



**SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

**LLIBRE COMMEMORATIU**

**INAUGURACIÓ DEL CURS 2015-2016**



# ÍNDIX

|                                                                      |          |
|----------------------------------------------------------------------|----------|
| <u>SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA.....</u>                            | <u>1</u> |
| LLIBRE COMMEMORATIU.....                                             | 1        |
| INAUGURACIÓ DEL CURS 2015-2016.....                                  | 1        |
| ÍNDIX.....                                                           | 3        |
| MEMÒRIA DEL CURS 2014-15.....                                        | 6        |
| SESSIÓ INAUGURAL.....                                                | 6        |
| SESSIONS ORDINÀRIES.....                                             | 14       |
| XXII JORNADES DE CIRURGIA ALS HOSPITALS DE CATALUNYA.....            | 14       |
| CURS 2015-2016.....                                                  | 33       |
| JUNTA DE GOVERN.....                                                 | 35       |
| PRESIDENTS ANTERIORS.....                                            | 36       |
| COMISSIÓ CONSULTIVA.....                                             | 37       |
| CENTRES COL·LABORADORS.....                                          | 38       |
| PREMIS HONORÍFICS 2015.....                                          | 40       |
| ANTERIORS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT.....                            | 41       |
| PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2014.....                              | 43       |
| RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2015.....                                    | 44       |
| INAUGURACIÓ DEL CURS 2015-2016.....                                  | 46       |
| SESSIÓ INAUGURAL.....                                                | 48       |
| X CONGRES CATALA DE CIRURGIA.....                                    | 50       |
| PROGRAMA DE SESSIONS CURS 2015 – 2016.....                           | 54       |
| DOCUMENTS.....                                                       | 72       |
| A MIG CAMI.....                                                      | 73       |
| ENVEJECIMINETO POBLACIONAL Y SUS CONSECUENCIAS.....                  | 75       |
| THE HISTORY OF TRANSHIATAL ESOPHAGECTOMY.....                        | 89       |
| LA CIRURGIA GENERAL I EL NOU DICCINARI ENCICLOPÈDIC DE MEDICINA..... | 92       |
| ELS NOUS REPTES.....                                                 | 109      |





## **SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

### **MEMÒRIA DEL CURS 2014-15**

### **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**

Rebasa Cladera P.

Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

**NOUS MEMBRES ASSOCIATS**

Bachero Prades, Irene

Cárdenas Rivera, Gabriel

Codony Bassols, Clara

Corral Rubio, Javier

Cuello Guzmán, Elena

de la Fuente Hernández, Noa

de Lacy Oliver, Borja

Delgado Oliver, Eduardo

Díaz Padillo, Alba

Fernández Pujol, Andrea

Flores Sigüenza, Luis Francisco

García Nalda, Albert

Gómez Torres, Irene

González De Vera, Olivia

Guarner Piquet, Pol

Guasch Marcé, Montserrat

Homs É, Abet

Julià Verdaguer, Elisabet  
Marroquin Urdanivia, Jorge  
Martínez de la Maza, Lilia  
Mils Julià, Kristel  
Pena López, Romina  
Ridaura Capellino, Núria  
Riquelme Mc Loughlin, Maria  
Salvador Roses, Helena  
Sampson Davila, Jaime  
Vega Rojas, Luis Alfonso  
Zárate Pinedo, Alba

#### **NOUS MEMBRES NUMERARIS**

Hidalgo Rosas, José Manuel  
Millán Scheiding, Mónica  
Mocanu ., Sorin Niky  
Montero García, Josep

#### **MEMBRES ASSOCIATS QUE PASSEN A NUMERARIS**

Andrada Álvarez, José Daniel  
Casajoana Badia, Anna  
Díaz Del Gobbo, Gabriel  
Muñoz Campaña, Anna  
Riveros Caballero, Miguel Francisco  
Simó Alarí, Francesc  
Zárate Moreno, Fabián Andrés

#### **20:20h Lliurament del Premi Manuel Corchan a la millor comunicació del Curs 2013-2014**

Rebasa Cladera, P. Secretari de la Societat Catalana de Cirurgia

## EX-AEQUO

### **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.

### **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, Universitat Autònoma de Barcelona.

#### **20:25h. Nomenament de Membres Honoraris**

Navarro Soto S .

