici del Jurament Hipocràtic és poèticament bonic, ben sonant, amb la presència de tot els Deus de l'Olimp, especialment aquells que tenen a veure amb les malalties i amb el seu tractament.

En fa també un cant del Mestre (amb majúscules), d'aquell que t'ensenyava directament el noble art de la Medicina. El que jo no sé és si avui en dia el binomi Mestre-transmissió i recepció-Deixeble, agraït i tremolós, es produeix sovint; esperem que sí.

2. LA DECLARACIÓ DE SIDNEY

“Atorgaré als meus Mestres el respecte, l’agraïment i consideració que es mereixin”

“Consideraré com a germans als meus col·legues”

En la declaració de Sidney del 1968, les coses apareixen com més senzilles, però conceptualment més complicades; ací no es parla de l’amor i respecte absoluts en la teva relació amb els teus Mestres i sobre l’agermanament amb els seus fills, si no que diu, de forma literal i d’una manera molt més freda però real al meu entendre: “atorgaré als meus Mestres el respecte, l’agraïment i consideració.....que es mereixin”.

Agrada llegir: “consideraré com a germans als meus col·legues” però, això ho hem sentit mai?, les nostres relacions amb els companys sempre han sigut agermanades?, hem fet pels nostres col·legues tot allò que ens hagués agradat per a nosaltres?. Jo, personalment, he de dir que sempre ho he procurat, perquè crec que aquesta norma de conducta ha de ser igual per a tothom.

Aquesta desitjable tradició de bonhomia en el tracte entre col·legues, allò que en diuen despectivament o crítica: corporativisme, fins i tot està recollit en l’article 10è dels Estatuts de la Societat Catalana de Cirurgia que literalment diu: ...”procedir en la relació amb els altres Membres (de la Societat és clar) amb la mes exquisida cortesia i cordialitat”....

3. EL JURAMENT HIPOCRÀTIC.

“Instruiré per precepte, per discurs i en totes les altres formes, als meus fills, als fills de qui em va ensenyar a mi i als deixebles units per jurament i estipulació, d’acord amb la llei mèdica i no a altres persones “.

Aquesta part del Jurament Hipocràtic, des del meu punt de vista, és altament restrictiva, poc democràtica si ho voleu. Diu que donaràs o has de donar l’ensenyament de forma perceptiva als teus fills (ara en diuen nepotisme), als fills de qui et va ensenyar (partidisme o tràfic d’influències) i, això ja es certament “aperturista”, als deixebles units per jurament i estipulació d’acord amb la Llei Mèdica i no a altres persones, final que a la meua manera de veure-ho trenca qualsevol intenció d’arreglar una mica el panorama.

La incorporació de gent sense vincle de sang o parentiu moral, ha de fer-se amb el compromís adquirit davant dels Deus, que no era poca cosa.

Seguint aquesta crítica hem de dir que ens separen uns 2500 anys, que ho hem de contemplar amb un gran esperit de condescendència i també d’admiració per veure la preocupació per aquests fets en aquelles llunyanes èpoques.

4. EL JURAMENT HIPOCRÀTIC.

“Portaré endavant aquest règim el qual, d’acord amb el meu poder i discerniment, serà en benefici dels malalts i els apartarà del perjudici i l’error. A ningú donaré una droga mortal, encara que em fos demanada, ni donaré consell per a tal fi. De la mateixa manera no donaré a cap dona pessaris destructors. Mantindré la meua vida i el meu art allunyat de la culpa”.

Càntics de glòria, quan parla que tot el poder i la capacitat de discerniment va dirigida cap als malalts o pacients (persones que estaven dotades d’una paciència il·limitada, probablement dirigit als malalts d’aquella època); i haurà de tenir en compte els errors que sempre es paguen.

En referència a l’eutanàsia activa i al control de la concepció i de l’embaràs, són qüestions prou delicades per fer-ne comentaris, deixant que cadascun de nosaltres ho consideri d’acord amb les seves creences, consciència i moral. És un principi de llibertat.

Tot el que hauria de fer com a metge, ho farà segons el seu propi i recte criteri amb la finalitat de mantenir-se lluny, tant en el seu art com en la seva vida, de qualsevol sentiment de culpa.

5. LA DECLARACIÓ DE SIDNEY.

“En el moment d’èsser admès com a membre de la professió mèdica, prometo solemnement consagrar la meua vida al servei de la humanitat”.

No té cap discussió. Tots nosaltres, implícitament o tàcita, quan rebem la papereta de l’última assignatura i som, ens sentim, metges, hem de tenir ben clar (i tots nosaltres ho fem) que la presència d’algú que ens necessiti, farà que hem d’èsser allí. En totes les circumstàncies.

“Exerciré la meua professió dignament i a consciència”.

No té cap dubte.

“Vetllaré amb tot l’interès i respecte per la vida humana des del mateix moment de la concepció i, encara que sigui sota amenaça, no utilitzaré els meus coneixements mèdics per contravenir les lleis humanes”.

És una posició de ferma negativa en la qual s’hi inclouen els drets humans i les Lleis de la Humanitat, coses que es trenquen amb massa freqüència; però tinc la completa confiança que això no passa amb els nostres professionals.

6. EL JURAMENT HIPOCRÀTIC.

“Guardaré silenci sobre tot allò que, en la meva professió o fora d’ella, senti o vegi en la vida dels homes que no hagi de ser públic, mantenint aquestes coses de manera que no se’n pugui parlar”.

El secret professional queda totalment preservat. A l'Estat Espanyol, l'article 10 de la Llei de Sanitat reconeix aquest fet, però no pel metge si no per preservar els drets dels malalts. Sigui com sigui, el secret està preservat excepte sota ordre judicial.

7. LA DECLARACIÓ DE SIDNEY.

“Vetllaré sol·licitament, sobre tot, per la salut dels meus malalts i guardaré i respectaré els secrets que em lliurin”.

“Mantindré fermament, per tots conceptes i amb els mitjans al meu abast, l'honor i les nobles tradicions de la professió mèdica .

Sense comentaris.

8. EL JURAMENT HIPOCRÀTIC.

“No operaré a ningú de càlculs, deixant la feina als qui treballen en aquesta pràctica. A qualsevol casa on entri serà en benefici dels malalts, abstenint-me de tot error voluntari o corrupció i de lascívia amb les dones o els homes lliures o esclaus”.

Es tractava de càlculs vesicals que els metges consideraven secundari, aquest tipus de medicina; ho feien uns personatges especials. Era una cirurgia plena de complicacions i mortalitat.

Realment l'error no és mai voluntari, si no que fos fet amb mala intenció i amb voluntat de fer-ho. Els dos casos s'han de desterrar.

Està clar que, en l'acte mèdic, qualsevol intenció, encara que sigui mental, de sotmetre a qualsevol persona, dintre del context professional, a actes impúdics, és una falta molt greu i totalment vigent avui en dia.

9. LA DECLARACIÓ DE SYDNEY.

“Faré cas omís de creences polítiques i religioses, nacionalitats, races i estat social, evitant que s'interposin entre els meus serveis professionals i el meu malalt”

Ho fem ? No ho fem ?. La resposta la tenim cadascú de nosaltres i ens l'hem de donar per assabentar a la nostra ànima i així saber on estem. Però estic segur que complim amb el nostre deure.

10. EL JURAMENT HIPOCRÀTIC.

“Ara si compleixo aquest jurament i no el trecno, que els fruits de la vida i de l’art siguin meus, que sigui sempre honorat per tots els homes i que el contrari m’esdevingui si el trecno i en soc perjur”.

Són paraules realment boniques quan va bé i amenaçadores en cas de no compliment, però és el final, completament rodó, de l’inefable Jurament Hipocràtic.

11. LA DECLARACIÓ DE SIDNEY.

“Solemnement i espontàniament, sota paraula d’honor, prometo complir tot això suara esmentat”.

Crec que, a diferència del jurament on es posa com a testimoni a la divinitat o altra cosa considerada sagrada i si es falla rebràs el càstig de més amunt, en aquest cas es promet sota paraula d’honor de qui fa la prometença i si no es compleix queda “al descobert” la pròpia consciència, és a dir l’enfrontament amb tu mateix.

En fi, jo crec que bíblicament gaire bé, podríem concloure i alliberar-vos d’aquesta xerrada dient:

“Respecta i estima als demés (malalts, sans i col·legues, en aquest cas) com voldríem ésser respectats i estimats nosaltres mateixos”

Moltes gràcies i fins a sempre.

Joan Sánchez-Lloret i Tortosa

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL PREMI GIMBERNAT 2005

MANAGEMENT QUALIFICATIONS FOR ACADEMIC SURGEONS IN THE FUTURE: WHAT CAN WE LEARN FROM BUSINESS ADMINISTRATION?

Markus Büchler, MD

HEALTH CARE DELIVERY IN A CHANGING ENVIRONMENT

Good health is a fundamental resource for social and economic development. Higher levels of human development mean that people are living longer and enjoying more healthy years of life. Across Europe, even the wealthiest countries are wrestling with how best to adapt their health systems to new health challenges. These challenges include not only a rapidly aging and growing patient population, but also wider and more transparent accountability, increasing patient expectations, rising costs and more demanding economic environments. Hospital based healthcare, with surgery as an integral and central clinical and fiscal component, is at the apex of the health care system. Employing 50% of all European physicians and accounting for nearly half of all increases in health care spending, hospitals not only treat patients, but play important roles in education, research and local economies. Academic surgical units, at the forefront of surgical development, play a fundamental role in the future of surgery and will therefore have to effectively meet these challenges. To do this, they will need to have in place highly effective surgical leaders. The question however, is how will these surgical leaders be prepared to proactively manage and influence this development in the next few years. Clearly, the unparalleled speed of change requires new leadership emphasis. But what is an effective surgical leader particularly in the academic environment? How would someone in this complex field be prepared and be assessed? What skills will future surgical leaders need to become successful protagonists?

The unprecedented speed of change in health care delivery is the major factor in the current emphasis on surgical leadership. In the past, surgical leaders were expected to maintain the status quo in order to move ahead. New forces however in the modern health care marketplace have made it necessary to expand this narrow focus. Doing what was done yesterday, or doing it 5% better, is no longer the formula for success. The new leaders of tomorrow will need to be more visionary. They will be learners and teachers, surgeons and managers. Not only do they foresee paradigm changes in society, but they will display strong ethics and work to build integrity in their departments. As evidenced by the more frequent referral to "change management" concepts in business and medical literature, the current "crisis" in surgery may be the net result of rigid surgical structures with strong resistance to change.

As stated, the reasons for these changes are manifold. As in any other medical specialty, surgery is confronted with an aging patient population with increased clinical demands. In 2005, 18.9% of the German population (male 6,359,776/female 9,216,438) and 17.6% of the Spanish population (male 2,965,859/female 4,138,980) were older than 65 years. This figure will steadily increase into the foreseeable future (Figure1). The ageing European population not only increases the need for medical care but also sees a decline in the workforce that is actively contributing to the funding of social and health care systems.

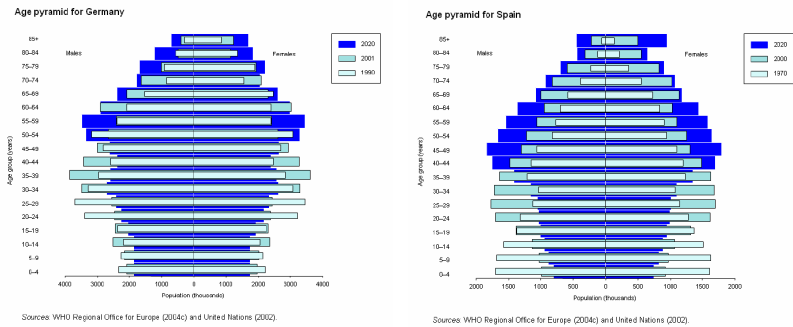


Figure 1: Age Pyramids: The major forces driving changes in health care are related to changes in demographics. Shown are the expected demographic developments of Spain and Germany between 1970 and 2020.

This compositional change is underlined by proportional comparisons as represented in Figure 2. In Germany in 2005 the number of people over 65 age was 28% of the number of people between 15 and 65 years. In 2035 this figure will increase to a staggering 50%. Needless to say future surgical leaders will need to develop strategies to cope not only with the increased surgical need, but also the potentially restrictive financial climate created by these demographic developments.

