



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

LLIBRE COMMEMORATIU

INAUGURACIÓ DEL CURS 2014-2015

ÍNDEX

<u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA.....</u>	<u>1</u>
LLIBRE COMMEMORATIU.....	1
INAUGURACIÓ DEL CURS 2014-2015	1
ÍNDEX	3
MEMÒRIA DEL CURS 2013-14.....	5
SESSIÓ INAUGURAL	5
IX CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA	9
SESSIONS ORDINÀRIES	13
CURS 2014-2015	45
JUNTA DE GOVERN.....	47
PRESIDENTS ANTERIORS	48
COMISSIÓ CONSULTIVA.....	49
GRUPS DE TREBALL DE SUPERESPECIALITATS	50
CENTRES COL·LABORADORS.....	51
PREMIS HONORÍFICS 2014.....	53
ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT	54
PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2014	55
NOMENAMENT DE MEMBRE HONORARI	56
RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2014	57
INAUGURACIÓ DEL CURS 2014-2015.....	59
SESSIÓ INAUGURAL	60
XXII JORNADA DE CIRURGIA ALS HOSPITALS DE CATALUNYA	61
XV JORNADA D'INFERMERIA DE CIRURGIA.....	63
PROGRAMA DE SESSIONS CURS 2014 – 2015	65
DOCUMENTS.....	85
UN ANY D'UNA NOVA JUNTA.....	87
DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL NOU PRESIDENT	89
<i>EL HOSPITAL SIN FRONTERAS</i>	93
FINAL ARTICLE FOR THE GIMBERNAT PRIZE.....	97
PROTAGONISTES DE LA CIRURGIA A SABADELL EN LA GUERRA I EN LA POSTGUERRA	101
ALGUNES REFLEXIONS SOBRE LES PERSPECTIVES DE FUTUR DE LA PROFESSIÓ DE CIRURGIÀ	129

“IN MEMORIAM” ENRIC VENDRELL TORNER	169
“IN MEMORIAM” XAVIER FELIU PALÀ.....	171



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

MEMÒRIA DEL CURS 2013-14

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 17 d'octubre de 2013

Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

20:00h. Presentació

Sala Pedrós J.

President de la Societat Catalana de Cirurgia

20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Associats

Rebasa Cladera P.

Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

Andrada Álvarez, José Daniel

Batista Castillo, Rodolfo

Clos Ferrero, Pere

García Pacheco, Juan Carlos

Gil Barrionuevo, Esther

Gómez Artacho, Miquel

Hidalgo Pujol, Marta

Howe, Victoria Mari

Jiménez Mariscal, Alicia

López Gordo, Sandra

Montes Ortega, Noemí

Pañella Vilamu, Clara

Pavel, Mihai-Calin

Puértolas Rico, Noèlia
Rada Palomino, Arantzazu
Sánchez Velázquez, Patricia
Solis Peña, Alejandro
Vela Polanco, Fulthon Frank
Vila Tura, Marina
Villanueva Figueredo, Borja
Zubieta Albarrán, Jonnathan

MEMBRES ASSOCIATS PENDENTS DE CONFIRMACIÓ

Cano Rodríguez, Gisèle
Casellas Robert, Margarida
Díaz del Gobbo, Gabriel
Hernández Martínez, Lourdes
Muñoz Campaña, Anna
Pardo Aranda, Fernando
Picart Sola, Guillem
Sebastian Valverde, Enric
Valverde Lahuerta, Sílvia

NOUS MEMBRES NUMERARIS

Casajoana Badia, Anna
Cremades Torredelot, Trinidad

MEMBRES NUMERARIS PENDENTS DE CONFIRMACIÓ

Sales Rufí, Santiago

MEMBRES ASSOCIATS QUE PASSEN A NUMERARIS

Amador Gil, Sara
Calero Lillo, Aránzazu
Corredera Cantarín, Constanza
Crous Masó, Xènia
Gómez Díaz, Carlos Javier
Jiménez Salido, Andrea
Juvany Gómez, Montserrat
López Borao, Jaime
Lorente Poch, Leyre
Silvio Estaba, Leonardo
Urdaneta Salegui, Gabriel
Vives Espelta, Margarida

20'20h. Lliurament del Premi Manuel Corachan a la millor comunicació del Cours 2012-13

Rebasa Cladera P.
Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

El score de Nordlinger puede predecir la eficacia de la quimioterapia adyuvante después de resección de metástasis hepáticas de carcinoma colorectal

Ramos E, Torras J, Lladó L, Rafecas A, Muñoz A, Busquets J, Peláez N, Secanella L, Fabregat J. (Hospital Universitari de Bellvitge)

20:25h. Nomenament de Membres Honoraris

Sala Pedrós J.

Sancho Insenser, Joan Josep
Serra Aracil, Xavier

20:35 h. Lliurament dels Premis Honorífics

Sala Pedrós J.

Premi Virgili al Dr. Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Premi Gimbernat al Dr. Claudio Bassi

21:05 Cerimònia de Canvi de President

Sala Pedrós J.
Navarro Soto S.

21:15 h. Cloenda de l'acte acadèmic

Viñas Salas J.
President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Navarro Soto S.
President de la Societat Catalana de Cirurgia

21:30h. Sopar de germanor

Hotel Espanya (Restaurant)
C/. Sant Pau, 9-11
08003 Barcelona.

IX CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA

PROGRAMA CIENTÍFIC

Dijous, 17 d'octubre de 2013

08.00 Lliurament de documentació

SALA AUDITORI

09.00-10.30 Taula rodona

Tractament de la Pancreatitis Aguda Greu (PAG)

President de la taula: Figueras J. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Moderador: Codina Barreras A. (Hospital Josep Trueta de Girona)

Ponències:

Paper de les Citocines i altres mediadors en la PAG

Closa D. (IDIBAPS – Hospital Clínic de Barcelona)

Estadificació per TC de la PAG

Gil Bello D. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Necrosectomia en la PAG

Sabater L. (Hospital Clínic de València).

Tractament per etapes (*Step Approach*) en la PAG

Lopez-Ben S. (Hospital Josep Trueta de Girona)

10.30-11.30 Pausa amb cafè – **Discussió dels pòsters amb els autors**

SALA AUDITORI

11.30-12.45 **Les cinc millors comunicacions (O1-O5)**

President de la Taula: Navarro Soto S. (Hospital del Parc Taulí de Sabadell)

Moderador: Gelonch Romeu J. (Hospital de Palamós)

SALA AUDITORI

13.00-14.00 Sessió Salvador Cardenal

Conferències dels Premis Virgili i Gimbernat

President de la Taula: Sala Pedrós J. (Hospital de Terrassa)

Moderador: Feliu Palà X. (Hospital d'Igualada)

Opcions tècniques a la cirurgia convencional dels tumors del pàncrees

Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona)

Surgical treatment of pancreatic cancer: from major resection to cell surgery

Bassi C. (Hospital GB Rossi de Verona)

14.00 Dinar

SALA AUDITORI

15.00-16.00 **Assemblea General**

16.00-17.30 Taula rodona

Amputació abdominoperineal: Nous punts claus d'un vell procediment

President de la taula: Viñas J. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

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

Ponències:

William Ernest Miles. Una visió històrica

Viso L. (Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí)

Perquè hem de fer l'amputació diferent ?

Pascual M. (Hospital del Mar de Barcelona)

Com hem de fer l'amputació abdominoperineal?

Jimenez LM. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Penjalls després de l'amputació...quins? Com? Quan?

Kreisler E. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

SALA 3

16.15-18.00 **Comunicacions**

SALA 10

17.30-18.30 **Comunicacions**

AULA GIMBERNAT – REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

20.00 **Inauguració del Curs**

21.30 **Sopar de la Societat Catalana de Cirurgia**

Divendres, 18 d'octubre de 2013

SALA AUDITORI

09.00-10.30 Taula Rodona

Paret Abdominal Oberta Postoperatòria Aguda (PAOP-Aguda)

President de la taula: Marsal F. (Hospital de Santa Tecla de Tarragona)

Moderador: Feliu X. (Hospital d'Igualada)

Ponències:

La paret abdominal com a òrgan

Bellón JM. (Hospital General Universitario de Alcalá de Henares)

Concepte de PAOP-Aguda

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

PAOP-Aguda no intencionada (Evisceració)

Pereira JA. (Hospital del Mar de Barcelona)

PAOP-Aguda intencionada (Abdomen obert)

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

SALA 10

09.00-10.30 **Sessió de vídeos**

10.30-11.30 Pausa amb cafè – **Discussió dels pòsters amb els autors**

SALA 3

11.30-13.15 **Comunicacions orals**

SALA 9

11.30-13.15 **Comunicacions orals**

SALA AUDITORI

13.10-13.45 **Cloenda**

Sala J. (President del Comitè Organitzador)

Navarro S. (President del Comitè Científic)

SESSIONS ORDINÀRIES

14 d'Octubre de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderador.: Dra. M^a. Jesús López Pereira (Hospital de Figueres).

FISIOPATOLOGIA

Síndrome compartimental abdominal

Dr Navarro (Hospital Parc Taulí, Sabadell)

CASOS CLÍNICS

Dra Fèlix Moreno (Hospital Joan XXIII, Tarragona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Dr Sitges Serra (Hospital del Mar, Barcelona)

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Dr Laureà Fernández-Cruz (Hospital Clínic de Barcelona)

Moderador: Dr Carlos Rueda (Hospital Joan XXIII)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Podem disminuir la infecció superficial de la ferida dels orificis dels tròcars en la colecistectomia laparoscòpica?: Resultats preliminars d'un assaig clínic aleatoritzat.

Comajuncosas J, Hermoso J, Gris P, Orbeal R, Jimeno J, Estalella L, Sánchez-Pradell C, Vallverdú H, López Negre JL, Urgellés D, Parés D. (Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Sant Boi de Llobregat)

Anàlisi dels resultats de la pancreatocogastrotomia després de partició gàstrica

S. Sánchez Cabús, J Samson, D Saavadra, M López Boado, J Ferrer, M Cubel, L Fernández-Cruz. (Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic de Barcelona).

Avaluació de la precisió diagnòstica de la tomografia computada en l'estadificació preoperatòria del càncer de colon d'alt risc

Estalella L, Vallverdú H, Rojo N, López Negre JL, Urgellés J, Sánchez Pradell, C, Comajuncosas J, Hermoso J, Gris P, Orbeal R, Jimeno J, Parés D. (Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Sant Boi de Llobregat).

Un nou repte en la cirurgia del càncer de recte: la via transanal

M Fernández Hevia (Institut de Malalties Digestives. Hospital Clínic de Barcelona).

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Possibilitats del gangli sentinella en càncer colorectal. Què ens ofereix?

Carne Balagué. (Hospital Sant Pau de Barcelona)

11 de novembre de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

FISIOPATOLOGIA

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

Estadificació

Dr Vicens Artigas (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

CASOS CLÍNICS

Dr Harold Vargas (Hospital Mútua de Terrassa)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Estudis de investigació, tipus i dissenys

Dr F. Espín. (Hospital de Mataró).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Dr Josep Roig (Hospital Josep Trueta, Girona)

Moderadora: Dr Judith Camps (Hospital Mútua de Terrassa)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Pancreaticogastrostomia vs pancreaticojejunostomia després de la duodenopancreatectomia cefàlica (DPC)

Pere Planelles Giner, Lluís Sabater Ortí, Antoni Codina Barreras, Santiago López Ben, M. T. Albiol Quer, Laia Falgueras Verdaguer, Ernest Castro Gutiérrez, Alejandro Ranea Goñi, Joan Figueras Felip. (Hospital Dr Josep Trueta de Girona)

Tractament quirúrgic de la fístula rectouretral amb interposició de múscul *gracilis*

Adam Martín Grillo, Elisabet García Moriana, Núria Gómez Romeu, David Julià Bergkvist, Marcel Pujadas de Palol, Ramón Farrés Coll, Francesc Olivet Pujol i Antoni Codina Cazador. (Hospital Dr Josep Trueta de Girona)

Patologia suprarrenal benigna i maligna: abordatge laparoscòpic

J.I. Rodríguez Hermosa, Josep Roig García, Jordi Gironès Vila, Eva Artigau, Manel Puig, Júlia Gil García, Alejandro Ranea Goñi, Antoni Codina Cazador. (Hospital Dr Josep Trueta de Girona).

Tamponament pèlvic en el politraumatitzat. Cas clínic

Laia Falgueras Verdaguer, Ernest Castro Gutierrez, M.T. Albiol Quer, Santiago Lopez Ben, Clara Codony Bassols, Joan Figueras Felip, Antoni Codina Cazador. (Hospital Dr Josep Trueta de Girona).

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Nuevas estrategias en el tratamiento local del cáncer esófago-gástrico precoz

Dra Dulce Momblán (Hospital Clínic de Barcelona)

VII CURS DE BIOÈTICA

25 de novembre de 2013

Direcció del curs: Broggi Trias MA.

Coordinació SCC: Vilallonga R.

10'30 hores

SESSIÓ INAUGURAL

1. Inauguració del curs.

Navarro S. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

10'45 hores

PRINCIPIS BÀSICS

2. Nous drets individuals i noves necessitats de la població. Nous deures del professional. Personalització. Relació clínica, confiança i nous models. Rebuig del tractament i objecció de consciència davant del rebuig.

Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

11'30 hores. Cafè.

12'00 hores

RESPONSABILITAT I CIRURGIA

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

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

12'45 hores

4. Bioètica i Legalitat

José Maria F. (Advocat)

13'30 hores

5. Discussió.

Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

14'00 hores. Dinar

15'00 hores

ACEPTACIÓ O REBUIG DEL TRACTAMENT. LA PRÀCTICA I EL CONSENTIMENT INFORMAT (CI)

6. Els CI escrits: obert i tancat. El CI sobre exploracions que fan altres (radiologia, endoscòpia, etc.). El no consentiment i la racionalitat: els requisits del CI. El CI sota condicions del malalt. La negativa a un tractament o a una prova diagnòstica.

Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

15'30 hores

EL MALALT INCAPAÇ O INCOMPETENT

7. Futilitat i Limitació de l'Esforç Terapèutic (LET) i sedació.

Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

8. Document de Voluntats Anticipades (DVA) com ajuda al professional.

Sala J. (Hospital de Terrassa).

16'30 hores

SITUACIONS PRÀCTIQUES

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

17'30 hores

RECAPITULACIÓ

Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

18'00 hores

CLOENDA

Broggi MA. (Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona)

SIMPOSI

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

SIMPOSI – TAULA RODONA

**Dilluns 25 de novembre de 2013
19 h.**

La Cirurgia General I de l' Aparell Digestiu a Catalunya

Moderador: Salvador Navarro Soto (President de la Societat Catalana de Cirurgia)

Ponents: Boi Ruiz (Honorable Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya)

Laureano Fernández-Cruz (Hospital Clínic de Barcelona)

Joan Sala Pedrós (Hospital de Terrassa)

Antoni Sitges Serra (Hospital del Mar de Barcelona)

9 de desembre de 2013

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

FISIOPATOLOGIA

Nocions bàsiques d'oncogènesi. Genètica tumoral

Dr Gabriel Capellà (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya).

CASOS CLÍNICS

Dra Patricia Sánchez Velázquez. (Hospital del Mar de Barcelona)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Dr Joan Sala Pedrós (Hospital de Terrassa).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Lluís Hidalgo (Hospital de Mataró)

Moderador: Miguel Pera (Hospital del Mar de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Diagnòstic de la complicació sèptica postoperatòria intraabdominal a la cirurgia colorectal electiva

Jordi Navinés, Benjamí Oller, Marta Piñol, Antoni Alastrué, Joan Francesc Julián, Ignasi Camps, José María Balibrea, Daniel Troyano, Montserrat Rovira, Arantxa Clavell, Jaume Fernández-Llamazares. (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona).

Avaluació de la tècnica de ROLL (*Radio-guided Occult Lesion Localization*) en el tractament quirúrgic de les lesions malignes no palpables de mama. Valoració intraoperatòria dels marges

Dra Alcaide A, Dr Pou, Dra Guerrero, Dr Martinez, Dra Torres, Dra Hernandez, Dr Moreno, Dr Garrido*, Dr Llopart. (Hospital Municipal de Badalona)

Programa de cirurgia tiroïdal sense ingrés. Cinc anys de seguiment

Neus Ruiz Edo, Joan de la Cruz Verdún, Javier Barja Sánchez, Josep Martí Sánchez, Miquel Prats Maeso, Guillem Picart Solà, Xavier Suñol Sala. Hospital de Mataró. Consorci Hospitalari del Maresme).

Sobreexpressió d'òxid nítric en pacients amb diverticulosi asimptomàtica.

Espin F, Gallego D, Rofes L, Ortega O, Suñol X, Clavé P. (Hospital de Mataró. (Consorci Hospitalari del Maresme).

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Indicacions i situació actual de la laparoscòpia en la cirurgia pancreàtica.

Dr I Poves. (Hospital Universitari del Mar. Barcelona).

13 de gener de 2014

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII de Tarragona)

FISIOPATOLOGIA

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

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

CASOS CLÍNICS

Dra Vila Tura. (Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat)

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Sancho JJ. (Hospital del Mar de Barcelona).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Jordi Bombardó (Consorci Hospitalari Universitari Parc Taulí)

Moderador: David Parés (Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi del Llobregat)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

La gravedad de las complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo) influye en la supervivencia a largo plazo en el cáncer gástrico

Noelia Pérez, Joaquín Rodríguez-Santiago, Javier Osorio, Emilio Muñoz, Fernando Pardo, Francesc Simó, Enrique Veloso. (Hospital Mútua de Terrassa).

Ingesta de cuerpos extraños: ¿Es necesario un enfoque específico en el tratamiento de reclusos?

Zárate F, Ribas Y, Ruiz D, Bargalló J, Campillo F, Garrido M. (Consorci Sanitari de Terrassa).

Abdomen agut per limfangioma mesentèric. Cas clínic i revisió de la literatura

Botey M, Muñoz Ramos C, Torres M, Mocanu S, Domingo M, Garcia A. (Hospital General de Catalunya, sant Cugat del Vallès).

NOTES híbrid: excisió total del mesorecte. TEO-Laparoscòpia. Estudi casos-controls

Mora I, Serra Aracil X, Caro A, Gomez C, Serra S, Jurado C, Ayguavives I, Bombardo J, Alcántara M, Navarro Soto S. (Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell).

SESSIÓ DE MORBIMORTALITAT

Dr Joan Domènech (Hospital Universitari de Sant Joan de Reus).

10 de febrer de 2014

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII de Tarragona).

FISIOPATOLOGIA

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

Martínez –Ródenas F. (Hospital Municipal de Badalona).

CASOS CLÍNICS

Dolor abdominal i síncope en pacient jove

Dra Marta Hidalgo. (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica d'un article

Lluís Hidalgo. (Hospital de Mataró).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Manel Trias (Hospital de Sant Pau de Barcelona)

Moderador: Ramon Vilallonga (Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Etiologia infreqüent de dolor abdominal

Ruiz Gómez JM, Alonso Avilez MaV, Sirvent González M, Cremades Torradefolt T, Catot Alemany L, Morales García MA, Toapantanta Valencia M, Puigercós Fusté JMa. (Hospital Dos de Maig. Barcelona).

Resultat del tractament quirúrgic de les neoplàsies de mama en les dones menors de 50 anys al Consorci Hospitalari de Vic

Medarde X, Serra C, Rovira R, Saladich M, De Caralt E. (ConSORCI Hospitalari de Vic).

Glucagonoma pancreàtic. Un infreqüent tumor neuroendocrí.

Garay M, Rodríguez M, González J, Cerdan G, Artigas V, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. UAB. Barcelona).

Predicció de les característiques del mesorecte abans de l'abordatge laparoscòpic del càncer de recte

Fernández-Ananin S, Targarona EM, Martínez C, Pernas JC, Hernández MP, Gich I, Trias M. (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. UAB. Barcelona)

ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA

Indicacions de la cirurgia per port únic en el tractament de patologia hepàtica

Dr. E. Cugat. (Hospital Mútua de Terrassa).

24 de febrer de 2014

10:00 hores

**CURS DE GESTIÓ CLÍNICA
CURS DE CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA (CMA)**

10:00 - 10:15 Benvinguda i presentació del curs

10:15 - 11:00 **Introducció a la gestió clínica i marc sanitari**

Xavier Suñol

11:00 - 12:30 **Sessió I. Conceptes bàsics de gestió i sistemes d'informació clínica per a la presa de decisions**

Xavier Suñol

Què ha de conèixer un resident?

Exercici pràctic

12:30 - 14:00 **Sessió II. Àmbits d'actuació en gestió en un servei de cirurgia general i de l'aparell digestiu**

F. Caballero

El paper del resident

Exercici pràctic

14:00 - 15:00 Dinar

15:00 - 16:15 **Sessió III. Introducció a la qualitat assistencial i la seva avaluació**

D. Parés

Com ha de participar un resident

Exercici pràctic

16:15 - 17:30 **Sessió IV. Alternatives a l'hospitalització convencional. La cirurgia de curta estada. La cirurgia ambulatoria**

O. Colomer

El rol del resident

Exercici pràctic

17:30 - 18:00 **Discussió final**

SIMPOSI – TAULA RODONA
SESSIÓ CONJUNTA
SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA
SOCIETAT CATALANA DE PÀNCREES

24 de febrer de 2014

19:00 hores

Controvèrsies en maneig de la pancreatitis aguda greu. Casos clínics.

Moderadors:

Lluís Oms Bernad. *Cirurgia. Hospital de Terrassa*

Juli Busquets Barenys. *Cirurgia. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*

Ponents:

Eva Santafosta Gómez. *Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat*

Xavier Molero Richard. *Aparell digestiu. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Francisco Garcia Borobia. *Cirurgia. Hospital Parc Taulí. Sabadell.*

Antoni Codina Barreras. *Cirurgia. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta*

Damian Gil Bello. *Radiologia. Hospital Parc Taulí. Sabadell.*

10 de març de 2014

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII de Tarragona).

FISIOPATOLOGIA

Principis bàsics dels tractaments del càncer amb radioteràpia i quimioteràpia.

Dr Capdevila J.

CASOS CLÍNICS

Dra Marta González Duaigues. (Hospital Arnau de Vilanova, Lleida).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Hidalgo L. (Hospital de Mataró).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Sebastiano Biondo (Hospital de Bellvitge)

Moderador: Dr Olsina Kissler (Hospital Arnau de Vilanova, Lleida).

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Neoplàsia intraductal papil·lar mucinosa (NIPM) de pàncrees: experiència en el maneig de 121 pacients

Busquets J, Pelaez N, Secanella LI, Zerpa C, Gonzalez A, Torras J, Lladó L, Rafecas A, Ramos E, Fabregat J. (Hospital Universitari de Bellvitge).

Reparación del suelo pélvico y reconstrucción urinaria después de cirugía oncológica compleja de la pelvis.

Pedro Barrios, Isabel Ramos, Oriol Crusellas y Jordi Castellví. (Consorci Sanitari Integral. Hospital de Sant Joan Despí. Moises Broggi y Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat).

Encreuament duodenal simplificat laparoscòpic amb lligadura de l'artèria gàstrica dreta. Resultats de 180 malalts a mig - llarg termini .

Pujol, J, García Ruiz de Gordezuela A, Casajoana A, Rodríguez G, Sturlesse A, Riveros M, López Urdiales R, Villarrasa N. (Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat).

Estudio multicentrico aleatorizado en pacientes con diverticulitis leve: Ingreso hospitalario vs tratamiento domiciliario. Estudio DIVER.

Thomas Golda, Esther Kreisler, Ricardo frago, Loris Trenti, Domenico Fraccalvieri, Monica Millan, Sebastiano Biondo. (Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet del Llobregat).

ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA

Síndrome de defecación obstructiva: diagnóstico y tratamiento

Dr Luis Miguel Jiménez Gómez. (Hospital Universitari de la Vall d'Hebron de Barcelona).

**VI è CURS AVANÇAT D'INFECCIÓ QUIRÚRGICA I SÈPSIA GREU
(Acreditació del nivell bàsic en Infecció Quirúrgica)**

17 de Març del 2014.

17:30 hores

Coordinació i presentació: Guirao X. (Hospital de Granollers)

28 d'abril de 2014

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII de Tarragona).

FISIOPATOLOGIA

Fisiopatologia de la incontinença fecal. Utilitat de les proves diagnòstiques i modalitats terapèutiques

Laura Mora (Hospital Universitari Parc Tauli, Sabadell).

CASOS CLÍNICS

Alejandro Ranea (Hospital Josep Trueta, Girona).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

Lectura crítica d'un article

P Rebas. (Hospital Parc Taulí, Sabadell).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

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

Moderador: Santiago López Ben (Hospital Josep Trueta, Girona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Exèresi total de mesorecte per via transanal (taTEM). Tècnica i resultats en els nostres 20 primers casos.

F. Vallribera, E. Espin, LM Jimenez, M. Martí, J.L. Sánchez, M Armengol. (Unitat de Cirurgia de Colon i Recte Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona).

Estudio biomecánico del cierre de la pared abdominal

R. Villalobos, C. Mias, C. Gas, A. Escartin, J.J. Olsina. (Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida).

Implementación de la técnica del ganglio centinela en el carcinoma papilar de tiroides mediante el uso de OSNA

Óscar González , José M. Balibrea, Enric Caubet, Ramón Vilallonga, Carmela Iglesias, Carlos Zafón, José M. Fort, Manel Armengol. (Unitat de Endocrina, Bariàtrica i Metabòlica Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona).

Ventajas del abordaje transgástrico en el tratamiento de las complicaciones graves de la pancreatitis aguda

C. Dopazo, J. Balsells, *A. Monder, E. Fernández de Sevilla, L. Blanco, I. Bilbao, J.L. Lázaro, M. Caralt, S. de la Serna, *JR. Armengol Miró, R. Charco. (Servei de Cirurgia HBP i Trasplantaments, *Servei d'Endoscòpia Digestiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona).

ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA
Estat actual de la cirurgia del melanoma cutani
Ramón Rull. (Hospital Clínic. Barcelona).

SIMPOSI – TAULA RODONA

SESSIÓ CONJUNTA

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

SOCIETAT CATALANA D'ANGIOLOGIA, CIRURGIA VASCULAR I ENDOVASCULAR

Patologia vascular digestiva

Moderadors:

S. Navarro. *Societat Catalana de Cirurgia*

A. Giménez. *Societat Catalana d'Angiologia i Cirurgia Endovascular*

Ponències:

Isquèmia mesentèrica aguda: algoritme de diagnòstic i terapèutic

J. Hidalgo. *Cirurgia General. Hospital Universitari Parc Tauli. Sabadell.*

Patologia aneurismàtica arteries digestives: possibilitats terapèutiques

A. Clará. *Cirurgia vascular. Hospital del Mar. Barcelona.*

Isquèmia mesentèrica crònica: possibilitats terapèutiques

B. Soto. *Cirurgia vascular. Hospital de Sant Pau. Barcelona.*

12 de maig de 2014

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba. (Hospital Joan XXIII de Tarragona).

FISIOPATOLOGIA

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

Joan Sancho (Hospital del Mar. Barcelona).

CASOS CLÍNICS

Lluís Flores. (Hospital Clínic. Barcelona).

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

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

Hidalgo L. (Hospital de Mataró).

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Lluís Grande (Hospital del Mar, Barcelona).

Moderador: Òscar Vidal (Hospital Clínic, Barcelona).

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Cirurgia d'urgències vs. *stent* del colon i cirurgia electiva en el maneig de l'obstrucció aguda Del colon esquerra distal.

X Viñas , P Besora , D Salazar , R Claveria J Camps , JM Abad , H Hassan , E Fernández , R Rodríguez , D Carmona , X Feliu. (Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia).

Relació entre els valors de lactat venós en el perioperatori immediat amb la incidència d'infecció de òrgan - espai en la cirurgia colorectal electiva.

M Juvany, M Amillo, A Ciscar, F Vela, A Gaspar, R Hernando, J Montero, D Ribé, L Molero, X Guirao. (Hospital General de Granollers, Universitat Internacional de Catalunya).

La infección peritoneal estimula la migración y la capacidad de invasión de las células tumorales in vitro: estudio de los mecanismos responsables de la asociación entre dehiscencia de anastomosis y recurrencia después de la cirugía del cáncer colorrectal.

S Salvans, X Mayol, S Alonso, M Pascual, S Mojal, MJ Gil, R Courtier, L Grande, M Pera. (Hospital del Mar de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona).

Malla profiláctica tras cirugía por cáncer de colon. Resultados tras aplicación de un algoritmo terapéutico.

P Iskra, JA Pereira, M Pera, M Pascual, MJ Gil, R Courtier, S Alonso, L Grande. (*Hospital del Mar de Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona*).

ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA

Innovacions tècniques en el tractament d'hèrnies i eventracions. És l'abordatge laparoscòpic el futur de la cirurgia de paret?

Xavier Feliu. (*Hospital d'Igualada*).

V CURS DE PARET ABDOMINAL

26 de Maig de 2014

10:30 - 11:00 **Hernia inguinal. Tipos y abordajes**

José Antonio Pereira Rodríguez. *Hospital del Mar*

11:00 - 11:30 **Hernia incisional. Tipos y abordajes**

Manuel López Cano. *Hospital Vall d'Hebron*

11:30 - 13:00 **Taller práctico de suturas**

13:00 - 15:00 Comida

SIMPOSI – TAULA RODONA

Actualització en el tractament de grans eventracions de línia mitja amb pèrdua de domicili

Dimecres, 26 de maig de 2014

Part I

19:00 - 19:10 **Hèrnia incisional complexa. Definició**

José Antonio Pereira Rodríguez

19:10 - 19:20 **Pneumoperitoneu i toxina botulínica**

Manuel López Cano

19:20 - 19:50 **Abordatge quirúrgic en la separació de components**

Convencional

Carbonell

Endoscòpic

Manuel López Cano

Altres opcions tècniques

José Antonio Pereira Rodríguez

19:50 - 20:00 **Resultats**

Espert

Part II

20:00 - 21:00 **Casos clínics**

16 de juny de 2014

17'30 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Dra. Rosa Jorba. (Hospital Joan XXIII de Tarragona).

FISIOPATOLOGIA

Fisiopatologia de la paret abdominal

Carles Olona. (Hospital Joan XXIII de Tarragona).

CASOS CLÍNICS

Pacient amb pneumoperitoneu

Fèlix Moreno

18:30 hores

ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA

19:00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

Coordinador: Dani del Castillo (Hospital de Sant Joan, Reus)

Moderador: Rosa Jorba (Hospital Joan XXIII, Tarragona)

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Cianocrilat i malla cte profilàctica.

Criado A., Petrini O. (Clínica Terres de l' Ebre. Tortosa).

Actualització de les neoplàsies T4 de mama.

Lopez ., Carrillo P.J., Picas J. (Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona).

Anàlisi dels canvis en el buidament i la volumetria gàstrica en pacients obesos mòrbids abans i després de la gastrectomia vertical amb gastroplàstia tubular

Sabench F., Molina A., Blanco S., Hernández M. , Vives M., Raga E. , París M., Muñoz A., Sánchez Marin A., Piñana ML., Domenech J., Sanchez Perez J., Del Castillo Déjardin D. (Hospital Universitari Sant Joan. Reus).

Teràpia de pressió negativa en la cirurgia de l'hèrnia incisional. Estudi controlat, prospectiu, aleatoritzat.

Duque E., Olona C., Moreno F., Howe V., Caro A., Vadillo J., Coronas J., Jorba R. (Hospital Universitari Joan XXIII .Tarragona).

ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA

Abordatge laparoscòpic en la patologia adrenal

José Ignacio Rodríguez Hermosa (Hospital Josep Trueta. Girona).