Demographic development

Proportion of those aged 65 and over compared to the number aged between 15 and 64

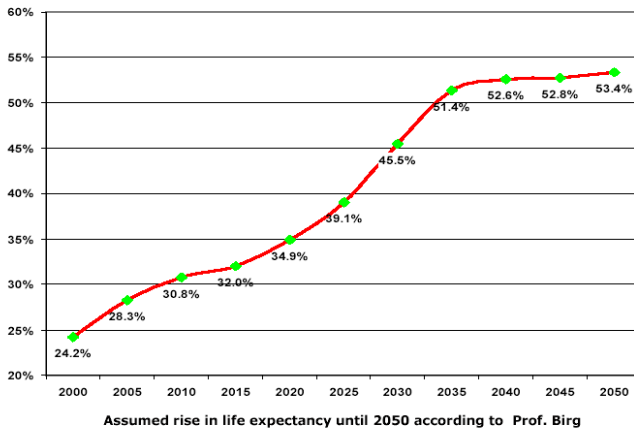


Figure 2: Projected aging of the German population from 2000 to 2050. (German Federal Ministry of Health & Social Security 2003)

General Surgery is a central clinical profession with a high degree of medical and technological implementation and is therefore one of the key disciplines driving up health care cost. As such it is particularly prone to attempts to constrain spending in health care delivery. The recent implementation of a totally new reimbursement system in Germany – the German Diagnosis Related Groups (DRG) – has increased the economic pressure for academic institutions in an unprecedented fashion. The cost of health care is already high and increasing. In Spain in 2003, 7.6% of the gross national product was spent on health care. (Figure 3a)

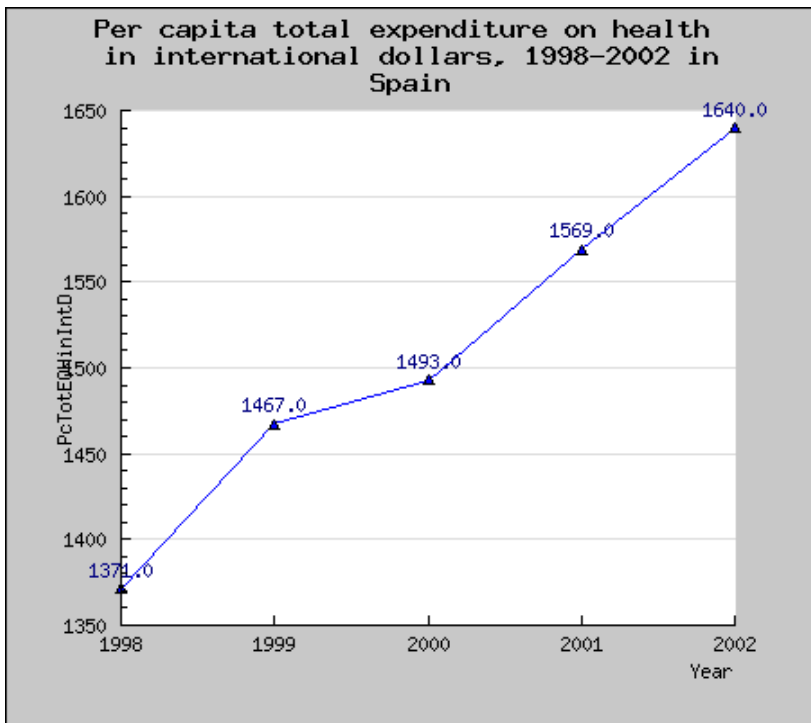


Figure 3a: Increasing Health Costs in Spain 1998 -2002 (Source WHO 2005)

In Germany this rate is even higher reaching almost 11 per cent. These costs are compounded by the impressive clinical and technical advances that are transforming the way surgery is being performed today. (Figure 3b)

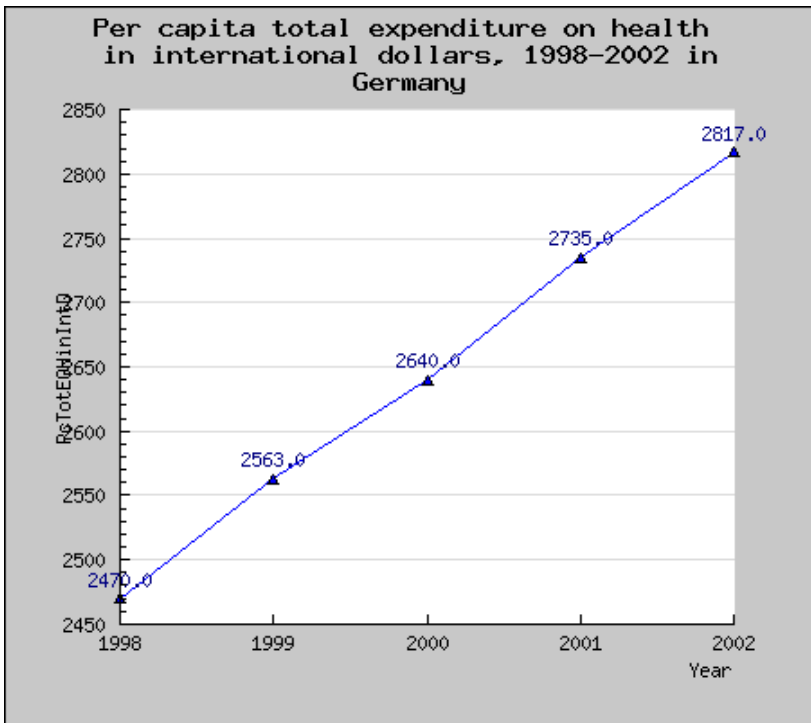


Figure 3b: Increasing Health Costs in Germany 1998 -2002 (Source WHO 2005)

Partly in an attempt to attract both patients and physicians, hospitals are developing minimally invasive, image-guided and robotic assisted surgical techniques to offer patients shorter hospital stays, less pain, faster recovery and potentially fewer complications. All together these developments provide the modern surgeon with the potential to perform a vast array of procedures in potentially all patients without the constraints of age and co-morbidity. These less invasive procedures are attracting additional patients that, further to changes in population demographics, are increasing the demand for surgery dramatically (Figure 4).

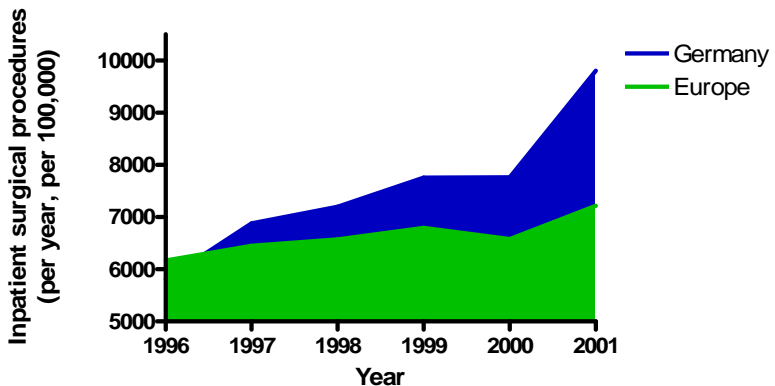


Figure 4: Demand for Surgical Procedures in Germany and Europe: New less invasive surgical technologies and an increasing number of older people are driving the rise in surgical procedures. (Source WHO, 2005)

MANAGEMENT AND LEADERSHIP IN SURGERY

In business administration, particularly in large corporations, leadership and management are frequently seen as two distinctive and complementary systems of action¹. Both of these systems, each often with its own function and characteristic activities, are necessary for success in an increasing complex and volatile business environment. Management is essentially about planning, controlling, and putting appropriate structures and systems in place. Leadership - with anticipating change, coping with change, coping with people, and adopting a visionary stance. More change requires more leadership. A surgical leader, in contrast to a segregated business model, while being principally a leader, will often be required to also fulfil many of the management responsibilities.

WHAT MAKES A SUCCESSFUL LEADER?

A long history of intensive research had gone into the defining the key traits of acknowledged leaders. Raymond Cattell, a pioneer in the field of personality assessment, developed the Leadership Potential equation in 1954. Based on a study of military leaders, he found foremost, that an effective leader must be able to inspire the trust that is necessary to sell one's vision. Trust is built often on a display of character, made up of beliefs, values, skills, and traits. Beliefs are the deep rooted beliefs that a person holds dear. In contrast, values are attitudes and skills are the knowledge and abilities you gain throughout life. The 8 essential leadership traits Cattell described were emotional stability, dominance, enthusiasm, conscientiousness, social boldness, tough-mindedness, self-assurance and compulsiveness.

Considered by many as the most important character item of the successful modern leader, is emotional intelligence. Popularised by Goleman ² and widely lauded, emotional intelligence is an assortment of noncognitive skills, capabilities, and competencies that influence a person's ability to cope with environmental demands and pressures. There are four domains; self awareness, self management, social awareness and relationship management. The first two of these domains are personal. Self awareness is characterised by a deep understanding of one's emotions, strengths and weaknesses, and an ability to accurately and honestly self-assess. Self management is about the control and regulation of one's emotions, the ability to stay calm, clear and focused when things do not go as planned, and the ability to self motivate and initiate. The second two domains are social, and concern a person's ability to manage relationships with others. Social awareness includes empathy, for example, in the ability to consider employees' feelings in the process of making intelligent decisions either on a one-to-one basis or as a group. Relationship management covers the ability to communicate, influence, collaborate and work with colleagues. A study by Goleman comparing star and average performers in senior leadership positions, found that nearly 90% of the difference in profiles was attributable to emotional intelligence factors ^{2,3}.

A consensus of other important traits as defined by modern researchers is listed in the table below. Essentially the possession of these traits will provide individuals with the capability to motivate others and lead them in new directions.

High energy	Long hours and some travel are usually a prerequisite for leadership positions, especially as your company grows. Remaining alert and staying focused are two of the greatest obstacles you will have to face as a leader.
Intuitiveness	Rapid changes in the world today combined with information overload result in an inability to know everything. In other words, reasoning and logic will not get you through all situations. In fact, more and more leaders are learning the value of using their intuition and trusting their gut when making decisions.
Maturity	To be a good leader, personal power and recognition must be secondary to the development of your staff. In other words, maturity is based on recognizing that more can be accomplished by empowering, rather than ruling, others.
Team orientation	Business leaders today put a strong emphasis on team work. Instead of promoting an adult/child relationship with their employees, leaders create an adult/adult relationship which fosters team cohesiveness.
Empathy	Being able to put yourself in the other person's shoes is a key trait of leaders today. Without empathy, you can't build trust; without trust, you will never be able to get the best effort from your employees.
Charisma	People usually perceive leaders as larger than life. Charisma plays a large part in this perception. Leaders who have charisma are able to arouse strong emotions in their employees by defining a vision which unites and captivates them. Using this vision, leaders motivate employees to reach toward a future goal by tying the goal to substantial personal rewards and values.

Personal traits play a major role in determining who will and who will not be comfortable leading others. However, it's important to remember that people are forever learning and changing.

COMMUNICATION

According to Harvard Business School, whose primary purpose is to educate business leaders, “communication is key” and is the real work of leadership. Effective leaders are masters of the classical elements of rhetoric, as outlined by Aristotle centuries ago. Leaders need a talent for simplicity — distilling a complex message into something that is accessible to those who may not share their knowledge or background. With the fluidity of information in business today, these leaders also need to be masterful listeners; with the ability to receive as well as send messages. Multimodality in communication extends to the leaders’ behaviour, actions, and decisions to create a consistent message that is often summarized as “leading by example”. Despite daily work drains energetic leaders must pick causes they will not easily abandon, remain committed despite setbacks, and communicate their big ideas over and over again in every encounter.

FACING REALITY

According to Jeff Bezos, founder and CEO of Amazon.com, one of the key elements of being a good business leader is the capacity to tell the hard truths. Leaders are pragmatists who can deal with difficult realities. Enduring setbacks while maintaining the ability to show others the way to go forward is a true test of leadership. Even if you can’t be absolutely open with everyone, leaders have to confront their company’s problems in order to inspire people to take the action that is required.

Effective leaders help others to understand the necessity of coping with change and to accept a common vision of the desired outcome. People at all levels of an organization need to be able to take responsibility for their decisions. Leaders must wake people out of inertia – to get them excited about something they’ve never seen before, something that does not yet exist. People will often resist change for reasons that make good sense to them, even if those reasons don’t correspond to organizational goals. It is therefore crucial that a leader can create an alignment of the interests of the organization and of those of the individual.

KNOWLEDGE AND CREATIVITY

“Knowledge is power” is as relevant as ever, if not more. With the high flow of modern information, it is vital to design good systems of reporting, to put together the proper multidisciplinary advisory groups, and to fill them with the right people. People in power and those that advise them require a capacity to learn - constantly able to discover new and relevant knowledge. Armed with the appropriate knowledge, a leader is well equipped to fashion an intelligent strategy.