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CURS 2014-2015

INAUGURACIÓ

16 d'octubre de 2014



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

JUNTA DE GOVERN

President

Salvador Navarro Soto

Vicepresident

Josep Maria Badia i Pérez

Secretari

Pere Rebasas i Cladera

Tresorer

Salvadora Delgado Rivilla

Vicesecretari

Ramon Vilallonga Puy

Vocal primer

Rosa Jorba Martín

Vocal segon

Antonio Sánchez Marín



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PRESIDENTS ANTERIORS

Enric Ribas i Ribas	1927-1929
Manuel Corachan i Garcia	1930-1931
Joan Puig i Sureda	1932-1933
Joaquim Trias i Pujol	1934-1935
Joan Bartrina i Tomàs	1935-1936
Joan Puig i Sureda	1941-1951
Joaquim Trias i Pujol	1951-1953
Pere Piulachs i Oliva	1956-1961
Josep Soler i Roig	1961-1965
Jaume Pi i Figueres	1965-1969
Vicenç Artigas i Riera	1969-1971
Ramon Arandes i Adan	1971-1973
Joan Agustí i Peypoch	1973-1975
Víctor Salleras i Llinares	1975-1977
Antoni Sitges i Creus	1977-1981
Jordi Puig i La Calle	1981-1985
Cristóbal Pera Blanco Morales	1985-1989
Josep Curto i Cardús	1989-1991
Joan López Gibert	1991-1993
Jordi Olsina i Pavia	1993-1997
Joan Sánchez-Lloret i Tortosa	1997-2001
Laureà Fernández-Cruz i Pérez	2001-2005
Antoni Sitges Serra	2005-2009
Joan Sala Pedrós	2009-2013



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

COMISSIÓ CONSULTIVA

Cristóbal Pera Blanco Morales
Joan López-Gibert
Ramon Balius i Juli
Eduard Basilio i Bonet
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
Laureà Fernández-Cruz i Pérez
Constancio Marco Molina
Antoni Sitges Serra
Roger Pla Farnós
Joan Sala Pedrós
Ferran Caballero Mestres
Salvador Navarro Soto
Josep Maria Badia Pérez
Pere Rebasa Cladera

GRUPS DE TREBALL DE SUPERESPECIALITATS

CURS 2013-14

Cirurgia coloproctològica

Coordinador

- Espin Basany, Eloi

Participants

- Aguilar Teixidó, Francesc
- Biondo Aglio, Sebastiano
- Codina Cazador, Antoni
- Fraccalvieri, Domenico
- Hidalgo Grau, Lluís Antoni
- Navarro Luna, Albert
- Parés Martínez, David
- Pera Roman, Miquel
- Serra Aracil, Xavier
- Vallribera Valls, Francesc

Cirurgia hepatobiliopancreàtica

Coordinador:

- Figueras Felip, Joan

Participants:

- Artigas Raventós, Vicenç
- Cugat Andorra, Esteve
- Gil Goñi, Antoni
- Grande Posa, Lluís
- Mato ruiz, Raül
- Olsina Ossler, Jordi Joan
- Oms Bernad, Lluís Maria

Cirurgia de paret abdominal

Coordinador:

- Feliu Palà, Xavier

Participants

- Colomer Miralbell, Òscar
- López Cano, Manuel
- Marsal Cavallé, Francesc
- Pereira Rodriguez, José Antonio
- Ribera Serra, Carles
- Robres Puig, Joaquim

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

CENTRES COL-LABORADORS

Centre Mèdic Teknon de Barcelona
Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat
Clínica de Ponent de Lleida
Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat.
Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell
Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran
Fundació Privada Hospital de Mollet
Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell
Hospital Clínic de Barcelona
Hospital Comarcal d'Amposta
Hospital Comarcal de Blanes
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès.
Hospital Comarcal de Móra d'Ebre
Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga
Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella
Hospital Comarcal del Pallars de Tremp
Hospital de Campdevànol
Hospital de Figueres
Hospital de l'Aliança de Lleida
Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona
Hospital de Mataró
Hospital de Palamós
Hospital de Puigcerdà
Hospital de Sant Celoni
Hospital de Sant Jaume d'Olot
Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat
Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa
Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell
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 Vendrell
Hospital d'Igualada.
Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona
Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès
Hospital General de Granollers
Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona.
Hospital General de Vic
Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat
Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí
Hospital Municipal de Badalona
Hospital Mútua de Terrassa
Hospital Plató de Barcelona
Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona
Hospital Residència Sant Carml de Sant Pere de Ribes
Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus
Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Institut Universitari Dexeus de Barcelona
Pius Hospital de Vallès
Sant Hospital de la Seu d'Urgell



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS HONORÍFICS 2014

PREMI VIRGILI

Prof. ANTONI SITGES SERRA

PREMI GIMBERNAT

Prof. GÖRAN ÅKERSTRÖM



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA



ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT

Any Premi Virgili

1961 Joan Puig Sureda
 1962 Joaquim Trias i Pujol
 1963 Antonio Cortés Lladó
 1964 Abilio García Barón
 1965 Josep Maria Gil Vernet
 1966 Hermenegild Arruga i Liró
 1967 Antoni Trias i Pujol
 1968 Manuel Bastos Ansart
 1969 Josep Trueta i Raspall
 1970 Cristóbal Pera Jiménez
 1971 Plácido González Duarte
 1972 Pere Piulachs i Oliva
 1973 Jaume Pi Figueras
 1974 Josep Soler Roig
 1975 Joaquim Salarich i Torrents
 1976 Ferran Martorell i Otzet
 1977 Antoni Puigverd i Gorro
 1978 Antoni Llaurodó i Tomàs
 1979 Joan Prim i Rosell
 1980 Moisès Broggi i Vallès
 1981 Josep Masferrer i Oliveras
 1982 Joan Agustí Peypoch
 1983 Gerard Manresa i Formosa
 1984 Josep Maria Gil Vernet
 1985 Carlos Carbonell Antolí
 1986 Sebastián García Díaz
 1987 José Luis Puente Domínguez
 1988 Antoni Caralps Massó
 1989 Antoni Sitges Creus
 1990 Víctor Salleras i Linares
 1991 Benjamín Narbona Arnaú
 1992 Emili Sala Patau
 1993 Lino Torre Eleizegui
 1994 Hipólito Durán Sacristán
 1995 Joaquim Barraquer Moner
 1996 Àngel Díez Cascón
 1997 Jordi Puig Lacalle
 1998 Antoni Viladot i Pericé
 1999 Joan López-Gibert
 2000 José Luis Balibrea Cantero
 2001 Ramon Trias Rúbies
 2002 Isidre Claret i Corominas
 2003 Pascual Parrilla Paricio
 2004 Josep Simó Deu
 2005 Joan Sánchez-Lloret i Tortosa
 2006 Marià Ubach i Servet
 2007 Manuel Bellón Carneiro
 2008 Joan Martí Ragué
 2009 Enrique Moreno González
 2010 Carlos Pera Madrazo
 2011 Eduard Jaurrieta Mas
 2012 Cristóbal Pera Blanco-Morales
 2013 Laureà Fernández-Cruz i Pérez

Premi Gimbernata

-
 Philip Rowland Allison (Regne Unit)
 Pablo Luis Mirizzi (Argentina)
 Paul Eugene Santy (França)
 Ernest Stanley Crawford (Estats Units)
 Pietro Valdoni (Itàlia)
 Claude D'Allaines (França)
 Michael E. De Bakey (Estats Units)
 Joao Cid Dos Santos (Portugal)
 Rudolf Nissen (Suïssa)
 Pierre Albert Mallet-Guy (França)
 Jean Louis Lortat-Jacob (França)
 Henry Thomson (Regne Unit)
 Paride Stefanini (Itàlia)
 Marcel Roux (França)
 John C. Goligher (Regne Unit)
 Claude Romieu (França)
 Claude Dubost (França)
 Rodney Smith (Regne Unit)
 Robert M. Zollinger (Estats Units)
 Kenneth C. Mc Keown (Regne Unit)
 Komei Nakayama (Japó)
 Maurice Mercadier (França)
 Philip Sandblom (Suècia)
 Adrian Marston (Regne Unit)
 Lloyd M. Nyhus (Estats Units)
 Frederic Saegesser (Suïssa)
 David B. Skinner (Estats Units)
 Umberto Veronesi (Itàlia)
 François Fékété (França)
 Raul C. Praderi (Uruguai)
 Louis. F. Hollender (França)
 David C. Sabiston (Estats Units)
 Konrad Messmer (Alemanya)
 Patrick Forrest (Regne Unit)
 Jacques Perissat (França)
 Hans Beger (Alemanya)
 Henri Bismuth (França)
 Bruno Salvadori (Itàlia)
 Alfred Cuschieri (Regne Unit)
 Bernard Launois (França)
 Charles Proye (França)
 David Sutherland (Estats Units)
 Markus Büchler (Alemanya)
 John Smith (Regne Unit)
 Henrik Kehlet (Dinamarca)
 Jacques Marescaux (França)
 Neil Mortensen (Regne Unit)
 Abraham Fingerhut (França)
 Pierre Alain Clavien (Suïssa)
 Miguel Ángel Cuesta Valentín (Holanda)
 Claudio Bassi (Itàlia)



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2014

REUNIÓ DELS TRIBUNALS CURS 2013-14

Premi Manuel Corachan

Ex Aeuquo

La infección estimula la migración y la capacidad de invasión de las células tumorales "in vitro": estudio de los mecanismos responsables de la asociación entre dehiscencia de anastomosis i recurrencia después de la cirugía del cáncer colorectal

Salvans S, Mayol X, Alonso S, Pascual M, Mojal S, Gil MJ, Courtier R, Grande L, Pera M.
Hospital del Mar . Universitat Autònoma de Barcelona

Anàlisi dels canvis en el buidament i la volumetria gàstrica en pacients obesos mòrbids, abans i després de la gastrectomia vertical amb gastroplàstia tubular
Sabench F, Molina A, Blanco s, Hernández M, Vives M, Raga E, París M, Muñoz A, Sánchez Marin A, Piñana ML, Domènech J, Sánchez Pérez J, Del Castillo Déjardin D.
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

NOMENAMENT DE MEMBRE HONORARI

Xavier Suñol Sala



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2014

NOUS MEMBRES ASSOCIATS

Campos Serra, Andrea
Corral Rubio, Javier
De Lacy Oliver, Borja
Delgado Oliver, Eduardo
Flors Clotet, Roser
Guasch Marcè, Montserrat
Mils Julià, Kristel
Molinete Carrillo, Marina
Muñoz Garcia, Andrés
Pérez Calvo, Javier
Riquelme Mc. Loughlin, Maria Constanza

MEMBRES ASSOCIATS QUE PASSEN A NUMERARIS

Andrada Álvarez, José Daniel
Casajoana Badia, Anna
Díaz del Globo, Gabriel
Muñoz Campaña, Anna
Riveros Caballero, Miguel Francisco
Simó Alari, Francesc
Zárate Moreno, Fabián Andrés

NOUS MEMBRES NUMERARIS

Doménech Calvet, Joan
Hidalgo Rosas, José Manuel



SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

INAUGURACIÓ DEL CURS 2014-2015

INVITACIÓ



La Societat Catalana de Cirurgia (SCC) es complau en invitar-vos a assistir a la inauguració del nou curs acadèmic que 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 16 d'octubre, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del Premi Virgili 2014 al Dr. Antoni Sitges Serra i del Premi Gimbernat 2014, al Dr. Göran Åkerström. Així mateix, es farà públic i es lliurarà, si és el cas: el Premi Manuel Corachan d'enguany.

Així mateix, en el curs de la cerimònia, es farà efectiva l'admissió de nous membres de la Societat amb el lliurament personal i intransferible dels corresponents diplomes i medalles. Volem recordar que, d'acord amb els Estatuts i Reglament de Règim Intern, l'acte té caràcter vinculant, sent imprescindible la presència de les persones nominades perquè la seva acceptació o incorporació com a membres associats, numeraris o corresponents de la SCC sigui plenament vàlida.

El mateix dia, a les 21'30 hores, es farà el sopar anual de germanor de la SCC, a l'Hotel Espanya (Restaurant), C/. Sant Pau, 9-11, 08003 Barcelona, Telèfon 93 317 11 34. Us preguem confirmeu l'assistència al sopar a través de qualsevol dels Caps de Servei de Cirurgia de tots els Hospitals de Catalunya, i comunicació a la Secretària de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears (Veure peu de pàgina).^a Us preguem indiqueu, al menys una setmana abans, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 d'octubre de 2014

Salvador Navarro Soto
President

Pere Rebas Cladera
Secretari

^a Societat Catalana de Cirurgia:

Seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, C/. De Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona. Telèfon: 93 203 07 92.

<http://www.academia.cat> Societats, Cirurgia.

<http://www.sccirurgia.org>

SESSIÓ INAUGURAL

Dia 16 d'octubre de 2014

Aula Gimbernat (Antic Col·legi de Cirurgia)

20:00h. Presentació

Navarro Soto S.

President de la Societat Catalana de Cirurgia

**20:10h. Nomenament de Socis Numeraris i Associats
Lliurament de Premis a treballs científics.**

Rebasa Cladera P.

Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

20:25h. Nomenament de Membres Honoraris

Navarro Soto S.

20:35 h. Lliurament dels Premis Honorífics

Navarro Soto S.

Premi Virgili al Dr. Antoni Sitges Serra

Premi Gimbernat al Dr. Göran Åkerström

21:15 h. Cloenda de l'acte acadèmic

21:30h. Sopar de germanor

Hotel Espanya (Restaurant)

C/. Sant Pau, 9-11

08003 Barcelona.

XXII JORNADA DE CIRURGIA ALS HOSPITALS DE CATALUNYA

PROGRAMA CIENTÍFIC

Divendres, 17 d'octubre de 2014

PROGRAMA DE CIRURGIA

09.00 - 09.30 Recepció i entrega de documentació

09.30 - 11.00 **Taula I: Actualització en coloproctologia**

President: Antoni Codina Cazador (Hospital Universitari Dr Trueta, Girona)

Moderador: Fernando Gris (Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona)

Actualització del tractament de la fístula perianal

Ramón Farrés. (Hospital Universitari Dr Trueta, Girona).

Reintervencions en cirurgia colorectal, quan i perquè?

Salvadora Delgado. (Hospital Clínic, Barcelona).

Tractament de la diverticulitis aguda

Laura Mora. (Hospital Parc Taulí, Sabadell).

Hemorroides. Què estem fent?

Ferran Herrerias. (Hospital Arnau de Vilanova, LLeida).

11.00 - 11.15 Pausa – Café

11.15 - 12.45 **Taula II: Lesions iatrogèniques de les vies biliars**

President: Joan Figueras. (Hospital Universitari Dr Trueta, Girona).

Moderador: Josep Fuster. (Hospital Clínic, Barcelona).

Com prevenir-les i quan sospitar-les

Rosa Jorba. (Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona).

Indicacions de tractament i tècniques quirúrgiques

Esteve Cugat. (Hospital Mútua de Terrassa).

Tècniques endoscòpiques en el tractament

Ferran González Huix. (Clínica Girona, Girona).

Registre de dades de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC)

12.45 - 13.00 Inauguració oficial

13.00 - 14.00 Sessió dels Premis de la Societat Catalana de Cirurgia

Antoni Sitges Serra, Premi Virgili

Göran Åkerström, Premi Gimbernat

14.00 - 15.00 Dinar

15.00 - 15.45 Assemblea Extraordinària de la Societat Catalana de Cirurgia.

15.45 - 17.15 **Taula III: Casos clínics de resolució urgent**

Moderador: Antoni Codina Barrera. (Hospital Universitari Dr Trueta, Girona).

17.15 - 17.30 Pausa – Cafè.

17.30 - 19.00 **Taula IV: Cirurgia en temps de crisi. Hem après alguna cosa?**

President: Salvador Navarro. (Hospital Parc Taulí, Sabadell i President de la Societat Catalana de Cirurgia).

Moderador: Manel Trias. (Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau, Barcelona).

Noves maneres de finançament dels Hospitals públics. Experiència de l'Hospital de Palamós.

Montserrat Tura. (Hospital de Palamós).

Cirurgia del pacient geriàtric. És millor pel pacient i per la sanitat pública?

Jaume Fernández-Llamazares. (Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona).

Capital humà, material quirúrgic i equipament. Que ens podem estalviar?

Francesc Sala. (Hospital de Vic i President Club de Gestió del Bloc Quirúrgic).

Futur de la professió de Cirurgià

Joan Sala Pedrós. (Hospital de Terrassa).

19.00 - 20.00 Millors comunicacions.

20.00 - 20.10 Cloenda.

21.00 Sopar

XV JORNADA D'INFERMERIA DE CIRURGIA

PROGRAMA D'INFERMERIA

09.00 - 09.15 Recepció i entrega de documentació

09.15 - 09.30 Benvinguda. A càrrec del Sr. Xavier Arrebola i Trias, adjunt d'infermeria a la Direcció Assistencial de l'Hospital de Palamós, i la Sra. Núria Viader i Vives, Presidenta del Comitè Organitzador de la Jornada.

09.30 - 11.00 *Taula I: Peu diabètic*

Moderadora: Sra. M^a Àngels Larrabeiti, infermera adjunta assistencial d'atenció primària

Abordatge integral en una unitat de peu diabètic

Dr. Dídac Mauricio, Cap de Servei en funcions del Servei d'Endocrinologia i Nutrició, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Càmera hiperbàrica com a tractament complementari

Infermeres Hospital de Palamós

11.00 - 11.30 Pausa – Cafè

11.30 - 12.45 *Ponència: Teràpia de pressió negativa en Cirurgia General*

Dr. Joan J. Sancho Insenser, Cap de secció de Cirurgia General i Digestiva de l'Hospital del Mar i Professor titular al Departament de Cirurgia de la UAB.

12.45 - 13.00 Inauguració oficial

13.00 - 14.00 Comunicacions lliures

14.00 - 15.30 Dinar

15.30 - 17.00 Taula II: Recolzament integral en el procés d'adaptació a la convivència amb l'ostomia

Moderadora: Patrícia Ferrer, Infermera de cirurgia, Hospital de Palamós

Intimitat i sexualitat

Sr. Josep Soler, psicòleg assistencial de l'AECC, Catalunya Contra el Càncer

Rehabilitació del sòl pelvià en la reconstrucció intestinal

Sra. Colette Martí, fisioterapeuta centre de pedagogia corporal l'Eix, Palafrugell

Conviure amb una ostomia

Sr. Albert Díez

Procés ostomia: Paper de la infermera experta en estomateràpia

Sra. Glòria Vaquer, infermera clínica experta en estomateràpia. Hospital Dr. Josep Trueta, Girona

17.00 - 17.30 Pausa – Cafè

17.30 - 19.00 Taula III: Fast track en cirurgia programada colorectal: a debat

Sra. Maria Colomer i Plana, supervisora cirurgia general, Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta

Sra. Irene Roura Viñas, supervisora cirurgia general, Hospital de Sant Jaume, Olot

Sr. Joan Boquera Rodríguez, infermer cirurgia general, Consorci Sanitari de l'Anoia, Hospital d'Igualada

19.00 - 19:15 Cloenda

19.45 - 20.45 Visita per Palamós

21.00 Sopar

Societat Catalana de Cirurgia

PROGRAMA DE SESSIONS CURS 2014 – 2015

13 d'Octubre de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

Cas Clínic

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital Clínic de Barcelona

Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona

Hospital Plató de Barcelona

Centre Mèdic Teknon de Barcelona

Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat

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

Moderador: Sales R. (Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

10 de Novembre de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona

Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona

Hospital de Figueres

Hospital de Palamós

Hospital Comarcal de Blanes

Hospital de Campdevànol

Hospital de Sant Jaume d'Olot

Hospital de Puigcerdà

Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell

Hospital Comarcal del Pallars de Tremp

Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran

Coordinador: Codina Cazador A J. (Hospital Trueta de Girona)

Moderador: Luna A. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

VIII CURS DE BIOÈTICA

de novembre de 2014

Direcció del curs: Broggi Trias MA.
Coordinació SCC: Vilallonga R.

15 de Desembre de 2014

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital de Mataró

Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona

Hospital Municipal de Badalona

Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet

Coordinador: Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

Moderador: González X. (Hospital de Son Espases de Palma de Mallorca)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

12 de Gener de 2015

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell

Hospital Mútua de Terrassa

Hospital de Terrassa

Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès

Coordinador: Bombardó J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell)

Moderador: Domènech J. (Hospital de Sant Joan de Reus)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

9 de Febrer de 2015

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona

Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona

Hospital General de Vic

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

Moderador: Villalobos R. (Hospital Arnau de Vilanova de Lleida)

Sessió de morbimortalitat

23 de febrer de 2015

10:00 hores

CURS DE GESTIÓ CLÍNICA

CURS DE CIRURGIA MAJOR AMBULATÒRIA (CMA)

Direcció: Suñol X.

23 de febrer de 2015

19:00 hores

SIMPOSI - TAULA RODONA

Controvèrsies en el tractament de la diverticulitis aguda. Discussió de casos clínics

Moderadora: Delgado S.

9 de Març de 2015

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat

Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat.

Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell

Hospital de Viladecans

Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí

Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat

Coordinador: Biondo S. (Hospital de Bellvitge)

Moderador: Hoyuela C. (Hospital Plató de Barcelona)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

13 d'Abril de 2015

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona.

Hospital de Sant Rafael de Barcelona

Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Hospital de Santa Maria de Lleida

Clínica de Ponent de Lleida

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

Moderador: López Boado MA. (Hospital Clínic de Barcelona)

Sessió bibliogràfica

**VII è CURS AVANÇAT D'INFECCIÓ QUIRÚRGICA I SÈPSIA GREU
(Acreditació del nivell bàsic en Infeció Quirúrgica)**

20 d'abril de 2015

17:30 hores

Coordinació i presentació: Guirao X. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)

11 de Maig de 2015

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital del Mar de Barcelona

Hospital General de Granollers

Fundació Privada Hospital de Mollet

Hospital de Sant Celoni

Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa

Hospital d'Igualada.

Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga

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

Moderador: Guillaumes S. (Hospital de Figueres)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

VI CURS DE PARET ABDOMINAL

18 de Maig de 2015

SIMPOSI – TAULA RODONA

Moderadors: López Cano M, Pereira JA.

SIMPOSI – TAULA RODONA

18 de Maig de 2015

SIMPOSI – TAULA RODONA

Urgències en cirurgia. Discussió de casos clínics.

Moderadors: Farrés R, Sales R.

8 de Juny de 2015

18'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA

Moderadora: Jorba R. (Hospital General de L'Hospitalet del Llobregat)

FISIOPATOLOGIA

CAS CLÍNIC DIDÀCTIC

METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA

ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA

20'00 hores

SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA

COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES

Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona

Pius Hospital de Valls

Hospital del Vendrell

Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

Hospital Comarcal de Móra d'Ebre

Hospital Comarcal d'Amposta

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

Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes

Coordinador: Del Castillo D. (Hospital de Reus)

Moderador: Busquets J. (Hospital de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat)

ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA

Calendari de Sessions de Formació Bàsica i Avançada: Curs 2014-2015

Sessió	Regió Sanitària	Hospitals
13 d'Octubre de 2014	<u>Barcelona (BCN) – Muntanya Oest</u> BCN – Esquerra de l'Eixample, BCN – Sant Gervasi, BCN – Les Corts. <u>Baix Llobregat (BL)</u> BL – Font Santa	Hospital Clínic de Barcelona Hospital Universitari del Sagrat Cor de Barcelona Hospital Plató de Barcelona Centre Mèdic Teknon de Barcelona Hospital General Sant Joan de Déu de Sant Boi del Llobregat Coordinador: Fernández-Cruz L. (Hospital Clínic de Barcelona) Moderador: Sales R. (Hospital Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona)
10 de Novembre de 2014	<u>Girona</u> Gironès, Alt Empordà, Baix Empordà, Selva, Ripollès, Garrotxa, Pla de l'Estany, Alt Maresme <u>Alt Pirineu i Aran</u> Cerdanya, Alt Urgell, Val d'Aran, Pallars Jussà, Val d'Aran Pallars Sobirà, Alta Ribagorça	Hospital Universitari Doctor Josep Trueta de Girona Hospital Provincial de Santa Caterina de Girona Hospital de Figueres Hospital de Palamós Hospital Comarcal de Blanes Hospital de Campdevànol Hospital de Sant Jaume d'Olot Hospital de Puigcerdà Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell Hospital Comarcal del Pallars de Tremp Espitau Val d'Aran de Vielha e Mijaran Coordinador: Codina Cazador a. (Hospital Trueta de Girona) Moderador: Luna A. (Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell)
15 de Desembre de 2014	<u>Litoral Nord</u> Barcelonès Nord Baix Maresme	Hospital de Mataró Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona Hospital Municipal de Badalona Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramenet Coordinador: Hidalgo L. (Hospital de Mataró) Moderador: González X. (Hospital de sion Espases de Palma de Mallorca)
12 de Gener de 2015	<u>Vallès Occidental</u> Sabadell, Terrassa – Rubí – Sant Cugat	Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell Hospital Mútua de Terrassa Hospital de Terrassa Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès Coordinador: Bombardó J. (Hospital Parc Taulí de Sabadell) Moderador: Domènech J. (Hospital de Sant Joan de Reus)
9 de Febrer de 2015	<u>Barcelona - central</u> BCN – Horta Guinardó Mar, BCN – Gràcia, BCN – Sant Andreu, BCN – Dreta de l'Eixample <u>Catalunya Central</u> Osona	Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona Hospital Dos de Maig de la Creu Roja de Barcelona Hospital General de Vic Coordinador: Trias M. (Hospital de Sant Pau de Barcelona) Moderador: Villalobos R. (Hospital Arnau de vilanova de Lleida)

Calendari de Sessions de Formació Bàsica i Avançada: Curs 2014-2015 (cont.)

Sessió	Regió Sanitària	Hospitals
9 de Març de 2015	<u>Baix Llobregat</u> BL - Delta – Litoral, BL - Centre-Nord, BL - Fontsaeta	Ciutat Sanitària Universitària de Bellvitge de L'Hospitalet del Llobregat Consorci Sanitari Integral de L'Hospitalet del Llobregat. Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell Hospital de Viladecans Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues del Llobregat Coordinador: Biondo S. (Hospital de Bellvitge) Moderador: Hoyuela C. (Hospital Plató de Barcelona)
13 d'Abril de 2015	<u>Barcelona (BCN) – Muntanya Est</u> BCN – Horta Guinardó Muntanya, BCN – Nou Barris <u>Lleida</u> Segrià, Noguera, Segarra, Urgell, Garrigues, Pla d'Urgell	Hospital General de la Vall d'Hebron de Barcelona. Hospital de Sant Rafael de Barcelona Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida Hospital de Santa Maria de Lleida Clínica de Ponent de Lleida Coordinador: Armengol M. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona) Moderador: López Boado MA. (Hospital Clínic de Barcelona)
11 de Maig de 2015	<u>Barcelona (BCN) - litoral</u> BCN – Ciutat Vella, BCN – Sants Montjuïc, BCN – Sant Martí <u>Catalunya Central</u> Vallès Oriental Bages, Anoia, Berguedà, Solsonès	Hospital del Mar de Barcelona Hospital General de Granollers Fundació Privada Hospital de Mollet Hospital de Sant Celoni Hospital de Sant Joan de Déu de Manresa Hospital d'Igualada. Hospital Comarcal de Sant Bernabé de Berga Coordinador: Grande L. (Hospital del Mar de Barcelona) Moderador: Guillaumes S. (Hospital de Figueres)
8 de Juny de 2015	<u>Tarragona</u> Baix Camp, Tarragonès, Alt Camp, Baix Penedès, Conca de Barberà, Priorat, Alt Penedès, Garraf <u>Terres de l'Ebre</u> Baix Ebre, Terra Alta, Montsià, Ribera d'Ebre	Hospital Universitari de Sant Joan de Reus Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona Pius Hospital de Valls Hospital del Vendrell Hospital Verge de la Cinta de Tortosa Hospital Comarcal de Móra d'Ebre Hospital Comarcal d'Amposta Hospital Comarcal de l'Alt Penedès de Vilafranca del Penedès. Hospital Residència Sant Camil de Sant Pere de Ribes Coordinador: Del Castillo D. (Hospital de Reus) Moderador: Busquets J. (Hospital de Bellvitge de l'Hospitalet del Llobregat)

Societat Catalana de Cirurgia
Calendari de Congressos, Cursos i Simposis: curs 2014-2015

Sessió	Regió Sanitària	Concepte
17 d'Octubre de 2014	Totes	XXII Jornada de Cirurgia als Hospitals de Catalunya XV Jornada d'Infermeria de Cirurgia
3 de Novembre de 2014	Totes	VIII Curs de Bioètica Coordinador SCC: Vilallonga R.
23 de Febrer de 2015	Totes	VIII Curs de Gestió Clínica, Qualitat Assistencial VII Curs de Cirurgia Major Ambulatoria Coordinador SCC: Suñol X.
23 de Febrer de 2015	Totes	Simposi: Controvèrsies en el tractament de la diverticulitis aguda. Discussió de casos clínics Moderadora: Delgado S.
20 d'Abril de 2015	Totes	VII Curs d'Infecció en Cirurgia Moderador: Guirao X.
18 de Maig de 2015	Totes	VI Curs de Cirurgia de la Paret Abdominal Moderadors: López Cano M, Pereira JA.
18 de Maig 2015	Totes	Simposi: Urgències en cirurgia. Discussió de casos clínics. Moderadors: Farrés R, Sales R.

Per a més informació o més actualitzada, consultar les webs:

<http://www.sccirurgia.org>

o bé

<http://www.acmcb.es/societats/cirurgia/index.htm>

SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

DOCUMENTS

2014

Barcelona, 16 d'octubre de 2014

UN ANY D'UNA NOVA JUNTA

Salvador Navarro Soto, Josep Maria Badia Pérez, Pere Rebas Cladera, Salvadora Delgado Rivilla, Ramón Vilallonga Puy, Rosa Jorba Martín, Antonio Sánchez Marin.

Ha passat tot just un any en el camí de la nova Junta i es bo parar, mirar endarrere i reflexionar sobre allò que es volia fer i el que s'ha pogut portar a la realitat.

Demanàvem la col·laboració de tots els Socis en el desenvolupament de la Societat i hem de dir que, el grau de participació i col·laboració, quan es demana, segueix estant magnífic; volíem entusiasmar als membres més joves i, encara que de forma molt tímida, hem percebut una major activitat, creiem que ara per ara estem lluny del nostre objectiu, les activitats dedicades als residents, sessions de formació bàsica, cursos obligatoris del seu programa formatiu i d'altres, tenen encara una participació més aviat minsa.

Hem intentat arribar a tothom, fent us de les plataformes de comunicació que tenim avui per avui al nostre abast; L'intent de transmetre les sessions mensuals per videoconferència, encara que molt prometedor, té encara problemes tècnics a solucionar per tal que sigui una realitat totalment assolida.

Hem volgut seguir mantenint i enfortint el caràcter multidisciplinar dels diferents simposis, convidant a companys d'altres especialitats a participar hi, convençuts que, cada vegada més, la nostra feina s'enriqueix amb la seva col·laboració.

Volíem una major participació en els llocs de decisió de la política sanitària i, si be es cert que cada vegada més se'ns crida a participar: revisió del document sobre urgències quirúrgiques, llistes d'espera, oferta de places de Formació Sanitària Especialitzada, no hem vist encara que els nostres suggeriments, la feina feta, hagi estat recollida per l'administració.

En quant al proper any, volem seguir treballant per buscar la màxima participació de tothom en la nostra Societat, sobretot la dels més joves, els nostres residents; sens dubte, a part de la seva voluntat, necessitem la col·laboració dels seus tutors i caps de servei per tal que, voluntat més ajuda i entusiasme, formin part de l'objectiu: sentir-se cada cop més a prop i part cabdal de la Societat Catalana de Cirurgia.

Hem rebut amb satisfacció la petició de la recent creada Societat Balear de Cirurgia per formar part de les nostres sessions, així doncs, enguany, entraran a formar part del programa del mes de desembre.

Seguirem treballant per ser: no només sentits si no, també, realment escoltats per la nostra administració sanitària.

Volem seguir comptant amb tots els cirurgians catalans, amb la seva participació, les seves iniciatives, per tal de mantenir la nostra Societat Catalana de Cirurgia cada vegada més forta i competitiva.

De nou, gràcies a tots pel vostre suport i per la vostra confiança.

La Junta.

DISCURS D'ACCEPTACIÓ DEL NOU PRESIDENT

Salvador Navarro Soto

Sr President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Sra Vicepresidenta de la Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, Premis Virgili i Gimbernat, companys i companyes, senyores i senyors.

Durant dies he estat pensant que els havia de dir. La quantitat de discursos de caire institucional, mes o menys formals, que m'han vingut al cap, omplirien massa i avorririen aquesta cerimònia; al final he cregut que el millor que podia fer es parlar-vos un cop més, com cada dia i dir el que realment sento, potser mes des del cor que des del cervell, així doncs, perdoneu-me si les meves paraules personalitzen massa aquest acte o hi apareixen els clàssics tòpics d'aquestes ocasions .

Parlo des de l'agraïment a moltíssima gent, a tants i tants cirurgians i cirurgianes, companys i companyes d'altres especialitats, que han fet possible que avui estigui aquí davant vostre .

La casualitat ha fet que, avui, faci 30 anys que el president de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC), el Dr Puig La Calle, em posava la medalla, com avui us han posat a molts de vosaltres, com a membre associat de la SCC. Des d'aquell moment van saber ensenyar-me a implicar-me i a creure en ella.

He après i segueixo aprenent de tothom; el Servei de Cirurgia de l'Hospital de Bellvitge em va acollir com alumne en pràctiques i van influir decididament perquè orientés la meua vida professional cap a la cirurgia; el Dr Sarró Palau va confiar aleshores en mi perquè li fes d'ajudant i sempre l'hi estaré agraït.

El Servei de Cirurgia de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau (HSCSP), dirigit en aquells moments pel Dr Puig La Calle, em va formar com a cirurgià; vaig aprendre, com deia, de tots els seus membres però, especialment, del Dr Ramon Trias i Rubies i del Dr Jordi Garriga, autèntics mestres de cirurgians.

He de donar les gràcies a tots els companys del, aleshores petit, Hospital Comarcal de Sant Boi, on vaig poder compartir els primers anys com a cirurgià adjunt .

Però sens dubte vaig "créixer" com a cirurgià, inicialment, a l'Hospital de l'Esperança i sobretot a l'Hospital del Mar; allà, la llista de gent que podria citar és interminable, però el Dr Sánchez Ortega, a qui considero el meu pare quirúrgic i, per altra banda, el Dr Toni Sitges, que va ensenyar-me en què consistia la cirurgia acadèmica, van contribuir enormement en la meua formació .

El cert és que, sense la voluntat de tots ells, no hagués aconseguit massa, com tampoc sense l'incondicional recolzament de tota la meva família: dels meus pares i de la Dolors, la Marta, el Carles i el Pol. Dolors, gràcies per la teva infinita paciència i comprensió.

Potser jo sóc el menys presidencialista de tots els presidents de la SCC, sóc aquí gràcies a l'impuls i a l'esforç de l'Hospital Universitari del Parc Tauli i, en especial, del seu Servei de Cirurgia al qual tinc l'honor de dirigir. Gràcies a tots .

Vaig poder presentar-me com a candidat, perquè van acceptar d'acompanyar-me dues excel·lents cirurgianes: la Dra Salva Delgado i la Dra Rosa Jorba i també un altre magnífic cirurgià: el Dr Ramon Vilallonga, gràcies de debò per la vostra generositat i gràcies als membres de la Junta que us quedeu per la vostra entusiasta acollida. Serà un honor treballar amb vosaltres.

Als que marxeu, el meu respecte i agraïment per la feina ben feta, encara que mereixedors d'un ben guanyat descans; desitgem i necessitem que seguïu com a membres actius entre tots nosaltres .

A tots, però especialment a mi, ens va ser difícil convèncer-nos que podíem presentar la candidatura; mirant enrere, hi han tants noms rellevants dins de la cirurgia, que feia respecte donar el pas.

Vaig recordar la frase que Isaac Newton va escriure a Robert Hooke; deia: "si he vist més lluny és perquè estic assegut sobre les espatlles de gegants ". Feia referència a científics com: Kepler, Copèrnic, Descartes... I així ens sentim, asseguts sobre les espatlles de tots aquells gegants de la cirurgia que ens han donat suport i ens han convençut que podríem representar be a aquesta societat.

Treballarem per intentar obtenir una major representativitat de la Societat Catalana de Cirurgia en els llocs de decisió de la política sanitària del nostre país; som els que fem la feina i tenim el dret i l'obligació de ser escoltats i no només sentits; treballarem en seguir enfortint les branques del tronc de l'arbre de la cirurgia general, seguint les idees de la Junta sortint.

Aquesta Societat només seguirà el seu camí si aconseguim entusiasmar als mes joves, som conscients que només ho podem fer amb l'exemple que donem, Albert Einstein va dir: "L'exemple no només és la cosa més important que influencia els altres, és l'únic que ho fa".

Us demanem ajuda, que participeu activament en aquesta Societat, que la feu vostra, perquè ho és; no hi ha dubte que el moment actual no és fàcil, però és el que tenim. John Lennon va dir: "alguns estant disposats a qualsevol cosa menys a viure aquí i ara", així doncs és cert que vivim en un món dominat per la cultura del mínim esforç, d'una nova forma d'absolutisme dels mediocres, on la responsabilitat esta mal vista i només es reclama als altres: però vosaltres sou exactament l'exemple contrari, recordeu que qualsevol avanç personal, científic, moral, de qualsevol caire, requereix un gran esforç, sovint l'esforç de tota una vida.

Us demanem que treballeu i lluiteu per aquesta Societat; Bertold Brecht va escriure: “hi han homes que lluiten un dia i són bons, d'altres lluiten un any i són millors, n'hi han que lluiten molts anys i són molt bons, però estan els que lluiten tota la vida i aquests són els imprescindibles”. Comptem amb vosaltres per que sigueu a qualsevol d'aquests llocs, perquè seguïu mantenint i millorant la nostra Societat.

Res més, en nom meu i en el de tota la Junta, gràcies pel vostre suport. Estem molt orgullosos de l'encàrrec que ens heu donat.

Moltes gràcies.

Salvador Navarro Soto

(Discurs de presa de possessió, com a President de la Societat Catalana de Cirurgia, el dia 17 d'octubre de 2013 a l'Aula Gimbernat de l'Antic Col·legi de Cirurgia de Barcelona.)

EL HOSPITAL SIN FRONTERAS

Antoni Sitges Serra

La situación de la red hospitalaria en Catalunya no es buena, y no es buena desde hace mucho tiempo. Desde luego los recortes, el incremento de las listas de espera y la reducción de la masa salarial han hecho mella en el funcionamiento de los centros sanitarios, pero existen problemas estructurales de fondo que poco tienen que ver con la crisis y, menos aún, con el déficit fiscal o la recentralización política.

Los hospitales arrastran cinco problemas fundamentales cuya raíz está en la concepción misma del sistema sanitario catalán: politización, mala planificación territorial, gestión opaca, participación lobista y marginación de los valores profesionales. Estos problemas arrancan poco después de la transferencia de la Sanidad a nuestra comunidad autónoma y se han ido agravando durante las dos últimas décadas a medida de que lo público ha sido sustituido por lo político, es decir, a medida de que la atención hospitalaria se ha politizado dentro del contexto de una partitocracia que ha ido relegando la participación ciudadana y la participación profesional en beneficio propio. Además, en lugar de representar un estímulo para la mejoría, la alternancia política en Catalunya ha reforzado el carácter patrimonial de la gestión sanitaria y los partidos se han ido apropiando de todos sus resortes organizativos y de gestión, desde la imposición de los altos cargos hasta los nombramientos de los cuadros intermedios y jefes de servicio.

Ausencia de planificación territorial

Hace décadas que los sistemas sanitarios públicos europeos semejantes al nuestro, han planificado la atención hospitalaria de acuerdo con una clara jerarquización de niveles y ordenación de la atención superespecializada en función de la población cubierta y el número de procedimientos complejos realizados por centro y por año. Gran Bretaña, Irlanda o Suecia son tres excelentes ejemplos de cómo la ordenación hospitalaria se ha racionalizado según los parámetros mencionados. Mediante una adecuada distribución y centralización territorial se rentabilizan los recursos de alta tecnología, se consigue un mayor volumen de pacientes atendidos por los especialistas y, como consecuencia, mejoran los resultados clínicos y se abaratan los costos. Este concepto es válido no solo para la atención médica electiva sino también para las urgencias y los politraumatismos. Catalunya está a la coma de Europa y nadie, hasta hoy, ha movido ficha para que deje de estarlo. Nuestra red suma casi 70 hospitales públicos, con otras tantas puertas de entrada de urgencias, muchos de ellos mal equipados humana y técnicamente, que sirven a comunidades pequeñas mal atendidas. La *Societat Catalana de Cirurgia*, ha realizado estudios meritorios en este campo que han acabado olvidados en cajones políticos. Una imposible independencia catalana arrastraría consigo la perpetuación de las ridículas reivindicaciones de cada territorio y con ello un mayor debilitamiento de la capacidad de planificación de la consejería.

El caos no solo continuará sino que empeorará en beneficio de la burocracia político-sanitaria y en detrimento de los pacientes. Lean cualquier cosa del NHS británico o de la reconversión hospitalaria irlandesa o algo reciente de JD Birkmeyer sobre diferencias interhospitalarias en la mortalidad perioperatoria, por ejemplo.

Gestión opaca

La sanidad se lleva entre el 25 y el 30% del gasto público y es un plato codiciado por los partidos políticos y, en general, por la numerosa burocracia político-sanitaria que se expande inexorablemente parasitando el sistema. La capacidad de mover miles de millones de euros facilita las externalizaciones corruptas, la financiación irregular de las formaciones políticas y los intereses de grupos privados que mantienen conciertos de dudosa transparencia con las instituciones públicas. No se trata, el nuestro, de un sistema sanitario "mixto" sino de un sistema "mezclado". Es imprescindible que la gestión se profesionalice, gane en transparencia, establezca claramente las incompatibilidades y obligue a declarar los conflictos de interés. La independencia es bien vista por sectores políticos y profesionales (colegios de médicos) porque les dejaría las manos aún más libres y no verían amenazados su estatus ni su futuro. Con ello se generalizaría la balbuciente privatización y externalización de servicios, ofreciendo oportunidad de negocio a las familias más allegadas al poder. A los médicos comprometidos con la medicina pública nos interesa interactuar con gestores profesionales con un curriculum solvente, técnicamente preparados, conocedores de la cultura sanitaria y situados a una distancia prudencial del poder político. A los médicos nos interesa una gestión basada en los resultados clínicos y en los estímulos para la mejora; una gestión que valore el capital humano como el principal recurso con el que se debe contar si es que realmente se desea una atención hospitalaria de calidad, que es a la que tiene derecho el ciudadano y, además, la que resulta más barata y sostenible. Lean *El desgobierno de lo público* de A. Nieto García, por favor.

Participación lobista

La participación democrática de los médicos en la gestión de los centros sanitarios es nula. Desde la transición no ha existido ninguna iniciativa de calado en esta dirección que haya sobrevivido a las buenas intenciones de los pocos que lo intentaron. En Catalunya llevamos no menos de tres décadas bajo un régimen gerencial impuesto por los diferentes partidos políticos que ha comportado la práctica ausencia de instancias de participación democrática. Como resultado la gestión ha marginado los valores profesionales y se han politizado más y más las decisiones estratégicas que se toman en los centros sanitarios. Entre éstas, a modo de ejemplo, los nombramientos de jefes de servicio, la concertación con instituciones privadas, las inversiones tecnológicas o la creación de empresas "mixtas" han constituido campos de actuación preferente de las burocracias político-sanitarias. Esta no es una opinión arbitraria o sin fundamento sino que está avalada por evidencias académicas, el eco que ha tenido el fenómeno en los medios de comunicación e incluso el humorismo crítico de Forges o de El Roto. Hoy, la dirección de los muchos centros sanitarios se organiza en torno a un reducido lobi médico manipulador que asegura al gerente la contención social, a cambio de lograr sus ambiciones personales que tienen poco que ver con la conveniencias objetivas de la institución. Así se entienden las obras multimillonarias inacabadas, las inversiones en tecnología no rentable, el oneroso sobretratamiento del cáncer, el mantenimiento de unidades asistenciales sobrantes e ineficientes y un largo etcétera de desórdenes

institucionales frente a los que las autoridades sanitarias se muestran totalmente insensibles.

Marginación de los valores profesionales

La razón de ser básica de todo sistema sanitario público y universal es asegurar que médicos y pacientes puedan interactuar sin trabas, confidencialmente, con eficiencia y confianza mutua en un entorno sostenible. Ello exige de los profesionales un compromiso por la decencia, anteponer a todo los intereses del paciente, renunciar al lucro ilícito, evitar la propaganda engañosa, no buscar la promoción personal a costa de prácticas dudosas y mantener una relación honesta y transparente con la industria. Desafortunadamente estos valores son raramente tenidos en cuenta en el momento de repartir prebendas hospitalarias que tan a menudo recaen sobre personas tóxicas. Las promociones profesionales se hacen fundamentalmente en base a los años de permanencia, de pertenencia a los grupos de presión, a la docilidad y cada vez menos en base a los méritos profesionales. Los baremos de acceso a plazas de mando son absolutamente obsoletos en el ámbito del ICS o cambiantes en los centros concertados, en los que se modifican en función del perfil del médico preseleccionado. Las relaciones con la industria son más turbias que nunca y la medicina hospitalaria se beneficia más que ninguna otra de las prebendas que reparte Big Pharma en comidas, viajes, regalos y promociones. A cambio, las multinacionales farmacéuticas y tecnológicas, con el pretexto de la innovación, saquean la medicina pública con lo que se aseguran el crecimiento interanual. Y lo peor no es el visto bueno que otorgan a esta situación las autoridades sanitarias, lo peor es que las instituciones civiles (sociedades científicas, colegios de médicos, facultades de Medicina) se muestran incapaces de defender los valores profesionales y poco o nada han aportado al debate sanitario tanto por docilidad política como por miedo a criticar al poder que es el empleador monopolista de más del 90% de los médicos en ejercicio. Lean *Euforia* de Xavier Bosch, por favor.

Vocación y voluntarismo

A pesar de tantas deficiencias organizativas, a pesar de las estrecheces económicas y de los numerosos casos de *mobbing*, los centros sanitarios funcionan como rodillos imparables por la inercia que les proporciona la alta frecuentación de la población característica de nuestro sistema hospitalocéntrico. Siempre hay trabajo. La rueda no deja de girar. Pero, sobre todo, la atención hospitalaria se sostiene por la vocación y el voluntarismo de una generación de facultativos y enfermería próxima al *baby boom* que puso a nuestra medicina pública a un nivel que, técnicamente, tiene que poco que envidiar a la media europea. Es una generación que ha derrochado esfuerzos y, por lo general, ha entregado a los hospitales y, en su caso, a la docencia y a la investigación, muchas más horas de las que dictamina Estrasburgo. Pero esta generación está desapareciendo del entorno laboral en esta segunda década del siglo XXI y los médicos que van tomando el relevo son mucho más celosos de su ocio y de cumplir con el horario laboral que marca la empresa obligando, en algunos casos, a fichar. Una impresión bastante generalizada es que, a medida que avanza la proletarización y sindicalización de la profesión médica, perdemos en responsabilización, autonomía, continuidad asistencial y autoexigencia, cuatro de nuestros más preciados valores.

Conclusión

En este breve artículo no hemos dado una visión completa de los problemas estructurales que afectan a nuestro sistema hospitalario. Podríamos aún añadir la unidimensionalización biológica de la formación médica, la ignorancia del impacto medioambiental de la práctica hospitalaria, el incumplimiento de la ley de plazas vinculadas a la universidad, la fuga de cerebros a la medicina privada, la creación clientelar de empresas públicas, o el abandono de la formación continuada en manos de la industria farmacéutica. En cualquier caso, alargando la lista no resolveremos una cuestión que se encuentra íntimamente ligada al modo político de entender y planificar la sanidad. Solo la apertura hacia Europa, hacia otras comunidades y hacia otros países, haría entrar en nuestro sistema de (des)ordenación hospitalaria el oxígeno necesario para revitalizar una asistencia especializada poco exigente, cara e ineficiente. La independencia y el ombliguismo autosuficiente solo nos llevarán al empeoramiento de la situación actual, empeoramiento que, como tan bien ha analizado Naomi Klein en *The shock doctrine*, muchos van a tratar de explotar en beneficio propio.

Antonio Sitges-Serra

Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital del Mar
Catedrático de Cirugía, UAB
Presidente de la Societat Catalana de Cirurgia (2004-2008)

(Este artículo fue publicado por Societat Civil Catalana con motivo del acto *Per a la salut, millor junts*, celebrado en Barcelona el 25 de Junio de 2014.)

FINAL ARTICLE FOR THE GIMBERNAT PRIZE

Göran Åkerström

The personal endocrine surgery training and research began years ago with a thesis work on parathyroid pathology, at that time implemented as a difficult and pertinent issue. The study I undertook with great enthusiasm was based on parathyroid gland dissections in a comprehensive autopsy series. This became a very important experience for a surgeon in training and contributed to a passion for the anatomy and the "tiny nodule" surgery with fine dissection technique, that for many endocrine surgeons has been a crucially important part of the profession. Similar awareness of anatomical details and cautious dissection techniques have often proved to be successful also for safe removal of larger tumors or metastases.

Endocrine surgery has in many aspects been a highly interesting and awarding field, with diseases often affecting young individuals, who have experienced efficient symptom palliation and favorable survival as a result of successful surgery. Some endocrine tumors cause severe hormonal syndromes despite limited size, and have presented problems with detection by radiology and visualization at surgery. Other tumors have been of conspicuous size, but have still been possible to remove, as they have often been less locally invasive than other common cancers. Removal of malignant endocrine tumors has typically been associated with long tumor-free survival, and apparently reduced risk for development of metastases. Endocrine tumors have been considered of particular interest for translational research, as these tumors have typically displayed less extensive molecular aberrations than other tumors. The molecular research is now rapidly evolving with new generation sequencing methods. It has been possible to detect specific mutations of importance for endocrine tumor development, and the mutations revealed in endocrine tumor have sometimes been valid for other tumor entities. Surgeons have played an important role for the molecular studies, by their thorough experience about the variable tumor behaviour in different endocrine tumor types.

In primary hyperparathyroidism (pHPT) the parathyroid tumors are almost invariably benign, and can be efficiently removed by minimally invasive surgery. New recent consensus indicate that surgery for HPT is often needed also in patients with less pronounced hypercalcemia, due to long-term risk for bone demineralization if the disease is left untreated (1). There has been increased awareness that familial forms constitute a large part among pHPT patients, and that the familial cases require special consideration and treatment. The parathyroid tumors associated with multiple endocrine neoplasia (MEN) type 1 needs to be recognized, as the patients may need treatment of associated pancreatic and pituitary endocrinopathies.

Although MEN1 HPT may present with apparent single gland disease, the entity has been afflicted with high recurrence rate with treatment less than subtotal parathyroidectomy. In contrast MEN 2 associated HPT has been mild, and removal of grossly enlarged glands has generally been considered sufficient. The HPT Jaw-tumor (HPT-JT) syndrome has been recognized as an unusual entity, with multiple parathyroid tumors, characteristic ossifying jaw osteofibroma (in 35% of patients), and increased risk for parathyroid carcinoma, and other malignancies (as uterine carcinoma), substantiating the need of syndrome awareness.

Hyperaldosteronism due to aldosteron producing adenoma (APA), initially described by Conn, has become a recent focus of interest. Several reports have substantiated increased risk for cardiovascular events in patients with primary aldosteronism, justifying expedient surgical treatment. In 2011 collaboration between Yale and Uppsala (directed by R Lifton), used exome sequencing to identify somatic mutations in the potassium channel gene *KCNJ5* in APA specimens from the Uppsala tissue bank (2). The study also identified constitutional *KCNJ5* mutation in a family with bilateral severe hyperplasia and aldosteronism. A following multicenter study showed *KCNJ5* mutations in 46% of APAs, with strong predominance for mutations in females (3). World-wide follow-up studies subsequently documented 34-65% prevalence of *KCNJ* mutations in altogether ~1000 investigated APAs (3,4). In addition, exome sequencing in non-*KCNJ5*-mutant APAs revealed mutations in genes for the calcium channel *CACNA1D* (mutation frequency ~7%), *ATP1A1* (important for the membrane potential) (mutation frequency ~5%), and in the Ca^{2+} ATPase gene *ATP2B3* (mutation frequency ~2%) (5-7). The results indicate that around 70% of APAs may be caused by mutations of ion-channel genes. Since ~10% of patients with hypertension appears to have primary aldosteronism, and ~30% have APAs, this currently presents a remarkably high proportion of patients where hypertension may be surgically correctable (8,9).

Adrenal medullary tumors, pheochromocytoma, have been reported to be familial in 10 to 25%. They occur in MEN 2, and then typically present an epinephrine-secreting, (adrenergic) phenotype, most often developing after the medullary thyroid carcinoma (MTC). Von-Hippel Lindau (VHL) associated pheochromocytoma instead present a norepinephrine-secreting (noradrenergic) phenotype. The VHL patients often have mild disease, diagnosed by plasma metanephrine measurements, but have in 50% of cases presented with bilateral and multifocal pheochromocytomas. Pheochromocytomas (with catecholamine excess) occur in the adrenal medulla, or in sympathetic paraganglia (extra-adrenal pheochromocytoma). The term paraganglioma depicts neoplasia of the paraganglion system, and comprise non-functioning tumors from parasympathetic, and functioning tumors from sympathetic paraganglia. Non-functioning tumors have been most common, distributed along the large vessels from the head to the pelvis. The tumors have been most prevalent in the head and neck region (carotid body tumor), with increased incidence at high altitude.

Paragangliomas are hereditary in 35 %, and related to mutations in the succinate dehydrogenase (SDH) genes. With hereditary disease the patients and family members risk to develop tumors at multiple sites. Germ line mutations of the *SDHD* gene cause 50 - 70% of hereditary head and neck paraganglioma without catecholamine excess. Germ-line *SDHB* mutations cause 20 % of paraganglioma, or paraganglioma with catecholamine secretion (extra-adrenal pheochromocytoma), and adrenal pheochromocytoma. The *SDHB* mutations have been associated with increased risk for malignancy. The extra-adrenal functioning paragangliomas typically secrete norepinephrin, or have combined norepinephrin and dopamin secretion, occasionally only dopamin, some tumors may be huge. With dopamin secreting paragangliomas, treatment with alpha-blockers should be avoided, as this may cause an adverse catecholamine reaction. The common genetic diagnosis of pheochromocytomas should include *RET*, *VHL*, *SDHD*, and *SDHB*. The neurofibromatosis type 1 (*NF1*) gene diagnosis complex, and *NF1* is generally recognized by the characteristic phenotype. Other recently discovered mutations (in *SDHC*, *SDHAF2*, *SDHA*, *TMEM127*, and *MAX*) are rare, and screening for these genes is recommended when other genes have been tested (when necessary).

With neuroendocrine tumors (NETs) of the small intestine (carcinoids) the mesenteric tumor can induce advanced fibrosis between intestines, with obstruction and intestinal vascular impairment. Survival advantage has been documented in patients subjected to removal of the primary tumor and mesenteric metastases, may have reduced risk of complications and spread (10). Poorer prognosis has been related to carcinoid heart disease, old age, peritoneal carcinomatosis, or wide disease spread to the liver or other sites. Somatostatin analogues have markedly palliated the carcinoid syndrome, and prolonged progression-free survival in patients with low grade NETs (PROMID study). mTOR inhibitors have increased progression free survival in patients with advanced well-differentiated pancreatic NETs (pNETs), and helped reduce hormone secretion. Interaction with the VEGF pathway by a monoclonal antibody (bevacizumab) binding to circulating VEGF has been used in combinations with mTOR inhibitors. Efforts of individualized tumor therapy based on new generation whole genome sequencing has been initiated for NETs and other malignant endocrine tumors.

The varieties of the MEN2 syndrome, MEN2A, MEN2B, and Familial MTC, were two decades ago demonstrated to be due to germline mutations of the *RET* oncogene. The strong association between disease phenotype and *RET* mutation genotype have had strong implications for the clinical management of MEN2 patients and their families, since the onset and severity of MTC relate to the type of *RET* mutation. Criteria for prophylactic thyroidectomy based on mutation analysis have been further evaluated in surgical series (11). Genetic testing has been transformed into clinical management in the MEN 2 syndrome, more than in any other cancer syndrome. Since prophylactic surgery undertaken before malignancy has developed may cure patients, this has been named as one of the most important overall achievements in cancer treatment.

References:

1. Udelsman R, Åkerström G, Biagini C, et al. The Surgical Management of Asymptomatic Primary Hyperparathyroidism: Consensus Conference Document, of the Fourth International Workshop: In press.
2. Choi M, et al. K+ channel mutations in adrenal aldosterone-producing adenomas and hereditary hypertension. *Science* 2011;331:768-772.

3. Åkerström Tet al. Comprehensive re-sequencing of adrenal aldosterone producing lesions reveal three somatic mutations near the KCNJ5 potassium channel selectivity filter. *PLoS One*. 2012;7(7):41926.
4. Boulkroun S, et al. Prevalence, clinical, and molecular correlates of KCNJ5 Mutations in Primary Aldosteronism. *Hypertension*2012;59:592-598.
5. Scholl UI, et al. Somatic and germline CACNA1D calcium channel mutations in aldosterone-producing adenomas and primary aldosteronism. *Nature genetics*2013;45(9):1050-4.
6. Azizan EA, et al. Somatic mutations in ATP1A1 and CACNA1D underlie a common subtype of adrenal hypertension. *Nature genetics*2013;45:1055-1060.
7. Beuschlein F, et al. Somatic mutations in ATP1A1 and ATP2B3 lead to aldosterone-producing adenomas and secondary hypertension. *Nature genetics*2013;45:440-444.
8. Mulatero P. Increased Diagnosis of Primary Aldosteronism, including surgicallycorrectable forms, in centers from five continents. *J Clin EndocrinolMetab* 2004;89,1045-1050.
9. Gordon RD, Tunny TJ, Stowasser M, Klemm SA. Evidence that primary aldosteronism may not be uncommon: 12% incidence among antihypertensive drug trial volunteers. *Clin Exper Pharmacol Physiol* 2007;20:296-298.
10. Norlen O, Stalberg P, Oberg K, Eriksson J, Hedberg J, Hessman O, Eva Tiensuu Janson, Hellman P, Åkerström G. Long-term results of surgery for small intestinal neuroendocrine tumors at a tertiary referral center. *World J Surg* 2012;36:1419–31.
11. Kloos RT, Eng C, Evans DB, et al. Medullary thyroid cancer: management guidelines of the American Thyroid Association. *Thyroid*. 2009;19:565-6

Göran Åkerström

Professor, Institution of Surgical Sciences, Department of Surgery, University Hospital
Uppsala, 751 85 Uppsala, Sweden

PROTAGONISTES DE LA CIRURGIA A SABADELL EN LA GUERRA I EN LA POSTGUERRA

Simó Deu J, Sala Pedrós J.

Introducció

Sempre hi han hagut a Catalunya cirurgians que han estat en la primera línia, independentment de les circumstàncies i l'entorn on els ha tocat d'exercir dignament la seva professió. La ciutat de Sabadell, en el període que compren la denominada guerra civil espanyola i les seves conseqüències immediates, pot ser un exemple de com era la cirurgia i els cirurgians de base, en un moment transcendent del segle XX que inclou també la segona guerra mundial i la seva postguerra.

Tot i que la proximitat en el temps fa difícil fer una ressenya completa i objectiva dels protagonistes de la cirurgia a Sabadell en els difícils i dramàtics dies del final de la guerra i dels anys més tristos i grisos de la postguerra, intentarem una aproximació, tant al lloc com al moment i a les persones.

Aquestes memòries intenten fer aflorar de nou el record d'uns homes que seria una gran injustícia mantenir-los en l'oblit. La reparació té, doncs, una doble finalitat: per una banda omplir el gran buit històric al qual se'ls havia sotmès inexplicablement, per l'altra banda posar el seu record a l'abast de les noves generacions.

Cal esmentar però que, en aquest recull biogràfic s'han pogut utilitzar preferentment els testimonis orals, com a document viu, en especial quan mancava, moltes vegades, una documentació històrica més precisa. Si bé aquesta limitació no s'ajusta plenament al mètode històric objectiu clàssic, aporta la frescor i l'espontaneïtat del record sentimental. Tot i així, per a una ressenya més crítica, s'ha intentat consultar tota la bibliografia possible, a l'abast, que s'ha pogut documentar, sobretot, gràcies als fons de l'Arxiu Històric de Sabadell. Hem intentat, de totes maneres no inventar res, però tampoc distorsionar les impressions de les persones que ens han aportat informació.¹

De manera especial, resulten, doncs, molt d'agrair els testimonis directes dels deixebles més propers i dels familiars més íntims dels protagonistes, que han enriquit el relat amb records personals, anècdotes i, especialment, amb un fons fotogràfic inèdit de gran valor documental. Per tots ells, el nostre reconeixement i gratitud.

L'entorn històric i sociosanitari del Sabadell de la guerra i la postguerra

L'organització hospitalària a Catalunya havia experimentat un gran avenç quan el govern de la Generalitat va assumir, a través del Departament de Sanitat i Assistència Social, l'organització de l'atenció sanitària. Malauradament la guerra no va permetre un major grau de desenvolupament de les funcions assignades però sí que es van propiciar les activitats dels hospitals comarcals incloent les de tipus quirúrgic.²

Però, per entendre bé el context en els moments històrics als quals ens referirem, cal recordar com eren les coses per tal de comprendre la situació que es trobava Sabadell, molt més crítica cap als finals de la guerra, quan Catalunya es preparava per resistir l'avenç de les tropes insurgents, autodenominades "nacionales", comandades pel General Francisco Franco Bahamonde.

L'ajuda internacional al govern republicà, tot i la seva legitimitat sorgida de les urnes, va ser més aviat de caràcter popular i molt poc institucional, per part de les democràcies d'arreu del món, com reconeixen molts historiadors de països com el Regne Unit. Molts metges i infermeres varen oferir els seus serveis voluntaris, en les denominades Brigades Internacionals, en les unitats d'ambulància posades en marxa pel comitè d'Ajuda Mèdica Espanyol o amb l'exèrcit republicà. No va ser fins més endavant que el suport oficial del govern de la Unió Soviètica es va fer manifest. En canvi, el suport al cop d'estat militar, va ser plenament oficial per part dels governs d'Alemanya i d'Itàlia, ben aviat i mentre va durar la guerra i part de la postguerra (fins a la derrota de l'eix Roma – Berlin, pels governs democràtics aliats, a la segona guerra mundial).

Quan es revisa la literatura científica, durant el període de 1936 a 1939, entre les revistes: *British Medical Journal* i *The Lancet* juntes, es van publicar 56 treballs, del bàndol republicà en relació amb la guerra civil espanyola. Mentre que del bàndol rebel només se'n van publicar 5. El fet que les ajudes al bàndol "nacional" provinguessin sobretot dels governs nazi d'Alemanya i feixista d'Itàlia però no del Regne Unit, no és suficient per explicar aquesta desproporció. Per altra banda, la revista alemanya de més prestigi: la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, va mantenir durant aquells anys, un absolut silenci en relació a la guerra civil espanyola.³

Però a més de les publicacions, les activitats científiques es van mantenir tan actives com va ser possible, a la zona sota el control del govern legítim, la major part del temps que va durar la guerra, malgrat les condicions adverses.⁴ S'ha de tenir en compte que van ser a l'Espanya republicana, en especial a Barcelona i a Madrid, els dos centres amb més tradició científica del país, les ciutats que van experimentar els bombardejos aeris més massius sobre la població civil.

Des del punt de vista clínic, les morts per hemorràgia eren freqüents entre els ferits de guerra. Les transfusions s'havien de fer braç a braç entre el donant i el receptor, fet que resultava difícil d'aplicar en els camps de batalla. Un gran avenç, que es va descriure i utilitzar en el bàndol republicà, va ser el primer assaig de les transfusions modernes, amb flascons preparats sense interfase sang-aire, minimitzant, amb l'afegit de citrats, l'hemòlisi que resultava inevitable en els trasllats.⁵ La possibilitat d'utilitzar el mètode descrit pel Dr. Frederic Duran Jordà va resultar providencial en molts casos i es va incorporar al patrimoni mèdic mundial. Amb menys reconeixement del que mereix, Duran Jordà, exiliat després de la desfeta de 1939, va morir al Regne Unit, el 1957, als 52 anys, havent exercit com a preuat i respectat patòleg.⁶

Va ser doncs a la guerra civil on, per primera vegada, es van emprar les transfusions de sang per a la reanimació dels ferits.⁷ En el servei central que va establir a Barcelona, es va aconseguir 14000 donants recollint 9000 litres de sang per a l'atenció als lesionats per la guerra. Les indicacions clíniques improvisades les van anar establint cirurgians, com el Dr. Moisès Broggi Vallès, aplicant-les en el quiròfan mòbil, al propi front.⁸ També es deu a Broggi la instauració de la traqueostomia d'urgència en les ferides greus de la cara.⁹ Però amb l'atenció al front, tot i ser fonamental, no n'hi havia prou.

La cirurgia de guerra

La pèrdua de Bilbao el 19 de juny, l'enfonsament del front d'Aragó amb la caiguda de Terol i de Lleida, els bombardejos cada vegada més freqüents a Barcelona i a la resta de Catalunya, la desfeta militar a la batalla de l'Ebre, van anar augmentant progressivament el nombre de ferits que s'havien d'hospitalitzar.

Tota la rereguarda era plena de víctimes de la guerra i d'hospitals improvisats. Sabadell no era cap excepció. Quan van començar a arribar els primers lesionats, tothom es va mobilitzar. El mes de febrer de 1937 hi va haver un esclat de fervor ciutadà solidari i es va crear una comissió pro hospital militar de Sabadell. Es van fer donatius d'empreses i dels propis obrers de les fàbriques, més o menys generosos o modestos segons la disponibilitat de cadascú. Com a exemple, l'empresa Filats de Llana Montané Martí va aportar a l'hospital un llit, llençols i una manta de llana, mentre els treballadors van obrir una subscripció on van recollir les diferents aportacions individuals. També les entitats ciutadanes (com la Caixa d'Estalvis de Sabadell), així com a nivell particular, els metges i personal sanitari en general, van fer aportacions per a la posta en marxa de l'hospital. Més enllà de la creença de molts que: defensant la república es defensava Catalunya, l'esperit de compassió amb els afectats per la guerra es va fer patent a la societat sabadellenca d'aquells dies.

El cas és que, a principis de 1937, es va inaugurar a Sabadell el primer hospital de guerra (o de sang, com es coneixia popularment), instal·lat a la Clínica Montserrat del carrer La Indústria, cantonada Vicenç del Barrio (en l'actualitat carrer de Sant Llorenç) que va passar a anomenar-se oficialment: Hospital Militar nº 8. La inauguració tingué lloc el 26 de desembre de 1937 i hi assistiren diverses personalitats: el Conseller de Governació i Assistència Social de la Generalitat: Josep Maria Sbert, el Regidor de Sanitat de l'Ajuntament: Manuel Farràs i el cos facultatiu format pels metges: Sixt Pérez i del Castillo, Lluís Bach i Reixach, Josep Argemí i Sallarès i Carles de Travy i Casas, juntament amb l'Alcalde: Josep Moix i Regàs.¹⁰ Posteriorment, el 2 de juny, la Mútua Sabadellenca es va incorporar també a l'hospital de sang. A l'any 1936 s'havia ingressat el primer pacient del qual s'havia fet càrrec, com a infermera, la Sra. Fortunata Gudayol, que poc a poc va anar reunint un grup de noves infermeres al voltant del nou centre del carrer de la Creueta.¹¹

Però després dels combats a Brunete i Belchite, l'espai disponible en aquesta clínica va quedar totalment insuficient i es va plantejar la necessitat de disposar de nous locals. Les autoritats sanitàries de l'exèrcit republicà es van veure forçades, cada vegada més, a confiscar algunes de les instal·lacions més adients per transformar-les en hospitals de sang de la rereguarda. Fou així com, mitjançant noves col·lectes entre la població, es van començar a habilitar diversos immobles. En primer lloc la casa Ponsà del carrer de la

Indústria (actualment Arxiu Històric de la Ciutat) i després el Casal d'Assistència Ciutadana (nom aleshores de la Casa de la Caritat).¹²

El denominat Hospital Militar nº 8 constava de dos edificis: un destinat a les intervencions quirúrgiques, amb el corresponent quiròfan i servei de raigs X, l'altre amb 36 llits d'hospitalització postoperatòria immediata dels ferits intervinguts. Un altre centre acomodat, les dependències del Casal d'Assistència, va aportar 370 llits més.¹³ Tot i així, la manca de lloc va obligar, més endavant, a desallotjar els asilats civils que encara restaven al Casal i a repartir-los per diferents domicilis de la ciutat. El mes d'abril de 1938, l'ajuntament va cedir tot el Casal al Ministeri de Defensa.¹⁴

Fins al final de la guerra, encara es van habilitar més locals com a hospitals militars.¹⁵ El mes d'agost de 1938, l'inspector d'hospitals de l'exèrcit de terra, Sebastià Moré Rojas, va confiscar l'edifici dels *docks*, fins aleshores la seu de l'oficina central d'estudis aeronàutics. A finals del mes de setembre, mentre es lluitava aferrissadament, en aquests hospitals, a part de la cirurgia de guerra, també s'efectuava tota classe de cirurgia civil, freqüent en aquells temps, malgrat la precarietat de l'instrumental i d'una anestèsia molt rudimentària que utilitzava el cloroform amb l'aparell d'Ombredanne.

Tot això passava en un clima econòmic advers. Malgrat que Sabadell va viure allunyada dels fronts de combat, ja en els primers temps de la guerra civil, a mitjans de 1937, es va produir una escalada incontenible en els preus dels queviures que va superar les millores salarials, portant a una caiguda progressiva del poder adquisitiu. Els diversos organismes existents, tant del Municipi com de la Generalitat, es van veure incapaços d'aportar solucions estables. La fam va començar a fer-se present entre la població i es va observar com augmentaven les malalties per desnutrició.¹⁶

L'alça continuada dels preus, la manca d'articles de primera necessitat, especialment alimentaris, la degradació de la vida a la rereguarda, la desmoralització creixent, van passar a ser la realitat punyent dels darrers mesos. La fam, la por, el cansament, eren part indestriable d'aquesta quotidianitat i la presència dels refugiats (1677 pel desembre de 1938, 850.000 d'arreu de l'Estat a Catalunya, atesos per la Generalitat i les institucions locals) feia sentir més encara el sotrac de la guerra.¹⁷

Pel gener de 1939, l'ofensiva "*nacional*" era incontenible i la derrota inevitable. Més de 500.000 refugiats van passar la frontera cap a França, mentre el 26 de gener, el General Juan Yagüe entrava a Barcelona. Al dia següent, a Sabadell, les tropes de la columna Líster havien passat per la ciutat destruint algunes fàbriques i instal·lacions que consideraven estratègiques. Gairebé tot seguit, es va produir l'entrada de l'exèrcit "*nacional*" que va ocupar la ciutat abandonada per l'exèrcit republicà.

El fet és que, el 27 de gener de 1939, entren primer les tropes italianes (*Corpo di Truppe Volontarie* del General Gastone Gambara), les alemanyes (forces de terra de *Die Legion Kondor* del General Wilhelm von Thoma), seguides de les tropes “nacionales” (del General Rafael García Valiño) i les tropes regulars marroquines conegudes com la guàrdia mora (del coronel Mohammed ben Mizzian), amb el futur alcalde: Josep M^a Marcet i Coll, amb uniforme militar i el sabre a la mà. Sabadell esdevé un caos. Els alemanys es fan càrrec del camp d'aviació per seguir bombardejant als soldats republicans que fugen cap a França.¹⁸ Mentrestant, les noves autoritats assumeixen l'administració local, de manera que, amb les mesures encaminades a l'establiment del nou ordre, s'entra en l'etapa més dura de la postguerra.¹⁹

Malgrat la por i les reticències, l'equip mèdic sencer de l'hospital de sang, amb els seus metges, es va quedar per atendre els ferits al dispensari, situat a l'ala est de l'Ajuntament. Amb l'arribada de les tropes sollevades, els metges van informar de les actuacions realitzades i de l'estat dels malalts, fins llavors sota la seva responsabilitat, enfrontant, amb honor professional, el traspàs de les competències als nous responsables sanitaris.

La cirurgia de la postguerra

Sabadell, com moltes altres ciutats catalanes i espanyoles en general, va patir, durant la guerra per descomptat, però també en una postguerra massa llarga, la tràgica experiència personal i social dels grans canvis poblacionals indesitjats.

Acabades les hostilitats militars, per una banda s'iniciava la fugida i l'èxode que portaria molts catalans i espanyols als camps de concentració a França, on marxaven per la por de morir a mans del vencedor. Alguns d'ells, van ser deportats als camps de concentració nazis pels alemanys o pels col·laboracionistes francesos, amb el vist-i-plau del nou govern espanyol. Altres van morir en els camps de batalla, després d'incorporar-se a la resistència francesa o als exèrcits aliats de la segona guerra mundial. Enfrontats a aquest destí, molts es van veure obligats a tornar, per les circumstàncies de la guerra a Europa, passant a les presons i als camps de concentració espanyols on, els que no hi van morir, hi van passar més o menys temps fins que van poder tornar a reunir-se amb les seves famílies o el que en quedava. Alguns es van acabar establint, superant l'enyorança, en els nous països que els van acollir. La població no compromesa políticament o que es va adaptar a les noves circumstàncies es va veure immersa, amb sort variable, en la dura situació, marcada per l'autarquia però també per la segona guerra mundial i les seves conseqüències.