Much has been said about the importance of creativity and Einsteinian breakthroughs in leadership. However, when it comes to leadership, creativity may not always take the most obvious form and most leaders are creative in an almost microscopic way. Leaders don’t necessarily make Einsteinian breakthroughs but they use their imagination to get others to act and to see a problem in a different way, permitting an array of different patterns out of the same pieces of reality. Indeed some of the most successful leaders are those who just inspire creativity in others.

CAN LEADERSHIP BE ACQUIRED?

Leaders are rarely (if ever) born. While some individuals have many of the appropriate intrinsic traits to become a leader, it appears that a lot of people have the potential, without having developed it. One characteristic most leaders have in common is the capacity to learn and change throughout their lives. Circumstances and persistence are major components in the developmental process of any leader. Leadership abilities are brought to the fore by experiences in life, either circumstances or crises – with research suggesting that 90 % or more of leadership qualities are acquired.

Can these qualities however be learnt or, in fact, taught? A recent study from the UK has shown that adults can transform their leadership capabilities⁴. Results from this 25 year study of over 6000 professionals and managers have shown that individuals who are willing to work at developing themselves and understanding their own qualities, can almost certainly improve their leadership ability as defined by well described performance parameters. The researchers' conclusions were that those institutions willing to make leadership development a central pillar in the way they operate, will find it effective in transforming their fortunes.

BUSINESS MANAGEMENT EDUCATION IN SURGERY

Without any doubt "surgeons are NOT born managers" and management is more often an eccentric hobby for the bored surgeon. For the modern surgical leader, in a field that contributes more than 40 percent to a hospital's overall revenue, and in times of increasing economic pressure with more and more external evaluation and benchmarking, this view is no longer valid. Hospital processes are too complex and changing too rapidly to manage them intuitively. The dilemma however, is that no specific management skills are taught during medical school or surgical training. For the modern surgeon, striving to meet the challenges of creating a more cost efficient streamlined workflow whilst maintaining patient safety, this deficiency in education will need to be remedied.

The need for physicians with advanced skills in business, finance and organisational management is increasingly being recognised in the US, where, in contrast to European medical education, dual degree programs in medicine and business have emerged to fill this training need. In 1999, there were eight medical schools in the US offering students the opportunity to obtain both medical and the masters in business administration (MBA) degrees. By 2004 this number had increased to 41. The business curriculum of these dual courses, as listed in the following table, are enabling physicians of the future to enhance their leadership roles and options in the health care system. Subsequent changes in physician careers, as physicians re-establish themselves as leaders, will constitute a larger scale social change within the health care system.

Core Curriculum	Health Career Specific Management skills
Financial Reporting and Control Financial Management and Accounting Business Economics Marketing Management Operations Management for Service Organizations Systems Design and Management Statistics and Decissions Modelling Human Value in Organizations Strategic Issues and Applications Management, Assessment and Development Information Technology Bussiness Communications Global Economy Leadership and Corporate Accountability	Strategic Issues in Health Management Management in Health Care Provider Organizations Health care Information Systems Health Care Finance Health Care Executive Seminars Health Care Economics Health Care Marketing Legal Environment of Health and Ethics Health Information Systems Health Care Politics Health Law

MANAGEMENT EDUCATION IN THE DEPARTMENT OF SURGERY AT THE UNIVERSITY OF HEIDELBERG

Starting in 2001, the implementation of the dualism of surgical and management skills has been realised at the department of surgery at the University of Heidelberg. Among the 21 consultant surgeons of the department, 3 (14%) have already successfully finished systematic management education either as a postgraduate MBA or in business school education. Five more consultants are currently enrolled in MBA classes, so that within the next few years almost 40% of the consultants will have obtained systematic business management training.

Exemplifying one major change in the department as a direct consequence of systematic business education was the introduction of a central case management, the first of its kind among surgical departments in German University Hospitals⁵. Central Case Management was established as a process re-design in a top-down implementation step. Currently each patient enters and leaves the hospital through this institution. This involves the co-ordination of the entire communication before admission of the patient to hospital, including an individual chart review for risk evaluation and to allow for the streamline of all necessary pre-operative investigations (Figure 5a).

Central Case Management

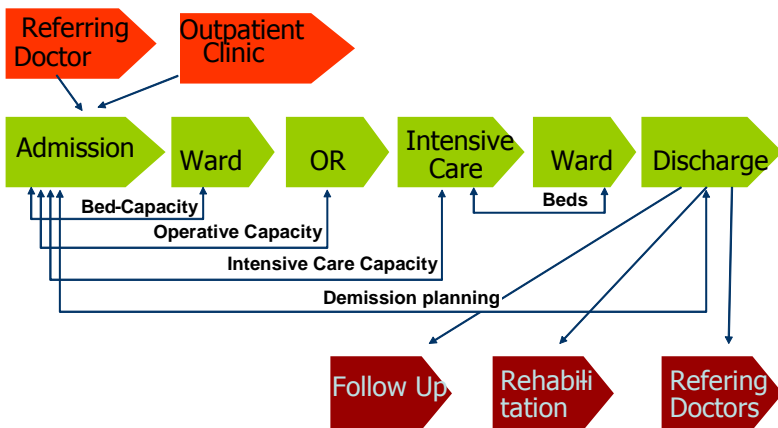
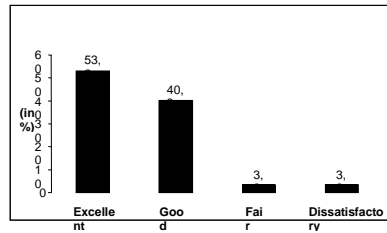
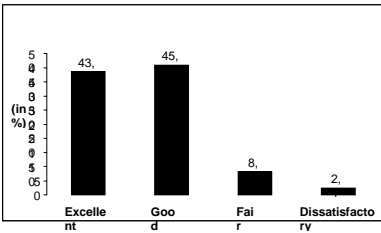


Figure 5A: Central Case Management: Shown are the work flow process and the interactions of various (key) processes influenced and coordinated by central case management. It is noteworthy that pre-clinical, clinical and post-clinical process are managed.

Once the “check-list” is completed the patient is admitted to a surgical ward ready to undergo surgery either the same or next day. Thus the flow of patients is centralised, optimised and appreciated by patients as well as referring colleagues (Figure 5b). This central management has also evolved to co-ordinate efficient operative room use in alignment with optimal intensive care and peripheral ward capacity. Other benefits of this prospective patient planning include the provision of an excellent early reporting and controlling system available to not only to leading staff surgeons, but to surgical team co-ordinators and to clinical researchers recruiting patients for clinical trials and internal quality control.

First 200 Patient’s Responses

Last 200 Patient’s Responses



First 200 Referring Doctor’s

Last 200 Referring Doctor’s

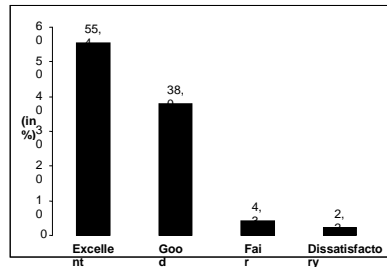
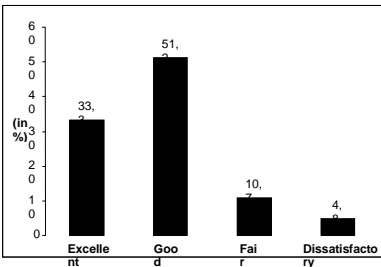


Figure 5B: Patient’s and referring colleague’s satisfaction with the newly introduced central case management. Shown are the first 200 responses (left row) and the most recent 200 responses (right row). All patients receive questionnaires upon hospitalization to measure patient’s satisfaction.

A PLEA FOR BUSINESS LEADERSHIP DEVELOPMENT IN SURGERY

What are the skills a surgical leader needs? Surgical excellence starts with leaders of character who engage in the entire process of leadership. The essential prerequisites of being an accepted modern surgical leader remain the traditional elements of outstanding surgical skills and honourable character. Many of the other leadership characteristics required from the modern surgical leader have, however, changed substantially (Table 1). Contemporary surgery needs leaders with compelling characteristics, people who will guide young surgeons to the future and show that they can be trusted. The easiest skills to acquire and work with are basic skills of business administration – how to read a profit or loss statement, how to measure productivity, or how to interpret a diagnosis related group (DRG) analysis. Specific skills related to strategic and tactical planning regarding departmental development, are also imperative. More difficult is the ability to gain advanced skills in persuasive communication and negotiation which is indispensable in many tasks, including financial decision-making, the recruitment and building of a successful team, and in the personal guidance of young surgeons. Novel approaches to conflict resolution as well as a sharp eye on patient’s satisfaction are all skills which can be acquired in systematic postgraduate education.

Past Achievement-Oriented Abilities	Present Today’s future oriented Chair of Surgery
National stature and recognition Recruitment from prominent institution Strong reference and reputation Track record in research and funding Clinical competency Appreciation for teaching Reasonable social skills Emphasis on personal accomplishments	Business and administrative experience Institution orientation Emotional competence Resilience Fits with organization’s values Communication skills Able to build and lead a team Results orientated Ability to develop others Emphasis on leader’s ability to learn and help others

Table 1: Selection criteria for physician leaders at academic medical centres: Past and Present (modified from Souba^{6,7} 2003 and Beauchamp⁸)

The surgical playing field is a rapidly changing and ever more demanding environment. Guiding an organization through turbulent times can be perilous, though the dividends, particularly in medicine, in terms of making a difference to the lives of others and contributing to a higher moral, are enormous. In order to maintain world class patient care and to lead the delivery of medical education and cutting edge biomedical innovation, modern academic surgical units will require highly effective surgical leaders. To create these modern leaders, the introduction of a business skills curriculum into medical education and postgraduate surgical career development is mandatory.

Markus Büchler, MD

References

- 1 Kotter JP. What leaders really do. Harv Bus Rev 1990; 68:103-111.
2. Goleman D. What makes a leader? Harv Bus Rev 1998; 76:93-102.
3. Boyatzis R, McKee A, Goleman D. Reawakening your passion for work. Harv Bus Rev 2002; 80:86-94, 126.
4. Rooke D, Torbert WR. 7 transformations of leadership. Harv Bus Rev 2005; 83:66-76, 133.
5. Friess H, Kleeff J, Buchler P, Hartwig W, Schmidt J, Radnic S, Auer S, Buchler MW. [Central patient management in surgery]. Chirurg 2002; 73:111-117.
6. Souba WW. The Achilles' heels of an academic surgeon: a leadership tale. J Surg Res 2005; 123:320-327.
7. Souba WW. Eyewitness to leadership. Am Surg 2003; 69:56-58.
8. Beauchamp RD. The changing roles of a surgical department chair: adapting to a changing environment. Arch Surg 2005; 140:258-263.

Peter Büchler, David Martin, Markus W. Büchler
Department of General Surgery, University of Heidelberg, Germany

Please address correspondence to:

Markus Büchler, MD

Department of General Surgery

University of Heidelberg

Im Neuenheimer Feld 110

69120 Heidelberg

Germany

Phone: 0049-6221-56-6200

Fax: 0049-6221-56-5450

E-mail: markus.buechler@med.uni-heidelberg.de

EL FINAL DE UNA ETAPA Y EL PRINCIPIO DE OTRA

Reflexiones del Presidente saliente

Prof. Laureano Fernández-Cruz

Con la inauguración del curso 2005-2006 finaliza una etapa de cuatro años en la vida de la Sociedad Catalana de Cirugía (SCC) bajo la responsabilidad de una Junta Directiva que he tenido el honor de presidir. Han sido cuatro años intensos, apasionantes, en donde todos y cada uno de los miembros de la Junta han dado lo mejor de su saber hacer, para impulsar hacia el futuro nuestra SCC. El azar nos ha puesto en el gobierno de la SCC coincidiendo con el cambio del siglo, dejando en nuestras manos la posibilidad de realizar las modificaciones necesarias y más convenientes para que una Sociedad Científica pueda afrontar con éxito el nuevo milenio.

No por ser un tópico, por las repetidas veces que se menciona, es una realidad, que la Sociedad en la que vivimos ha cambiado. Incluso se ha llegado a decir que “El futuro no es lo que solía ser”. En mis reflexiones siempre he tenido presente aquella anécdota que le aconteció al Premio Nobel A. Einstein: éste le entregó a su secretaria las preguntas de examen de la convocatoria de septiembre. “Profesor, le dijo la secretaria, ha vuelto a repetir las mismas preguntas que en la convocatoria de junio”. La respuesta fue, “las mismas preguntas sí, pero ya requieren nuevas respuestas”. Hoy en día vivimos conmocionados por la globalización y por la era de la información. Esto ha dado lugar a que la sociedad, hombres y mujeres, conviven con las vidas de mundos muy lejanos, y gracias a Internet tenemos la posibilidad de conocer al instante los últimos avances en el campo de la ciencia. Todo ello puede explicar el porqué del cambio de la Sociedad en su conjunto. Creo fervientemente que este cambio en muchos aspectos ha sido para mejorarnos como individuos y como sociedad en general.