Si eren temps difícils per tot, també ho foren per a la cirurgia. No hi havien antibiòtics, només les sulfamides (Prontosil) que havien portat a Espanya els aviadors alemanys de la *Legión Cóndor*. Cal tenir en compte que la penicil·lina no va arribar a Sabadell fins als anys 50's i només es podia obtenir, al principi, comprant-la, d'estraperlo, a la llibreria Vila de la Rambla.

Una certa manca de reconeixement dels avenços terapèutics republicans, per part dels vencedors “nacionales”, va representar un retard en la millora de l'atenció quirúrgica a l'Espanya de la postguerra, entre moltes altres actituds derivades de la ignorància o el menyspreu.

Tot i que marcades per un profund segell ideològic i, per tant, propagandístic, des del punt de vista sanitari, també es produeixen iniciatives orientades a captar el tan necessari suport dels treballadors a la nova causa. Així es crea la Seguretat Social amb el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE) a l'any 1944, sota l'emblema de la creu blava, sent el ministre responsable: José Antonio Girón de Velasco, al qual s'atribueix l'expressió que: la creu de la nova *España* no podia ser roja, només podia ser blava. I així ha perdurat.

La xarxa de serveis mèdics i d'assegurances havia fet que existís una cobertura obrera, en arribar als anys trenta, considerablement superior a moltes altres poblacions. Després de la guerra civil, la integració obligatòria de totes aquestes institucions a la Seguretat Social fou un retrocés en termes generals, tan en serveis com en cobertura.²⁰

Desenganyada l'esperança en el triomf dels protectors del regim dictatorial, la victòria dels aliats a la segona guerra mundial, va comportar per a Espanya un aïllament internacional com a conseqüència del qual no va ser admesa, d'entrada, a les Nacions Unides ni a cap de les institucions que agrupaven les forces aliades. Com a conseqüència, no va poder beneficiar-se dels primers ajuts nord-americans del Pla Marshall.

Aquests fets, també van col·laborar a una gran dificultat per a la importació de material quirúrgic que va posar a prova la pràctica dels cirurgians de l'època.

També l'anestèsia es trobava en una fase molt precària, poc evolucionada. El gas emprat era el cloroform i l'aparell de circuit tancat d'Ombredanne proporcionava dosis anestèsiques sovint properes a les xifres letals. Amb la incorporació de l'anestèsia de circuit obert, introduït pel Dr. Miguel (que es va conèixer com OMO: Ombredanne – Miguel – Oxford), Sabadell va poder disposar d'un preuat aparell en condicions, encara que únic.

Tampoc s'havien introduït els relaxants musculars, derivats del curare. Tot plegat feia que la rapidesa del cirurgià fos important per a la supervivència del pacient. El tancar una laparotomia, es convertia sovint en una lluita entre cirurgià i anestesista. L'esforç de l'equip quirúrgic per mantenir els budells, que maldaven per sobreixir de la cavitat abdominal, degut a la força que feia el pacient, obligava a fer autèntiques meravelles, en les maniobres de contenció, per tal d'evitar punxar el budell amb l'agulla i el fil de cosir l'aponeurosi, fet que podia comportar una oclusió intestinal i el fracàs de l'operació. Tampoc els dits de l'ajudant estaven prou segurs en aquella aferrissada lluita, d'aquí que es fes famosa la frase amb un cert to d'ironia: "punxi, punxi, professor, que més val que pateixi l'ajudant que el pobre malalt!".

L'esterilització també era deficient en aquells temps difícils, fent que molts fils de sutura es trobessin en mal estat. La mort d'un pacient de tètanos, després d'una nefrectomia per tuberculosi renal, va ser atribuïda al catgut en males condicions.

Tot s'havia d'aprofitar. La imatge de les infermeres reparant els guants amb pegats de cautxú, retallats d'altres guants més malmesos, com es feia en les rodes rebentades dels automòbils o bicicletes, formava part de les escenes quotidianes del quiròfan quan no s'estava ocupat per alguna intervenció.

Els centres privats, com la clínica del Dr. Pareja, gaudia d'avantatges com un sistema electrificat d'esterilització. S'hi realitzaven intervencions de cirurgia general i d'especialitats quirúrgiques per diversos cirurgians de Sabadell i de Barcelona. Havia estat inaugurada a l'any 1936 pels Drs. Llonch i Pareja, ambdós de profundes arrels catòliques que els van portar a exiliar-se cap a la zona "*nacional*" a través de França per Port Bou, entrant a Espanya per Hendaya. Amb la seva tornada el 1939, es van convertir en veritables "àngels protectors" dels pobres, ajudant a molts habitants, com els de les coves de Sant Oleguer, especialment el Dr. Pareja, però també altres metges de l'època, de qui es deia que deixaven diners sota el coixí dels malalts desvalguts que visitaven.

L'aproximació tàctica dels Estats Units, moguts pels interessos de la guerra freda contra la Unió Soviètica, van representar un valuós suport per al regim d'autarquia que va acabar portant al *Plan de Estabilización Económica* del 1959, com a tímida inici d'un cert grau de desenvolupament econòmic, mantenint la rigidesa política.

Els centres quirúrgics de Sabadell a la postguerra

En els principis de l'autarquia, hi havia tres maneres d'accedir a l'exercici de la cirurgia: la beneficència, les mútues i la pràctica privada. A Sabadell hi havia 4 centres disponibles:

- L'Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell o Clínica de Nostra Senyora de la Salut o Clínica de la Salut o simplement "La Salut", coneguda popularment com "Els Eucaliptus", de la qual es va fer càrrec el Dr. Josep M^a Llonch. Tot i que l'hospital de Sabadell data del 1283, va tenir diferents localitzacions fins que el 1923 es va instal·lar al nou edifici del Parc Taulí amb el nom de Casal Clínic i el 1924 se li va donar ja el nom de Clínica de Ntra. Sra. de la Salut. La responsabilitat d'infermeria la van assumir les germanes religioses de Sant Vicenç de Paul que, durant la guerra civil, havien deixat les seves tasques i s'havien repartit per diferents cases de la ciutat, deixant l'atenció en mans d'infermeres seglars, però el 1939 es va tornar a fer càrrec de nou de les seves funcions anteriors.²¹
- La Clínica de la Santa Creu (o clínica de la Creu o simplement "La Creu") de la Mútua Sabadellenca d'Accidents de Treball (*Mutua Sabadellense*), creada el 1917 i coneguda amb el nom popular de Mútua dels Amos o simplement "La Mútua", reorganitzada el 1946 i que va passar a ser responsabilitat del Dr. Sixto Pérez. El 1953 assumien la direcció d'infermeria les religioses germanes Hospitalàries de la Santa Creu.
- la Clínica de Nostra Senyora de Montserrat o Clínica Montserrat, coneguda popularment com la Clínica del Dr. Pareja, on hi operaven privadament diferents cirurgians.
- la Clínica de l'Aliança o simplement L'Aliança (*Quinta de Salud La Alianza*) sota la responsabilitat del Dr. Alfred Gómez. Després de la guerra civil, el Casal Mutualista, que formava part de la denominada Federació de Germandats, Monts de Pietat i Mútues, creada a l'any 1921, havia estat absorbit per la "*Quinta de Salud La Alianza*", passant a ser una companyia d'assegurances privada que inaugurarà la nova Clínica a Sabadell el 1942.²² Amb alts i baixos, ha subsistit fins al moment actual, canviant de responsables gestors; la seva successora actual és coneguda com a Clínica de Sabadell.

Amb l'adveniment de la Seguretat Social (derivada del *Seguro Obligatorio de enfermedad - SOE*) i amb l'augment demogràfic esdevingut a Sabadell, en especial per la immigració, durant la postguerra, es van crear les noves places d'equips quirúrgics formats per: un cirurgià, un ajudant, una instrumentista i un anestesista. A més dels antics, ja esmentats, dos nous cirurgians s'hi van incorporar, a Sabadell, a la dècada dels anys 50's. Procedien, cada un, d'un dels dos grans hospitals de Barcelona:

- De l'Hospital Clínic: el Dr. Hermann Hederich
- De l'Hospital de Sant Pau: el Dr. Joan Prim.

Es tractava de dues escoles i de dos models diferents que ja s'havien gestat en els anys de la República, van seguir durant la guerra i la postguerra i han continuat fins a temps recents. L'Hospital Clínic, com a seu de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB), era hereva del Professor Joaquim Trias i Pujol, fins que va haver de partir a l'exili al final de la guerra, continuant després amb el lideratge el Professor Pere Piulachs, al menys durant la postguerra en aquells primers temps. L'Hospital de Sant Pau, en canvi, recollia la tradició de l'hospital de la Santa Creu, amb els Drs. Ribas i Corachan i de l'esperit innovador de la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), implantada durant la República, sota l'auspici, entre altres, dels germans Trias, en especial del Prof. Antoni Trias i Pujol. Suspesa l'Autònoma, com es coneixia l'UAB, en acabar la guerra, recull el nou lideratge de Sant Pau el Dr. Puig Sureda. Tot i que l'Hospital de Sant Pau és un centre de referència en cirurgia a nivell estatal, la Universitat Autònoma no es recuperarà, totalment renovada, fins a finals dels anys 60's.

Per exposar els trets biogràfics més rellevants, per a una revisió històrica dels protagonistes quirúrgics de Sabadell durant la guerra i la postguerra, a fi de no establir prioritats subjectives, s'ha adoptat un criteri cronològic de treball a Sabadell per a la seva presentació.

Els protagonistes de la cirurgia

Manuel Corachan i Garcia

(Xiva, La Foia de Bunyol, 1881 – Barcelona, 1942).



Cirurgià valencià, fill d'un barber/cirurgià humil, va arribar a adquirir un gran prestigi internacional. El 1893 es traslladà a casa dels seus oncles que vivien a Sants (Barcelona). Es llicencià en Medicina i Cirurgia a Barcelona el 1906 i fou deixeble d'Enric Ribas i Ribas i d'Àlvar Esquerdo.

El 1921 fou nomenat director del servei de cirurgia de l'hospital de la Santa Creu i fundà la Clínica Corachan.

El 1925 se li oferí la direcció de la Secció d'Accidents de la Mútua Sabadellenca, tot i que, com era de preveure, les seves múltiples activitats li van impedir d'acceptar el nomenament. Amb voluntat de servei, es va comprometre, com a consultor i assessor de l'equip mèdic de la Mútua, proposant, pel lloc de director, al seu deixeble Josep Trueta.²³

Aquell mateix any 1925 es doctorà a la Universitat de Madrid (la única possible llavors), amb una tesi sobre cirurgia gàstrica i fou escollit membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, succeint Ramon Torres i Casanovas. Va ser president de la *Sociedad de Cirugía de Barcelona* del 1929 al 1931 i de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears des del 1932 al 1934.

Nomenat professor de patologia quirúrgica de la Universitat Autònoma de Barcelona, col·laborà a la revista *Monografies Mèdiques*. Entre les seves obres hi figuren:

- "La cirurgia en els processos abdominals aguts" de 1926.
- "Cirurgia Gàstrica" de 1934.
- "*Clínica y Terapéutica Quirúrgicas de Urgencia*" de 1936 juntament amb Francesc Domènech i Alsina.
- "Indicacions Quirúrgiques en les Malalties del Còlon (Exceptuant el càncer)".²⁴

Una gran obra, també en bona part seva, va ser la realització del diccionari de terminologia mèdica en català que, juntament amb Humbert Torres i Barberà, varen publicar amb el nom de "Diccionari de Medicina" a l'any 1936.²⁵

El 1936 fou nomenat Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya però, en començar la guerra civil espanyola, fou amenaçat per incontrolats i el 1937 s'exilià, primer a França i després a Veneçuela, on fou catedràtic de tècnica anatòmica de la Universitat de Caracas i d'on no va tornar fins al 1941. Nomenat novament Cap de Servei de Cirurgia de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau de Barcelona, va exercir fins a la seva mort, malauradament esdevinguda poc després.

Josep Trueta i Raspall

(Barcelona, Poble Nou, 1897 – Santa Cristina d'Aro 1977)



Es formà com a cirurgià a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, al costat del Prof. Manuel Corachan a qui substituï quan aquest fou nomenat Conseller de Sanitat de la Generalitat de Catalunya el 1936. Per tal de conèixer les tècniques de Böhler viatjà a Viena, conjuntament amb Gimeno Vidal, sent considerats, tots dos, pares destacats de la moderna traumatologia catalana.²⁶

Un dia Corachan li va fer llegir un treball del cirurgià nord-americà Winneth Orr que donava a conèixer un curiós i antic mètode per tractar l'osteomielitis crònica; consistia en drenar àmpliament els teixits corresponents a l'os afectat, tapar la ferida amb gasa vaselinada i immobilitzar amb guix l'extremitat corresponent. Orr el va experimentar personalment, a finals de la primera guerra mundial, quan va haver d'acompanyar un munt de ferits en vaixell d'Europa cap als Estats Units. Eren tants, que molts no van poder ser atesos durant el trajecte. La seva sorpresa, en arribar, va ser que, aquells que no s'havien pogut curar durant el trajecte, malgrat la mala olor, tenien millor aspecte que els que havien seguit la cura tradicional.²⁷

Corachan va encarregar a Trueta l'assaig del procediment en el camp dels accidents laborals. Pot ser per la possibilitat d'aplicar aquests progressos, li va confiar la Direcció de la Mútua d'Accidents de Sabadell. El jove Trueta, entusiasmat, es va comprar, de segona mà, un Peugeot cinc cavalls per traslladar-se a Sabadell i poder compaginar la tasca amb l'Hospital de Sant Pau. Va complir amb el seu compromís fins al seu exili a França i després a Anglaterra.

Mentrestant, Barcelona sofrí, pel maig de 1938, un terrible bombardeig. L'aviació italiana, amb base a Mallorca, va abocar bombes cada 2 hores, durant tres dies, rebent els hospitals més de 2200 ferits en aquest període. S'ha dit que la guerra civil espanyola pot molt bé haver estat la primera en què les pèrdues civils van excedir les dels combatents. Les fractures obertes dels ossos llargs anaven associades a altes xifres de gangrena, amputació i mort. En aquesta situació, el mètode emprat per Trueta, de tots conegut, es va iniciar com a tractament nou de les fractures de guerra el 1938, amb excel·lents resultats. Amb el "*closed method*" o cura oclusiva propugnada per Orr, malgrat la pudor insuportable, en retirar el guix, la ferida presentava un aspecte immillorable.²⁸ Només hi van haver 6 morts d'una sèrie de 1073 ferits i solament el 0,75% va presentar complicacions.²⁹ Tot i que en aquell temps ja s'havien introduït les sulfamides en l'arsenal terapèutic, Trueta va mantenir que mai podrien ser el substitut d'una bona cirurgia. L'experiència que li va donar l'atenció als ferits, causats pels bombardejos, va ser cabdal per reafirmar la bondat del nou mètode i la seva publicació li va proporcionar un reconeixement internacional.

Així doncs, en plena guerra, quan la Junta de Sanitat Militar del Ministeri de Defensa, del govern de la República, va convertir la Mútua Sabadellenca en Hospital de Sang, Trueta en va ser nomenat Director, compartint la responsabilitat a Sabadell dels ferits de guerra a la rereguarda amb el Dr. Sixte Pérez, instal·lat a Sabadell des de feia ja alguns anys.

En acabar la guerra el 1939, Trueta es veié obligat a exiliar-se, primer a Perpinyà (França) on el *Foreign Office* britànic va establir contacte amb ell i li va proposar el seu trasllat a Anglaterra, per tal d'assessorar als membres de la Resistència Passiva, entre les quals es trobava el Dr. S. R. Girdlestone, catedràtic d'ortopèdia de la Universitat d'Oxford.³⁰ En aquell temps va publicar el seu llibre "*Treatment of war wound and fractures*" que va ser traduït a diversos idiomes.³¹ Durant la segona guerra mundial, amb el mètode que coneixia prou bé, va salvar la vida a molts soldats i la invalidesa a molts d'altres.

Malgrat la seva activitat professional, mai es va oblidar de Catalunya i, el 1946, va publicar el seu llibre "*The Spirit of Catalonia*" que va acostar al món anglosaxó la història i la cultura catalano-occitana.³² Més tard, quan va poder ser publicat en català, va esdevenir un referent cultural per entendre la idiosincràsia del país.³³

Va ser nomenat catedràtic a Oxford el 1949 i Doctor Honoris Causa el 1952, sent proposat per l'adjudicació del Premi Nobel.³⁴

En tornar a Barcelona, a l'any 1967, Trueta se sentí apartat i menystingut per alguns companys de professió que li van girar l'esquena. No podent formar part del quadre mèdic de la Clínica Corachan, va haver d'operar a la Clínica Quiron. Cansat de tot plegat, finalment va decidir marxar de Barcelona i instal·lar-se a Santa Cristina d'Aro fins que va morir a l'any 1977.



A la fotografia, el Dr. Prim operant a l'Hospital de Sant Pau, mentre els observen el Dr. Trueta i el Dr. Artigas, entre altres.

Sixt Pérez del Castillo

(Barcelona 1890 – Barcelona 1952)



Va néixer a Barcelona el 6 de febrer de 1890. Llicenciat en Medicina i Farmàcia, va estudiar a l'Hospital Clínic de Barcelona. A l'any 1927 va participar en la fundació de la Societat Catalana de Cirurgia que, per raons polítiques, sent governador militar de Barcelona el General Milans del Bosch, va haver de ser reconeguda oficialment amb el nom de *Sociedad de Cirugía de Barcelona*.³⁵

A l'any 1930 havia estat nomenat cap de cirurgia de l'hospital de Sabadell, conegut popularment amb el nom de "Els Eucaliptus", càrrec que va ocupar fins al 1938.

El Dr. Sixte Pérez s'havia format sota el mestratge del Dr. Joan Puig Sureda que li va inculcar les noves tendències de la cirurgia, basades en els coneixements fisiopatològics que comportava l'acte quirúrgic. Posseïa una gran personalitat i un caràcter que li donava la seva figura. Era fort i corpulent, amb espatlles molt amples que causaven admiració en les dones que l'envoltaven. Era un bon esportista i li agradava jugar a hoquei sobre herba. Estiuejava a Arenys de Mar.

Operant, era molt hàbil i efectuava amb destresa qualsevol tipus de cirurgia. Era un veritable cirurgià general, espècie destinada a extingir-se com les balenes atlàntiques i els elefants asiàtics, com li agradava de dir el gran cirurgià James Hardy.

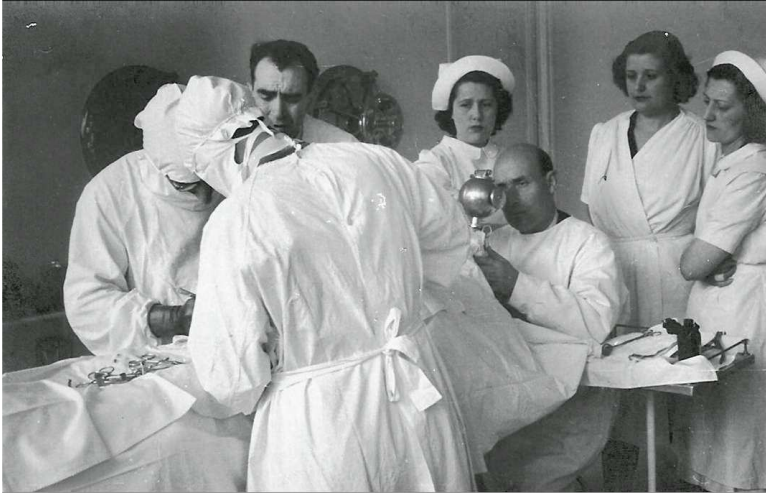
Durant la seva etapa als Eucaliptus (1930-1945), el Dr. Sixte Pérez, a part d'efectuar tot tipus de cirurgia general, traumatologia, ginecologia i urologia, va portar també a terme diverses intervencions de cirurgia toràcica (pneumotòrax, toracoplasties, frenicectomies), atès el nombre de tuberculosos ingressats al pavelló Reina Victòria Eugènia, avui Institut Universitari. Complia amb els criteris que, com deia un proverbi anglès del segle XV que en aquell temps havia popularitzat el cirurgià alemany Sauerbrück: "un bon cirurgià ha de tenir ulls d'àliga, cor de lleó i mà de senyora".

Pel seu gran prestigi, en aquestes circumstàncies, fou nomenat director de l'hospital de sang (Clínica nº 8) que Sanitat Militar va instaurar a la casa Ponsà. Naturalment va assistir a la seva inauguració el 26 de desembre de 1937. Aquesta decisió fou precedida per la necessitat que els combatents sabadellencs ferits als fronts d'Aragó, del Segre i, darrerament, a la batalla de l'Ebre, fossin traslladats als hospitals de sang anomenats de la rereguarda, prop dels seus familiars, per a la seva guarició. Per això es tractava d'un hospital fet amb donacions de les entitats i de la ciutadania en general.

Tenint en compte la seva experiència en traumatologia, va ser nomenat director del Servei d'Accidents de la Mútua Sabadellenca. L'havien precedit en aquest càrrec: el Dr. Manuel Corachan i Garcia i el Dr. Josep Trueta i Raspall fins que aquest últim va ser nomenat Director Tècnic de l'Hospital de Sang domiciliat al carrer Maurin, 97, dotat amb 22 llits, a l'edifici propietat de la Mútua Sabadellenca (dades del *Jefe de Sanidad del Ejército de Tierra*, registre 12971). De fet ja havia substituït al Dr. Trueta quan aquest va ser nomenat Director del Servei de Cirurgia de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona, en fer-se càrrec el Dr. Corachan de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

En acabar la guerra, va passar un temps amagat a casa d'uns amics, tot i no haver tingut mai cap adscripció política, malgrat la seva col·laboració amb la sanitat republicana, fet que tenia a veure amb el moment, el lloc i la carrera professional, sense cap altra intencionalitat. Fou així com, el consell de la *Mutua Sabadellense*, presidit pel Sr. Joan Llonch, li ratificà el càrrec de Director d'Accidents, tenint en compte el seu comportament professional i humà durant la guerra. Durant aquests anys va seguir treballant al quiròfan de la Mútua com a cap d'equip, amb el Dr. Bach com a anestesista, el Dr. Santiago Fontanet com a ajudant i la Sra. Fortunata Gudiol com a responsable del quiròfan. Com a cirurgià de més prestigi en aquell moment, el Dr. Sixto Pérez, disposava una bona clientela privada, sent admirat i respectat pels altres cirurgians.

Mori als 62 anys (16 de setembre de 1952) d'un infart agut de miocardi, mentre visitava un dels seus pacients al seu domicili a Vallvidrera.



A la fotografia, el Dr. Sixto Pérez operant, mentre el metge de capçalera Dr. Balcells (pare) i la infermera Sra. Fortunata Gudiol, entre altres, s'ho miren.

Alfred Gómez Torner

(Vilafranca del Penedès 1898 – Sabadell 1966)



Descendent d'una família amb una llarga tradició militar, el seu avi patern fou l'excel·lentíssim senyor Ramon Gómez i Pulido, Capità General de València, diputat a Corts per Tarragona l'any 1858 i amb la qualitat de Noble l'any 1871. El seu pare, l'excel·lentíssim senyor Carles Gómez Alberti, fou General de Brigada i Governador de València a l'any 1925. Cal remarcar que, com a hereu d'aquesta nissaga, rebé les condicions d'austeritat i dignitat que confereix l'esperit castrense. Malgrat aquesta herència, el Dr. Gómez mai es preocupà de reviuir els títols nobiliaris als quals tenia un dret legítim, tot i que van ser reconeguts, més tard, en la persona del seu fill.

Es dedicà sempre a la seva professió de cirurgià per la qual sentia una autèntica vocació. Alfred Gómez estudià a les Facultat de Medicina de Barcelona, València i Cadis, sent en aquesta última on es va llicenciar a l'any 1928. Es va formar com a cirurgià, al costat del Dr. Joan Mas Oliver.

Amb el títol de metge i experiència com a cirurgia, arriba a Sabadell on exercí durant més de 35 anys. Va començar la seva activitat al "Casal Mutualista" de Sabadell, format per obrers sabadellencs i establert, en un principi, al carrer de la Creueta i, més tard, a la Plaça del Gas. La seva tasca la va desenvolupar també a la Clínica Nostra Senyora de la Salut, Clínica Nostra Senyora de Montserrat i Mútua Sabadellenca.

Durant la guerra, va ser capità metge del cos de sanitat de l'exèrcit republicà.

Nomenat, el Dr. Gómez, Cap de Servei de Cirurgia de l'Aliança, va formar equip amb els Drs. Simeó Simó Vila i Francisco Mena de la Torre com a ajudants, els Srs. Joan Burget i Emili Bella com a anestesistes i la Sra. Margarita Pareja com a instrumentista.

El quiròfan estava situat a l'últim pis de la Clínica de l'Aliança i no hi havia ascensor, de manera que havien de baixar amb llitera als pacients operats, per les escales. Tota una epopeia. En aquell temps tenien com a assessor un cirurgià de molt prestigi: el Dr. Joan Masoliver.

El Dr. Gómez era una persona d'alta estatura, molt elegant i de caràcter afable. Sempre anava molt ben vestit i es cuidava les mans fent-se la manicura quan anava a afaitar-se a la barberia Roca de la Rambla. Integrat a Sabadell, va ser també metge del Centre d'Esports Sabadell, era soci del Casino i molt afeccionat als escacs.

Al final de la seva vida va sofrir una terrible malaltia per a un cirurgià: la infermetat de Parkinson, que el va obligar a deixar el quiròfan i, en el capvespre dels seus dies, es va haver de refugiar en l'exercici de la medicina general per tal de sobreviure.

Va morir el dia 26 de maig de 1966, al seu domicili del carrer Colom, 25 de Sabadell.

Josep Maria Llonch Gambús
(Sabadell 1901 – Sabadell 1972)



Josep M^è Llonch va néixer a Sabadell el 1901, de família benestant i profundament religiosa. Va estudiar Medicina a la Universitat de Barcelona i es llicencià el 1927. Acabada la carrera, va continuar assistint a l'hospital clínic com a metge intern, a la clínica d'operacions dirigida pel Prof. Joaquim Trias i Pujol, on va prendre contacte amb les tècniques quirúrgiques més innovadores de l'època.

Al 1933, instal·lat a Sabadell, va treballar com a metge d'urgències de la Clínica de la Federació de Germandats, que més tard passaria a formar part de la *Quinta de Salud La Alianza*.

Al mateix temps va entrar a la clínica Nostra Senyora de la Salut com a ajudant del Dr. Sixt Pérez. El 1936, mogut per la intenció d'oferir als seus malalts una assistència en les millors condicions possibles, decideix, amb el seu amic Alfons Pareja, fundar una clínica que acollís serveis de medicina, cirurgia i altres especialitats. La idea queda plasmada en obrir-la, el 27 d'abril de 1936, amb el nom de Clínica de Nostra Senyora de Montserrat, situada al carrer de la Indústria cantonada Sant Llorenç.

Al cap de tres mesos, en començar la guerra civil, va ser confiscada per la Generalitat i transformada en Clínica Maternal. Tant el Dr. Llonch com el Dr. Pareja es van haver d'exiliar per la por a ser agredits per les seves creences religioses. Després de passar per França, es varen dirigir a l'*Espanya Nacional*, el Dr. Pareja a Saragossa i el Dr. Llonch a Sant Sebastià (en aquells moments en deien "*San Se Está Bien*") primer i després incorporant-se al front de Guadalajara, a l'equip quirúrgic mòbil sota el comandament del capità Joan Puig Sureda. No hi ha dubte que la cirurgia de guerra va deixar una empremta perdurable en la seva formació com a cirurgià.

De la seva capacitat de treball extraordinària, incansable, n'eren testimonis els seus ajudants que, amb prou feines, podien seguir les seves llargues sessions operatòries. En aquests anys de penúries de material quirúrgic, s'havia acostumat tant a estalviar que aprofitava els fils de sutura fins a límits increïbles.

Malgrat haver entrat a Catalunya amb les tropes vencedores, envoltat d'una aureola de popularitat, en arribar a Sabadell, a l'any 1939, va penjar el seu uniforme, es va oblidar de la guerra i mai va passar factura per la seva actuació en el bàndol "*nacional*".³⁶

En acabar la guerra, reprèn la seva feina, treballant a les clíniques que llavors hi havia a Sabadell, però també posa en pràctica l'antic projecte de crear un sistema mutual "La Mútua del Dr. Llonch" que assegurí l'assistència quirúrgica als sabadellencs amb pocs recursos econòmics, podent gaudir de prestacions sanitàries dignes a canvi d'una petita aportació econòmica mensual (pacients aconduïts: una pràctica que ja existia per als metges de capçalera i que ell va instaurar també per a l'especialitat de cirurgia). La nova clínica ambulatòria la va instal·lar al carrer de Sant Quirze. En aquells primers temps no existia encara la Seguretat Social i tothom havia de recórrer a les mútues o a la medicina privada per assegurar una atenció sanitària d'acord amb els criteris imperants.

Al mateix temps, el Dr. Llonch, es reincorpora a la clínica Nostra Senyora de la Salut, com a ajudant del Dr. Sixto Pérez fins al 1945, quan aquest va deixar la clínica per ocupar el càrrec de Director Mèdic de la Secció d'Accidents de Treball de la *Mutua Sabadellense*, sent nomenat Cap del Servei de Cirurgia.

Els seus ajudants, en aquell temps foren el Dr. Buxó, que rebia una assignació mensual de 100 pessetes, pagades per l'Ajuntament, incloent també l'atenció a les urgències. Posteriorment va tenir com ajudant al Dr. Santiago Fontanet i al Dr. Ramon Balcells. D'anestesiista, actuava un curiós personatge, el Sr. Teodoro Tamayo, que, al mateix temps, feia d'administrador de la clínica. El Sr. Tamayo va morir d'un infart agut de miocardi mentre l'operaven d'una suposada perforació d'estómac que no ho va ser, observant, en el moment de la intubació, la sortida d'escuma rosada característica de l'edema agut de pulmó degut a l'infart.

En més d'una ocasió, l'anestèsista era la monja del quiròfan, *Sor Julia*, incorporant-se després a aquesta tasca: la Sra. Mariona Creus Virgili i el Dr. Josep Maria Vidal Claramunt. La instrumentista va ser sempre la seva cosina, la Sra. Maria Renom. El Dr. Llonch operava també a la Mútua, a vegades amb la Sra. Fortunata Gudiol com a anestèsista o el Sr. Gaietà Pareja.

A la Clínica de la Salut, les sessions operatòries es realitzaven en un quiròfan inhòspit, de sostre altíssim, amb amples vidrieres que permetessin passar la llum natural com a ajuda i reforç de la llum sobre el camp operatori. Per acabar de fer més difícil la tasca del cirurgià, hi havia el costum de deixar entrar als familiars a dins del quiròfan, donant-se la circumstància que, la visió de la sang, produïa efectes adversos, en alguns d'ells, que acabaven causant més problemes a l'equip mèdic que el propi pacient operat.

La cirurgia que es practicava en aquells temps era la de la paret abdominal (hèrnies i eventracions), d'estómac (úlceres pèptiques gastroduodenals), colorectals (colostomies, fistules i fissures anals, sins pilonidals de la regió sacra...), cirurgia biliar (colecistectomies) i hepàtica (marsupialització de quistos hidatídics), a més de cirurgia menor: quistos sebàcis ("llúpies"), ungles encarnades, nevus i berrugues. També es feia cirurgia urològica (nefrectomies) o ginecològica (histerectomies).

El Dr. Llonch, com molts cirurgians de l'època, era considerat molt personalista. En part era degut a un excés de responsabilitat, tenint en compte la gran confiança que els pacients dipositaven en el seu cirurgià que, en el cas del Dr. Llonch, podia arribar a una autèntica veneració. El fet era que, amb la gran responsabilitat que sentia pels seus malalts, mai delegava la feina. En contrapartida, resultava que, els seus ajudants gairebé no podien fer res. Pot ser per aquesta actitud, el Dr. Llonch, no va arribar a crear una escola, però també és cert que durant molts anys, els metges de Sabadell que volien dedicar-se a la cirurgia i li van demanar ajuda i consell, mai els ho va denegar.

La tasca humanitària i la seva actitud generosa, van estendre la seva fama per tota la ciutat, sent molts els sabadellencs que van ser operats per ell de forma desinteressada. Per la seva condició de sabadellenc de soca-arrel, s'emportà el protagonisme d'aquesta època. Estimat pels seus pacients i pels seus col·laboradors, era el paradigma de l'home bo, molt religiós, de comunió diària, una autèntica icona de la ciutat. Aquest ambient ciutadà, va cristal·litzar, a l'Ajuntament, l'acord de promoure un homenatge popular que va tenir lloc a la Clínica de Nostra Senyora de la Salut, amb la participació d'entitats i institucions, juntament amb la ciutadania, sent-li lliurada la medalla de plata de la ciutat, pel batlle Josep M^a Marcet i Coll, el 1947.



A la fotografia, el Dr. Llonch al pati de la Mútua Sabadellenca amb el Dr. Ramon Balcells i el practicant anestesista Sr. Gaietà Pareja. Acompanyats per les infermeres Sres. Maria Dolors Saló, Fortunata Gudiol, Mercè Arboix, Elena.

Quan a l'any 1971 li va arribar la jubilació, no va ser ben rebuda. No entenia que l'obliguessin a plegar. Aquest mateix any, les molèsties gàstriques, que arrossegava de temps, es van aguditzar, havent de passar pel quiròfan, en aquesta ocasió com a pacient. El Dr. Sitges Creus li va practicar una gastrectomia per una úlcera gàstrica, malignitzada. El període postoperatori es va complicar, presentant un sagnat gàstric que es va poder controlar sense haver de recórrer a una reintervenció. El fet de ser diabètic, va ser un factor més de risc i de morbidity afegida.

Recuperat de la intervenció, va seguir operant, però només alguns malalts de la beneficència, sense tornar a ser el mateix d'abans. Va canviar de caràcter i rondinava sovint. Les forces l'abandonaven fàcilment i les seves mans van anar perdent la seguretat d'abans. Davant l'evidència de la proximitat del seu final, la Caixa de Sabadell, presidida pel Dr. Lluís Duran Barrionuevo, li va concedir el Premi a la Ciutadania el 1970.³⁷

Sense temps per gaudir-ne, va morir a casa seva, rodejat dels seus i havent combregat, el dia 1 de desembre de 1972.

Santiago Fontanet i Garcia

(Sabadell 1918 – Sabadell 1988)



Va néixer a Sabadell, fill d'una família benestant, fent els seus estudis primaris i de batxillerat a les Escoles Pies de Sabadell.

Va estudiar Medicina a la Universitat de Salamanca on es va graduar a l'any 1945.