Los alumnos que ingresan en nuestras Facultades de Medicina han necesitado haber superado con un notable superior para cursar sus estudios. Para los profesionales que imparten la docencia es un reto, pues tienen que dar lo mejor de sí mismos para satisfacer las ganas de saber de estos estudiantes. Esto obliga a que las Universidades deban escoger los profesionales más cualificados para que puedan responder a esta responsabilidad.

En la actualidad el título de Licenciado en Medicina y Cirugía ha sido modificado por el título de Licenciado en Medicina, con ello se ha querido que el estudiante tenga las bases fundamentales del conocimiento médico sin entrar en la esfera de la especialización. La entrada en el mundo profesional de la medicina sólo podrá hacerse una vez superado el examen MIR. Entre las críticas al examen MIR están, que siendo la única prueba que permite abrir las puertas a la especialización en Medicina no permite garantizar que los que han superado la prueba tengan las máximas capacitaciones para desarrollar una formación especializada.

No obstante, a pesar de estas críticas, la formación médica especializada de nuestro país se encuentra entre las primeras de Europa. Pero, en estos últimos años ha aparecido un hecho nuevo, la disminución del número de estudiantes que han escogido la Cirugía como especialidad. Esta disminución ha sido más evidente sobre todo en la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. ¿A qué ha sido debido este descenso?. Las causas son varias y merecen un profundo análisis. Tan sólo quiero apuntar aquellas que a mi juicio tienen un peso mayor. La Cirugía como asignatura ha desaparecido del currículum de la licenciatura de medicina y los profesionales de la cirugía (Profesores) imparten la docencia de las enfermedades quirúrgicas dentro de un programa integrado con las enseñanzas puramente médicas. Las prácticas que realizan los alumnos se hacen sobre todo en áreas médicas y los estudiantes no viven en las áreas quirúrgicas porque algunos responsables médicos docentes consideran que los cirujanos disponen de poco tiempo para estar en las salas quirúrgicas y por lo tanto poco tiempo disponible para la docencia, y que la estancia de los estudiantes en los quirófanos supone una pérdida de tiempo. Los estudiantes según estos programas docentes, desconocen tanto qué es la cirugía como especialidad y lo más grave, lo que es la profesión de cirujano. Además, los estudiantes durante el periodo de prácticas en los hospitales tienen una percepción que la cirugía es una especialidad que requiere una gran dedicación en horas de trabajo y que requiere un esfuerzo físico considerable. Estas consideraciones hacen a la especialidad de Cirugía poco aconsejable para tener una adecuada calidad de vida profesional. La carencia de visión de la realidad de la especialidad quirúrgica y del cirujano como modelo, hace que las percepciones ya apuntadas, tengan un peso negativo en la elección de la especialidad de Cirugía en los alumnos que han superado el examen MIR. ¿Cómo invertir esta tendencia? Los Profesionales de la Cirugía tienen que ser protagonistas en la decisión de los programas de docencia médica y exigir la vivencia de los estudiantes en las salas de hospitalización quirúrgica y en los quirófanos. También, los directores de programas de docencia quirúrgica en la Comisión de Docencia de la Especialidad de Cirugía, deben buscar soluciones razonables para mejorar el estilo de vida de los especialistas de la Cirugía, sobre todo en esta época en que un gran número de residentes son mujeres. En esta búsqueda hay que hacer compatible la vida familiar con la vida profesional. En definitiva, hay que elevar la motivación de los residentes de Cirugía.

Una impresión de una gran mayoría de los responsables de los Servicios Quirúrgicos es por una parte que los residentes no tienen las mismas energías para aprender que tenían los residentes en años pasados. Esta realidad tiene también explicaciones: gran número de horas que los residentes deben dedicar a cubrir las guardias en los servicios de urgencias y a la cirugía que se realiza fuera del horario laboral, como es la cirugía de los trasplantes. Además, los residentes deben rellenar un complejo papeleo burocrático para el ingreso y alta de los pacientes. Ante esta realidad me viene a la mente una fábula sobre la conversación de un joven con tres picapedreros. Cuando el muchacho llegó donde el primero, que parecía frustrado y enfadado, le preguntó qué estaba haciendo. Contestó con voz afligida: "Intentó dar forma a esta piedra; es un trabajo agotador". El joven fue donde un segundo hombre picaba una piedra similar y parecía apático, ¿qué haces? le preguntó el muchacho, "doy forma a una piedra para un edificio" dijo cansinamente. El joven fue entonces donde su tercer picapedrero que cantaba mientras trabajaba. Le preguntó qué hacía.

El trabajador sonrió y respondió: “Estoy construyendo una catedral”. No cabe duda alguna que en todos y cada uno de los hospitales debemos crear el ambiente adecuado y la motivación necesaria para que los residentes tengan una actitud de construir con las piedras que se van acumulando en el transcurso de los años de residencia, una catedral que simbolice la profesionalidad y competencia del cirujano del siglo XXI.

También la Comisión de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, debe plantearse una disminución del número de años de la especialidad, el desarrollo de un programa más focalizado y dar las opciones para una formación temprana en la especialidad de Cirugía hepático-bilio-pancreática, cirugía esófago-gástrica, cirugía colorectal, etc... Aconsejo la lectura de mi artículo “General Surgery as Education. No specialization” publicado en *Annals of Surgery*, 240 (6): 932-938, 2004.

¿Pero, cuál es la situación de los cirujanos ya especialistas en nuestro país?. La situación es diferente dependiendo de la situación laboral en hospitales de 3er nivel u hospitales de 2º nivel. En estos últimos se acumulan los defectos de la Sanidad Pública y de la particular responsabilidad médica en estos hospitales: listas de espera insuperables y excesivo poder de los Gerentes en la priorización de los actos quirúrgicos. Estos hospitales en particular tienen que cubrir servicios de urgencias sin disponer en muchos casos ni del personal suficiente ni de las infraestructuras adecuadas para cumplir con esta responsabilidad. La SCC debe dar respuesta a los problemas de estos hospitales.

En los hospitales de 3er nivel, los cirujanos han sido progresivamente postergados de las comisiones de decisión médica y ha provocado que estén en una situación de supeditación a las decisiones generadas por los profesionales médicos. Esta situación puede llegar al extremo de ser los cirujanos “la mano ejecutora de las decisiones de los profesionales médicos”. Las razones por las que se ha llegado a este punto son:

- 1º. El exceso en la dedicación de los profesionales médicos en cubrir los puestos de responsabilidad de gestión administrativa. La ausencia de los profesionales quirúrgicos en los puestos de dirección se justifica porque el cirujano no dispone de tiempo para las responsabilidades de gestión. En muchos hospitales, como no podía ser de otra manera hay cirujanos, pero no “cirugía” como servicio o departamento con autonomía de gestión.
- 2º. La cirugía ha logrado gracias a su perfeccionamiento técnico, conseguir que el curso postoperatorio de los pacientes sea muy benigno en cuanto a la rápida recuperación físico-biológico, y además, con ausencia en la mayoría de los casos, de morbilidad notable. Este éxito ha provocado que los profesionales médicos se atrevan a conducir el curso postoperatorio hasta que los pacientes son dados de alta.

- 3º. Otro de los éxitos en estos últimos años es el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria o de corta estancia. La actuación del cirujano, una vez establecida la indicación quirúrgica se concreta en el acto quirúrgico. El paciente es dado de alta por el anestesista o médico de sala a las pocas horas de la intervención. La consulta ambulatoria de estos pacientes en la mayoría de los casos queda fuera del control del cirujano que realizó la intervención. 4º. La cirugía compleja precisa de un soporte de cuidados intensivos y de médicos especialistas para un mejor control de los pacientes. Esta íntima colaboración con los colegas médicos puede volverse en contra de la responsabilidad del cirujano, cuando este, abdica en la vigilancia y control de estos pacientes en las áreas médicas especializadas.

A la pregunta; ¿Qué se puede hacer?. El cirujano, debe recuperar el liderazgo en el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas. ¿Cuáles deben ser las características del líder en estos tiempos de crisis?:

- 1º. Inteligencia. Es absolutamente necesario saber de lo que se esta hablando (formación e información).

- 2º. Integridad. De esta forma se gana la confianza de los colegas médicos y de los pacientes. El cirujano no tiene que jugar a juegos políticos para avanzar, porque su seguridad procede de sus capacidades.

- 3º. Visión. En los deportes no cuenta donde está la bola o el balón, sino donde estará.

- 4º. Pasión y energía. El líder debe persuadir a los demás con su visión y luego infectarlos con su energía.

- 5º. Compasión. Debe importar el bienestar del paciente por encima de todo. 6º. Humildad y valor. Humildad de escuchar, aprender y crecer constantemente. El cirujano-líder debe tener el valor de actuar y la capacidad de persuasión para asistir a los demás consigo. Sin humildad, el líder, no aprende nuevas lecciones. Sin valor, no emprenderá acciones basadas en ellas.

En mí opinión todo cirujano, cuando afronta un enfermo quirúrgico debe acometer su actuación profesional con ánimo de líder, pues de su actuación va a depender la curación o alivio de la enfermedad del paciente. Lo contrario es la aplicación de un simple gesto técnico, y serán otros profesionales los que asumirán el liderazgo de la actuación médico quirúrgica.

La SCC como sociedad científica tiene entre sus responsabilidades la función profesional de sus miembros. Debe promover el conocimiento y estimular la investigación médica y la innovación tecnológica. Tiene que tener un liderazgo particular para velar por las condiciones socio-laborales de sus miembros.

Cuales han sido las actuaciones principales de la Junta de la SCC que he tenido el honor de presidir en estos últimos cuatro años.

1-. Cohesión social entre los miembros de la SCC. Creo haber vivido un antes y un después. La SCC no era sentida como propia por una gran parte de sus miembros, y hoy es el patrimonio de los cirujanos de Cataluña.

2-. Responsabilidad social. Para ello contamos con Lluís Masferrer que impulsó el Manifiesto de los Cirujanos Catalanes. En este documento, se concretaban los anhelos, ambiciones y deberes de los cirujanos catalanes, y la dura y en algunos casos frustrante realidad en la que se encuentran muchos cirujanos para desempeñar su labor. Este Manifiesto tuvo una repercusión mediática calculada y tiene que servir para las reivindicaciones que hay que presentar a las autoridades sanitarias.

3-. Formación de los cirujanos: se han celebrado con regularidad las Sesiones Ordinarias, en las que han participado todos y cada uno de los Hospitales Catalanes. La moderación de estas sesiones ha recaído en diferentes profesionales de la cirugía que se habían responsabilizado de la organización de la sesión.

También se ha organizado el “Congreso Catalán de Cirugía” en Terrassa, bajo la dirección de Joan Sala. Dicho Congreso fue un éxito en cuanto a la participación y a la calidad de las presentaciones.

4-. Formación continuada. Se han organizado sesiones bibliográficas, clínicas-interactivas y de formación para la investigación para los cirujanos en activo y residentes de cirugía. La calidad de estas secciones ha sido sobresaliente. Este éxito ha sido posible, gracias a la especial dedicación de A. Sitges-Serra, J. Sancho, J.M. Badía y E. Espin entre otros. Estas sesiones comportan una serie de créditos con validez para los cursos de doctorado que se imparten en la Universidad de Barcelona (Fernández-Cruz) y en la UAB (Sitges-Serra).

5-. Desarrollo de la Web de la SCC. A los pasos iniciales dados por la anterior Junta con la creación de la Web de la SCC nuestra Junta ha dado también prioridad entre sus objetivos al desarrollo de la citada Web. Primero gracias a la meritoria acción de Albert Sueiras i después bajo la responsabilidad directa de Guzmán Franch el funcionamiento de la Web permite mantener una permanente comunicación entre las noticias generadas por la Junta y los miembros de la SCC. Creemos también, que en el futuro va a suponer una herramienta eficaz en la propagación del conocimiento.

6-. Una de las actuaciones más memorables ha sido la organización del 75 Aniversario de la SCC. Tanto el desarrollo de los actos científicos como el acto social en si, fueron extraordinariamente acogidos por los miembros y amigos de la SCC.

No quisiera finalizar esta reflexión sin agradecer a todos y cada uno de los cirujanos que han formado parte de esta Junta. J. Fernández-Llamazares, J. Figueras, A. Sueiras, L. Masferrer, C. Marco, R. Pla, J.M. Badia, C. Margarit, G. Franch, J. Figueras, J. Sala, A. Sitges-Serra. Este último es a partir de este momento el Presidente electo. Su actuación como Presidente y la Junta que le acompaña, impulsarán sin duda, muchos de los proyectos que hemos realizado juntos y abrirá nuevos caminos para el éxito de la SCC.