En tornar a Sabadell va exercir d'ajudant del Dr. Sixto Pérez a la Clínica de la Salut, on va aprendre tota la cirurgia que es practicava en aquells temps. Fins i tot va estar a les seves ordres a la *Mutua Sabadellense* en ser nomenat el Dr. Sixto Pérez Director del Servei d'Accidents fins a la seva mort a l'any 1952. Mentrestant també ajudava al Dr. Llonch al quiròfan dels Eucaliptus. Durant aquests temps es produïren algunes morts després de gastrectomies. El Dr. Fontanet, preocupat pel que havia passat, va acudir a la *morgue* per esbrinar les causes de la fallida. Dissortadament, l'estat dels cadàvers va fer impossible la investigació.

Després de la mort del Dr. Sixto Pérez, va ser convocada la plaça de Director d'Accidents de la Mútua que es va atorgar al Dr. Joan Oller Daurella, procedent de l'Hospital Clínic i portador d'un especial interès en la cirurgia ortopèdica i la traumatologia. Aquest fet va produir un cert desencís al Dr. Fontanet, tot i compartir amb els Drs. Oller i Antoni Miret Montserrat, l'adscripció a la nova saga de cirurgians traumatòlegs.

El 1955, amb la mort d'Alfred Gómez, va ser nomenat Cap de Servei de Cirurgia de l'Aliança, tenint com a ajudant al Dr. Francisco Mena de la Torre, com a instrumentista al Sr. Lluís Burget i com a anestesista al Sr. Emili Bella.

En la vida privada, formava part de la joventut amb inquietud intel·lectual de Sabadell, juntament amb: els germans Molins, en Lluís Costa, el Dr. Miquel Crusafont i el Dr. Pere Sala.³⁸

Santiago Fontanet era un home alt i ben plantat, vestia esportivament i sempre adient als temps. Bon conversador, li agradava relacionar-se i portava la veu cantant en les converses. Tenia una personalitat que donava confiança als seus clients. La seva afició a l'esport el portaven, des de l'esqui a l'hivern a La Molina, fins a la pràctica nàutica a l'estiu a Palamós. Fou secretari de l'Ateneu Medicocultural, adscrit al Cercle Sabadellès, càrrec que exercí fins a la seva mort.



A la fotografia, el Dr. Fontanet, vestit amb corbata, a la penúltima fila a la dreta, a l'escala de la clínica de l'Aliança de la Plaça del Gas. També s'hi pot veure al Sr. Emili Bella (practicant), el Dr. Francisco Mena, la Sra. Teresa (responsable de l'Administració de l'Aliança), el Sr. Joan Burget pare (practicant que feia anestèsia) i el Sr. Lluís Burget fill (també practicant).

A la Clínica de l'Aliança, el Dr. Fontanet va poder desenvolupar conjuntament les especialitats de cirurgia general i de traumatologia, una dualitat molt en boga en aquell temps, sobretot en ciutats no universitàries. Així, el 1979, va ser nomenat Director de la Clínica l'Aliança, avui en dia Clínica del Vallès. Va tenir com a ajudant al Dr. Isidre Castells Calsina, amb dedicació a la cirurgia vascular, que el succeiria, com a cap de servei, després de la seva mort.

Havent patit diversos infarts de miocardi, el darrer, amb 70 anys, va resultar fatal el 19 de juliol de 1988.

Ramon Balius i Sabata

(1900 – 1982)



El Dr. Ramon Balius va venir a Sabadell el 1953, quan es va posar en marxa el *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE) a través dels mútues col·laboradores que treballaven en les diverses clíniques de la ciutat.

El Dr. Balius s'havia format com a cirurgià en el Servei de Patologia Quirúrgica que regentava el Professor Auxiliar Dr. Antonio Morales. En arribar a la càtedra el Dr. Antoni Trias i Pujol (anomenat "*el malo*", en part per les seves idees polítiques, en contraposició al seu germà, el Dr. Joaquim Trias anomenat "*el bueno*", considerat menys

compromès), va acomiadar als metges del servei, que prèviament varen deixar una targeta, amb la promesa que els cridaria. Promesa que no es va arribar a complir.

Llavors va passar al Servei del Professor Bartrina fins que va esclatar la guerra i va ser mobilitzat amb el càrrec de capità.

En acabar la guerra, va passar al Servei de Cirurgia Infantil del Dr. Oliver Gumà, que era també metge de la plaça de braus. A Sabadell hi va venir acompanyat del seu fill com a ajudant, el Dr. Ramon Balius Juli, que s'havia format al Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic i treballava com a metge intern al costat del Dr. Jaume Suñol i més endavant com a Metge de Guàrdia.

Va exercir de cirurgià a la Clínica del Dr. Pareja on hi va deixar un molt bon record pel seu caràcter afable i per la seva destresa quirúrgica. Com a companys seus a la Clínica hi havia també els germans Drs. Joan i Pere Masoliver i el Dr. Emili Sala Patau.

El Dr. Balius realitzava tot tipus de cirurgia digestiva i paret abdominal, incloent: gastrectomies, colecistectomies, herniorràfies inguinals i crurals, apendicectomies (tan per apendicitis agudes com cròniques, en la nosologia d'aquell temps). Quan el Dr. Balius acabava de treure l'apèndix i quedava el monyó apendicular lligat, introduïa el nus en la bossa de tabac del cec i deia, sempre cerimoniós: "Granota, fica't al cove", tenint en compte que una fuga podia ocasionar una peritonitis greu. Era un cirurgià temorós i responsable, fins i tot en aquella cirurgia que es podia considerar senzilla.

En aquella època les urgències no estaven organitzades i els cirurgians estaven de guàrdia, per als seus malalts, les 24 hores del dia, 365 dies a l'any. L'ajudant, el seu fill Ramon Balius Juli, recorda encara la inconveniència d'haver hagut de venir, fins i tot dues vegades, des de Barcelona, en una mateixa nit, per atendre sengles urgències.

Amable i bromista, el Dr. Balius, elegant en el vestir i en la paraula, explicava acudits sovint però mai "fora de to" (cap dels considerats verds). En el seu llenguatge no hi cabia cap tipus de paraulota ni renec, ni tan sols quan la cirurgia es complicava. Modest i bon amic dels seus amics, sempre va vestir elegantment, mostrant que el seu armari era ric en sabates, corbates, barrets i vestits .

Li agradava dibuixar i pintava a l'oli. Llegia especialment novel·la negra (de detectius) i escrivia poemes en dies assenyalats.

En la tardor de la seva vida, va treballar al Servei de Neurocirurgia amb els Drs. Adolf Ley i Álvarez, a l'Orfenat Rivas de Barcelona. Dibuixava els seus casos amb aquarel·la i pastís de colors. Va morir als 82 anys, el 1982, a Barcelona.

Hermann Hederich Gutiérrez
(1912- 1998)



Conegut popularment com el “metge alemany”, degut al seu nom i primer cognom, va néixer a Colòmbia però va estudiar medicina a l’Hospital Clínic de Barcelona, on va entrar, primer com a Intern, al servei d’urgències del Professor Joaquim Trias, durant la guerra civil, al costat de Broggi, Usua, Massons, Gregori Vidal Jordana i Piulachs.

Acabada la guerra, malgrat les depuracions, va poder seguir fins a ser nomenat Metge de Guàrdia a l’any 1945, juntament amb Sebastià Sastre Sastre, Pedro Aguiló Aguiló, Josep Paravisini Parra, Joan Agustí Peypoch, Alfons Balcells Gorina, Estanislau Galitó Buisan i Josep Maria Biel Casals, fins a l’any 1949. Durant aquest període, va col·laborar amb el seu mestre, el Dr. Pere Piulachs per qui sentia molta estima i admiració i tenia com a referent.

Entre els seus treballs, destaquen:

- *Enfisema subcutáneo como síntoma de perforación del ulcus duodenal*. 1943.
- *Torsión del quiste hidatídico solitario del epíplon*. Revista Clínica Española. 325; 1947.
- *Dilatación aguda del colon, complicación del dolico megacolon*. Acta Médica Hispana, 1947.

Aquest darrer hauria pogut permetre batejar la pseudoobstrucció aguda del còlon com a Síndrome de Piulachs – Hederich.³⁹ Malauradament, en ser publicat en una revista de poc impacte internacional, no va ser tinguda en compte i si que en va tenir, en canvi, la publicació del britànic O’Gilvie, un any després, en el *British Journal of Surgery*, 2.671, 1948, naturalment en llengua anglesa, fet que va fer que, a nivell general, el quadre clínic fos conegut com a síndrome d’O’Gilvie, fins i tot en la literatura de parla castellana.⁴⁰

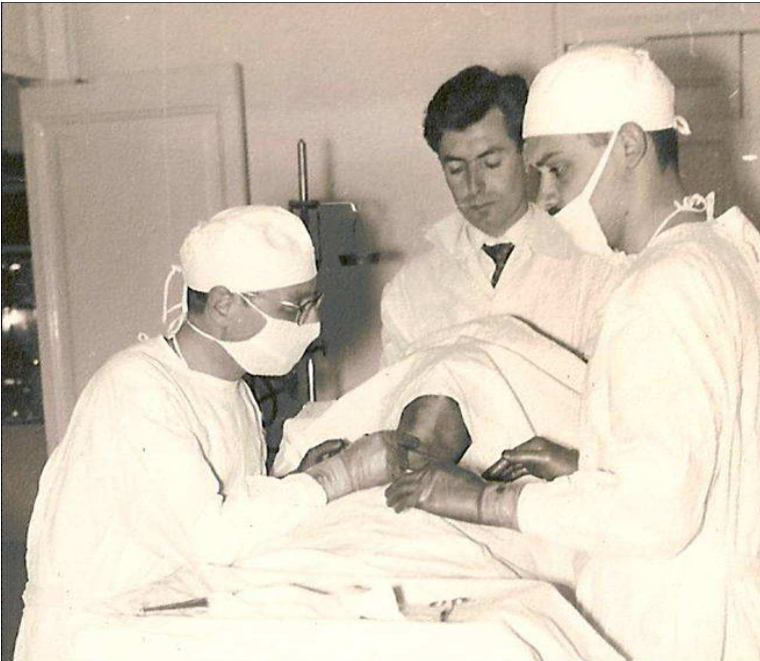
Hermann Hederich va venir a Sabadell a ocupar el càrrec de *Jefe de Equipo Quirúrgico de la Seguridad Social*, el 1957. Al principi operava a la Mútua i a la Salut, però poc a poc es va anar decantant per aquesta segona i va acabar només allà, impartint el seu mestratge a tot un estol de cirurgians joves de l’època que han acabat exercint en diferents hospitals de Catalunya.

Baix d’estatura, portava un bigoti retallat que li donava un aire simpàtic i amable, amb una mirada viva i oberta, senzill i exquisit en les formes, resultava agradable en la conversa. Mai se li va veure un gest d’enuig. Arribava a Sabadell en tren, sempre puntual, i es feia anar a buscar a l’estació pels seus ajudants més joves. Portava la revista “Time” sota el braç que llegia, segons deia, per no perdre l’anglès, idioma que parlava, llegia i escrivia correctament i li servia per estar al dia, llegint les revistes científiques més anomenades d’aquells temps. També li va servir per traduir llibres de cirurgia d’autors anglesos al castellà.^{41 42}

No tenia enemics. Anava sempre ben vestit, amb corbata, tant a l'hivern com a l'estiu, i no era estrany que portés barret amb un to d'especial distinció. Li agradava l'esport i era soci del Club Natació Barcelona i del Reial Club Esportiu Espanyol.

Practicava qualsevol tipus de cirurgia general i digestiva, encara que la seva cirurgia preferida, en la qual es trobava més a gust, era l'abdominal. Tot i així tenia també una especial predilecció per la cirurgia vascular que, en aquells temps, consistia en el tractament de les varices per safenectomia i de la isquèmia de membres inferiors amb les simpatectomies lumbars.

El seu ajudant oficial era el Dr. Josep Rosell Boleda, l'anestèsista era el Dr. Josep Maria Vidal Claramunt i la Instrumentista la Sra. Teresa Gimeno.



A la fotografia, el Dr. Hederich, ajudat pel Dr. Rosell i amb el Dr. Vidal anestèsista.

Portà a Sabadell la cirurgia de la glàndula tiroide, que va aprendre a l'Hospital Clínic amb en Piulachs, que fins i tot havia escrit un llibre sobre cirurgia de la tiroide juntament amb el Dr. Cañadell, catedràtic a Roma. La tècnica del moment era la tiroïdectomia subtotal, deixant una pastilla de parènquima a cada costat, per evitar lesionar els nervis recorrents i les glàndules paratiroides, sense cap dels recursos disponibles avui en dia.

Morí a Barcelona el 5 de febrer de 1998, als 86 anys.

Joan Prim Rosell

(1899 - 1984)



Va néixer a Barcelona d'una família d'alt nivell cultural. El seu pare, que era mestre, li va transmetre el valor que tenien l'estudi i l'esforç, per assolir un bon nivell intel·lectual.

Joan Prim succeeix per via directa una gran nissaga de cirurgians: Cardenal, Àlvar Esquerdo, Ribas i Ribas i Corachan, sent coetani de Piulachs, Puig Sureda, Pi Figueras i Soler Roig.⁴³

Cursà la carrera de Medicina a la Universitat de Barcelona i posteriorment passà a l'Hospital de la Santa Creu sota el mestratge de Manuel Corachan i Enric Ribas i Ribas.

Estant de guàrdia a l'Hospital de la Santa Creu, el dia 17 de juny de 1926, van portar un home que havia estat atropellat per un tramvia, indocumentat i que semblava un rodamón. Posteriorment fou identificat com l'arquitecte Antoni Gaudí. El seu estat era tan greu que, malgrat els esforços del Dr. Prim i la presència posterior dels Drs. Corachan i Ribas, només van poder certificar la seva mort que, segons les dades de l'autòpsia, va ser deguda a un politraumatisme encefàlic, toràcic i amb fractures de les dues cames.

Treballant al costat de Corachan, el 1931 es va presentar, amb altres com Pi Figueras i Trueta, a una plaça de Director de Cirurgia de l'Hospital de Sant Pau per a la qual semblava que tenia les màximes possibilitats de ser designat. Finalment, però, la va guanyar el Dr. Soler Julià, fet que li va provocar la natural frustració.

El 1933 va ser nomenat professor de la Universitat Autònoma de Barcelona. En aquest temps, sota la direcció de Francesc Gallart Monés, es va posar en marxa l'escola de Patologia Digestiva que, en poc temps, va assolir un gran prestigi, encomanant als cirurgians estar alerta de totes les innovacions que es produïen a Europa en cirurgia digestiva.

Prim arribà a dominar la cirurgia digestiva, especialment la gastrectomia que executava amb expertesa, rapidesa i elegància. Utilitzava la pinça de De Martel, que havia portat de París personalment, per a la sutura del monyó gàstric. Feia sempre la tècnica de Billroth II i totes les sutures que emprava eren de catgut. No tenia problemes amb el tancament de monyons duodenals difícils. No feia mai un gest innecessari. Els cirurgians que assistien a les seves intervencions quedaven bocabadats. També dominava la cirurgia colorectal i biliar més freqüents en aquell temps. On mostrava la seva elegància i rapidesa era en la utilització de l'agulla de Reverdin, semblant a una agulla de cosir sacs, que necessitava de la col·laboració ràpida i atent de l'ajudant, en una espècie de joc de mans entre els vasos femorals i les mans de l'ajudant.

Aquest gran bagatge, acompanyat del seu càrrec de Director del Servei de Cirurgia del Pavelló de Sant Frederic a l'Hospital de Sant Pau, li va permetre dominar la cirurgia barcelonesa, formant part d'allò que els barcelonins en deien "el grup de les 3 P's" o el podi d'honor, és a dir: Puig Sureda, Pi Figueres i Prim. L'acompanyava sempre l'anestèsista Miguel Martínez i la seva filla Marta que li feia d'instrumentista i secretària a la vegada. Segons el testimoni de la filla, a la seva clientela privada hi acudien molts pacients de la resta de l'estat, especialment de València. En el seu equip, hi participaven també com a col·laboradors: el Dr. Guinot, el Dr. Ferran Planas i el seu nebot Dr. Vicenç Batista i Piera. Operaven a la Clínica Quiron, on va conèixer i mantenir una bona amistat amb el Dr. Bastos Ansart, traumatòleg madrileny exiliat a Barcelona com a càstig per haver participat a la guerra civil en el bàndol dels vençuts.

En els anys 50's i, per tal d'assegurar-se la seva jubilació, va accedir a una plaça de *Jefe de Equipo Quirúrgico de la Seguridad Social* a Sabadell. Al principi operava tant als Eucaliptus com a la Mútua però, es van posar d'acord amb el Dr. Hederich, per operar cada un en una sola Clínica, simplificant així els tractes amb una sola entitat col·laboradora.

El Dr. Prim va decidir anar la *Mútua Sabadellense*. Hi acudia acompanyat en cotxe pel seu ajudant Dr. Balius, aleshores Metge de Guàrdia del Servei d'Urgències de L'Hospital Clínic. Al quiròfan de Mútua es va trobar amb l'equip d'anestèsia format pel Dr. Bach i la Sra. Fortunata Gudiol, actuant com a instrumentistes les infermeres, que llavors eren internes, Sres. Dolors Saló i Joaquina Figueras. A la Mútua hi va aportar tots els seus coneixements i experiència en les tècniques de cirurgia més freqüents.

Mai però va deixar de banda la seva activitat acadèmica, malgrat la seva dedicació assistencial al malalt. Fou un dels socis fundacionals de la *Sociedad de Cirugia de Barcelona* a l'any 1927, sota la Direcció del Dr. Enric Ribas i Ribas. Entrà com *Miembro Numerario de la Real Academia de Medicina*, dictant la conferència: "*Consideraciones sobre el ileo biliar*". El 1979, la Societat Catalana de Cirurgia, presidida pel Dr. Antoni Sitges Creus, li concedí el Premi Virgili, màxim guardó anual concedit a un cirurgià de l'estat per la seva aportació a la cirurgia.

Prim era un home elegant, ben perfumat, vestit amb americana i pantaló del mateix teixit, a més de corbata i amb un barret lleugerament inclinat que li donava un aire murri i simpàtic a la vegada, sense perdre la seriositat ni l'elegància. A l'hivern anava amb guants i abric que, si no feia fred, portava: els guants a la mà i l'abric penjat del braç, amb elegància i desimboltura. Transmetia un aire senyoriu propi de les persones de gran talent.

En la conversa, tenia un llarg anecdotari. Home culte, parlava perfectament francès i anglès. Estudiava l'anglès dos dies a la setmana amb un professor, per mantenir un bon nivell, poder llegir les revistes mèdiques importants en la seva llengua original i poder assistir als congressos internacionals de cirurgia. Llegia sempre emprant un faristol que la seva filla conserva com una relíquia. Afable en el tracte, tenia molt bones relacions socials.

Al llarg de la seva vida, va mantenir una bona amistat amb el pneumòleg Coll Colomer amb qui compartia els ideals de vida.

Després de la jubilació, va seguir operant fins que els problemes amb la vista el van allunyar del quiròfan, arribant fins al punt, més tard, d'impedir-li fins i tot de llegir el diari.

Pot ser seguint els passos del seu avi, el seu net, Dr. Heredia Prim, es va formar com a ginecòleg a l'Hospital Universitari del Parc Taulí de Sabadell.

Ja al final de la vida, el cirurgià Dr. Prim va ser operat pel Dr. Sitges Creus d'una tumoració abdominal que, dissortadament, no va poder superar. Morí el 8 de setembre de 1984, als 84 anys.

Cloenda

Amb aquest petit homenatge als cirurgians d'una època tan dura com la guerra i la postguerra, volem deixar constància de la petita història de la cirurgia a la ciutat de Sabadell. Ells són una mostra més del fet que Catalunya ha estat sempre un país de bons cirurgians, amb mèrits suficients per formar part de la història de la cirurgia i de la ciutat de Sabadell.

Els seus deixebles, els col·laboradors més propers i els successors seus, voldríem que les noves generacions els recordessin, valoressin tan en els seus aspectes personals com humans i comprenguessin que mai les coses han estat fàcils però sempre hi hagut persones capaces de portar endavant el progrés i el benestar de les persones.

Simó Deu J, Sala Pedrós J.

Nota: Aquest article és la transcripció de la conferència del Dr. Josep Simó Deu que, amb el títol de: "Protagonistes de la cirurgia a Sabadell, a la guerra i a la postguerra", va il·lustrar el lliurament de beques de la fundació Olga Torres, el dia 22 de febrer de 2012 a l'auditori Taulí Nou de l'Hospital de Sabadell.

BIBLIOGRAFI

¹ Murado MA. La invención del pasado. Verdad y ficción de la historia de España. 2ª Ed. Debate. Random House Mondadori. Barcelona, 2013.

² Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya. Any II, Volum II. Divendres, 6 d'abril de 1934. Núm. 96: 105 – 108.

³ Coni N. Medicine and the Spanish Civil War. J. Royal Society of Med. March 2002; 95 (3): 147 – 150.

⁴ Battestini Pons, R. L'Acadèmia de Ciències Mèdiques i la Guerra Civil. Gimbernat, 2008 (**); 50: 167 – 171.

⁵ Cid F. La Contribució Científica Catalana a la Medicina i Cirurgia de Guerra (1936 – 1939). Fundació Uriach 1838. Barcelona, 1996.

⁶ Duran Jordà F. The Barcelona Blood Transfusion Service. Lancet; 1939; i: 773-775.

⁷ Battestini Pons R. Avenços Mèdics durant la Guerra Civil. Gimbernat. 2008 (**); 50: 163 – 166.

⁸ Broggi M. Memòries d'un Cirurgià. Ed. 62. Barcelona, 2001.

- ⁹ Simó R. *Journal of the Royal Society of Medicine*. June 2002; 95 (5): 323.
- ¹⁰ Castells Peig A. Sabadell: Informe de l'Oposició. Vol. V. Guerra i Revolució 1936 – 1939. Edicions Riuort. Sabadell 1982; 23: 47.
- ¹¹ Croses Vilaregut ML. Història de la Infermeria de la Clínica Creu (1936 – 1987). Passat i futur de la Infermeria de Sabadell. 12 de maig de 1987. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell: 15 - 22.
- ¹² Carner I, Lozano T. Sabadell Tal Com Era. 1930 – 1939. Ajuntament de Sabadell. 1993.
- ¹³ Diari Las Noticias, 2 de gener de 1938.
- ¹⁴ Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (D.O.G.C). 28 de setembre de 1938. Pàg. 1070.
- ¹⁵ Hervàs Puyal, C. Hospitals de Sang a Catalunya Durant la Guerra Civil (1936 – 1939). Visió de Conjunt: Metodologia de Recerca. Gimbernat. 2008 (**); 50: 63 – 67.
- ¹⁶ Benaul JM, Calvet J, Casals L, Domingo A, Pozo JA. La República i la Guerra Civil: Sabadell 1931 – 1939. Ajuntament de Sabadell. 1986.
- ¹⁷ Solé i Sabaté J;. "Sine Ira et Studio" (Tàcit, "Sense Ira ni Parcialitat"). Gimbernat. 2008 (**); 50: 13 – 27.
- ¹⁸ Ribé i Monge G. Die Legion Condor in Sabadell. Carpeta: 75 anys del final de la guerra. Vallesos. Primavera – estiu de 2014; Núm. 7: 58 – 61.
- ¹⁹ Castells Peig A. Sabadell, Informe de l'Oposició. Vol. VI: El Franquisme i l'Oposició Sabadellenca (1939 – 1976). Edicions Riuort. Sabadell. 1983.
- ²⁰ Deu E, Calvet J, Marin M, Sala-Sanahuja J. Sabadell al Segle XX. L'Entorn 39. Eumo Editorial. Sabadell, abril 2000.
- ²¹ Sala i Pedrós D. Història de la Infermeria de l'Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell i Clínica de Nostra Senyora de la Salut (1283 – 1987). Passat i futur de la Infermeria de Sabadell. 12 de maig de 1987. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell: 9 - 14.
- ²² Reventós J, Garcia A, Piqué c. Història de la Medicina Catalana Sota el Franquisme. Hacer. Barcelona, 1990: 230-231.
- ²³ Torrella i Pineda J. Els 70 anys de la Mútua. Fundació Amics de les Arts i de les Lletres de Sabadell. 1988: 43 – 44.
- ²⁴ Corachan M. Indicacions Quirúrgiques en les Malalties del Còlon (Exceptuant el càncer). Monografies Mèdiques. Any XI. 1936; 95-96.
- ²⁵ Corachan M. Diccionari de Medicina. Barcelona. Salvat Editors, S.A. 1932.
- ²⁶ Fernández Sabaté A. Orígens de la Traumatologia Moderna. El Fons a la Biblioteca de Medicina. <http://www.bib.ub.edu/evirtuals/expotrauma/trauma.html>
- ²⁷ Broggi M. Anys de Plenitud. Memòries d'un cirurgià (Segona Part). Edicions 62. Barcelona, 2005.
- ²⁸ Molero JA. Josep Trueta i Raspall. Gibralfaro. Biografias. Nov. Dic. 2008; 58: 10 – 14. http://www.gibralfaro.uma.es/biografias/pag_1501.htm
- ²⁹ Trueta J. "Closed" Treatment of War Fractures. *Lancet*; 1939; i: 1452 – 1455.
- ³⁰ Fernández Sabaté A. Nuestros Fundadores y Maestros en 1935 y 1947. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT). Editorial SECOT. Madrid, Octubre de 2013. <http://secot.es/descargas/publicaciones/Nuestros%20Fundadores%20y%20Maestros%20completo.pdf>
- ³¹ Trueta Raspall J. Fundamentos y Práctica de la Cirugía de Guerra i Urgencia. Ediciones Mensaje. México. 1944.
- ³² Trueta J. The Spirit of Catalonia. Oxford University Press. London. 1946.
- ³³ Trueta J. L'esperit de Catalunya. 2ª Edició. Selecta butxaca. Edicions 62, Barcelona; 2007.

³⁴ Rodrigo A. Doctor Trueta: Héroe Anónimo de Dos Guerras. Plaza Janés S.A. Ed. Barcelona, 1977.

³⁵ Badius Juli R. Cinc Denominacions per una Mateixa Societat Científica Catalana de Cirurgia. Gimbernat, 2006 (**), 46: 197-207.

³⁶ Cahisa i Mur M, Hervàs i Puyal C. Josep Maria Llonch i Gambús. Metge. 1901 – 1972. Biografia d'una Vocació. Sabadell. 1982. Premi Pere Samuntada, 1983.

³⁷ Ferrándiz Duran J. Història de l'Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell: 1283 – 1983. Hospital i Casa de Beneficència de Sabadell. 1983: 49 - 63.

³⁸ Simó Bach R. Emili Bella. Diario de Sabadell. Jueves, 10 de diciembre de 1987.

³⁹ Sarró Palau M. Pere Piulachs i Oliva (1908 – 1976): En Homenatge. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. 2008: 38-39.

⁴⁰ Santamaria Aguirre JR, Rebollar González RC, Rodríguez Wong U, López López J, Trejo Téllez R, López Zavala E. Síndrome de Ogilvie: Revisión de la literatura. Rev. Hosp. Jua. Mex. 2009; 76 (1): 28 – 31.

⁴¹ Colcock BP, Braasch JW, Hederich Gutiérrez H. Cirugía del Intestino Delgado en el Adulto. Problemas Actuales de la Cirugía Clínica. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1969.

⁴² Spratt JS, Donegan WL, Hederich H. El cáncer de mama. Problemas Actuales de la Cirugía Clínica. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1969.

⁴³ Casassas O. La Medicina Catalana del Segle XX. Llibres a l'abast 82. Ed. 62. Barcelona, 1970: 140.

ALGUNES REFLEXIONS SOBRE LES PERSPECTIVES DE FUTUR DE LA PROFESSION DE CIRURGIÀ

**(EN EL CONTEXT D'UN FUTUR GLOBAL INCERT, POT SER IMPERFECTE, PERÒ
OBERT, ESTIMULANT I PLE D'OPORTUNITATS)**

Sala Pedrós J.

Predicció del futur

No ens enganyem: ens enganyem; fins i tot a nosaltres mateixos. Però per viure ens cal un discurs, un guió, que ens permeti orientar-nos en el temps i planificar un cert grau de confort i felicitat. Ens inventem un passat, basat en fets, més o menys provats però que interpretem a la nostra manera i en diem història. Vivim un present, que percebem de manera parcial i subjectiva i en diem realitat. Somiem un futur, que bategem amb diferents noms: previsible, probable, prospectiu, extrapolable, que pot no tenir res a veure amb el que imaginem, però ens manté vius i en diem esperança o, més tècnicament: prospectiva.

Revisar críticament el passat ens permet evitar errors, però quan genera sentiments de culpa, de tristor o de malestar, ens deprimeix. Viure el present amb tranquil·litat és agradable, però si sobrepassa les nostres capacitats de fer front als problemes, ens estressa. Preveure el futur amb serenitat ajuda a evitar problemes i a minimitzar riscos, però quan no ho veiem clar i ens provoca por o ansietat, ens angosta. Pensar positivament en qualsevol etapa del temps ens aporta felicitat, però, a més, si pensar en el futur, que forma part de la nostra manera de ser, ha sobreviscut a la selecció natural, alguna avantatge evolutiva deu tenir.

Si ens centrem en un determinat aspecte, com intentar esbrinar el possible futur de la professió de cirurgià, no es pot descontextualitzar del marc que el pot fer possible; per tant cal tenir en compte: el futur de la nostra societat, de la civilització actual, de la humanitat en general i fins i tot del nostre planeta. Amb la gran quantitat de variables que poden influir en qualsevol intent de predicció, en el millor dels casos, fa que les suposicions no siguin més que especulatives. Però tot i la complexitat i l'aparença caòtica del context, una certa aproximació és possible, si més no, com a exercici mental.

Si deixem de banda els profetes religiosos que tenen inspiració divina, quan els filòsofs o els científics intenten predir el futur s'equivoquen més del que voldrien. De totes maneres, l'estudi de tendències i el càlcul de probabilitats, permeten una aproximació a discernir els esdeveniments, o els conjunts d'esdeveniments (escenaris), que semblen més plausibles, a partir de la informació que es té en un moment donat.

Sense perdre de vista que qualsevol elucubració sobre el futur pot contenir una part important de subjectivisme que oscil·li des del pessimisme cataclísmic a l'optimista declaració d'intencions o al menys d'exposició d'interessos.

Així doncs, si be no es pot predir el futur, es poden estudiar tendències, delimitar incerteses o prevenir el risc de determinats esdeveniments, en àmbits molt concrets. Sempre, sense perdre de vista que no és possible controlar la gran quantitat de possibilitats de fer fracassar qualsevol previsions per fets que, encara que d'entrada semblin molt poc probables, no deixen de ser possibles (des de grans cataclismes a revolucions o canvis socials), podent fer canviar qualsevol esperança o suposició.

A part de la curiositat de saber que ens pot passar, i els cirurgians no som diferents a la resta de persones, l'evolució ens ha ensenyat a prevenir efectes indesitjats si es vol conservar la supervivència. Però són sobretot els "polítics", com a gestors, organitzadors, administradors o responsables de la població i de l'espai compartit (la "polis" dels grecs), els que tenen el deure d'estar preparats per allò previst i reaccionar davant l'imprevist amb la mínima incertesa possible. Però la "polis" és de tots i, per tant "polítics" ho som tots; igual de responsables, encara que deleguem funcions en aquells conciutadans que considerem més capacitats per gestionar el bé comú. En aquest marc de gestió del futur és on la futurologia científica s'ha fet necessària, per guiar les polítiques i els programes de futur dels estats, de les organitzacions però, sobretot, de les persones.

Així va néixer la futurologia o prospectiva, definida por Gaston Berger (un dels fundadors de la disciplina), com la ciència basada en el mètode científic que estudia el futur per comprendre'l i poder-hi influir.

Futurologia i perspectiva científica del futur

L'OECD ^a defineix la futurologia com: "el conjunt de temptatives sistemàtiques per a observar i integrar a llarg termini el futur de la ciència, la tecnologia, l'economia i la societat, amb el propòsit d'identificar les tecnologies emergents que probablement produeixen els beneficis econòmics o socials més grans". ¹

Com més allunyat en el temps estigui la previsió en la qual estem interessats, més factors poden actuar i major serà la complexitat de la previsió i la possibilitat que es presentin imprevistos i es cometin errors. Per això cal distingir entre diferents nivells de futur que dependran de les característiques del tema a estudiar. En el nostre cas de la cirurgia podrien ser per exemple:

- futur immediat (curt termini): fins a 10 anys (temps de formació i experiència bàsica d'un cirurgià)
- futur mediat (mig termini): de 10 fins 50 anys (expectativa màxima, amb error inferior a l'1%, de la carrera d'un cirurgià)
- futur llunyà (llarg termini): més de 50 anys (generació futura de cirurgians)

Més o menys d'acord amb això, en el Regne Unit, la ASiT ^b juntament amb la revista Surgery & PLG ^c van instaurar la *Foundation Trainee Essay Prize 2014* organitzant un concurs d'articles amb el títol "el cirurgià del 2050", per veure com imaginen els residents d'avui el futur del cirurgià en aquell moment, quan se suposa que ells seran ja professionals experimentats que hauran contribuït a molts dels canvis esdevinguts. El

^a Organisation for Economic Co-operation and Development

^b Association of Surgeons i Training

^c Patient Liaison Group

guanyador va ser un resident que va saber enfocar tots els temes clau amb molt de sentit comú.² De l'anàlisi de moltes de les seves aportacions en podem treure conseqüències.

Veiem però com s'acostuma a predir el futur en funció del passat. Quan es tracta d'estudiar tendències, molt sovint s'observa que algunes coses evolucionen cíclicament, de manera que alguns cicles permeten, més o menys, predir algunes tendències de futur. Un exemple en economia són els denominats cicles de Kondràtiiev, marcats per innovacions que van permetre el desenvolupament de determinades indústries amb una evolució de períodes de creixement, amb pics i davallades, seguides d'un nou fenomen que desencadena el cicle següent. El propi Kondratiev va viure fins albirar el quart cicle però altres varen continuar la seva recerca fins a atrevir-se a predir cicles futurs :

1. Màquina de vapor (indústria tèxtil: cotó, vestits, moda) els 1800's
2. Ferrocarril (acer: transport de masses) els 1850's
3. Enginyeria electrotecnològica (indústria química, consum de masses) els 1900's
4. Indústria petroquímica (automòbils, mobilitat individual) els 1950's
5. Tecnologies de la informació i comunicació (TIC) els 1990's

Segons Nefiodow el proper cicle seria el de la salut.^{3 4} Goldschmidt considera que alguns cicles es podien superposar, com és el cas del proper cicle:⁵

6. Biotecnologia (salut psicossocial, salut holística) cap als 2030's

El fet que molts estiguin d'acord en què ja s'ha iniciat el cicle de desenvolupament de la indústria lligada a la salut, faria preveure que també la cirurgia, en principi, hauria de gaudir de bones perspectives, des del punt de vista professional. Pot ser per això el congrés de l'*American College of Surgeons* d'aquest any 2014 està dedicat al cirurgià del futur.⁶

De totes maneres el futur està en l'agenda de molts congressos aquest any. Fins i tot el I Congrés Internacional de Prospectiva ha estat programat a Barcelona el mes d'octubre de 2014.⁷

A nivell estatal, la ANEP^a que és una unitat dependent de la *Dirección General de Investigación Científica y Técnica*, dins de la *Secretaría General de Ciencia, Tecnología e Innovación* de la *Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación*, del *Ministerio de Economía y Competitividad*, té una Àrea de Medicina Clínica y Epidemiologia dins la qual, la única subàrea de cirurgia està dedicada a la *Cirugía y Maxilofacial*.⁸

Futur i demografia

Sembla que la tendència a avançar les denominades noves epidèmies del món occidental (diabetis, obesitat, cardiopaties...) es mantindrà al menys en un futur immediat. Com també sembla bastant plausible que una població amb tendència a envellir cada vegada més, augmenti la prevalença de les patologies cròniques del desgast orgànic (cataractes, arteriosclerosi, artropaties, prostatisme, etc). Per tant, en general, en una població més envellida, és lògic que hi hagi més comorbiditats que empitjorin el pronòstic de les afeccions quirúrgiques, augmentant el cost dels processos de reanimació i rehabilitació postoperatoris.