Quisiera destacar durante estos años la labor del Secretario General, Joan Sala Pedrós. Su característica principal es la lealtad a los acuerdos de la Junta y su exquisito cuidado en el trato con los compañeros. Es un hombre de confianza. Esta cualidad no se nota cuando se tiene pero se siente cuando falta.

Para terminar, me gustaría que se me recordara como un Presidente que supo atraer a su Junta a personas mejores que él mismo.

Prof. L. Fernández-Cruz

Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia

LES IMATGES EN CIRURGIA

Sala Pedrós J.

En el principi hi ha la imatge

Si les mans són les estructures anatòmiques que donen nom a la cirurgia i constitueixen un dels elements fonamentals que han permès a l'home de transformar la natura, és el sentit de la vista, fins i tot, i cada vegada més, per davant del sentit del tacte, el que guia qualsevol tipus d'activitat quirúrgica. Podem dir doncs que les imatges de la realitat que són transmeses al cervell guien la mà del cirurgià i en són l'element primigeni indispensable.

En la moderna cirurgia laparoscòpica o endoscòpica en general, hi ha una manca de possibilitat d'emprar plenament el sentit del tacte, i sovint el cirurgià només compta amb imatges bidimensionals però, malgrat la distorsió que això comporta, permet de seguir guiant les mans hàbils en la manipulació instrumental de l'anatomia que constitueix la pràctica quirúrgica.^{1 2}

La cirurgia no escapa a la tendència actual a mecanitzar totes les activitats humanes. El progrés de la cirurgia en un futur previsible, s'encamina a aconseguir els millors resultats possibles amb la menor agressivitat, és a dir, amb el menor dany col·lateral per al pacient. Això passa per perfeccionar instruments dotats d'una major precisió, capaços d'evitar al màxim lesions innecessàries i, per tant, dotats de sistemes de control de moviments basats en la informació detectada.^{3 4 5} Però la informació rellevant l'aporten les imatges anatòmiques i malgrat es puguin emprar tots els instruments a l'abast, sense una bona entrada de dades (imatges) no és possible aconseguir els objectius fixats en una determinada intervenció.^{6 7}

A partir del processament d'aquestes imatges, fet amb l'ajuda de les màquines o les eines adequades, més o menys automatitzades, informatitzades o robotitzades, possiblement s'arribi a vies de transformació anatòmica que no pel fet de superar la simple, bàsica i tradicional habilitat manual deixaran de poder ser considerades quirúrgiques.^{8 9 10}

De la imatge a l'acció, passant pel cervell

La importància de les imatges en cirurgia obliga a considerar com imitar la relació ull-mà o més aviat hauriem de dir ull-cervell-mà del cirurgià. La possible resposta a la pregunta sobre si la feina del cirurgià podrà ser feta per una màquina, passa per considerar aquests tres nivells.

No es tracta únicament d'una pregunta retòrica si no d'una qüestió fonamental per al futur desenvolupament tecnològic. La qüestió s'inscriu dins del marc de la mecanització (pot ser hauríem de dir maquinització?) de les activitats humanes.¹¹ Fa temps que les màquines ha substituït l'home en la realització de moltes tasques manuals de manera molt més precisa, ràpida i brillant, incloent en alguns casos fins i tot certs intents de creació artística.¹² Per tant sembla que en aquest nivell hi han possibilitats. També en la digitalització i obtenció d'imatges s'han fet grans avenços. Pel que fa al nivell mig, el que sembla més difícil d'imitar: el cervell, també s'han obtingut fites força considerables.

Les màquines han estat capaces de suplir i millorar el rendiment dels humans en el camp del càlcul matemàtic o del registre i ordenament de la informació. Hi han programes informàtics (en el fons pautes de funcionament de màquines) que permeten realitzar, també de manera molt més ràpida i efectiva, tasques que semblaven exclusives de la ment humana.

Durant molt anys, pensadors de gran nivell han intentat cercar formes de mecanització del pensament fins i tot profund. Un dels més antics va ser en Ramon Llull que, a través de la seva "Ars Magna" va intentar crear tot un sistema de pensament filosòfic deductiu, precursor dels moderns programes d'intel·ligència artificial. Altres, com el filòsof Blaise Pascal, van inventar màquines de calcular que van ser l'admiració del seu temps. No va ser però fins al segle XIX quan Charles Babbage, va fer els primers passos per portar a terme un projecte, avançat a la seva època, de creació d'un primer ordinador capaç de realitzar càlculs de més alt nivell, mentre Lady Ada Lovelace (filla del famós poeta Lord Byron) va ser capaç d'omplir moltes de les llacunes de Babbage, tasca merescudament reconeguda amb el fet d'haver batejat amb el seu nom (ADA) un dels primers llenguatges d'ordinador amb capacitat per processar imatges de forma eficient.

Ja en ple segle XX el matemàtic, Alan Turing, va demostrar que tot allò que és computable pot ser realitzat per una màquina. D'aquí va sorgir la idea sobre si tot el pensament és computable o sí se li pot trobar una estructura algorísmica que el faci imitable per una màquina. La polèmica encara és viva.¹³ Un altre matemàtic, o millor dit metamatemàtic, Kurt Gödel, va demostrar que alguns principis matemàtics són apriorístics, és a dir sabem que són certs però la seva demostració es perd en un bucle inacabable que no pot ser expressat mitjançant un algorisme. Els moderns pensadors i creadors de llenguatges d'intel·ligència artificial, com Douglas Hofstadter han proposat aquests eternals i gràcils bucles del pensament humà com una de les característiques més rellevants del nostre cervell, pot ser lligat a la seva pròpia limitació.¹⁴ Tanmateix la resposta a la pregunta de si pot existir una màquina (diguem-ne un ordinador o un robot) capaç de reproduir totes les formes del pensament humà, no te encara una certesa prou concloent, ni a favor ni en contra.

La intuïció del cirurgià, la seva capacitat de prendre decisions amb bases heurístiques, són aspectes que sorgeixen en plantejar-se si una màquina podria operar.^{15 16} No resulta fàcil contestar aquesta qüestió quan encara està en dubte si tot el pensament humà és algorímic, fins i tot el pensament considerat lògic. D'aquí que sorgeixin dubtes sobre si es pot confiar en una màquina per a una encertada presa de decisions.

Tornant al primer pas bàsic. La informació que hauria de rebre una "màquina quirúrgica" no seria tant sols en forma numèrica o de dades, una part fonamental estaria constituïda per imatges. Per diversos tipus d'imatges. Però seria a partir de l'anàlisi d'aquestes que hauria de prendre decisions que es traduïssin en gestos o actes "quirúrgics", cosa que resulta especialment complexa.

Si be pot semblar superflu plantejar-se preguntes d'aquest tipus, no hi ha dubte que l'anàlisi del pensament humà, per intentar imitar-lo mitjançant màquines, ha permès, si més no, una revisió exhaustiva des de les arrels últimes del funcionament del cervell humà i per tant un coneixement molt més profund de la naturalesa humana i de les seves característiques, d'importància cabdal des del punt de vista filosòfic però també pràctic. Pot ser la màquina pensant o la que opera poden ser una utopia però la recapacitació sobre el seu possible disseny te una clara utilitat de progrés.

La por a la imatge i la iconoclàstia

De forma aparentment contradictòria, si be s'han fet grans progressos en l'obtenció i registre d'imatges que utilitzen moltes especialitats mèdiques centrades en el diagnòstic, les imatges excepcionals a les quals sol tenir accés el cirurgià, es desaprofiten. En primer lloc queden sense enregistrar la majoria de vegades. En segon lloc es perd el seu valor en les bases de dades dels pacients, que conformen allò que coneixem com la història clínica, pel fet de ser substituïdes per simples informes. Sens dubte, les mil paraules del proverbi resulten clarament insuficients per suplir el valor d'una simple imatge adequada.

Es dona un clar conflicte d'interessos: per un costat és extraordinari el valor formatiu que tenen les imatges en cirurgia; per l'altre fa una certa basarda el seu possible valor legal. En efecte, sembla ser aquest darrer aspecte la causa d'una certa inquietud a l'hora de popularitzar el registre d'imatges. Malgrat ser un element bàsic de gran valor documental, la imatge de tota activitat quirúrgica no resulta gens preuada. Pot ser la por a deixar proves de lesions iatrògenes desperta en alguns cirurgians l'ànsia iconoclasta (de destrucció d'imatges comprometedores).

Deixar constància de la patologia que tenia el pacient operat quan s'ha accedit a la seva visió directa mitjançant l'abordatge quirúrgic, tan si es fa de forma oberta convencional com a través dels diversos mitjans d'endoscòpia a l'abast, hauria de ser actualment preceptiu en tots els casos, com es fa cada vegada més amb les exploracions endoscòpiques. Però també ho hauria de ser l'enregistrament dels canvis anatòmics efectuats amb la cirurgia, com la manera més gràfica i explicativa de valorar els possibles efectes posteriors sobre el funcionament dels òrgans afectats.

Cal doncs comença a pensar seriosament en una iconologia quirúrgica a implantar fins i tot en la pràctica convencional.

La imatge i la paraula

Un dels sentits de la paraula iconologia seria la ciència que estudia les imatges, però, des d'una perspectiva moderna pot incloure el processament d'imatges amb finalitats informatitzadores, en el sentit més original de la informàtica (informació automàtica). Des d'aquesta perspectiva, podem considerar la iconologia com l'estudi de les imatges per tal de dotar-les d'un sentit interpretatiu. La iconografia seria l'estudi del registre gràfic d'aquestes imatges, tan si la finalitat interpretativa és artística com científica. En qualsevol cas, sembla clar que la iconologia està relacionada, directa o indirectament, amb el sentit de la percepció visual que és fonamental tant pel diagnòstic com pel tractament dels problemes de salut.

Així doncs, podem parlar de la iconologia mèdica (o medicoquirúrgica) com l'estudi de les imatges obtingudes de l'organisme humà (encara que es podria estendre a qualsevol altra organisme viu: iconografia biològica o biopatològica) amb la finalitat de dotar-les un sentit interpretatiu des del punt de vista mèdic. Podríem dir que la branca més desenvolupada en aquest sentit, fins ara, ha estat la iconologia diagnòstica.

Les imatges, d'interès diagnòstic o fins i tot pronòstic, poden ser obtingudes de manera directa a través del sentit de la vista, de forma que serveixen només en un moment i un lloc determinats però deixen de tenir el mateix valor quan el subjecte observador perd el contacte visual amb la imatge d'interès, malgrat que pugui recordar-la i formar part de la seva experiència.

De cara a una persistència del valor de la imatge, com a font de coneixement, cal aconseguir algun tipus de registre "iconogràfic" que permeti la seva utilització posterior, en absència del subjecte que motiva l'observació o de les condicions que la permeten. Des d'aquest punt de vista, la iconologia i la iconografia estan estretament relacionades i, sobretot aquesta darrera significa un valor afegit a la primera, de forma que, en parlar d'iconologia mèdica, cal pensar sempre en la seva forma de registre gràfic de la mateixa manera que quan pensem en el coneixement mèdic pensem sempre en el seu registre escrit i no tan sols en la seva transmissió oral, malgrat que altres tipus de registre físic (audiovisual, per exemple) són possibles.

La diversitat d'imatges

Sense perdre de vista que s'operen pacients i no radiografies, com deien els nostres mestres, no han estat tan sols les imatges visuals directes aquelles que han guiat la mà del cirurgià. Totes les tècniques de diagnòstic per la imatge també, d'una manera u altra, ho han fet

Si bé s'ha parlat dels serveis de diagnòstic per la imatge com l'especialitat que agruparia l'antiga radiologia i les noves tècniques d'imatge, no sempre de caràcter radiant o obtingudes per la interacció de radiacions, com la ultrasonografia, sembla que la introducció de tècniques de tractament guiades per aquest tipus d'imatges ha introduït una component terapèutica quirúrgica en l'especialitat que fa que no sigui tan sols diagnòstica si no també terapèutica. El terme imagenologia, l'equivalent d'origen llatí al terme iconologia d'origen grec, ha estat emprat darrerament per descriure les característiques més àmplies de la nova especialitat, permetent incorporar aquest canvi conceptual tan important. Qualsevol de les dues formes permetria rebatejar una especialitat basada en un determinat tipus d'imatges, però és evident que el contingut del terme resulta molt més ampli i pot ser cal especificar-lo en alguns casos.

En efecte, en medicina no són importants tan sols les imatges anatòmiques més o menys deformades obtingudes aprofitant efectes físics de transcendència indubtable en el camp del progrés mèdic. També les imatges dels signes de les malalties, fins i tot externes i visibles a simple vista, tenen importància i mereixerien ser enregistrades. En canvi, sovint no se'ls dóna la importància deguda, pel fet de semblar assequibles a la simple observació, oblidant que quan desapareixen perden tot el seu valor historiogràfic tal com dèiem en relació a les imatges quirúrgiques.