^a ANEP: Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva

Sense ser catastrofistes i confiant amb el seny de la humanitat, el creixement poblacional, que es podria acostar als 10 mil milions d'habitants cap al 2050, precisarà de recursos que poden estar per sota de les possibilitats del nostre planeta. Afegit als trastorns que pot comportar el canvi climàtic, o la inestabilitat social derivada de la gana, la malaltia i la guerra, degudes a la inequitat geogràfica, amb accentuació de l'escassetat de recursos en les zones més desfavorides, podria posar en perill la supervivència global del planeta.

Confiant però en la prevalença del seny, ens podem aventurar a exposar algunes suposicions des de diferents perspectives.

Futur, economia política i finançament

Les prediccions en el camp de l'economia i en política són encara més difícils. El profeta Josep, a l'antic Egipte, va ser capaç d'intuir els cicles econòmics, predient que, després de set anys d'abundància (vaques i espigues grosses) vindrien set anys de restriccions (vaques i espigues primes), proposant mesures per resistir l'amenaça de crisi.⁹ Més recentment, analistes del passat com Karl Marx, que va estudiar brillantment l'evolució econòmica en la història de les societats, van errar quan es van atrevir a predir el futur, si més no, de manera immediata. També Malthus es va equivocar en el moment en el qual el creixement demogràfic esgotaria els recursos disponibles. Molt més greu encara, règims que havien de durar mil anys segons els seus impulsors, com el tercer Reich de l'Alemanya nazi, en prou feines si en van durar una dotzena i de mala manera. Sembla que els profetes més recents han tingut menys èxit.

Resulta doncs aventurat de predir com s'administraran les societats futures.

Alguns aspectes parcials ja presenten opcions diverses que fan difícil de dir quina acabarà per imposar-se. Un exemple pertinent al cas podria ser si en el futur prevaldrà la medicina pública o la privada.

Hem assistit en els darrers anys, al naixement d'una sanitat pública o empresarialitzada que semblava respondre a la sarcàstica crítica que havia fet Bernard Shaw de la pràctica privada de la cirurgia en la seva obra "El Dilema del metge" (Prefaci sobre els metges) de 1911:¹⁰

"No és culpa dels nostres metges que el servei mèdic de la comunitat, tal com està establert avui en dia, sigui un absurd criminal. El fet que una nació assenyada, després de veure que pot organitzar el proveïment del pa fent que el forner tingui un interès econòmic en fer pa per a tu, hagi decidit donar-li al cirurgià un interès econòmic en tallar-te una cama, és suficient per a fer perdre l'esperança en la humanitat política. Però això és precisament el que hem fet. I com més horrorosa és la mutilació, més cobra el que mutila. Hi ha veus escandalitzades que murmuren que ... les operacions són necessàries. Potser sí. També pot ser necessari penjar un home o enderrocar una casa. Però tenen prou cura de no fer que això ho decideixin el botxí o l'enderrocador. Si ho féssim, ningú no tindria el coll segur ni la casa estable ..."

Més enllà de l'humor càustic de Shaw, com a intèrpret de la ingenuïtat socialista de la *Fabian Society* de principis del segle XX, hem vist com dos grans sistemes emergien en sanitat:

- La gestió pública encaminada a la conservació i millora de la salut, la longevitat o la qualitat de vida universal.
- La gestió privada que, a partir de l'explotació dels mitjans de diagnòstic i tractament de propietat privada, proporciona la millor atenció sanitària només a aquells que s'ho poden permetre econòmicament.

El fet que un futur els dos sistemes acabin convergint o divergint, dependrà de la voluntat dels ciutadans i de la distribució social del poder.

Si realment entrem en una època de desenvolupament de la indústria lligada a la salut, probablement hi haurà molta competitivitat empresarial. Molts avenços, que actualment resulten massa cars per ser assumibles per la població general, hauran de baixar preus, si realment mereixen subsistir, però pot ser això no sigui suficient.

L'alt cost de molts aparells sofisticats de diagnòstic i tractament, des dels robots amb tota classe de controls incorporats (dopplers, neuroestimuladors...) fins a les teràpies biològiques o farmacològiques més avantguardistes, farien que la propietat no fos assequible per les economies individuals i esdevingués necessàriament: o privada de grans companyies, o pública.

En el cas que l'estat renunciés a fer-se càrrec del cost de la sanitat, les grans companyies asseguradores assumirien la gestió sanitària, naturalment cercant els màxims beneficis, com ja passa amb les grans companyies farmacèutiques o de biotecnologia que, per una qüestió d'economia d'escala, acabarien sent grans empreses multinacionals. La cerca de la màxima eficiència probablement indueixi, doncs, a estimular economies d'escala que uneixin els esforços de diferents empreses o col·lectius, permetent la màxima rendibilització de les inversions.

Només si la societat pretengués assegurar la millor assistència per a la majoria, hauria d'acceptar que uns costos excessivament alts, només podrien ser assumits per l'estat, a partir dels impostos o contribucions. Fins i tot en alguns casos per una administració globalitzada.

A nivell de centres concrets, l'evolució de la complexitat, probablement farà que tendeixin a especialitzar-se en determinades intervencions, des de centres d'atenció quirúrgica ambulatoria fins als centres de nivell tecnològic més alt. Els hospitals que estiguin preparats per atendre les patologies més complexes (terciarisme), hauran d'estar situats en zones centralitzades geogràficament, a l'abast de les corresponents poblacions usuàries, amb l'accés facilitat per la progressiva urbanització i la millora de comunicacions (per terra, mar i aire).

Així doncs, el treball professional autònom, probablement resulti més difícil cada vegada i, en qualsevol cas, els emoluments del cirurgià perdin importància en comparació als costos de material i d'instal·lacions. Com ja està passant cada vegada més en els moments actuals.

Però en un moment de crisi en les vocacions de cirurgia, caldrà corregir aquells motius d'insatisfacció que poden portar a perdre el sentit de la feina del cirurgià i procurar estimular als millors com a models per a les noves generacions.¹¹

La política i el futur: la globalització

Anant més enllà, també cada vegada sembla més clar però que el futur no està tant en mans només dels estats si no de les estructures supraestats. La globalització se'n presenta, no tan sols com una conseqüència del creixement i l'expansió econòmica, si no com una necessitat evolutiva i de supervivència del planeta en la seva globalitat i de l'actual civilització específicament. Considerar el nostre planeta, globalment, com un ésser viu, amb els seus propis mecanismes d'autoregulació, com proposa la teoria Gaia, ens fa adonar, si més no, que és la nostra nau per recórrer l'espai-temps que ens és donat.¹²

Però no n'hi ha prou de considerar la dinàmica de la natura de la nostra Terra. També la influència de l'ésser humà, de com influeix en el planeta l'evolució de la seva tecnologia i de la utilització assenyada de l'energia i dels recursos en general, tenint en compte l'evolució històrica de les successives civilitzacions i el seu èxit de supervivència, s'ha de tenir en compte.

Una manera de mesurar el nivell tecnològic de les civilitzacions és mitjançant l'escala proposada per l'astrònom Nikolai Kardashev, basada en la quantitat d'energia que una civilització pot ser capaç d'utilitzar. En la forma original distingia tres nivells:

- civilització tipus I: utilitzaria tots els recursos a l'abast que afecten el seu planeta
- civilització tipus II: aprofitaria tota l'energia de la seva estrella
- civilització tipus III: aprofitaria tota l'energia de la seva galàxia

Tot i que s'ha proposat modificacions (nivells de 0 a IV o V), o mesures més exactes com la proposada per Carl Sagan (segons la qual, la civilització terràquïa, el 2008, corresponia a una civilització de grau 0,717), pel que fa al cas, ja serveix la forma original.¹³ El fet és que el progrés d'una la civilització, cada vegada més globalitzada, i per tant la seva supervivència a llarg termini, passaria pel control energètic del planeta.

El Secretari General de l'OECD Donald J. Johnston, afirma que: "la globalització no és una política, és un procés" i cal evolucionar d'acord amb aquest procés si no es vol esdevenir un fòssil.¹⁴

La famosa frase: "Pensa globalment, actua localment", atribuïda a l'arquitecte i urbanista escocès Patrick Geddes, entre altres, tot i que ha estat emprada i popularitzada darrerament per personatges mediàtics com Bill Gates, pretén establir un equilibri entre globalització i diversitat o multiculturalitat, en el sentit de respecte a les cultures grans o petites, enteses com una riquesa en formar part d'una gran cultura universal. Amb un sentit pragmàtic, es tracta d'evitar que el bosc no deixi veure els arbres, tenint en compte que cada arbre, cada flor, precisa de la seva atenció especial.

Com ha descrit poèticament l'escriptor kurd, nascut a Turquia, Yasar Kemal: el món és com un gran jardí on hi floreixen diferents cultures, expressades amb diferents llengües, més grans o més petites, però totes valuoses, totes formant part del gran patrimoni cultural de la humanitat. Només el conreu específic, local, de cada cultura, com d'una flor, per estranya, petita o singular que sembli, fa possible la bellesa global del jardí. Hi ha cultures, com algunes flors, que creixen arreu, altres necessiten de determinats medis i poden estar en risc d'extinció, però totes tenen la seva bellesa i utilitat i mereixen ser ateses dignament.^{15 16}

Des de l'altra cara, de la perspectiva global, sembla que l'anglès probablement seguirà sent fonamental com a llengua de ciència internacional, encara que els usuaris d'altres llengües majoritàries com l'espanyol, el mandarí o l'àrab, augmentin el nombre de parlants i mereixin també la seva protecció. Amb l'anglès com a llengua franca, el bilingüisme o fins i tot el multilingüisme seguirà sent necessari i fins i tot convenient, com ajuda a la consecució d'un cervell més plàstic i més obert i tolerant, com semblen indicar alguns estudis al respecte.

La globalització, en el cas de la cirurgia, tendirà a promoure col·laboracions humanitàries, compassives i solidàries, mitjançant la cooperació que ajudi a minimitzar les diferències de tipus social, econòmic i geogràfic, que ocasionen disponibilitats diferents i discriminacions impròpies d'un món civilitzat.

La tendència a la globalitat no és però tan sols geogràfica si no també filosòfica, fins i tot en el camp de la pràctica mèdica i quirúrgica. Cada vegada més es tendeix cap a un major grau d'imbricació de la cirurgia amb la medicina i les ciències de la salut en general. La visió, denominada holística, del pacient com un tot, obliga a considerar les repercussions de cada acció sobre l'organisme; però també de l'àmbit social en el qual està immers. Així doncs la implicació amb l'economia, l'enginyeria, etc resulta del tot inevitable.

Com ja ha passat amb moltes afeccions fins ara, la prevenció de moltes patologies, des del càncer a les hèrnies, passant per les colelitiasis, l'obesitat, o la diabetis, podrien canviar el panorama de les indicacions quirúrgiques, tant en el sentit d'anul·lar-ne algunes com en el de què en poden aparèixer de noves. Els avenços d'altres terapèutiques (farmacològiques, físiques...) ha estat sempre un senyal de convertir la cirurgia en innecessària però, per contra, l'esgotament de vells medicaments que deixen de ser útils (per la resistència a antibiòtics, per exemple) pot reactivar el paper de la cirurgia en molts casos. També noves afeccions poden representar nous desafiaments per al cirurgià i per a la medicina en general.

Futur i tecnologia

Des d'un punt de vista purament físic, el futur està limitat per les lleis i constants de la física, com la velocitat de la llum que defineix un con de l'espai – temps. No és possible sortir dels límits d'aquest con, però en ell hi caben diferents possibilitats, fins i tot de fets que avui ens poden semblar impossibles, però que, si no contradiuen les lleis de la física, podrien ser reals en un futur.¹⁷ A més del con més ampli, es poden considerar dos cons concèntrics interiors més, de manera que, de menor a major con de probabilitat, defineixen:

- un futur possible (més ampli)
- un futur plausible (d'amplitud intermitja)
- un futur probable (d'amplitud més limitada)

Naturalment es tracta d'una perspectiva més objectiva perquè sovint estem més interessats en un futur preferible, malgrat resultar esbiaixat per interessos individuals o col·lectius.¹⁸

De fet, si podem parlar d'aspectes més o menys objectius com probabilitat o simplement possibilitat, també el factor subjectiu juga el seu paper en la previsió del futur, de manera que, dels esdeveniments possibles, alguns ens resultin més desitjables que altres, tant a nivell individual com col·lectiu. D'aquí que els estudis de futur sovint s'anomenen PPP (Possible, Probable i Preferible). Sens dubte cal comptar, per entrellucar el futur, amb el progressiu desenvolupament tecnològic, especialment del que correspon al nostre temps de les tecnologies de la informació i comunicació. En aquest sentit, pot ser bo recordar la llei de Moore, basada en l'experiència, que expressa que, aproximadament cada dos anys, es duplica el nombre de transistors en un ordinador. D'aquest fet, se n'han volgut treure conclusions sobre l'evolució dels ordinadors i la seva capacitat i intel·ligència, en comparació amb el cervell d'animals en diferents estadis d'evolució, fins a l'home..

Una de les conseqüències més reeixides la va aportar Raymond Kurzweil, proposant les sis èpoques de l'evolució, des del punt de vista de la informació i la intel·ligència necessària per manegar-la. Les èpoques serien:

- Època 1. Física i Química: Al principi de l'univers, tota la informació que existia era al nivell subatòmic.
- Època 2. Biologia i ADN: Amb el començament de la vida a la Terra, la informació genètica es va emmagatzemar a les molècules de l'ADN, mentre els organismes encara van trigar mils d'anys a evolucionar.
- Època 3. Cervells: L'evolució va produir organismes progressivament més complexos. El naixement del cervell va permetre als organismes canviar el seu comportament i aprendre de les experiències passades.
- Època 4. Tecnologia: Els humans van evolucionar cap a organismes amb la capacitat de crear tecnologia. Ara mateix ens trobem en els estadis finals d'aquesta època.
- Època 5. La combinació de la tecnologia humana amb la intel·ligència humana: La biologia i la tecnologia començarien a combinar-se per crear formes més elevades de vida i d'intel·ligència.
- Època 6. L'Univers es despertaria: Aquesta època veuria el naixement de la superintel·ligència, i amb ella, els humans/màquines expandint-se per l'Univers.

Segons l'autor, actualment hem passat tres èpoques i estem arribant al final de la quarta època molt ràpidament, fenomen que ell anomena: la llei del retorn accelerat que, en síntesi, prediu que la tecnologia pot ser un milió de vegades més poderosa que avui, degut a l'estudi de la intel·ligència artificial, la nanotecnologia i la biotecnologia, que creixen de manera exponencial causant una profunda transformació. Considera que el moment que un ordinador superarà la intel·ligència humana és a prop i denomina aquest moment: la "singularitat". Per Kurzweil cada vegada serà més difícil trobar una diferència entre un home i una màquina. Estarà tot barrejat i cada vegada més serem una civilització home-màquina (les pròtesis progressivament més sofisticades i emprades, des de les lents o audiòfons fins a les substitucions bioniques de membres o articulacions, no deixen de ser un inici d'acoblament home -màquina).

Estem arribant a la part més empinada de la corba exponencial, de manera que, segons el mateix Kurzweil i els seus col·laboradors, cap al 2020, tindrem ordinadors prou potents per simular el cervell humà.¹⁹ De totes maneres, probablement no es voldrà perdre el control del mètode i se seguiran fabricant nous ordinadors segons el model del cervell humà. Però, cap al 2029, es podria tenir per fi un nou cervell redissenyat amb un ordinador, segons les pautes de la bioenginyeria, modelat i capaç de simular totes les regions del cervell, cosa que podria proveir del software i dels mètodes algorítmics per simular totes les capacitats del cervell humà, incloent la nostra intel·ligència emocional. Els ordinadors, en aquell moment, poden ser molt més poderosos que els cervells humans que els hagin dissenyat.²⁰

La creació d'un gran grup de treball, al voltant d'aquestes idees, ha permès, a més de reunir un gran nombre de científics de tots els camps, incloent la bioenginyeria, la robòtica, la biologia i la cirurgia, la posta en marxa d'un gran tanc de pensament innovador, del qual en surten contínuament noves prediccions: algunes agosarades com que la biotecnologia permetrà aturar l'envelliment.²¹ Alguns han qualificat aquest corrent de pensament com a singularitarisme i l'observen amb prevenció o distanciament davant el perill d'esdevenir sectari.

Fa l'efecte que en bona part es tracta de ciència ficció i només el temps dirà que hi ha de real en tot plegat. No oblidem que, la filmografia dels anys 70's (recordem "2001 Una Odissea de l'Espai" de Stanley Kubrick) preveia que l'home hauria creat una colònia a la lluna i es disposaria a enfrontar la conquesta del sistema solar. Al 2014 som encara lluny d'això.

El que la ciència ficció, contingui més ficció que ciència, no vol dir que, a la llarga no s'acabi invertint la relació. Si ens centrem en allò fonamental, entendrem la saviesa que intuïa el cirurgià Moisès Broggi, amb la seva llarga experiència vital, quan deia que: "Una manera de predir el futur és pensar que tot seguirà igual com ara".²² Altres, com el malauradament desaparegut Steve Jobs, creien que calia ser més proactiu i ho resumien dient que: "La millor manera de predir el futur és inventar-lo".

Fa molt de temps que es treballa en la denominada intel·ligència artificial. Però val la pena recordar que va ser un cirurgià, Timothy De Dombal, amb l'estudi del diagnòstic de l'abdomen agut, un dels que van posar en marxa el desenvolupament d'algorismes que permeten prendre decisions intel·ligents, emprant mètodes com les xarxes bayesianes i aprofundint en la recerca heurística, el raonament inductiu i la utilització dels arbres de decisió.^{23 24} Tot i que avui en dia el diagnòstic de l'abdomen agut ha esdevingut molt més fàcil amb les noves tècniques de diagnòstic per la imatge, des de l'ultrasonografia fins a les tomografies axials computades (TAC), aquells estudis van servir per seguir desenvolupant nous camps de la computació evolutiva, incloent les xarxes neuronals, l'aplicació de la lògica difusa (conjunts difusos), les màquines de suport vectorial o les simulacions que arriben fins a la concepció de la denominada vida artificial. De totes maneres no s'ha d'oblidar que, com diu Michio Kaku, el famós físic i divulgador científic, hi han dos grans obstacles a la intel·ligència artificial: el reconeixement de patrons i el senti comú.²⁵

Entre les línies de recerca tecnològica rellevants per la cirurgia hi tenim:

- Tècniques mínimament invasives
- Telecirurgia i cirurgia robòtica
- Cirurgia més precisa amb augment del control dels teixits (òptica, ultrasons, ressonàncies magnètiques, *dopplers*, neuroestimuladors...)
- Tècniques de reconstrucció més ràpides i segures (grapadores...)
- Nanotecnologia de control (Xips...)
- Control de l'agressió i resposta immunitària
- Complexitat progressiva que exigeix especialització, control de costos i principis ètics

De totes les noves tecnologies, aquella que crida més l'atenció és, sens dubte la robòtica.²⁶ Els robots en medicina eren pràcticament inexistents fa dues dècades, però està clar, avui, que la robòtica ha estat força efectiva en jugar un important paper en alguns tipus de cirurgia com la prostàtica. Però en canvi, fins ara, no ha resultat cost-efectiva en altres camps propers com és la cirurgia del recte. Estem lluny encara d'un prototip robòtic que representi una innovació radical en el camp de la cirurgia. De totes maneres l'experimentació en nous models que incorporin noves tecnologies per fer-lo més útil continuen.

Probablement els robots acabin incorporant diverses tecnologies com: el processament d'imatges, la visió ajudada mitjançant màquines, amb el suport de la nanotecnologia, que permeti una major precisió en els moviments, fiabilitat dels instruments, control remot més segur i, en síntesi, una robòtica menys rígida, més manejable i amb millor adaptabilitat als canvis de posició, així com una disponibilitat per a la utilització menys carregosa, rígida i lenta en la preparació. És possible doncs que, en un futur, surtin nous models capaços d'incorporar juntes totes aquestes avantatges i demostrin que poden ser efectives en el camp altament regulat de la instrumentació mèdica.²⁷ De fet, la pionera en el camp de la robòtica, Catherin Mohr, incorporada al projecte de Ray Kurzweil i la singularitat, ha aconseguit diversos avenços, tot i que encara no comercialitzats per la dificultat de fer-los rentables.²⁸

Entre les investigacions en marxa, que poden influir en la cirurgia del futur, hi han moltíssims projectes que seria excessivament llarg d'exposar. Només en citarem alguns com a exemples de possibles canvis que poden acabar funcionant algun dia i accedir a l'arsenal terapèutic quirúrgic:

- El desenvolupament de biomaterials, enfocat al disseny de materials biomimètics, capaços d'obtenir respostes cel·lulars específiques i de dirigir la formació de nous teixits. La seva integració s'aconseguiria a través del reconeixement biomolecular, mitjançant la modificació de superfícies o el lliurament de fàrmacs i gens. Avenços en marxa en la comprensió de la: biologia cel·lular, reparació tissular, integració de teixits i fàrmacs dirigits a la seva regulació, estan creant oportunitats per a l'ús en cirurgia. Tot plegat, aplicable a reemplaçaments d'extremitats i articulacions, *stents* vasculars i pròtesis artèrials, empelts cutanis i pell artificials, lents de contacte intraocular, dentadures i sutures, etc.²⁹
- Les làmines electròniques, inspirades en la pell, amb sensors tàctils químics i biològics, assajats amb nanomaterials orgànics i de carbó, a més de poder fer la funció d'una pell electrònica, serien aplicables a altres funcions com podrien ser: el monitoratge ambiental, medicinal o d'emmagatzematge de menjar. Els progressos recents en la fabricació de materials i aplicacions de sensors de pressió biològics i químics flexibles, augmenten les possibilitats d'aplicació a molt diversos camps, a més de la cirurgia, resultant atractius pel baix cost de les unitats electròniques emprades.³⁰ Sense oblidar que alguns tipus de biomaterials podrien ser d'utilitat per al disseny i desenvolupament de nous instruments mèdics o quirúrgics, ajudant a una dissecció més segura i acurada.
- Les possibilitats d'unió de teixits poden anar més enllà de la utilització clàssica de sutures, grapadores o fins i tot coles d'enganxar. Com a exemple, un mètode assajat a la Universitat de Rice, utilitza un soldador de carn per fusionar dues peces de tall de pollastre en una sola. La soldadura, quan es posen en contacte, s'aconsegueix a partir nanoclosques recobertes amb or que, aplicades al llarg de la juntura, aconsegueixen la soldadura amb un làser infraroig. L'objectiu podria ser una soldadura estanca, que evités les pèrdues sanguínies causades pels orificis que queden després de passar l'agulla i el fil per la paret arterial, per tal de cosir les artèries seccionades en procediments com els trasplantaments de ronyó, cor o fetge.³¹

Pot ser molts d'aquests projectes no acabaran de funcionar prou be mai. Però segur que la simbiosi entre necessitat, enginy i coneixement, acabaran produint nous models que resultin útils i assequibles. Però a més de l'enginy per portar a terme tots aquests projectes i altres, així com dels costos de finançament de la recerca, incloent els conseqüents fracassos repetits fins trobar una solució realment vàlida, una vegada obtingut el resultat desitjat, calen recursos de comercialització que permetin la seva arribada al mercat i, per tant als cirurgians i als pacients. Aquí és quan entra en joc la capacitat d'innovació en el camp empresarial.

Futur i innovació

El fet que es busquin noves tecnologies es basa en la necessitat de millorar aspectes no prou ben resolts de la vida diària. En el camp de l'atenció de la salut, interessen aquells que permetin la major eficiència possible, a l'hora d'aconseguir una major qualitat de vida amb una més gran perspectiva de vida de qualitat. Moltes de les línies de millora es basen en la recerca com a mitjà d'ampliar l'horitzó de l'avantguarda del coneixement. També el desenvolupament, com a forma d'ampliar la utilització dels nous avenços obtinguts amb la recerca, resulta important per al progrés, però la implementació de la recerca i el desenvolupament, en condicions possibles, han portat al nou concepte de la innovació.

Si tenim en compte la necessitat de l'administració, tan pública com privada, d'optimitzar la utilització dels recursos disponibles, però també l'objectiu empresarial de generar beneficis, la innovació, més enllà de la recerca i el desenvolupament, sembla que jugarà un paper important en el futur (R+D+I). La recerca ha tingut a veure, clàssicament, sobretot amb la perspectiva científica, mentre que el desenvolupament ha anat lligat a la voluntat política i a l'administració del poder; la innovació, en canvi, té a veure sobretot amb la gestió empresarial o d'organitzacions, regides per principis econòmics com a base fonamental. Si bé és cert que els tres conceptes, a la pràctica, estan íntimament relacionats, sense recursos econòmics cap d'ells és possible. En el cas de la innovació però, s'espera que, a més, comporti algun tipus de benefici, ja sigui en forma de guanys o d'estalvi, per a l'empresa o l'organització, encara que només sigui per la continuïtat d'emprendre nous projectes.

Tractant-se d'un concepte nou que es preveu que tingui una certa rellevància en un futur immediat, pot ser cal aprofundir una mica en el concepte d'innovació. S'ha definit de moltes maneres:

- En un sentit ampli, s'ha dit que: "La innovació consisteix en l'adopció d'idees noves per part de l'organització implicada".
- Des d'una perspectiva més empresarial, s'ha dit també que consisteix en l'aportació al mercat d'invents exitoses, amb capacitat de capitalitzar-les. Evidentment allò que s'aporta al mercat, és un producte nou, fruit de la recerca o del desenvolupament.

Des d'un punt de vista empresarial, un producte nou significa una oportunitat de negoci pel fet de tractar-se de què:

- o el seu cost és més baix
- o els seus atributs són millors o nous
- o no havien existit fins llavors en aquell mercat

Per a l'empresa, una innovació es produeix quan una companyia utilitza el nou coneixement per oferir un nou producte o servei que volen els clients. Això pot implicar dos tipus de coneixement nou:

- *Coneixement Tecnològic:* És el coneixement que es refereix als components, a les relacions entre els components, als mètodes, als processos i a les tècniques, dirigides a un producte o un servei.
- *Coneixement del Mercat:* És el coneixement que es refereix als canals de distribució, a les aplicacions del producte, a les expectatives del client, a les preferències, a les necessitats o als desitjos.

Tenint en compte l'impacte de les innovacions en les capacitats de l'empresa, des d'una visió organitzacional es pot classificar la innovació en:

- *Innovació Tècnica:* Quan es tracta de productes, serveis o processos, millorats o completament nous (pot requerir Innovació Administrativa).
- *Innovació Administrativa:* Quan consisteix en canvis en les estructures organitzatives i els processos administratius (pot afectar la innovació Tècnica).

Des d'una visió econòmica i tenint en compte la competitivitat empresarial, es pot classificar la Innovació en funció de l'extensió en la qual els vells productes esdevenen no competitius.

Segons la transcendència de la innovació, se'n distingeixen dos grans tipus:

- *Innovació Radical:* Quan resulta en un producte tan superior als productes existents que esdevenen no competitius. El coneixement tecnològic requerit per explotar-lo és molt diferent del coneixement existent que esdevé obsolet i deixa de ser competitiu.
- *Innovació Incremental:* és aquella Innovació que encara permet als productes existents seguir sent competitius. El coneixement requerit per oferir un producte es basa en el coneixement existent, fet que comporta un augment de la competència. La majoria d'innovacions són simplement incrementals.

En cirurgia per exemple, hem assistit en els darrers anys a l'aparició d'una innovació radical: la cirurgia laparoscòpica. Les altres innovacions (NOTES, SILS, robòtica, etc.), fins ara, han resultat, com a molt, incrementals i, en molts casos, ni tan sols han superat el nivell de cost-eficiència de l'estàndard.

S'ha dit que la innovació és aquella que crea valor, tant pel país com per l'empresa. D'aquí que s'espera que els criteris d'innovació prevalguin en les polítiques dels propers temps. El major interès estratègic se centra, naturalment en la innovació radical, però també és cert que resulta molt més difícil d'obtenir. Quan s'han analitzat els diversos factors que intervenen en la seva gestació, s'ha vist que poden estar condicionats pel país, entès com el govern, les lleis i la distribució del poder, però també per l'empresa o la organització corresponent. Així la influència de cada un en els factors seria:

- El treball, condicionat pel país i per l'empresa
- El capital, condicionat pel país i per l'empresa
- El govern, condicionat pel país (i per l'empresa?)
- La cultura, condicionada pel país i per l'empresa

Els estudis, basats en enquestes, sembla ser que aporten l'opinió que, de tots ells, el més rellevant és la cultura de l'empresa.³² Fet que no deixaria de confirmar la percepció clàssica que el factor més important en la recerca és l'investigador.

Moltes de les innovacions que s'estan gestant en aquests moments en cirurgia, sembla ser que tenen en compte aquest factor cultural o fins i tot d'empenta i decisió personal que, com passa en el món de la recerca, pot ser, o no, el resultat final, afortunat, d'una cadena de fracassos.

De la mateixa manera que l'economia basada en el monetarisme, és a dir en els propis objectius econòmics per si mateixos, oblidant que l'economia és la via per fer possibles altres objectius més rellevants per a les persones, com la salut i la qualitat de vida, acaba resultant estèril, la innovació basada més en els interessos econòmics que en els interessos de felicitat de la gent, possiblement acabi portant a allunyar-se de les aspiracions de les persones, demostrant-se també eixorc.

És, pot ser en aquest aspecte, on les crides a no caure en la "tecnolatria" i els seus riscos ètics cobra plenament el seu sentit.^{33 34 35} Naturalment sense que això comporti una "tecnofòbia" ingènua que freni el progrés de la humanitat cap a un món més compassiu i més feliç.^{36 37 38}

Futur i ètica

Tot i que els principis ètics semblen permanents, no hi ha dubte que alguns aspectes poden també evolucionar, a l'hora que apareixen nous reptes que plantegen problemes ètics nous.

Però també alguns fonaments ètics evolucionen, fins i tot derivats de nous coneixements biològics, de manera que pot ser seria aquesta relació la base de l'autèntica bioètica, més enllà del plantejament estrictament filosòfic de l'ètica.

Per exemple, la competitivitat que sembla regir encara la innovació empresarial, entra en contradicció amb les noves tendències en interpretació de l'evolucionisme que consideren que els grans canvis (pot ser podríem extrapolar-ho com a innovacions radicals) han sorgit més com a conseqüència de la cooperació més que no pas de la competició. L'exemple de la simbiosi bacteriana entre dues cèl·lules, que va donar lloc a la incorporació de paràsits bacterians intracitoplasmàtics, formant els mitocondris especialitzats en el metabolisme energètic, com va proposar Lynn Margulis, va representar una nova visió de l'evolució i el procés de selecció natural, basat en l'efecte de la cooperació, encara que sigui inconscient, més que la competència pel medi.³⁹ Com van descriure i investigar els biòlegs xilens Humberto Maturana i Francisco Varela, determinats canvis donen lloc a l'aparició de qualitats emergents, segons un model que van anomenar autopoiesi.

Fritjof Capra, recollint aquestes i altres idees de caire semblant, va proposar un nou paradigma ètic, que ell va denominar ecopsicològic, amb el qual pretenia canviar els valors clàssics de competició per cooperació, de quantitat per qualitat, de dominació per associació i d'expansió per conservació.⁴⁰

La capacitat de treballar en equip és un altre dels grans descobriments biològics i matemàtics dels darrers temps. El fenomen denominat Sync (de sincronització), ha permès l'aparició de la denominada ciència emergent de l'ordre espontani i de la llei de l'organització col·lectiva, a partir de l'observació de fenòmens biològics difícils d'explicar, com la sincronització de les cuques de llum del sud-est asiàtic o l'organització de colònies de formigues capaces de crear, en conjunt, grans estructures que superen la capacitat individual de cada una, representant una intel·ligència molt superior del col·lectiu en comparació amb la de cada espècimen en particular.⁴¹

Un altre aspecte bioètic que planteja un repte clarament ètic, ha estat l'aprofundiment en el coneixement de l'epigenètica. Es tracta de la capacitat del medi d'influir en l'activació o desactivació de determinats gens, de manera que el genoma ja no és un factor determinista de la conducta de l'individu, si no que pot ser modificat per influència externa, un mecanisme que s'ha denominat neolamarckisme que, sense negar el neodarwinisme, li treu el protagonisme únic. El fet que els canvis epigenètics puguin ser transmesos a les següents generacions, significa una qüestió de transcendència ètica, per la responsabilitat que representa de cara als nostres descendents.

Pot resultar aventurat plantejar possibles intervencions quirúrgiques que posin sobre la taula nous problemes ètics, però de ben segur que l'argumentació de les actituds professionals a prendre estarà basada en els nous coneixements, en especial biològics i basats en utilitats individuals i col·lectives, molt més que en vells mites o supersticions obsoletes. Com deia l'epistemòleg americà Olson: "Sense la ciència, la moralitat és cega; però sense moralitat, la ciència és inútil, innecessària i paralítica".⁴² La qüestió serà com determinar els principis morals perquè no acabin sent només un mecanisme de les classes dominants per conservar el poder i esdevinguin, realment, un mitjà per garantir una societat més justa. Caldrà analitzar les conseqüències dels principis ètics i jutjar els seus resultats. Tot i que, com diu Philip Ball: "La física social pot ser una eina però mai una brúixola moral. La qüestió més urgent és: com pot contribuir la física social a albirar, demanar i desenvolupar una societat més beneïda amb la saviesa i la compassió, en temps més durs i difícils."⁴³

Perspectives professionals **Professió i professionalisme mèdic**

Quan es parla de professió, utilitzem un terme que deriva del llatí *profiteri* que significa prometre o declarar. D'alguna manera tenir una professió significa haver emès uns vots que, generalment, es refereixen a la voluntat de mantenir una conducta ètica.

En el cas de la cirurgia la conducta ètica no era diferent de la que s'esperava dels metges, en general, com molt bé recollien el jurament hipocràtic o els aforismes d'Hipòcrates, tot i les reserves pròpies de l'època antiga sobre la pràctica de la cirurgia.⁴⁴

Avui en dia, no n'hi ha prou amb un jurament per poder exercir una professió, cal també una acreditació de les habilitats i coneixements necessaris per poder exercir-la. La denominada "licenciatura" en Medicina i Cirurgia, donava "licència" per exercir tant la medicina com la cirurgia; però aviat es va veure que no n'hi havia prou. La progressiva complexitat del coneixement mèdic exigeix una especialització que cal que estigui acreditada convenientment. En el fons els conceptes, o fins i tot alguns noms, no han canviat gaire des de l'antiguitat o l'edat mitjana. Dels clàssics nivells gremials que separaven: aprenents, oficials (que coneixien l'ofici o professió) i mestres (experts) hem passat als graus, experts o mestres (*masters*), especialistes i superespecialistes.