A partir d'aquí, per tal d'abreujar successives qualificacions del concepte fonamental, en parlar d'iconologia, ens referirem, en general, a la iconologia mèdica.

Quan ens plantegem quines serien les imatges d'interès mèdic (i el seu registre gràfic) ens trobem que poden ser obtingudes de forma molt diversa que podríem esquematitzar en diferents tipus.

Exoiconologia

La iconologia externa (o si es vol: exoiconologia) la constituïrien les imatges obtingudes de l'observació visual externa de l'organisme o fins i tot el seu registre gràfic en forma de fotografia, diapositiva, imatge digitalitzada, dibuix, pintura, etc. Es tractaria de la plasmació gràfica de l'observació directa de la part externa o externament assequible del cos humà.

Naturalment, l'interès mèdic se centra en les imatges patològiques o que indiquen un problema de salut tributari de diagnòstic i, a vegades, de tractament. L'observació de lesions cutànies, oculars externes o de la cavitat oral, accessible a la inspecció oral simple, amb finalitat diagnòstica, en són el cas paradigmàtic per excel·lència. Les clàssiques diapositives que s'han utilitzat durant molts anys per a l'ensenyament del diagnòstic en dermatologia podrien ser un exemple d'aquest tipus d'iconologia mèdica externa.

Endoiconologia directa

La iconologia interna (o endoiconologia) estaria formada per les imatges obtingudes de l'observació visual interna de l'organisme o fins i tot el seu registre gràfic en forma de fotografia, diapositiva, imatge digitalitzada, dibuix, pintura, etc. Es tractaria de la plasmació gràfica de l'observació directa o indirecta de la part interna o externament no assequible del cos humà. En aquest cas, però, ja podem distingir diferents formes d'obtenir aquestes imatges segons la manera d'accedir a l'interior de l'organisme. Així doncs es podria considerar diversos tipus d'endoiconologia.

La endoiconologia directa, estaria formada per les imatges obtingudes en format visual normal encara que limitades, per exemple a dues dimensions. Poden ser enregistrades en forma de fotografia, vídeo, digitalització o altra forma que, com a tal registre, no difereix de l'obtingut amb l'observació directa.

En aquest sentit es pot parlar d'endoiconologia endoscòpica quan les imatges provenen de l'exploració endoscòpica del tipus que sigui (càmera de vídeo, fotografia, etc.) amb transmissió d'imatge simple amb lents, fibra òptica etc. Es poden considerar dos subgrups en aquest grup.

Per una banda les imatges obtingudes en les endoscòpies d'accés transorifical, és a dir a través dels orificis naturals del cos (fibrobroncoscòpia, fibroscòpia digestiva alta o baixa, otoscòpia, oftalmoscòpia, cistoscòpia, etc.). Seria l'endoiconologia endoscòpica transorifical.

Per altra banda les imatges obtingudes amb les endoscòpies quirúrgiques (laparoscòpia, torascòpia, subcutanioscòpia, artroscòpia, etc.) que precisen d'un accés transcutani i, per tant, de la violació d'una barrera natural del cos com és la pell. Seria l'endoiconologia quirúrgica laparoscòpia, torascòpia, etc.

L'endoiconologia quirúrgica simple la formarien imatges d'endoiconologia directa provinents de la pràctica quirúrgica convencional, és a dir el registre gràfic d'imatges de cirurgia oberta, ja sigui en forma de les fotografies denominades "de camp operatori" o be les de peça quirúrgica que realitzen habitualment els serveis d'anatomia patològica o fins i tot d'histopatologia, encara que en aquests darrers casos poden tenir altres orígens no sempre considerats quirúrgics, al menys en el sentit terapèutic del terme, com pot ser el material d'autòpsies.

Endoiconologia indirecta

L'endoiconologia indirecta o criptoiconologia, la formarien les imatges obtingudes que no responen a les característiques de les imatges visuals directes si no que provenen de la interacció física entre els materials que componen les diverses estructures, de l'organisme i diferents tipus d'agents físics com poden ser els ultrasons, els raigs X, els positrons, o bé del registre de determinades propietats de la matèria com la resonància magnètica.

També es podrien incloure en aquest apartat les imatges induïdes per l'acció de substàncies, com els isòtops radioactius, que tenen capacitat per emetre radiacions enregistrables físicament.¹⁷

Encara que en els casos anteriors, d'exoiconologia o endoiconologia directa, les imatges també provenen de la interacció de la llum (per tant d'una forma de radiació física) sobre la matèria, la informació que proporcionen es limita a la superfície dels òrgans o teixits de la mateixa manera com la percep l'ull quan hi té accés de la manera que sigui. La criptoiconologia, en canvi, es refereix a les imatges més o menys transformades pels agents físics, a les quals no s'hi accedeix, al menys de manera directa, però que malgrat estar amagades a l'accés visual (criptoiconologia), podem obtenir imatges amb major o menor grau d'aproximació a partir de les seves propietats físiques, químiques i biològiques.

La radiologia clàssica, tant en la seva forma denominada simple com la contrastada, utilitzant substàncies, habitualment líquides, d'ompliment de conductes i cavitats, en seria l'exemple més emblemàtic.

El desenvolupament de noves tècniques d'obtenció d'imatges amagades mitjançant els ultrasons, els positrons etc. han fet que sorgissin propostes de canvi de denominació de l'especialitat de radiologia del tipus de "diagnòstic per la imatge", imagenologia o fins i tot iconologia (simplement) que no han acabat de quallar pel doble fet de, per una banda no ser exactes i prestar-se a confusions amb altres branques, no tan sols mèdiques si no també de la denominada història de l'art, de la religió o de la ciència en general; per altra banda pel pes de la tradició que ha fet de la radiologia la forma més emblemàtica de la criptoiconologia diagnòstica, resultant difícil, pels professionals que l'han exercida durant molts anys, renunciar a la força explicativa d'un terme que defineix una tasca exitosa i reconeguda àmpliament com a molt útil.

Però la pròpia evolució porta a la complexitat, de manera que han aparegut formes de col·laboració amb altres tècniques diagnòstiques mínimament invasives com és el cas de les tècniques endoscòpiques, a les quals s'hi han anat afegint altres tècniques com els ultrasons portant a formes mixtes com les ecoendoscòpies.

En conjunt les imatges se'ns presenten en forma de ventall complex de possibilitats per combinar de formes múltiples. (Taula I)

Iconologia medicoquirúrgica	Exoiconologia	Superficial			
		Transorifical directa			
		Directa	Endoscòpica transorifical	Simple	Fibrobroncoscòpia
Endoiconologia	Directa				Endoscòpica transorifical
		Fibroscòpia digestiva baixa			
		Otoscòpia			
		Oftalmoscòpia			
		Cistoscòpia			
		Histeroscòpia			
		...	Combinada	Ecoendoscòpia	
		Quirúrgica transcutània	Endoscòpica	Laparoscòpia	
				Toracoscòpia	
				Subcutànioscòpia	
				Artroscòpia	
				...	Oberta
	Laparotomia				
	Indirecta o criptoiconologia	Radiològica	Simple	Craneotomia	
				Cervicotomia	
		Ultrasònica	Simple	Inguinotomia	
				...	
		Ressonància magnètica	Simple	Tòrax	
Ossia					
Nuclear	Simple	...			
		...			
Combinada	Simple	Trànsit baritat			
		Ènema opac			
Combinada	Simple	...			
		...			
Combinada	Simple	Ecografia simple			
		...			
Combinada	Simple	Eco-doppler			
		...			
Combinada	Simple	Colangioressonància magnètica			
		...			
Combinada	Simple	Isotòpica			
		...			
Combinada	Simple	Gammagrafia			
		...			
Combinada	Simple	Tomografia per emissió de positrons			
		...			
Combinada	Simple	Citologia			
		...			
Combinada	Simple	Histopatologia			
		...			

Taula I: Exemples d'imatges mèdiques d'interès quirúrgic

El pas de la imatge a la cirurgia

Per un altre cantó, si bé la funció primordial de la iconologia mèdica ha estat considerada com a diagnòstica (per tant, sovint també amb valor pronòstic) les noves tecnologies han permès utilitzar les seves aportacions amb finalitats terapèutiques. No hi ha dubte que la iconologia externa permet el tractament tòpic, ja sigui farmacològic, físic, quirúrgic, etc. i fer-ne un seguiment. La endoiconologia endoscòpica permet la endoiconologia endoscòpica quirúrgica (polipectomies, derivacions ortètiques com les aconseguides amb els denominats “stents” etc.), incloent el vessant farmacològic tòpic (esclerosis de lesions sagnants, de varices, etc.). Però també si han incorporat components terapèutics de tipus quirúrgic o instrumental, com en el cas de les colangiografies endoscòpiques retrogrades amb papil·lotomies, les extraccions de càlculs, les derivacions internes, etc.

També les formes d'imatge obtingudes amb mitjans òptics o electrònics d'ampliació com les cel·lulars o intracel·lulars i les histopatològiques, generalment avaluades lluny del propi pacient, en alguns casos s'han començat a aplicar de manera directa als camps quirúrgics (com en dermatologia amb les tècniques MOHS).^{18 19}

Així mateix la criptoiconologia ha deixat de ser només diagnòstica per incloure en molts casos un clar vessant terapèutic que es presenta com una nova especialitat mèdicoquirúrgica.²⁰ Utilitza tecnologies físiques mínimament invasives per diagnosticar i tractar determinades afeccions de l'organisme amb un grau d'agressivitat, de violació de barreres externes i de repercussió general per a l'organisme, més baix que l'aconseguit mitjançant altres procediments mèdicoquirúrgics aplicats als mateixos casos.^{21 22 23} A més permet guiar els passos d'una intervenció instrumental dirigida des de l'exterior del cos.^{24 25}

Aquestes utilitzacions conjuntes augmenten sinèrgicament les possibilitats individuals de cada una, permetent un clar progrés de les ciències de la salut que, fa temps han superat l'antic dualisme entre “mèdiques” i “quirúrgiques” per passar a ser una unitat dialèctica medicoquirúrgica que engloba els recursos científics actuals encaminats a la millora de l'estat de salut de les persones.²⁶ La criptoiconologia diagnòstica i terapèutica se'ns presenta, doncs, com una cara més d'aquesta perspectiva polièdrica, multidimensional, que caracteritza el paradigma científic actual que adquireix tot el seu sentit quan es pot arribar a capir de manera integrada i del qual, les aplicacions a la medicina, a la cirurgia o a les ciències de la salut, en general, en són la conseqüència més humanament gratificant.²⁷

En la línia de conservar la nomenclatura tradicional, la criptoiconologia quirúrgica ha estat denominada radiologia intervencionista, fet que porta a confusió ja que sovint utilitza com a mitjà d'obtenció d'imatges els ultrasons, el registre de l'emissió de positrons o la ressonància magnètica nuclear i per tant no tan sols les radiacions tipus Röntgen clàssiques. En qualsevol cas permet, mitjançant l'accés transcutani mínim (punció vascular, transparietal, intracavitària, etc.), la manipulació de l'anatomia, pròpia de la cirurgia, que permet resoldre problemes de salut o millorar la qualitat de vida de les persones que els pateixen.

La cirurgia a través de la imatge

La cirurgia ha representat durant molts anys una de les poques activitats humanes en la qual es donava la síntesi entre treball manual i treball intel·lectual, superant vells prejudicis que pretenien separar el treball humà en dues grans vessants alienades l'una de l'altra. La síntesi dialèctica entre medicina i cirurgia s'ha produït de manera progressiva i irreversible. Cada vegada més les especialitats mèdiques realitzen accions quirúrgiques i, també cada vegada més, la formació del cirurgià exigeix un coneixement mèdic més ampli i profund per tal que les decisions que es veu obligat a prendre permetin obtenir els millors resultats possibles. No és desitjable avui en dia la figura del cirurgià amanuense que actua al dictat de l'especialista o de l'internista en general i, de fet, tampoc el nou "radiòleg" o l'endoscopista volen deixar perdre l'oportunitat de solucionar un problema que tenen a l'abast i estan disposats a fer l'esforç d'ensinistrament i adquisició d'habilitat tècnica que fins ara estava reservat al cirurgià.

També la superespecialització ha col·laborat a esborrar les fronteres entre especialitats mèdiques i quirúrgiques. Cada vegada resulta més difícil considerar per separat les dues maneres d'entendre l'atenció de la salut. Fins i tot les especialitats més allunyades de la cirurgia, com aquelles que es limitaven tan sols al diagnòstic, han acabat incorporant tècniques quirúrgiques a la seva pràctica diària. El futur reclama una pràctica integrada i integradora de la qual n'hauran de sortir noves possibilitats insospitades fins ara.

El procés de les imatges serà sens dubte fonamental en el futur de la medicina i de la cirurgia.²⁸ Tan si s'opta per la versió llatina (imagenologia) com per la grega (iconologia), no hi ha dubte que la seva importància futura està assegurada. Perquè és en les imatges medicoquirúrgiques que es basaran els avenços en el camp de la salut.

És molt probable que tot plegat porti a un progressiva automatització de procediments o fins i tot de presa de decisions que permetin perfeccionar els models actuals de conducta i optimitzar resultats en termes de quantitat i qualitat de vida, al cost econòmic més eficient i sostenible, que permeti la seva utilització pel bé del conjunt de la humanitat, sense discriminacions injustes.²⁹

Pot ser falta molt de camí per aconseguir que les màquines no tan sols puguin realitzar feines de manera molt més precisa, ràpida i efectiva amb un mínim d'agressió i de trastorn, si no que també prenguin decisions de manera encertada, obtenint la màxima utilitat amb el menor risc.^{30 31 32} Però, en aquest camí, les imatges resultaran fonamentals com a informació d'alt nivell a incorporar al complex procés que, per ara, els cirurgians fem de la manera més directa i gratificant possible.³³

Joan Sala Pedrós

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Cuschieri A. Laparoscopic Surgery: Current Status, Issues and Future Developments. *Surgeon*. June 2005. 3: 3; 125-38.
- ² Bethea BT, Okamura AM, Kitagawa M, Fitton TP, Cattaneo SM, Gott VL, Baumgartner WA, Yuh DD. Application of haptic feedback to robotic surgery. *J.Laparoendosc. & Adv. Surg. Tech.* 2004. Vol 14, nº 3. pp. 191-5.
- ³ Camarillo DB; Krummel TM; Salisbury JK Jr. Robotic technology in surgery: past, present, and future. *Am J Surg*. 2004 Oct; Vol. 188 (4A Suppl), pp. 2S-15S.
- ⁴ Hanly EJ; Talamini MA. Robotic abdominal surgery. *Am J Surg*. 2004 Oct; Vol. 188 (4A Suppl), pp. 19S-26S.
- ⁵ Cassilly R; Diodato MD; Bottros M; Damiano RJ Jr. Optimizing motion scaling and magnification in robotic surgery. *Surgery*. 2004 Aug; Vol. 136 (2), pp. 291-4.
- ⁶ Marescaux J; Solerc L. Semin Image-guided robotic surgery. *Laparosc Surg*. 2004 Jun; Vol. 11 (2), pp. 113-22.
- ⁷ Steinhart H, Bumm K, Wurm J, Vogebe M, Iro H. Surgical Application of a New Robotic System for paranasal sinus surgery. *Ann OtolRhinol Laryngol* 2004. Vol 113, pp 303-9.
- ⁸ Liao H; Hata N; Nakajima S; Iwahara M; Sakuma I; Dohi T. Surgical navigation by autostereoscopic image overlay of integral videography. *IEEE Trans Inf Technol Biomed*. 2004 Jun; Vol. 8 (2), pp. 114-21.
- ⁹ Marohn MR; Hanly EJ. Twenty-first century surgery using twenty-first century technology: surgical robotics. *Curr Surg*. 2004 Sep-Oct; Vol. 61 (5), pp. 466-73.
- ¹⁰ Finley DS; Nguyen NT. Surgical robotics. *Curr Surg*. 2005 Mar-Apr; Vol. 62 (2), pp. 262-72.
- ¹¹ Cameron HU. The rise of the machines. *Orthopedics*. 2004 Sep; Vol. 27 (9), pp. 943-4.
- ¹² Kitagawa M; Dokko D; Okamura AM; Yuh DD. Effect of sensory substitution on suture-manipulation forces for robotic surgical systems. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2005 Jan; Vol. 129 (1), pp. 151-8.
- ¹³ Penrose R. *La nueva mente del emperador*. 4ª Ed. Mondadori España. Madrid, 1991.
- ¹⁴ Hofstadler DR. Gödel, Escher, Bach: un eterno y grácil bucle. 7ª Ed. Tusquets Edit. Barcelona, 2001.
- ¹⁵ Abernathy & Hama. *Surgical Intuition: What is and how to get it*. Mosby 1995.
- ¹⁶ Hobsley M. The nature of clinical acumen. *Theor Surg* 1986; 1: 10-18.
- ¹⁷ Takeyama H; Shioya H; Mori Y; Ogi S; Yamamoto H; Kato N; Kinoshita S; Yoshida K; Uchida K; Yamazaki Y. Usefulness of radio-guided surgery using technetium-99m methoxyisobutylisonitrile for primary and secondary hyperparathyroidism. *World J Surg*. 2004 Jun; Vol. 28 (6), pp. 576-82.
- ¹⁸ Murray AK; Dickinson MR. High-speed photography of plasma during excimer laser-tissue interaction. *Phys Med Biol*. 2004 Aug 7; Vol. 49 (15), pp. 3325-40.
- ¹⁹ Breslin M; Lawrance JA; Desai M; Ryder WD; Allan E. The role of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in the previously treated patient with thyroid cancer. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2004 Apr; Vol. 29 (2), pp. 146-8.
- ²⁰ Dössing H; Bennedbaek FN; Hegedüs L. Effect of ultrasound-guided interstitial laser photocoagulation on benign solitary solid cold thyroid nodules - a randomised study. *Eur J Endocrinol*. 2005 Mar; Vol. 152 (3), pp. 341-5.
- ²¹ Rubello D; Casara D; Giannini S; Piotto A; Dalle Carbonare L; Pagetta C; Boni G; Mariani G; Muzzio PC; Pelizzo MR. Minimally invasive radioguided parathyroidectomy: an attractive therapeutic option for elderly patients with primary hyperparathyroidism. *Nucl Med Commun*. 2004 Sep; Vol. 25 (9), pp. 901-8.
- ²² Rubello D; Pelizzo MR; Boni G; Schiavo R; Vaggelli L; Villa G; Sandrucci S; Piotto A; Manca G; Marini P; Mariani G. Radioguided surgery of primary hyperparathyroidism using the low-dose 99mTc-sestambi protocol: multinstitutional experience from the Italian Study Group on Radioguided Surgery and Immunoscintigraphy (GISCRIS). *J Nucl Med*. 2005 Feb; Vol. 46 (2), pp. 220-6.

-
- ²³ Van der Wall H; Carmalt H; Fogelman I. 99mTc-sestamibi and minimally invasive radioguided surgery for primary hyperparathyroidism. *J Nucl Med.* 2005 Feb; Vol. 46 (2), pp. 198-9.
- ²⁴ Maher MM; Gervais DA; Kalra MK; Lucey B; Sahani DV; Arellano R; Hahn PF; Mueller PR. The inaccessible or undrainable abscess: how to drain it. *Radiographics.* 2004 May-Jun; Vol. 24 (3), pp. 717-35.
- ²⁵ Traverso LW; Kozarek RA. Pancreatic necrosectomy: definitions and technique. *J Gastrointest Surg.* 2005 Mar; Vol. 9 (3), pp. 436-9.
- ²⁶ Larson BT; Erdman AG; Tsekos NV; Yacoub E; Tsekos PV; Koutlas IG. Design of an MRI-compatible robotic stereotactic device for minimally invasive interventions in the breast. *J Biomech Eng.* 2004 Aug; Vol. 126 (4), pp. 458-65.
- ²⁷ Yamamoto S; Kuroda K; Senda M. Development of an MR-compatible gamma probe for combined MR/RI guided surgery. *Phys Med Biol.* 2004 Aug 7; Vol. 49 (15), pp. 3379-88.
- ²⁸ Labadie RF; Davis BM; Fitzpatrick JM. Image-guided surgery: what is the accuracy? *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005 Feb; Vol. 13 (1), pp. 27-31.
- ²⁹ Korb W; Marmulla R; Raczkowski J; Mühling J; Hassfeld S. Robots in the operating theatre--chances and challenges. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Dec; Vol. 33 (8), pp. 721-32.
- ³⁰ Newlin ME; Mikami DJ; Melvin SW. Initial experience with the four-arm computer-enhanced telesurgery device in foregut surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2004 Jun; Vol. 14 (3), pp. 121-4.
- ³¹ Wright AS; Gould JC; Melvin WS. Computer-assisted robotic antireflux surgery. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2004 Sep; Vol. 50 (3), pp. 253-60.
- ³² Hashizume M; Tsugawa K. Robotic surgery and cancer: the present state, problems and future vision. *Jpn J Clin Oncol.* 2004 May; Vol. 34 (5), pp. 227-37.
- ³³ Nolte LP; Beutler T. Basic principles of CAOS. *Injury.* 2004 Jun; Vol. 35 Suppl 1, pp. S-A6-16.

ELECCIONS 2005: PROGRAMA ELECTORAL

Sitges Serra A.

Benvolguts socs de la Societat Catalana de Cirurgia,

La cirurgia catalana passa per uns bons moments si la considerem en el context espanyol. No hi ha subespecialitat quirúrgica, dins la Cirurgia General, que no tingui a Catalunya un o més dels pioners o líders més representatius de l'Estat. A tall d'exemple, al darrer congrés de la *Asociación Española de Cirujanos*, Catalunya va ser la comunitat autònoma que més comunicacions orals va presentar; el 30% del total. Això vol dir, que a més d'una posició d'avantguarda pel que fa a tècnica i desenvolupament quirúrgics, Catalunya es posiciona al capdavant de l'esforç creatiu, innovador i de recerca en Cirurgia General. No hi ha, doncs, cap motiu per al pessimisme en aquest programa electoral que a continuació us presentem, però sí que hi trobareu motius per no quedar-nos on estem, per evitar l'autocomplaença. Alguns d'aquests motius ja quedaren prou palesos en el manifest professional que vàrem aprovar al Novembre del 2003 i que citarem abastament en aquest text programàtic.

Aquest manifest electoral vol fer palès que en un entorn competitiu, política i administrativament complicat i amb una crisi vocacional i de la docència MIR importants, cal una empenta institucional, és a dir, de grup cohesionat, decidida amb mires a preservar i millorar el futur de la nostra especialitat. Aquesta empenta només serà possible si enfortim la nostra societat i li donem una capacitat de lideratge i d'influència en la societat civil. Aquesta és l'empenta que vol donar la nostra candidatura a la Societat Catalana de Cirurgia en cas de sortir recolzada per vosaltres, els socs.

1. Context competitiu.

La Cirurgia General és una especialitat de gran abast tècnic i amb uns fonaments científics amples i complexos. Això ha comportat una subespecialització del cirurgià general, seguint majoritàriament alguna de les quatre branques que la UEMS reconeix en els seus *European Boards* de capacitació específics: cirurgia coloproctològica, esofagogastrica, hepatobiliopancreàtica i endocrina. Aquest fenomen no és tan sols una realitat a la pràctica totalitat dels hospitals terciaris si no que també es va fent present, cada cop més, als hospitals de segon nivell i es troba avalat pels millors resultats quirúrgics que s'obtenen a les unitats funcionals de les patologies més complexes.

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

a) La Cirurgia General ha perdut representativitat en molts hospitals pel fet que la nostra càrrega assistencial i la presència a quiròfan ens fa menys disponibles per a reunions administratives. Això comporta la secundarització del paper del cirurgià i la seva supeditació a grups d'especialistes més organitzats i amb més temps disponible.

Proposta 1: Promoure i monitoritzar la presència de la Cirurgia General als organigrames i comissions hospitalaris.

b) Cal ser presents en els organismes que regulen la recerca, que concedeixen beques i premis. L'obtenció de fons per a la recerca s'ha tornat cada cop més competitiva i en front dels *lobbies* ben organitzats i més *glamourosos* de la recerca bàsica o epidemiològica, la recerca quirúrgica està perdent gas. Cal que tots prenguem consciència que aquesta situació en poc beneficia als nostres pacients ja que som els facultatius que més a prop estem d'ells els que més bé podem conèixer els seus problemes i dissenyar un tipus de recerca més immediatament aplicable i clínicament significativa.

c) La Cirurgia General limita amb altres especialitats en front de les quals cal defensar les nostres competències i capacitats. Citem, a tall d'exemple, les intervencions en àrees que cobegen altres especialistes com ara la cirurgia mamària, tiroïdal o suprarenal, el maneig de les infeccions greus de parts blanques, l'atenció inicial al politraumàtic o el suport nutricional perioperatori. En aquests i en molts altres terrenys cal tenir una presència i una autoritat científica que garanteixi el millor maneig dels pacients i alhora la integritat de la Cirurgia General.