Però és evident que la professió, més enllà del seu valor social, té també unes motivacions personals molt íntimes que justifiquen l'esforç per aconseguir l'acreditació exigida.

Aquestes motivacions personals o objectius de la professió, sovint no són diferents dels objectius de la vida en general: ⁴⁵

- Felicitat
- Diners
- Impacte

Els motius són ben clars: si no gaudim del que fem, som infeliços; si no tenim prou diners, no podem viure; si allò que fem no té impacte, resulta banal o superflu. Des d'un punt de vista més psicològic, la professió pot aportar profit econòmic o social per una banda o felicitat personal per l'altra (la disjuntiva no és exclouent, poden ser perfectament les dues, una o cap).

Quan afegim a aquests objectius la variable temps, apareixen 4 nous objectius:

- Guany a curt termini: el que es guanya fent una feina
- Guany a llarg termini: el coneixement i experiència adquirits amb la pràctica d'una professió
- Felicitat a curt termini: el plaer de desenvolupar una professió
- Felicitat a llarg termini: el significat profund d'una professió

En el cas de la cirurgia, com deia el Dr. Sitges Creus, pot aportar tres tipus de gratificacions: l'econòmica, la social i la científica. L'econòmica perquè hauria de permetre viure, si no amb luxe, al menys amb despreocupació pels recursos personals i familiars. La social, perquè pot permetre conèixer persones diferents que aporten valor a la pròpia experiència personal. Científica perquè aporta coneixement directe i facilita, amb la difusió d'aquest coneixement, sentir-se part d'un projecte comú encaminat al bé de la humanitat.

El professionalisme consisteix en estar preparat per a una bona pràctica, comportant-se d'acord als principis ètics i legals, reflexionar, aprendre i ensenyar als altres, aprendre i treballar amb efectivitat en el si d'un equip multidisciplinari, protegir als pacients i millorar l'atenció, seguint les regles i revisant els resultats. ⁴⁶

Des d'una perspectiva externa, social, de la cirurgia, es valora molt l'actitud ètica que reclamen fins i tot els metges que defensen una visió oberta i àmplia de la medicina que inclou les denominades medicines alternatives, com així ho reconeix un dels seus defensors, quan afirma que: "*Un cirujano sabe que detrás del filo cortante de un bisturí hay una promesa de salud que solo puede ser conducida por sus manos dirigidas por la luz del conocimiento y la fuerza solidaria del amor.*"⁴⁷

Actualment, per exercir de cirurgià cal haver fet la carrera de medicina i ser per tant, també: metge. Segons Boeler, expert de l'OMS,^a el metge del segle XXI ha de tenir una sèrie de competències pròpies d'allò que anomena "el metge 5 estrelles":⁴⁸

- prestador d'assistència: holística, familiar i comunitària
- decisor: de manera ètica i eficient
- comunicador: promotor d'hàbits de vida saludable
- líder comunitari: guanyador de la confiança
- gestor: en harmonia entre l'individu i la comunitat

A més de realitzar activitats, projectes i programes amb impacte tangible i mesurable per la seva rellevància, qualitat, millora de la relació cost – efectivitat i equitat.⁴⁹

S'ha creat als Estats Units el P4 *Medicine Institute*, partint del principi que els canvis de paradigma comporten canvis radicals en ciència. Leroy Hood proposa un canvi en el plantejament de la medicina futura que porti a: enfocaments innovadors de la prevenció de malalties, manteniment de la salut i el benestar, aplicant la biologia de sistemes a la medicina i la prestació de cures.⁵⁰ Es tracta de la convergència de tres megatendències en medicina: la medicina de sistemes, el gran nombre de dades amb la complexitat de la seva anàlisi i l'existència de les xarxes socials de pacients actius. Amb tot això, Hood preconitza la denominada Medicina P4: Predictiva, Preventiva, Personalitzada i Participativa.⁵¹

La cirurgia, en comparació amb altres professions, té l'avantatge de permetre el desenvolupament harmònic i sincrònic, tant de les facultats manuals com de les intel·lectuals. La paraula cirurgia, que prové del grec *cheirurgia*, està composta de *cheir* (mà) i *ergon* (treball), per tant significa: treball amb la mà. Però la mà ha d'estar guiada pel cervell i, en l'evolució, significa la possibilitat de convertir la teoria en pràctica. La inevitable divisió del treball que comporta la progressiva complexitat de les civilitzacions humanes, sovint ha conduït a l'alienació de l'ésser humà, en separar el treball manual del treball intel·lectual. En el cas de la cirurgia, aquesta dualitat no es dona i permet la utilització conjunta d'ambdues capacitats humanes. Una conseqüència de poder conjuntar teoria i pràctica en una mateixa tasca, pot ser la capacitat de poder enfocar amb pragmatisme la complexitat.

Aquesta força de la cirurgia ha portat a que, actualment la separació entre cirurgia i medicina hagi perdut el caràcter jeràrquic o fins i tot oposat que havia tingut en temps passats. Per una banda els cirurgians s'han vist en la necessitat de comprendre bé la transcendència de les seves accions i d'haver de comptar amb un bon bagatge cultural mèdic, incloent l'estructura i funcionament del cos humà, per desenvolupar la seva activitat evitant la major part de dany possible. Per altra banda, les tècniques quirúrgiques

^a OMS: Organització Mundial de la Salut (*WHO: World Health Organization*).

s'han anat infiltrant en l'activitat de moltes especialitats considerades mèdiques, des de les noves tècniques intervencionistes en radiologia o diagnòstic per la imatge, fins a la col·locació de marcapassos, catèters o *stents* en cardiologia, o les intervencions dirigides per endoscòpia que practiquen els digestòlegs. No tan sols es tracta de noves cirurgies, és la síntesi de metge i cirurgia encara que sigui més instrumental que manual.

El fet que la formació del cirurgià tendirà a ser més llarga, farà que la mitjana d'edat dels cirurgians serà més avançada però això no significa que hagin de treballar més anys. De fet, com ens recorda sovint el Dr. Simó Deu, sempre s'ha dit que la professió de cirurgià comença tard i acaba d'hora. És possible que la millora de la salut i l'allargament de l'esperança de vida aconseguixin retardar l'envelliment, fent que els cirurgians puguin exercir fins a edats més avançades. Això pot portar a haver d'establir revisions i acreditacions periòdiques que permetin especificar quan arriba al final de la seva carrera un determinat cirurgià i se li hagi de fer avinent un fet del qual pot no ser-ne conscient.⁵² Tanmateix una situació semblant es pot donar en casos d'estrès excessiu que pot requerir d'advertir al company o companya que tal vegada necessiti ajuda.⁵³

La flexibilització del mercat laboral, adaptat a les necessitats poblacionals, poden portar a que, cirurgians que per motius diversos no puguin o no estiguin interessats en continuar la seva formació, no hagin de renunciar a la seva activitat laboral ni tampoc que hagi resultat inútil l'esforç esmerçat fins llavors en la seva formació. Així, poden aparèixer cirurgians que només facin cirurgia menor o que actuïn d'ajudant d'altres cirurgians amb més formació. També en grans centres de concentració urbana, la superespecialització pot portar a l'existència de cirurgians que només realitzin tractaments d'una determinada patologia (per exemple hèrnies) o només una determinada tècnica (laparoscòpia). També la reorganització dels horaris laborals pugui conduir a l'aparició de cirurgians que només fan urgències.⁵⁴

Alguns canvis poden no ser específics de la cirurgia. Per exemple, probablement, el nombre de dones cirurgianes seguirà en augment, fet que comportarà que cada vegada més es feminitzi el model de la pràctica quirúrgica i alguns biaixos, com l'excés d'agressivitat, es vegin compensats per una visió més pragmàtica. Naturalment, d'una manera molt global i al marge d'individualitats d'un i altre gènere, l'equilibri entre la perspectiva masculina i la femenina, probablement aporti a la cirurgia, en el seu conjunt, una visió més real dels problemes i les seves solucions.

Al marge dels patrons de gènere, la competitivitat per aconseguir un nombre de places limitades pot augmentar, fet que pot comportar una selecció més acurada dels possibles candidats que faci augmentar el nivell intel·lectual o les habilitats manuals dels futurs cirurgians o cirurgianes.

A la llarga això pot potenciar la millora evolutiva, afavorint tant el desenvolupament docent com les demandes de recerca i d'auditoria que, no tan sols serveixin per millorar les possibilitats de promoció de base curricular si no també per situar la carrera professional del cirurgià en el marc de la millora i innovació contínues.⁵⁵ La preparació metodològica que això comporta inclou la pràctica de revisions bibliogràfiques que obliguin a saber treure'n el màxim profit possible.^{56 57}

La seguretat del pacient esdevindrà un objectiu cada vegada més viu en la tasca quirúrgica. En aquest sentit, l'establiment de mètodes de control de l'error i la cultura de l'acceptació i l'enfrontament crític com una única forma de millora progressiva, s'acabarà imposant.^{58 59}

En relació a les perspectives econòmiques de l'exercici de la cirurgia, poden variar molt segons la política sanitària de cada país. Mentre el nostre es troba a la cua d'Europa, pel que fa emoluments dels cirurgians assalariats, malgrat l'alt nivell de l'assistència que es dona, en països on l'exercici privat predomina, la situació és molt diferent.

Per exemple, segons l'informe sobre compensació del cirurgià general del 2014 als Estats Units, els ingressos del cirurgià general durant el 2013 estaven en novena posició d'una llista de 25, per darrera d'altres especialitats com dermatologia, anestesiologia, cirurgia plàstica o radiologia i per davant d'oftalmologia, oncologia i cures intensives, havent augmentat però un 6%, només per darrera de reumatologia i psiquiatria. Els ingressos dels homes eren superiors als de les dones, de mitjana però ambdós sexes presentaven un grau de satisfacció igual (43%). Les variacions geogràfiques oscil·laven entre els 325000 \$ dels estats del Nord Central als 280000 del sud Central. No hi havia diferències entre assalariats i autònoms Els ingressos més alts corresponien als que feien gestió i els més baixos els que només feien consulta externa o els que feien recerca o activitat acadèmica. Els cirurgians hospitalaris estaven en un nivell mig. En la mateixa enquesta, un 52% dels cirurgians consideraven que tornarien a triar la mateixa especialitat però només un 43% estaven satisfets amb el sou. El 80% dels assalariats estaven d'acord en seguir atenent pacients de la sanitat pública (MEDICARE. MEDICAID). Només un 29% voldria deixar les companyies d'assegurances que pagaven poc.

Pel que es refereix a les càrregues de treball, un 67% visitaven més de 40 hores a la setmana, amb un 14 % més de 65 hores setmanals. El 66% visitaven entre 25 i 75 pacients per setmana, mentre que un 11% en visitaven més de 100. En un 74% dels casos les visites duraven entre 9 i 20 minuts cada una. El treball burocràtic no excedia les 25 hores setmanals, amb una dedicació mediana de 5-9 hores. El més gratificant de la seva feina era la gratitud i la relació amb els pacients en un 37% dels enquestats mentre que en un 33% ho era el fet de ser bons en la seva feina.⁶⁰

En un estudi més general, sobre el grau de satisfacció dels cirurgians joves amb la professió, es veu que es relaciona àmpliament amb les oportunitats de fer recerca, d'autonomia clínica i del balanç treball/vida. S'observen, però diferències geogràfiques, entre Estats Units i Europa i, dins d'Europa, entre el Regne Unit i el continent o entre el Nord i el Sud.⁶¹

En resum, avui en dia, al metge se li exigeix que treballi més i millor però amb menys recursos i per menys salari.⁶² No hi ha garanties que en un futur això canviï per be.

La formació dels cirurgians

Un pas fonamental cap a un professionalisme útil és la formació dels nous cirurgians, un camp en el qual resulta fonamental la figura del tutor.⁶³

Al Regne Unit, el document “*Developing de Healthcare Workforce*”, avalat pel RCSE^a, proposa acoblar plenament als clínics en el procés de planificació de la força de treball, així com reafirmar el paper central dels professionals en les disposicions futures i el paper important de les societats científiques (*Royal Colleges*) en l'educació especialitzada, considerant que, en l'educació i la formació, la planificació no pot deixar-se al mercat.⁶⁴

Pel RCSE, els cirurgians en formació necessiten moure's entre les xarxes d'habilitats amb l'organització de les rotacions necessàries a nivell regional. Organitzar aquestes rotacions, per aconseguir els objectius marcats i un bon entrenament subespecialitzat, ha de ser una funció de les societats científiques (*Colleges*)

En la resposta del RCSE a la petició del NHS^b per a un fòrum sobre el futur, ressalta que per aconseguir una bona formació, cal tenir en compte el set principis i estàndards següents:

- Deure contractual d'educar la força de treball d'atenció a la salut.
- Deure contractual d'entrenar la força de treball d'atenció a la salut.
- Participació en les auditories clíniques^c
- Participació en la recerca i en el desenvolupament.
- Comissionar un servei complet que inclogui l'apropiada i global provisió d'urgències, així com de maneig i de seguiment de pacients incloent les seves complicacions.
- Mesurament de resultats.
- Avaluació apropiada de l'impacte en l'economia local d'atenció a la salut, sempre d'acord amb la millor evidència disponible, utilitzada per justificar les decisions.

La constatació de la competència operativa, entesa com la capacitat de portar a terme un procediment operatori de manera completa, serà cada vegada més important en la formació de nous cirurgians, més enllà de la competència cognitiva o de la competència tècnica i d'habilitats manuals. Per a l'avaluació dels cirurgians en formació caldrà tenir en compte cada vegada més la competència operativa, sense perdre de vista la competència cognitiva, la competència tècnica i les habilitats motores, a més d'altres dominis de competència com: l'experiència, l'oportunitat, el judici clínic, la confiança, les habilitats comunicadores i el professionalisme. Mentre la competència cognitiva s'adquireix en una trajectòria lineal, la tècnica o d'habilitats motores més aviat segueix una trajectòria exponencial amb acceleració negativa i la competència operativa amb una trajectòria exponencial amb acceleració positiva.⁶⁵

No s'ha d'oblidar per això, que la part nuclear de la formació del cirurgià ha d'estar centrada en la formació i entrenament en la tècnica quirúrgica, des de la pràctica manual clàssica fins a la instrumental més moderna. Les bases de l'anatomia, o de la

^a RCS: *Royal College of Surgeons of England*

^b NHS: *National Health Service*

^c *Clinical audit*

fisiopatologia adaptades al moment de desenvolupament científic i tecnològic, seguiran sent fonamentals en el procés d'aprenentatge. Per això, la utilització de simuladors serà de gran ajuda per a l'entrenament de les habilitats quirúrgiques dels futurs cirurgians, per tal de: garantir l'eficiència en la utilització de mitjans i temps quirúrgic, per a la seguretat del pacient i per qüestions ètiques que aconsellen limitar l'experimentació directa en pacients, evitant que hagin d'assumir els riscos de les corbes d'aprenentatge dels cirurgians inexperts.⁶⁶ Cal doncs que la formació inclogui tallers pràctics, simulacions digitals, models anatòmics preoperatoris en tres dimensions per assajar intervencions, a més d'utilitzar les tecnologies de la informació i comunicació.⁶⁷ També cal tenir en compte l'ergonomia en el disseny i l'ensenyament dels futurs cirurgians per facilitar la tasca i evitar problemes de sobrecàrrega física i mental que poden acabar perjudicant al propi pacient.⁶⁸

Naturalment els coneixements mèdics bàsics resultaran imprescindibles per a un exercici de la cirurgia plenament actualitzat. En aquest sentit, els cirurgians del futur, hauran d'estar al dia de les grans novetats i avenços, incloent els nous coneixements bioquímics com els relacionats amb la metabolòmica, a més de la genòmica, la transcrip tòmica i la proteonòmica.⁶⁹

Més enllà de les habilitats tècniques operatòries i dels coneixements mèdics, un altre aspecte a tenir en compte en la formació dels cirurgians són les denominades habilitats no tècniques per cirurgians (*NOTSS*)^a que inclouen aspectes com els següents:⁷⁰

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

Per a la valoració de competències en tots aquests camps, caldrà utilitzar mètodes cada vegada més estructurats i fiables.^{71 72 73}

En el nostre país, des de fa més de 30 anys, per ser cirurgià calia demostrar que s'havia seguit una formació completa, basada en un sistema anomenat MIR.^b Sens dubte va iniciar un fet social positiu: calia acreditar millor la formació especialitzada en cirurgia. Existeixen motius socials prou clars com per haver de garantir que, persones que tindran la responsabilitat d'atendre la vida dels seus congèneres, estiguin adequadament autoritzats per fer-ho.

El sistema MIR ha estat un magnífic mètode de selecció racional des d'una perspectiva de formació ideal. Oferia com a avantatges, a més de la seguretat laboral durant el període de formació, la garantia d'elecció dels millors, al menys en memòria i

^a *NOTSS: Non Technical Skills for Surgeons*

^b MIR: Metges Interns i Residents. Es tractava d'un acrònim poc real; els que seguien les seves pautes no precisaven de ser ni interns (tancats en un centre) ni residents (en un lloc determinat), com pot ser si que s'exigia en èpoques passades.

intel·ligència. Però tenia també els seus problemes: la frustració vocacional de molts metges que volien ser cirurgians, el possible rebuig dels més hàbils (no sempre els més intel·ligents tenen també l'habilitat necessària en cirurgia), la inadaptació a les necessitats socials del país (sovint la planificació prèvia portava a situacions d'excés o de manca de cirurgians que obligaven a correccions tardanes i desestabilitzadores) i la inseguretat laboral en acabar la formació derivada d'un sistema poc flexible i menys pragmàtic.

Algunes de les imprevisions que ocasionava el sistema MIR inclouen tant les causes d'increment de necessitats de cirurgians com les de decrement de la seva disponibilitat. Entre les primeres hi trobem: l'augment no previst de població, l'efecte de la necessitat de superespecialització, els canvis de les condicions laborals (normatives de la Unió Europea sobre màxim d'hores setmanals o d'hores seguides treballades) i la inadequació entre les necessitats socials i el tipus de formació MIR (en general excessivament especialitzada per les necessitats de zones amb gran extensió geogràfica i baixa densitat de població). Entre les segones hi tenim: la previsió inadequada de necessitats reals, la frustració acumulada per la inseguretat de poder treure rendiment d'uns anys de sacrifici en formació molt important i la pèrdua del prestigi social del cirurgià exemplificada, per exemple, amb la baixa compensació econòmica que no s'adiu a l'esforç esmerçat.

La disponibilitat de candidats portava, en alguns casos, a sobredimensional plantilles de residents, més per interessos de l'hospital (mà d'obra barata) o del propi servei (delegació de feines de baix nivell), sense pensar que una vegada formats els nous especialistes probablement no tindrien lloc de treball i es quedarien amb possibilitats limitades de fer altres especialitats, on pot ser hi faltés gent, a no ser que repetissin tot un altre període complet de formació en la nova especialitat, sense tenir en compte que bona part de l'experiència acumulada ja li podia ser útil. Tot plegat ha portat a un descens vocacional en els darrers temps.

En un moment en el qual la disponibilitat de cirurgians és inferior a les necessitats de la població, es fa patent la inadequació del sistema MIR per aconseguir una formació del mateix nivell de quan la situació era al revés. Entre les anomalies que comporta actualment hi tenim: el model, per manca de vocacions permet l'elecció de millors i pitjors, facilita la contractació poc acreditada, es perd la racionalitat de la selecció i el nivell de formació pot resultar inadequat a les necessitats.

Hi ha hagut actualitzacions al sistema MIR en CGiAD, amb revisions dels seus resultats, però tot i així hi ha encara alguns problemes.^{74 75 76}

Pot ser un sistema que havia resultat brillant per l'elecció d'uns quants entre molts, resulta ineficient per seleccionar entre un nombre de candidats insuficients. Sistemes més flexibles com el britànic, tot i tenir els seus propis problemes, han permès una selecció més ajustada a les necessitats reals de cada hospital i, com a conseqüència del país en general. L'estructura dels equips quirúrgics clàssics (*consultant, registrar, senior house officer^a i junior house officer*, equivalents, més o menys, a cirurgià, adjunt jove, resident gran i resident jove) comporta una adaptació més real a les necessitats de cada moment. Entre els aspectes positius del sistema es podrien esmentar els següents: adaptació a les necessitats reals de l'hospital segons la seva població assignada, major flexibilitat en

^a SHO: Senior House Officer

el tipus d'especialitats assumides. Entre els aspectes més incòmodes hi ha: major mobilitat dels cirurgians en formació a costa d'una contractació laboral per períodes curts.

La flexibilitat es tradueix en la formació, en permetre acumular acreditacions parcials amb un nombre de mòduls de rotació mínims, necessaris per poder accedir a l'examen de canvi de nivell professional, però també el fet que, un mateix mòdul, pugui tenir valor curricular per optar a diferents especialitats amb aspectes comuns (troncalitat).

La necessitat de mantenir l'equilibri entre una formació quirúrgica general bàsica (necessària en àrees rurals, poc poblades i allunyades dels grans centres) i la superespecialització imprescindible en les grans zones urbanes i els grans hospitals, fa que no es pugui parlar d'un sol model de cirurgia general i que calgui obrir el canvi d'especialització a un ventall més ampli de cirurgians reconvertibles en els camps més necessaris.

Aquesta seria la idea que ha portat a considerar la regulació de la troncalitat com a un pas imprescindible per a una nova orientació més empírica i pragmàtica de la formació dels futurs cirurgians. Aquesta troncalitat hauria de permetre: l'elecció dels mes adequats a les necessitats de cada centre en particular, la contractació acreditada, l'aplicació d'un criteri empíric de selecció, aconseguir un nivell de formació adequat a les necessitats en cada lloc i en cada moment, la previsió adequada de cirurgians necessaris pel fet d'existir la flexibilitat de canvi d'especialitat, sempre amb l'acreditació necessària, evitar la frustració de formació excessiva, innecessària en un camp determinat però que deixa tancades altres portes que serien possibles amb molt menys cost. I, tot plegat, intentant recuperar el prestigi social del cirurgià.

El debat entre l'especialització i la troncalitat no és estrictament acadèmic. Pot ser és el moment de passar d'un model racionalista, que ha pretès encaixar les necessitats poblacionals en les propostes dels experts, cap a un model més empíric, que permeti ajustar les propostes dels experts a les necessitats poblacionals.

Sense perdre el nivell assolit, el sistema MIR hauria d'evolucionar adaptant-se més a les necessitats de la població i no tant a un model amb pretensions de perfecció però excessivament rígid.

Entre les perspectives de la formació especialitzada, segons la Generalitat de Catalunya, sembla ser que hi ha l'intenció de dotar a la formació de postgrau d'una estructura docent troncal i flexible que podria permetre intercanvis formatius entre les especialitats.⁷⁷

Seguint les conclusions d'una comissió d'experts, l'èxit de la troncalitat permetria més flexibilitat en la planificació de les necessitats de professionals sanitaris que, a través de les àrees de capacitació i de les passarel·les, podrien canviar, amb més facilitat, la seva activitat assistencial, al llarg de la seva carrera professional, en funció de les seves preferències i les necessitats assistencials de l'entorn.

En aquest context també cal estar pendents de les "noves especialitats". La superespecialització comporta una atenció excessivament parcel·lària, que posa en dificultats al propi sistema sanitari, per induir la necessitat de masses especialistes, per atendre un mateix malalt, amb el conseqüent encariment de l'assistència.⁷⁸

Necessitat de cirurgians

El fet de promoure sistemes més flexibles que permetin adaptar el nombre i característiques dels cirurgians a les necessitats de la societat, no significa que no es pugui planificar i preveure fins a cert punt el nombre de cirurgians que necessita un país.

En països més pobres, en vies de desenvolupament, amb manca de cirurgians, pot ser de gran interès determinar quans en caldrien per fomentar l'existència de facultats i universitats, en primer lloc, i de centres sanitaris també imprescindibles.⁷⁹ Segons l'OMS es tractaria de minimitzar, i a ser possible evitar, l'impacte de la mortalitat o de la discapacitat derivada de la manca d'una atenció quirúrgica adequada que permeti eliminar o corregir afeccions mortals o incapacitants.⁸⁰

Pel que fa als països més rics, per exemple als Estats Units, la AAMC^a preveu una manca de 45,000 metges de família i 46,000 cirurgians i especialistes mèdics pel 2020.

Alguns experts, però, creuen que el problema real no és la manca global de metges si no una manca d'adequació o imbalanç en la utilització dels recursos existents. Per exemple hi ha masses especialistes i pocs metges d'atenció primària, masses professionals a les ciutats i àrees pròsperes i massa pocs a les zones rurals i àrees empobrides; masses metges fent procediments rutinaris que poden ser realitzats per infermeres amb experiència, assistents mèdics o farmacèutics.⁸¹

En països com Catalunya, el càlcul del nombre de cirurgians necessaris es fa en base a l'estructura dels serveis, les tasques assignades i l'activitat realitzada tenint en compte la demanda poblacional i les denominades llistes d'espera.

^a AAMC: Association of American Medical Colleges

Cal, en primer lloc, establir quins són els valors estàndards de temps o de nombre de cirurgians necessaris per a les diferents activitats assistencials. Per això s'han utilitzat taules semblants a la següent:

Àrea	Activitat	Temps minuts (mitjana)	Nombre cirurgians (mitjana)
Hospitalització	Ingressos	45	1
	Altes	60	1
	Estades	15	1
Consulta externa	Primeres visites	60	1
	Segones visites	15	1
Quiròfan	Cirurgia menor ambulatoria	30	1
	Cirurgia Major ambulatoria	60	2
	Cirurgia Petita	90	2
	Cirurgia Mitjana	150	2
	Gran cirurgia	300	3
Urgències	24 hores	1440	2
Altres	Interconsultes	60	1
	Exploracions complementàries	30	1

Com que la taula anterior té en compte només l'activitat assistencial, s'ha dit que cal considerar també les altres activitats no assistencials i el percentatge de dedicació de temps segons nivell de responsabilitat, sense perdre de vista que els residents també realitzen la seva activitat.⁶² Amb la qual cosa caldria aplicar factors de correcció com, per exemple, els següents:

Funció/Nivell	Cap de servei	Cap clínic	Adjunt	Resident
Assistencial	40 %	60 %	75 %	50 %
Docent/discent	30 %	20%	10 %	40 %
Recerca	5 %	10 %	10 %	10 %
Gestió	25 %	10 %	5 %	0 %

També s'hauria de atendre a la situació de la qual es parteix en un moment donat, per poder preveure la disponibilitat actual d'Especialistes en CGIAD, ^a l'edat per preveure els anys de carrera aproximats o el sexe per la possible transcendència en baixa laboral per maternitat o motius relacionats amb el gènere. També la influència i disponibilitat per proximitat geogràfica i cultural. A continuació s'exposa una petita taula de la situació actual a Espanya i a Catalunya: ⁸³

	Espanya	Catalunya
Total	3368	410
% de metges	3,12%	3,2%
Dones	22,10%	23,70%
Majors de 49 anys	55,90%	55,60%
Efectius per 100000 habitants	7,2	5,5

També pot resultar interessant la comparació amb altres situacions de països d'un mateix àmbit. En aquest sentit, s'exposa també els especialistes de CGIAD a diversos Països d'Europa (per 100000 habitants):

País	Any	Nombre/100000 habitants
Alemanya	2009	21
Grècia	2008	19
Suècia	2007	14
Irlanda	2008	11
Espanya	2009	10
Romania	2008	8

Extrapolant les dades actuals i d'acord amb les polítiques esperades, segons les circumstàncies del moment, es pot fer una previsió a Espanya del nombre d'especialistes de CGIAD en un futur proper:

	2015	2020	2025
Total CGIAD	4592	4622	4675
Ratio 100000 habitants	10,9	10,1	10,3
% dones	31,6	39,7	47,3
% > 49 anys	51,2	45,8	34,9

La taxa de feminització en CGIAD ha anat creixent progressivament superant ja el 60% en alguns anys. Actualment ja s'observa un dèficit moderat d'especialistes de CGIAD, però amb les tendències actuals, el dèficit de cirurgians cap al 2020 podria arribar a ser greu.

^a CGIAD: Cirurgia General i de l'Àpares Digestiu

La cirurgia del futur

Ja hem vist com ser cirurgià equival de manera especial a fer de cirurgià, és a dir a practicar la cirurgia. Però la pràctica de la cirurgia també ha evolucionat. Operacions que estaven prohibides avui en dia són normals. Altres que eren normals fa uns anys, avui dia es consideren errònies o no indicades en molts casos. Però també la manera de procedir va canviant.

Les noves TIC ^a han canviat totalment el model de relacions socials i la cirurgia no és estranya a aquests fets. En la resposta del RCSE al NHS *Future Forum*, de maig del 2011, queda molt clar que cal retallar la burocràcia i donar als pacients i als seus clínics el dret a decidir el millor tractament per a cada individu.

També ressalta la importància de les comissions (o comitès) i de la implicació del pacient en les decisions, atenent als consells del clínic, el lideratge, l'educació i la formació. Els membres de les comissions han de ser capaços d'exercir el seu judici clínic i tenir la capacitat de salvaguardar i assegurar la qualitat i l'atenció estàndard. Tot plegat dirigit a aconseguir els millors resultats per al pacient.

Cal implicar als pacient en com es desenvolupen i es lliuren els serveis de salut. Els mecanismes desenvolupats per implicar als pacients han de ser inclusivament i honestos. Els clínics han de tenir un paper assegurant que la informació pertinent i l'anàlisi està a l'abast per a l'ús dels pacients. El *National Commissioning Board*, ressalta el paper del lideratge i el consell dels clínics. Cal tenir en compte que, com sempre, el pacient intel·ligent fa preguntes intel·ligents, però cada vegada té més possibilitats d'estar ben informat i pot representar un repte major pels coneixements del cirurgià.⁸⁴

Però els pacients més ben informats també poden ser més exigents. D'aquí la necessitat de potenciar ambients relaxants per a l'intercanvi de dubtes, afavorint un diàleg distès i enriquidor. Tenint en compte l'imprescindible treball en equip que exigeix la cirurgia actual, cal que els equips estiguin molt ben coordinats i evitin les contradiccions que poden causar impacte negatiu en el pacient.

Entre els efectes beneficiosos de les TIC hi ha el fet de poder disposar de millors bases de dades que ajudin a prendre decisions més adequades, en funció dels resultats observats en cirurgia, en especial pel que fa a utilitat expressada com a: morbiditat, qualitat de vida, costos, etc.⁸⁵ Això resulta especialment rellevant en el pacient fràgil, vell, amb comorbiditats i amb limitació fisiològica.^{86 87}

Tot això comporta canvis també en el registre de les dades rellevants per a una millor atenció en equip. Fins els hospitals més petits i més repatanis a incorporar la història clínica informatitzada, acabaran entrant en el món de les TIC.⁸⁸

^a TIC: Tecnologies de la Informació i la Comunicació

De fet els criteris de com registrar les dades a la història clínica de manera que esdevingués un document més adient al treball en equip, ja les va posar Weed el 1969, quan va proposar la història clínica orientada per problemes (*POMR*^a).⁹⁹ Però anant més enllà, amb els criteris actuals, té més sentit la proposta de la història clínica orientada per objectius (*MOMR*^b) promoguda per Waisbren el 1973, que va acabar d'establir les bases d'una forma de registre que aplica el sentit comú, més enllà de la qualitat literària.⁹⁰

L'aparició de les guies i de les vies clíniques, ha representat un altre avenç que cal seguir.⁹¹ Sempre que mantingui el fet que es tracta d'ajudes i no de normes indeclinables. Per tant, han de ser: guiades professionalment, finançades públicament, amb implicació del pacient, cuidadors i públic, independents d'influències industrials o polítiques, adreçades del tot i de manera completa al procés d'atenció del pacient.⁹² Naturalment guiades per l'evidència científica que cal ensenyar be als nous cirurgians.⁹³

Cal però anar en compte amb la interferència d'interessos externs a la voluntat del pacient. La possibilitat de mala pràctica comercial, que pretengui manipular el contingut d'algunes vies clíniques, podria fer perdre la confiança en una ajuda valuosa quan no es pren en consideració un possible conflicte d'interessos.⁹⁴

Les possibilitats d'intercanvi d'experiències i coneixements, entre cirurgians, a través de les xarxes socials i les TIC, permetran aprendre, de manera molt més ràpida, efectiva i real, dels altres, explicant i comentant casos, amb confidencialitat pels pacients, compartint o debatent opinions, fent enquestes etc. Alguns webs especialitzats en aquest camp, com CORESS ja estan funcionant actualment.⁹⁵ També la possibilitat de consultar noves fons de coneixement com SurgiWiki, l'enciclopèdia de la cirurgia, estan posant-se en marxa a partir de patrons en altres camps que ja han demostrat la seva utilitat.⁹⁶ Com també resulta d'interès poder disposar de marcadors de qualitat en cirurgia abdominal, amb avaluacions de caràcter internacional com GlobalSurg.⁹⁷

Els resultats de la cirurgia tendiran a millorar, no tan sols perquè les intervencions poden ser més efectives amb menys agressió i millor control, també pels avenços en la recuperació postoperatòria (ERAS^c - Fast Track Surgery).^{98 99 100 101} I també pels avenços en anestèsia, reanimació, cures intensives i rehabilitació dels pacients operats.

Però també les TIC poden ajudar a la facilitació de tràmits administratius, el control a distància dels pacients que permeti minimitzar els ingressos hospitalaris, la possibilitat de utilitzar la telemedicina, en especial en pacients residents en zones allunyades o inhòspites, però també per evitar desplaçaments innecessaris. Per altra banda, el reconeixement de la veu que simplifiqui l'elaboració d'informes o el registre d'ordres mèdiques, per exemple mentre el cirurgià està operant resultarà d'ajuda. Sens dubte, les interaccions a internet cada vegada representaran una major possibilitat de relació amb col·legues o fins i tot amb pacients.¹⁰²

L'avaluació de la qualitat assistencial, tenint en compte, com propugnava Avedis Donabedian: l'estructura, el procés i els resultats, és molt important i ho serà més en el

^a *POMR: Problem Oriented Medical Record*

^b *MOMR Mission Oriented Medical Record*

^c *ERAS: Enhanced Recovery After Surgery*

futur. Es tracta de prendre en consideració els mètodes de qualitat, el component ètic i la implicació de professionals, col·legis, gestors i administració.¹⁰³ El problema està en si s'ha de prioritzar més la qualitat del procés o la del resultat (la sèrie televisiva House, planteja molt bé aquest dilema).¹⁰⁴ Els indicadors de qualitat de l'estructura o del procés no garanteixen els resultats, en canvi els indicadors de resultat poden reflectir tots els aspectes de l'atenció, incloent l'experiència i l'habilitat de l'operador, però no sempre impliquen un major grau de satisfacció del pacient. Els indicadors de qualitat del procés són útils quan les variacions en l'atenció no modifiquen els resultats de salut, quan es tracta d'actuacions de freqüència prou baixa o quan resulta forçós tenir en compte el nivell de satisfacció.