Proposta 2: Monitoritzar aquelles patologies-frontera en les quals cal que el cirurgians generals siguem presents.

Aquestes raons són prou explícites: ens cal potenciar la Societat Catalana de Cirurgia com a institució que representi a tots el cirurgians generals que treballem a Catalunya i ens doni més suport alhora de reclamar la part de protagonisme docent, organitzatiu i assistencial que ens pertoca per formació i competència.

Proposta 3: Incloure a les nostres reunions i congressos més temes d'interès per a tot cirurgià general com ara els relatius als fonaments científics de la cirurgia, al maneig perioperatori o a circumstàncies professionals.

2. Entorn politicoadministratiu de la medicina pública i privada.

Pel fet que l'activitat dels cirurgians generals té un gran impacte social, ens trobem sota una pressió política i administrativa considerable en diversos àmbits com ara la precària contractació de cirurgians als Serveis d'Urgències o la compra selectiva de pacients en llista d'espera. Els companys que exerceixen privadament cobren de les mútues d'assegurança uns honoraris sovint irrisoris i que cal negociar, si cal, amb independència del Col·legi de Metges com han fet altres especialitats. Ens cal organitzar fóruns de debat d'aquestes qüestions i guanyar capacitat d'influència en les negociacions amb l'administració i les mutualitats.

Proposta 4: creació d'un grup d'estudi dels honoraris professionals en relació amb la complexitat dels procediments quirúrgics amb les mires posades en la convergència europea.

a) La actual situació de la contractació de cirurgians per a les urgències hospitalàries és una de les xacres de la cirurgia catalana. Ens cal un plantejament professional del tema analitzant les diferents modalitats de contractació actualment en vigor, els salaris sovint miserables que es paguen i les precàries condicions de treball (manca d'ajudants qualificats, atenció de processos aliens a la Cirurgia General, manca d'exploracions complementàries).

Proposta 5: creació d'un grup d'estudi de la situació professional i econòmica dels cirurgians a les urgències dels hospitals catalans que faci les recomanacions pertinents.

b) Cal guanyar novament capacitat per a prioritzar les intervencions en llista d'espera. La Societat Catalana de Cirurgia promourà el diàleg amb l'administració per tal d'afavorir l'equitat a l'accés a la sanitat i d'introduir criteris professionals de risc, urgència o pèrdua de capacitat laboral en la gestió de les llistes d'espera.

3. Crisi vocacional i docència

Com diu el nostre Manifest Professional "resulta contradictori haver de parlar de crisi de la cirurgia en un moment en el qual s'han assolit objectius inimaginables fa uns anys, tant des del punt de vista de l'impacte de la cirurgia sobre la quantitat i la qualitat de vida com de la disminució del dolor i de les incomoditats per fer-ho possible. El problema, doncs, no és de crisi de la cirurgia, ni dels cirurgians, es tracta d'una crisi del sistema lligada a la burocratització de la sanitat i a la implantació de models de gestió sanitària traslladats mimèticament del món de la producció i del mercat que converteix al cirurgià en un interlocutor amb el ciutadà sense capacitat executiva".

Aquesta crisi té, en part, una arrel docent. Al llarg de la darrera dècada s'ha donat a casa nostra i en d'altres països europeus una disminució sensible del lideratge quirúrgic en la docència de pregrau, la qual cosa ha reduït l'exposició dels estudiants a la cirurgia, tant electiva com urgent. Si bé en d'altres especialitats mèdiques la necessitat d'aquesta exposició és relativa, en el cas de la cirurgia, és una condició que creiem indispensable per afavorir les vocacions quirúrgiques. La darrera reforma dels programes d'educació de pregrau ha representat una pèrdua de presència dels cirurgians en front de les especialitats mèdiques i, en general, un menor protagonisme de la Cirurgia General a pràctiques, classes i seminaris. Aquesta situació explicaria, al menys en part, l'actual crisi de vocacions quirúrgiques de qualitat.

El menysteniment de la nostra professió en l'àmbit de la gestió, de la docència i de la visibilitat social pot considerar-se com a un dels condicionants majors de la crisi vocacional cap a la Cirurgia General. Aquesta crisi repercutirà a mig i llarg termini sobre la qualitat de la cirurgia al nostre país i és per tant responsabilitat de l'administració posar-hi solucions que passen pel diàleg informat amb la nostra Societat.

La recuperació de les vocacions per a la Cirurgia General dependrà en gran manera de la nostra capacitat per transmetre a les futures promocions d'estudiants i de MIR, no només amb la paraula si no també amb l'acció, el valor social i el valor intel·lectual de la nostra especialitat, així com la satisfacció personal de poder-la exercir tot i les dificultats que l'entorn hi posa. En gran mesura, aquesta transmissió de valors passa per una major presència del professors de cirurgia a pregrau, pel reforçament de la formació continuada i per la recuperació del lideratge. Cal, a més, promoure la integració dels estudiants en els àmbits quirúrgics hospitalaris perquè tinguin més oportunitats de conèixer la nostra especialitat.

Proposta 6: Elaborar un informe sobre la situació actual de l'ensenyament de la Cirurgia General (Fonaments Científics, Mama i les quatre subespecialitats) a les quatre facultats de Medicina de Catalunya en termes de nombre de professors, crèdits teòrics i pràctics, integració dels estudiants als equips assistencials i rellevància de la Cirurgia en els exàmens.

4. Formació continuada i recerca.

La represa de les vocacions quirúrgiques de la major qualitat passa per una reivindicació de la vàlua social de la nostra feina i per una major exigència amb nosaltres mateixos tant en els camps de l'exercici professional, de la formació, de la integritat i en el de la defensa dels nostres interessos que representen, en gran part, els dels malalts que atenem.

Hem d'entendre que la recerca i la formació continuada representen les eines més important per respondre en aquestes exigències, per garantir que els nostres pacients reben una assistència basada en la millor evidència disponible i també per mantenir viu l'interès per la nostra professió i evitar així la síndrome del *burn out*.

Proposta 7: Fer acreditar com a formació continuada pel Consell Català de Formació Continuada les quatre hores de reunió mensual (dues de formació continuada i dues de recerca i actualitzacions).

Proposta 8: Dedicar part de la secció "Actualitzacions" de la sessió mensual al comentari crític per experts d'articles rellevants de la literatura científica.

La Societat Catalana de Cirurgia ja ha posat la primera pedra en aquesta direcció i cal que entre tots bastim un edifici sòlid participant en les activitats de formació continuada. Fem una crida especial als caps de servei i tutors dels MIR catalans perquè donin suport a aquesta iniciativa incorporant la sessió mensual de la Societat Catalana de Cirurgia al pla de formació teòrica obligada dels seus residents. Per això els hauran de facilitar la seva assistència. També fem una crida als membres de futurs tribunals per a places de metges adjunts de cirurgia per tal que valorin positivament els crèdits de formació continuada de la Societat Catalana de Cirurgia.

Proposta 9: Incentivar la incorporació i l'avaluació dels crèdits de formació continuada als *curriculum vitae* dels candidats a places de cirurgians de plantilla.

5. Lideratge i unió.

En cirurgia és molt difícil transmetre la vàlua i els valors de la nostra especialitat si no creiem en ella, si no ens autoexigim la màxima competència per exercir-la. No és casualitat que les arrels de la cirurgia es remuntin a unes poques escoles solvents, ni tampoc ho és que el lideratge de les figures més senyeres de la cirurgia hagi estat el més important motor de vocacions quirúrgiques. No hem de renunciar a la tradició del mestratge. És fonamental que la Societat Catalana de Cirurgia ajudi, promogui i estimuli les carreres d'aquells cirurgians que més poden fer per assegurar la continuïtat d'una excel·lència que ha estat una "denominació d'origen" de la cirurgia catalana. Hem de ser generosos, no renunciant a la crítica però si evitant aquells conflictes i rivalitats poc fonamentats que ens esterilitzen i ens llastren. Potenciant i reconeixent la capacitat de lideratge serem tots els que millorarem, guanyarem en autoestima i, ben segur, mantindrem la Cirurgia General al lloc que li correspon.

Cal doncs potenciar el lideratge en tots els àmbits i particularment en els hospitals més emblemàtics de les quatre províncies catalanes. Hem de sentir que els problemes de la Cirurgia General a aquest o a aquell centre són problemes de tots els socis, no només dels hospitals involucrats, no només de la Junta Directiva.

No hem de confondre lideratge amb elitisme. La nostra candidatura no vol promoure una Societat Catalana de Cirurgia merament acadèmica o polaritzada cap a determinades subespecialitats terciàries. Volem liderar un procés d'autoexigència aplicable a tots els nivells de la pràctica quirúrgica perquè entenem que aquest és el camí per a reforçar la unitat de tots els socis i el camí per crear una societat forta i influent en la societat civil. Així doncs, entenem que lideratge, unitat i força són tres elements indivisibles que han de constituir el nucli de la nostra acció pels propers quatre anys.

Proposta 10: Promourem el reconeixement públic de les carreres quirúrgiques més sobresortints a casa nostra. Donarem més ressonància a les posicions de la Junta i de la Presidència en els tribunals per a places de plantilla en els quals hi estigui representada la Societat Catalana de Cirurgia.

Proposta 11: Destinarem 15-20 minuts de les sessions científiques mensuals a un "Espai del soci", un temps de reflexió, informació i posta en comú de les qüestions que més ens preocupen.

Proposta 12: Obrirem una enquesta mensual a la nostra pàgina *web* per tal de conèixer l'opinió dels socis sobre temes d'actualitat proposats per la Junta Directiva o pels propis membres de la Societat Catalana de Cirurgia.

Crida a la col·laboració. Aquest programa conté un important nombre de propostes pel progrés i la dignificació de la nostra especialitat. Això implica hores de feina i dedicació que no poden ser assumides únicament pels membres de la Junta Directiva. És imperatiu que un major nombre de cirurgians de casa nostra hi estiguin involucrats en aquestes tasques i des d'aquestes línies demanem a tots els socis interessats en col·laborar amb qualsevol de les àrees temàtiques esmentades que ens ho facin saber. La nostra professió viu un moment prou decisiu i cal que ens mobilitzem per fer-la avançar i respectar.

Candidatura:
President: Antoni Sitges-Serra
Tresorer: Salvador Navarro
Vice-secretari: Eloy Espin
Vocal 1er: Maribel García Domingo

LA INELUDIBLE NECESSITAT DE RENOVACIÓ

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

Un nou període s'inicia en cada nou curs, en cada nou membre que s'incorpora a la nostra Junta i a la nostra Societat, en cada nou President que assumeix la responsabilitat de guiar els passos del nostre col·lectiu.

Alguns col·laboradors que ens han acompanyat en els darrers anys, compartint la responsabilitat de la Junta envers els membres de la Societat a la qual representa, s'han guanyat el seu merescut descans en el compromís adquirit de gestió dels interessos comuns als cirurgians de Catalunya. Tots ells mereixen el nostre reconeixement.

De manera especial, el Prof. Fernández-Cruz, la persona que ha liderat amb la seva Presidència, les actuacions de la Junta en els darrers anys ha culminat la seva tasca realment memorable. Com els seus antecessors en el càrrec, passarà a formar part del quadre d'honor de la Societat. Desitgem i necessitem que segueixi com a membre actiu durant molts anys, però entenem que ho faci merescudament alliberat de l'exigència de dedicació que la seva feina ha comportat. Estem en deute amb ell, no tan sols els membres de la nostra Societat Catalana de Cirurgia, tots els cirurgians catalans però, de manera especial, aquells que hem tingut la sort de treballar al seu costat, sota la seva direcció clara i transparent, sempre oberta i afectuosa, amb una actitud ferma però respectuosa al mateix temps, sincera i valuosa. No en va es tracta d'una de les persones amb més projecció internacional del nostre col·lectiu. Trobarem a faltar la seva presència a les reunions ordinàries però esperem seguir gaudint del seu mestratge en les sessions científiques.

Cal, però, seguir endavant. Recollir el testimoni d'uns anys, d'una tasca i d'una experiència per adaptar-los als nous reptes que se'ns presenten però amb el necessari esperit renovador que ha caracteritzat sempre l'actitud del cirurgià.

Un nou programa ha estat elaborat pensant en el futur, amb il·lusió renovada i amb un nou compromís de servei. Anirem veient els canvis que jutjarem entre tots, sempre que sigui necessari, i procurarem mantenir l'actitud de progrés equilibrat que ens ha caracteritzat. Amb seny, però també amb valentia. Assumint el lideratge corresponent a la responsabilitat adquirida però també acceptant la imprescindible crítica objectiva acompanyada de la corresponent proposta d'alternativa, franca, sincera i oberta. Amb la vostra confiança, comptant amb tots plegats.

La Junta