No sempre és fàcil determinar els marcadors universals de qualitat en cirurgia abdominal de cara a una avaluació internacional. La unificació de criteris universal resulta cada vegada més necessària per poder establir comparacions entre estructures i processos diferents. En el fons es tracta de fer-se les preguntes clàssiques: Qui?, Què?, Com?, Quan?, On?, Perquè? Però delimitant l'autèntic significat de les possibles respostes. Per això s'ha elaborat guies per respondre a les preguntes tenint en compte l'evolució dels indicadors de qualitat.^{105 106 107}

Per tenir una idea de l'estat actual dels indicadors de qualitat a Catalunya hem revisat les dades més recents, publicades fins ara, sobre l'evolució dels Indicadors de Resultats Analitzats dels Hospitals del SISCAT^a en el període 2010 – 2012.¹⁰⁸

Per exemple l'activitat quirúrgica en pacients atesos, amb caràcter d'ingressats o tractats ambulatoriament i l'envergedura de les llistes d'espera:

		2010	2011	2012
Nombre d'hospitalitzacions quirúrgiques		399.835	373.960	387.411
Nombre d'intervencions de CMA		175.589	167.678	181.517
Temps mitjà d'espera de procediments quirúrgics	Pacients	56.670	80.540	70.814
	Dies	125	139	138

^a SISCAT: Sistema Sanitari Integral de Salut Pública de Catalunya

Cal tenir en compte que en les llistes d'espera, caldrà comptar amb la col·laboració dels cirurgians que hauran de disposar de criteris clars de prioritització.^{109 110} Una possible escala de temps d'espera tolerables, permetria establir una classificació de la necessitat d'intervenció en funció del risc de l'espera:

Nivell	Caràcter	Tipus	Període *
1	Urgent	Immediat	0 a 6 hores
2		Mediat	7 a 24 hores
3		Diferit	1 a 7 dies
4	Electiu	Preferent	8 a 30 dies
5		Prioritari	1 a 3 mesos
6		Ordinari	4 a 12 mesos
7		Ajornable	indefinit

* Període considerat acceptable de retard del tractament (intervenció)

De fet, en les llistes d'espera només hi haurien d'entrar els casos a partir del nivell 6, és a dir: de cirurgia electiva ordinària o ajornable.

Per tenir una idea de les necessitats per zones geogràfiques, la distribució geogràfica per regions sanitàries de l'activitat assistencial en CGiAD a Catalunya a l'any 2012 permet veure les diferències com mostra, resumit, el quadre següent:

Gran Grup Procediment Principal	Alt Pirineu / Aran	Barcelona	Camp de Tarragona	Catalunya Central	Girona	Lleida	Terres de l'Ebre	Sense especificar	Total general
Operacions digestiu	848	52874	6977	6065	9854	4209	2351	15537	98715
Operacions endocri	31	2057	235	211	346	141	107	841	3969
Operacions tegumentari	293	19973	2370	2147	4210	1229	848	10810	41880
Operacions hematolinfàtic	58	3238	370	301	563	331	129	490	5480

I per poder considerar l'impacte de les diferents superespecialitats, la distribució de intervencions de CGiAD a Catalunya, el 2012 per grans grups es mostra a la taula següent:

Gran Grup Procediment Principal	Cirurgia Major Ambulatoria (CMA)	Hospitalització convencional	Total general
Operacions digestiu	16862	81853	98715
Operacions endocrí	77	3892	3969
Operacions tegumentari	21912	19968	41880
Operacions hematolinfàtic	1201	4279	5480
Sense Especificar	60	118767	118827

També, de forma més detallada, les Intervencions de CGiAD a Catalunya, el 2012, han estat:

Especialitat (E)	Superespecialitat (SE)	Intervenció	Quantitat	Total SE	Total E
Cirurgia General digestiva	Miscel·lània	General	3730	5848	75957
		Laparoscòpia	743		
		Laparotomia exploradora	635		
		Lisi d'adherències	740		
	Tub digestiu alt	General	8349	9636	
		Gastrectomia parcial i total	871		
		Gastrotomia	416		
	Tub digestiu baix (coloproctologia)	General	2413	21075	
		Apendicectomia	6996		
		Colostomia	324		
		Iliostomia/enterostomia	225		
		Excisió local quirúrgica	32		
		Hemorroides	4360		
		Resecció de còlon o recte	6050		
	Paret abdominal	Resecció d'intestí prim	675	26386	
Altres reparacions d'èrnia		9720			
Hepatobiliopancreàtic	Èrnia inguinal i femoral	16666	13012		
	Colecistectomia i vies biliars	13012			
Cirurgia General no digestiva	Endocrí	General	1040	3904	82450
		Tiroidectomies	2864		
	Hematolinfàtic	Altres	3673	3924	
		Melsa	251		
	Teguments i mama	General	11607	74622	
		Altres	1466		
		Altres procediments terapèutics	38030		
		Desbridaments	3548		
		Empelt cutani	850		
		Excisió lesió cutània	14904		
		Incisió i drenatge (pell/subcutani)	455		
		Mastectomia	1669		
		no assignables	27		
		Sutura (pell/subcutani)	488		
		Altres tractaments ferides	1578		
Total CGiAD			158407	158407	158407

D'una manera global, les càrregues laborals que comporta la realització d'aquesta activitat poden resultar enganyoses. És evident que el nivell de complexitat pot variar molt d'unes intervencions a unes altres. Si atenem a les considerades dins del terme terciarisme, examinant, per exemple, l'activitat en cirurgia del càncer d'aparell digestiu a Catalunya en el període 2008 – 2012 tenim: ¹¹¹

	Esòfag	Pàncrees	Fetge	Estómac	Recte
Total període	359	1353	3183	2097	6204
Mitjana per any	72	271	637	420	1241

Les corresponents corbes de tendència, permeten fer projeccions de la probable incidència de càncer d'aparell digestiu a Catalunya en un futur, com aquestes del 2020:
¹¹²

	Esòfag	Pàncrees	Fetge	Estómac	Vies biliars	Còlon i Recte
Homes	162	638	1244	513	290	5360
Dones	98	440	248	346	121	2662
Total	260	1078	1492	859	411	8022

I també una projecció de la incidència d'altres càncers de Cirurgia General a Catalunya, també pel 2020:

	Melanoma	Tiroides	Mama
Homes	407	79	-
Dones	344	342	4841
Total	751	421	4841

Dins d'un terciarisme encara més superespecialitzat hi tenim els trasplantaments de cirurgia de l'aparell digestiu a Catalunya a l'any 2012 ¹¹³

Fetge	180
Pàncrees	15

En conjunt donen una idea de l'activitat generada per CGiAD en un país com el nostre, amb 7.565.603 habitants el 2012 i, més o menys, de com pot evolucionar en un futur proper. Qualsevol disseny de necessitats de futur hauria de tenir en compte aquestes dades i les més recents que es poguessin publicar.

Resum

Com a consideracions finals, podem dir que el futur de la professió de cirurgià, tot i dependre de múltiples variables, des d'un punt de vista probabilístic, no hauria de canviar gaire, al menys en un futur immediat. A més llarg termini, pot ser que el món hagi canviat tant que resulti excessivament aventurat de fer suposicions. En qualsevol cas les úniques dades fiables que tenim per fer una previsió són dades d'un passat proper, és a partir de la seva anàlisi, crítica, com es pot intuir, extrapolar tendències i, sobretot, pensar que les mancances que avui tenim, la tendència històrica serà de corregir-les i millorar-les. Al menys des d'una perspectiva de treball basada en l'optimisme històric, sense perdre de vista que tot plegat es pot espatllar per la insensatesa humana o per qualsevol catàstrofe inesperada.

Sense que la desgràcia ens agafi desprevinguts, cal que situem el risc en el seu just lloc operatiu, que no freni l'impuls de progrés que ha caracteritzat a l'ésser humà. Així no s'haurien de menysprear els estudis de recerca i innovació, actualment en curs, que ens poden permetre albirar algunes novetats que, poc a poc, s'aniran integrant en la vida dels futurs cirurgians per al bé de la humanitat sencera, sempre que resisteixin la prova de la selecció natural.

Mentre els vells procuren conservar el que tenen, podríem dir: “el que els queda”, els joves, encara en ple creixement i desenvolupament personal, no és estrany que siguin progressistes i aspirin al millor, més enllà dels estereotips polítics clàssics, com a forma de vida revestida per qualsevol ideologia. En aquest sentit, les perspectives de progrés semblen clares.

Pot ser el futur ens ensenyi que cal creure i respectar les persones, avaluar, o fins i tot jutjar, els fets i alabar-los o condemnar-los si cal. Però sobretot, des d'una perspectiva científica, cal criticar les idees, de manera objectiva i constructiva, és a dir aportant teories alternatives que s'ajustin millor als fets i a les persones.

Més que malgastar energia en enfrontaments inútils, hi pot haver molta feina a fer i molt camí per recórrer en comú, encara, si som capaços de cooperar la humanitat sencera. El cirurgià, acostumat al treball en equip, pot ser un exemple de superació d'antagonismes estèrils i de sinèrgia d'esforços compartits.

Sala Pedrós J.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ OECD. <http://es.wikipedia.org/wiki/Futurolog%C3%ADa>
- ² Farkas N. The Future Surgeon of 2050. *Surgery*. Aug. 01, 2014; 441- 443
- ³ Nefiodow, Leo: *The Sixth Kondratieff* (“Der sechste Kondratieff”), 1996.
- ⁴ Nefiodow, Leo: *The Sixth Kondratieff* (“Der sechste Kondratieff”), 2001.
- ⁵ Krogerus M, Tschäppeler R. *The Change Book: Fifty models to explain how things happen*. Profile Books. London 2012.
- ⁶ American College of Surgeons. Clinical Congress. San Francisco, October 26 – 30, 2014. <http://www2.facs.org/clincon2014/index.html>
- ⁷ I Congrés Internacional de Prospectiva. Barcelona, 29 – 30 d'octubre 2014. <http://www.nextworldcongress.com/ca/home>
- ⁸ Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (ANEP) Área de Medicina Clínica y Epidemiología. <http://www.idi.mineco.gob.es/portal/site/MICINN/menuitem.8ce192e94ba842bea3bc811001432ea0/?vgnextoid=d2bbe7c85ab4d210VgnVCM1000001d04140aRCRD>
- ⁹ Gn 41: 25-35. La Bíblia. 3ª Edició. Editorial Casal i Vall. Montserrat, 1983.
- ¹⁰ Relman AS. El futur de la pràctica mèdica. Sense amnèsia. Clàssics del Pensament i Humanitats Mèdiques. http://www.acmcb.es/files/499-88-FITXER/sense_02.pdf
- ¹¹ Sitges-Serra A. Política, gestió i professió, *Cir Esp*. 2008; 84 (1): 57-9.
- ¹² Lovelock J. *Las edades de Gaia. Una biografía de nuestro planeta vivo*. Metatemas 29. 3ª Edición. Tusquets Editores. Barcelona, 2000.
- ¹³ Kardashev Scale. http://en.wikipedia.org/wiki/Kardashev_scale
- ¹⁴ Johnston DJ. Globalise or fossilise. http://www.oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/149/Globalise_or_fossilise.html

-
- ¹⁵ Sans Sabrafen J. Més sobre llengua, cultura i medicina (1). *Annals de Medicina*. 2003; 86 (3):
- ¹⁶ Sans Sabrafen J. Més sobre llengua, cultura i medicina (1 2). *Annals de Medicina*. 2003; 86 (4):
- ¹⁷ Kaku M. *Physics of the Impossible*. Penguin Group. 2009.
- ¹⁸ Nicholas L. Futurology: shining a bright, broad beam of light into the darkness. *The Guardian*, May 3th 2013. <http://www.theguardian.com/science/political-science/2013/may/03/science-policy>
- ¹⁹ Kurzweil R. The Six Epochs of Evolution. <http://bigthink.com/the-nantucket-project/ray-kurzweil-the-six-epochs-of-technology-evolution>
- ²⁰ Ganapati P. Reverse-Engineering of Human Brain Likely by 2030, Expert Predicts <http://www.wired.com/2010/08/reverse-engineering-brain-kurzweil/>
- ²¹ Kurzweil R. <http://bigthink.com/videos/biotechnology-will-stop-aging>
- ²² Sinca G. Llegat la Veu d'un Savi. L'últim Heroi de Hemingway. *Vida Secreta dels Nostres Metges*. Ara. 02-01-2013. http://www.ara.cat/premium/tema_del_dia/L'ultim-Heroi-Hemingway_0_839916002.html
- ²³ De Dombal FT. Diagnóstico del dolor abdominal agudo. *Masson – Salvat Medicina*. 2ª Ed. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona 1993.
- ²⁴ De Dombal FT. El proceso que conduce a la toma de decisiones en cirugía. *Masson – Salvat Medicina*. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Barcelona 1994.
- ²⁵ Kaku M. *Physics of the Future*. Penguin Group. 2012.
- ²⁶ Pietrabissa a, Vinci A, Pugliese L, Peri A. Cirugía robótica: controversias actuales y expectativas futuras. *Cir Esp*. 2013; 91 (2): 67 – 71.
- ²⁷ Bodduluri M. Medical Robotics: From Cancer Surgery to Hair Transplantation *MedTech Frontiers Triple Ring Technologies*. April 1, 2010. http://www.tripleringtech.com/OC_medtech_past_events.html
- ²⁸ Mohr C. Medical Technology. <http://www.catherinemohr.com/>
- ²⁹ Cheng Li Biomaterials, Tissue Integration, Biomimetic & Drug Delivery Implants. *MedTech Frontiers Triple Ring Technologies*. December 1, 2011. http://www.tripleringtech.com/OC_medtech_past_events.html
- ³⁰ Zhenan Bao. Skin-Inspired Electronic Sheets with Touch, Chemical and Biological Sensors. *MedTech Frontiers Triple Ring Technologies*. August 1, 2013. http://www.tripleringtech.com/OC_medtech_past_events.html
- ³¹ Gobin AM, O'Neal DP, Watkins DM, Halas NJ, Drezek RA, West JL. (2005). "Near infrared laser-tissue welding using nanoshells as an exogenous absorber". *Lasers Surg Med*. 37 (2): 123–9. doi:10.1002/lsm.20206. PMID 16047329
- ³² Tellis GJ, Prabhu JC, Chandy RK. Radical Innovation Across Nations: The Preeminence of Corporate Culture. *Journal of Marketing*. Jan. 2009; 73: 3-23.
- ³³ Sitges Serra A. Innovar o renovar? Reflexió sobre l'entorn social i científic de la innovació. *Bioética y derecho*. Mayo 2012; 25: 4-18.
- ³⁴ Sitges Serra A. Tecnología o tecnolatría: ¿A dónde van los cirujanos?. *Cirugía Española*. 2012; 90 (3): 156 – 161.
- ³⁵ Sitges Serrra. Respuesta del autor: ¿Tecnología o tecnolatría?. *Cirugía Española*. 2012; 90 (6): 409 – 413.
- ³⁶ Targarona EM, Morales Conde S, Salvador Sanchis JL. ¿Tecnología, tecnolatría...o tecnofobia?. *Cirugía Española*. 2012; 90 (6): 409 – 410.
- ³⁷ Escrig Sos J, Martínez Ramos D. Vaya con el Prof. Sitges... *Cirugía Española*. 2012; 90 (6): 412-413.
- ³⁸ Domínguez-Adame Lanuza E. Tecnología, tecnolatría, tecnofobia: una discusión fuera de lugar. *Cirugía Española*. 91 (2): 132 – 134.

-
- ³⁹ Margulis L. *The Symbiotic Planet. A New look at evolution*. Phoenix. London, 1999.
- ⁴⁰ Capra F. *La Trama de la Vida. Anagrama*. Barcelona 1998.
- ⁴¹ Strogatz S. *sync: the Emerging Science of Spontaneous Order*. Penguin Books. London 2004.
- ⁴² Olson R. *Science Deified and Science Defied*. University of California Press. Berkeley 1990.
- ⁴³ Ball P. *Critical Mass: How one Thing Leads to Another*. Arrow Books. London 2005.
- ⁴⁴ Hipòcrates. *Aforismes. Traducció Catalana Medieval. Textos i Estudis de Cultura Catalana*, 76. Curial Edicions Catalanes. Publicacions de l'Abadia de Montserrat. 2000.
- ⁴⁵ Krogerus M, Tschäppeler R. *The Change Book: Fifty models to explain how things happen*. Profile Books. London 2012.
- ⁴⁶ McKillop. *Fit to practise*. *Surgeonsnews*. April 2009; 8 (2): 66 – 67.
- ⁴⁷ Carvajal J. *Por los caminos de la bioenergética: un arte de curar*. 9ª Ed. Ediciones Luciérnaga. Barcelona, 2012.
- ⁴⁸ Viñas i Salas J. *Reptes de la Cirurgia del Segle XXI. Discurs d'ingrés a la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, amb contestació del Dr. Moisès Broggi i Vallès*. Barcelona, 28 de novembre de 2004.
- ⁴⁹ Boelen C. *The Five-Star Doctor: An Asset to Health Care Reform?*. World Health Organization. 1994. www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf
- ⁵⁰ Hood L. (Ohio State University) P4 Medicine Institute. Tampa (Frontline Medical News)
- ⁵¹ Hood L. *P4 Medicine: A New Approach to Health and Disease*. Frontline Medical News, 2014 Apr 25, S Worcester.
- ⁵² Buppert C. *How Should I Report an "Aging" Surgeon?* February 24, 2014. <http://www.medscape.com/viewarticle/820783>
- ⁵³ Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, De Miquela J, Campillo-Soto A, Sáez J, Aguayo JL. *Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos* *Cir Esp*. 2008;83(3):118-24
- ⁵⁴ Enríquez-Navascués JM. *Urgencias y atención continuada: agotamiento del actual sistema de guardias y búsqueda de nuevos modelos* *Cir Esp*. 2008; 83 (4): 173-9
- ⁵⁵ Serra-Aracil X. *Respuesta a: ¿Como podemos aumentar el número de publicaciones científicas en cirugía general y digestiva?* *Cir Esp*. 2013 Oct; 91 (8): 548
- ⁵⁶ Escrib-Sos J, Martínez-Ramos D, Villegas-Cánovas C, Miralles-Tena JM, Rivadulla-Serrano I, Daroca-José JM. *Recomendaciones para la valoración clínica de los resultados en literatura biomédica* *Cir Esp*. 2008; 84 (6): 307-12
- ⁵⁷ Manterola C, Astudillo P, Arias E, Claros N. *Revisiones sistemáticas de la literatura. Qué se debe saber acerca de ellas*. *Cir Esp*. 2013 ; 91 (3): 149 – 155.
- ⁵⁸ Rebase P, Mora L, Luna A, Montmany S, Vallverdú H, Navarro S *Continuous monitoring of adverse events: influence on the quality of care and the incidence of errors in general surgery*. *World J Surg*. 2009 Feb; 33 (2):191-8.
- ⁵⁹ Rebase P, Mora L, Vallverdú H, Luna A, Montmany S, Romaguera A, Navarro S. *Adverse Events in General Surgery. A Prospective Analysis of 13950 Consecutive Patients*. *Cir Esp*. 2011; 89 (9): 599 – 605.
- ⁶⁰ Peckham C. *General Surgeon Compensation Report 2014*. <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2014/generalsurgery>
- ⁶¹ Raptis DA, Schlegel A, Tschuur C, Clavien PA. *Job Satisfaction Among Young Board-Certified Surgeons at Academic Centres in Europe and North America*. *Ann. Surg*. Nov 2012; 256 (5): 796 – 805.
- ⁶² Colomer V. *Josep Simó, Premi Cirurgia 2004. Cara a Cara. Diari de Sabadell*, 28-10-2004. <http://cac.drac.com/200410/20041028.html>.

- ⁶³ Sabater Ortí L. Hacia un nuevo modelo de tutor de residentes. *Cir Esp.* 2006; 80 (3): 121-2.
- ⁶⁴ RCS. NHS Future Forum: Listening Exercise. Call for views – RCS response. <http://www.rcseng.ac.uk/media/publications/docs/rcs-response-nhs-future-forum-listening-exercise/>
- ⁶⁵ Grober ED, Jewett MAS. The concept and trajectory of “operative competence” in surgical technique. *J. Can. Chir.* 2006; 49 (4): 238 – 240.
- ⁶⁶ Dawe SR, Windsor JA, Broeders AJL, Cregan PC, Hewett PJ, Maddern GJ. A Systematic Review of Surgical Skills Transfer After Simulation-Based Training: Laparoscopy Cholecystectomy and Endoscopy. *Annals of Surgery.* 2014; 259 (2): 236 – 248.
- ⁶⁷ Rodríguez García JI, Turienzo Santos E, González González JJ. ¿Mejora la incorporación de un simulador virtual las capacidades en cirugía endoscópica adquiridas con simuladores inanimados?. *Cir Esp.* 2009; 86(3): 167 – 170.
- ⁶⁸ Pérez Duarte FJ, Sánchez-Margallo FM, Díaz-Güemes Martin-Portugués I, Sánchez Hurtado MA, Lucas-Hernández M, Usón Gargallo J. Ergonomía en cirugía laparoscópica y su importancia en la formación quirúrgica. *Cir. Esp.* 2012; 90 (5): 284 – 291.
- ⁶⁹ Goldsmith P, Fenton H, Morris-Stiff G, Ahmad N, Fisher J, Prasad R. Metabonomics: A Useful Tool for the Future Surgeon. *Research Review. Journal of Surgical Research.* 2010; 160: 122 – 132.
- ⁷⁰ The Royal College of Surgeons of Edinburgh. <http://www.rcsed.ac.uk/education/patient-safety-and-notss/notss.aspx>
- ⁷¹ Sloan DA, Donnelly MB, Schwartz R W, Stodel WE. The Objective Structured Clinical Examination. The New Gold Standard for Evaluating Postgraduate clinical Performance. *Annals of Surgery.* 1995; 222 (6): 735 – 742.
- ⁷² Serra Aracil X, Navarro Soto S, Artigau Nieto E, Rebasa Cladera P, Hernando Tavera R, Moreno Matías J, Aparicio Rodríguez O, Hermoso Bosch J, Montmany Vioque S. ¿Cómo evaluamos la actividad de los médicos internos residentes? el libro informático del residente. *Cir Esp* 2006, 80 (3):145-50.
- ⁷³ Serra Aracil X, Navarro Soto S, Aparicio Rodríguez O, Hermoso Bosch J, Montmany Vioque S, Carmona Navarro D, Corredera Cantarin C, Gómez Diaz C Cuatro años de experiencia con el libro informático del residente-AEC (LIR-AEC). *Cir Esp.* 2009 Sep;86(3):147-53
- ⁷⁴ Parrilla Paricio P, Landa García JI, Moreno González E, Alarco Hernández A, Martínez Rodríguez E, Rodríguez Montes JA, Trias Folch M, López Peña E, Gómez Alonso A, Ortega Deballón P, Cantin Blázquez S. Proyecto de programa de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo. *Cir Esp.* 2006; 80 (3): 133-44.
- ⁷⁵ Miguelena Bobadilla JM, Landa García JI, Jover Navalón JM, Docobo Duránte F, Morales García D, Serra Aracil X, Lobo Martínez, E. Formación en cirugía general y del aparato digestivo: nuevo programa, mismos retos. *Cir Esp.* 2008, 84:67-70.
- ⁷⁶ Miguelena Bobadilla JM, Morales García D, Serra Aracil X, Sanz Sanchez M, Iturburue I, Docobo Duránte F, Jover Navalón JM, López de Cenarruzabeitia I, Lobo Martínez E. Consideraciones en torno a la formación del residente en cirugía de pared abdominal en España. *Cir Esp* 2013; 91 (2): 72-77
- ⁷⁷ Estratègies de planificació de les professions sanitàries 8 anys després del Llibre Blanc de les professions sanitàries. Generalitat de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut. Estratègies 2010.
- ⁷⁸ Terés J, Capdevila JA, Nonell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M. Formació troncal de les especialitats mèdiques: un reptet del present per a una millora del sistema sanitari. Monografies 15. Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya. 2010.
- ⁷⁹ Essential surgery. <http://www.dcp-3.org/volume/9/essential-surgery>
- ⁸⁰ Debas HT, Gosselin R, McCord C, Thind A. Surgery. Chapter 67. Disease Control Priorities in Developing Countries. 1245 – 1259. <http://www.who.int/surgery/SurgeryDebasworldbank.pdf>
- ⁸¹ Sandeep Jauhar Busy Doctors, Wasteful Spending. *New York Times* JULY 20, 2014

- ⁸² Serra Aracil X; Navarro Soto S; Hermoso Bosch J; Miguelena JM; Ramos JL; Martín Pérez E, García J, Estrada JL, Rodríguez-Sanjuan JC, Morales D, Roig JV, Docobo F, Landa-García JI. Estudio prospectivo multicéntrico sobre la actividad de los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo en España a Través del Libro Informático del Residente. *Cir Esp.* 2012 Oct; 90 (8): 518-24.
- ⁸³ Barber Pérez P, González López- Valcárcel B, Suárez Vega R. Oferta y necesidades de especialistas médicos en España. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. Diciembre 2011. [http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas\(2010-2025\).pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/11-NecesidadesMEspecialistas(2010-2025).pdf)
- ⁸⁴ ES: Estils de vida. Suplement de La Vanguardia. Barcelona, 12 de maig de 2012. Nº 242: 34-37
- ⁸⁵ Sala Pedrós J. Entre la Ineludible Necessitat i l'Inalienable Dret a Decidir. Reflexions sobre els Fonaments Ètics i Científics del Procés de Decisió en Cirurgia. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre Commemoriatiu. Inauguració del Curs 2013-2014. 121 – 156.
- ⁸⁶ Sun-wook Kim, Seong Han, Hee-won Jung, Kwang-il Kim, Dae Wook Hwang, Sung-Bum Kang, cheol-Ho Kim. Multidimensional Frailty Score for the Prediction of Postoperative Mortality Risk. *JAMA surgery.* May, 2014; 241: 1-8.
- ⁸⁷ Sala Pedrós J. Les decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 1990.
- ⁸⁸ Vigal Brey G, Trelles Martín A. Dos años de historia clínica electrónica. Experiencia de un hospital comarcal. *Cir. Esp.* 2012; 90 (8): 490 – 494.
- ⁸⁹ Weed LI. Medical Records that Guide and Teach. *New Eng. J. Med.* March 14-21, 1968. 278: 593-600 652-657.
- ⁹⁰ Waisbren BA. Towards a Mission Oriented Medical Records. *Crit. Care4 Med.* Sept. Oct. 1973. 1 (5): 261-6
- ⁹¹ Romero Simó M, Soria Aledo V, Ruiz López P, Rodríguez Cuéllar E, Aguayo Albasini JL. Guías y vías clínicas, ¿existe realmente diferencia? *Cir Esp.* 2010; 88 (2) : 81 – 84.
- ⁹² Harper D. Guidelines Galore. *Surgeonsnews.* October 2005; 4 (4): 66 – 67.
- ⁹³ Fingerhut A, Borie F, Dziri C. How to teach evidence-based surgery. *World J Surg.* 2005 May; 29 (5): 592 - 595.
- ⁹⁴ Sitges Serra A. Clinical Guidelines at Stake. *J. Epidemiol. Community Health.* 2014;0: 1 – 3.
- ⁹⁵ A Confidential Reporting System in Surgery. www.coress.org.uk
- ⁹⁶ Surgical Encyclopaedia. <http://www.surgiwiki.com/>
- ⁹⁷ Global Audit and Research Network. <http://globalsurg.org/>
- ⁹⁸ Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical. Brief review: Fast-track surgery and enhanced recovery after surgery (ERAS) programs. ASERNIP-S REPORT NO. 74 March 2009.
- ⁹⁹ Kehlet H. Fast Track Surgery. Realidades y dificultades. *Cir Esp.* 2006;80(4):187-8.
- ¹⁰⁰ ERAS. <http://www.erasociety.org/>
- ¹⁰¹ NHS. Enhanced Recovery <http://www.nhs.uk/conditions/enhanced-recovery/Pages/Introduction.aspx>
- ¹⁰² Belda Lozano R, Ferrer Márquez M, García Torrecillas JM, Álvarez García A, Reina Duarte A. Cirujano 2.0: el reto está en la red. *Cir. Esp.* 2011; 91 (6): 358 – 360.
- ¹⁰³ Revista de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Suplementos 1 - 2. 2001; 16. <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf> <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%202parte.pdf>
- ¹⁰⁴ Mant J. Process versus Outcome Indicators in the Assessment of Quality of Health Care. *Int. J. for Qual. in Health Care.* 2001; 13, (6): 475 - 480.

¹⁰⁵ Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California San Francisco. Guide to Prevention. Quality Indicators. October 2001. Version 3.1 (March 12, 2007). http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx

¹⁰⁶ Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California San Francisco. Inpatient quality Indicators. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iai_resources.aspx

¹⁰⁷ Department of Health and Human Services. Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Evidence-Based Practice Center (EPC). University of California San Francisco. Patient Safety Indicators. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_resources.aspx

¹⁰⁸ Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Taules de Resultats 2012. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. Juliol 2013. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/Central_resultats_hospitals_2013.pdf

¹⁰⁹ Sala Pedrós J, Gil A, Grande L, Masferrer L. Principis de prioritació de pacients en cirurgia. Societat Catalana de Cirurgia. Llibre Commemoriatiu. Inauguració del Curs 2003-2004. Barcelona, 2003: 77 – 91.

¹¹⁰ Trias Folch M. Una visió clínica de les llistes d'espera. <http://www.raco.cat/index.php/RevistaRAMC/article/viewFile/71401/91938>

¹¹¹ Tebé C, Pons JMV, Pla R, Espallargues M, Corral J, Espinàs JÁ. Resultats de la Cirurgia Oncològica Digestiva. Central de Resultats. Monogràfic 4. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2013. http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/osscc_Central_resultats/Informes/Fitxers_estatics/MO_NOGRAFIC_Oncologia.pdf

¹¹² Projeccions d'incidència del càncer fins a l'any 2020. Incidència del càncer a Catalunya. Canal Salut. Càncer. Generalitat de Catalunya. <http://www20.gencat.cat/portal/site/cancer/menuitem.301c31137848581ed91cb318b0c0e1a0/?vgnextoid=d85599c143d73210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=d85599c143d73210VgnVCM1000000b0c1e0aRCRD#Bloce642619565aee310VgnVCM1000008d0c1e0a>

¹¹³ Memòria del CATSalut 2012. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. Setembre de 2013. http://www20.gencat.cat/docs/salut/Minisite/catsalut/Coneix_CatSalut/memories_activitat/memories_catsalut/2012/memoria_catsalut2012_integra.pdf

“IN MEMORIAM” ENRIC VENDRELL TORNER (1929 - 2014)

El passat 24 d'agost ha mort a Barcelona el Dr. Enric Vendrell i Torner, membre de la Comissió Consultiva de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC). Havia estat vicesecretari del 1963 al 1965, secretari del 1974 al 1976, i vicepresident del 1988 al 1990. Membre del Patronat del Premi XXIV Congrés de la *Société Internationale de Chirurgie* Barcelona 1973, van decidir i administrar els premis, juntament amb els seus companys de patronat, Drs.: Martí Pujol, Balius i Basilio.

Company de curs del Dr. Ramon Balius Juli, van estudiar a la única Facultat de Medicina de Barcelona en aquells moments, la de l'Hospital Clínic on, units per la vocació de cirurgians van entrar tots dos com a d'interns a la Càtedra de Patologia Quirúrgica, del Prof Piulachs, estant el Dr. Vendrell sota la tutoria del Dr. Molins Benedetti mentre el Dr. Balius estava sota la del Dr. Suñol.

Posteriorment, ja format com a cirurgià, va ser un dels components del quartet de metges de guàrdia d'urgències de cirurgia entre el 1959 i el 1963, juntament amb els Drs. Ojeda, Julià i Balius, adquirint una gran experiència i prestigi.

Com a professor adjunt de la càtedra de Patologia Quirúrgica, va participar amb el Prof. Piulachs en la publicació d'un article sobre la síndrome de Albrigh i un altre sobre l'ossificació de la cicatriu de laparotomia, en la revista Barcelona Quirúrgica que llavors era la revista de la SCC.

L'exercici privat de la professió el desenvolupar a la Clínica Virgínia on havia treballat amb el seu pare, també metge.

Cirurgià de prestigi entre els companys de l'hospital Clínic, va formar part d'una època heroica de la cirurgia, a la postguerra, quan l'escola de cirurgia del professor Piulachs gaudia de reconeguda fama i on s'hi van formar molts dels cirurgians del moment.

Els darrers anys de la seva vida, encara va participar de les seves funcions de la SCC, fins que, afectat per la malaltia d'Alzheimer, no va poder seguir oferint el seu mestratge i la seva experiència com havia fet sempre.

Descansi en pau.

La Junta

“IN MEMORIAM” XAVIER FELIU PALÀ
(1957 - 2014)

El passat 1 de setembre ens va deixar el nostre company, el Dr. Xavier Feliu i Palà.

El Dr. Feliu, va fer la seva formació com a cirurgià a l'Hospital de Sant Llàtzer de Terrassa, posteriorment va treballar a l'Hospital de Figueres i a l'Hospital de Sant Camil de Sant Pere de Ribes. Els darrers set anys va desenvolupar el càrrec de Director del Servei de Cirurgia i Especialitats Quirúrgiques de l'Hospital d'Igualada.

El Dr. Feliu va dedicar una gran part de la seva vida professional al desenvolupament de la cirurgia laparoscòpica a casa nostra, sobretot a l'estudi de les tècniques laparoscòpiques aplicades a la cirurgia de la paret abdominal. Fruit d'aquest interès, va publicar diferents articles i capítols de llibres relacionats amb aquesta tècnica quirúrgica. Va ser nomenat i era l'actual coordinador de la secció de paret abdominal de la *Asociación Española de Cirujanos*.

Va moderar un gran nombre de taules rodones i va dictar nombroses conferències, sobretot relacionades amb el seu principal focus d'interès professional: la cirurgia laparoscòpica de la paret de l'abdomen.

Xavi, ja veus, aquí a baix seguirem discutint com s'han d'operar les hèrnies, però a partir d'ara ens faltaran els teus coneixements, la teva forma subtil però decidida i dotada de l'autoritat de qui domina un tema, de com i perquè tu creies que s'havia de fer. Encara al maig ens explicaves a la Sessió Ordinària de la nostra Societat, si l'abordatge laparoscòpic era el futur de la cirurgia de la paret abdominal; ja sabem que creus que si, ja en parlarem.

Sens dubte ens has ensenyat cirurgia, aquest punt comú que tots estimem, l'has cuidat i l'has fet créixer i t'ho hem d'agrair; però pot ser ara per ara, encara molt “tocats” per la teva absència, sobretot ens has ensenyat a com afrontar els darrers dies.

En aquestes ocasions moltes vegades sobren o falten les paraules, així doncs com deia Miguel Hernández: *“No perdono a la muerte enamorada, no perdono a la vida desatenta, no perdono a la tierra ni a la nada”*.

Fins sempre,

La Junta