Suñol Sala Xavier

#### **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**

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.





## SESSIONS ORDINÀRIES

**13 octubre 2014**

### **SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

#### **FISIOPATOLOGIA**

Insuficiència hepàtica post hepatectomia

Emili Ramos . Hospital de Bellvitge

#### **CASOS CLÍNIC**

Ana Gàlvez

Hospital de Bellvitge

#### **METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

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

F. Espín . Hospital de Mataró

**19:00 hores**

### **SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

Coordinador: Laureano Fernández-Cruz (Hospital Clínic, Barcelona)

Moderador: Ricard Sales (Hospital Santa Tecla, Tarragona)

#### **COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Un nou projecte para la educació en cirugía: aischannel.**

Gabriel Díaz del Gobo, Borja de Lacy, Eli Pando, Enrique Muñoz, Dulce Momblan, Raquel Bravo, Daniel Macarron, Salva Delgado, Antonio M. Lacy .Hospital Clínic

#### **Cirurgia en malalts amb gastrinoma.**

Amalia Pelegrina, Marc Cubel, Jorge Ordoñez, Laureano Fernández-Cruz .Hospital Clínic

#### **Análisis preliminar de resultados y eficacia de la técnica HAL-RAR (Hemorrhoidal Artery Ligation + RectoAnal Repair) en el tratamiento de las hemorroides. ¿Es realmente útil?**

Fernando Carvajal, Daniel Troyano, Montse Juvany, Miquel Trias, Jordi Ardid, Antoni Martrat, Joan Obiols y Carlos Hoyuela Hospital Plató

#### **Carcinoma Hepatocelular. Papel del trasplante de hígado tras la resección.**

Joana Ferrer, David Calatayud, Santiago Sanchez, Miguel Angel Lopez-Boado, Rocío García, Mihai Pavel, Victor Molina, Constantino Fondevila, Juan Carlos García-Valdecasas y Jose Fuster . Hospital Clínic

#### **ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Nuevas opciones técnicas en las anastomosis vasculares del trasplante hepático.

Dr. Mihail Pavel. Hospital Clínic

## **XXII JORNADES DE CIRURGIA ALS HOSPITALS DE CATALUNYA**

**PALAMÓS 17 OCTUBRE 2014**

□ **08.30 - 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 Colo-rectal, quan i perquè?**

Salvadora Delgado, Hospital Clínic, Barcelona

#### **Tractament de la Diverticulitis aguda.**

Laura Mora, Hospital Parc Taulí, Sabadell

#### **Hemorroides. Què estem fent?**

Ferran Herrerías, Hospital Arnau de Vilanova, LLeida

**11.00 - 11.15** Pausa - Cafè

### **11.15-12.4 Taula II: Lesions iatrogèniques de les vies biliars**

President: Joan Figueras, Hospital Universitari Dr Trueta, Girona

Moderadora: Joana Ferrer, 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 SCC**

Xavier Suñol, Hospital de Mataró

**12.45 - 13.00** Inauguració oficial

### **13.00 - 14.00** Premis Societat Catalana de Cirurgia.

Presentació: Salvador Navarro, President de la Societat Catalana de Cirurgia

Jaume Gelonch, Hospital de Palamós

Conferències magistrals a càrrec dels premiats

**Antoni Sitges Serra**, Premi Virgili

**Göran Åkerström**, Premi Gimbernat

**14.00 - 15.00** Dinar

**15.00 - 15.45** Assemblea Societat Catalana de Cirurgia

**15.45 - 17.00 Taula III: Casos clínics de resolució urgent**

President: Pere Basora, Hospital d'Igualada

Moderador: Antoni Codina Barrera, Hospital Universitari Dr Trueta, Girona

Amb la participació de:

Joan De La Cruz, Hospital de Mataró

José María Balibrea, Hospital de Vall d'Hebron

Sònia Comí, Hospital de Tortosa

**17.00 - 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 SCC

Moderador: Manel Trias, Hospital de la Sta Creu i de St 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 Pedròs, Hospital de Terrassa

**19.00 - 20.15 Millors comunicacions**

Moderadors: Carlos Hoyuela Hospital Plató Barcelona, Josep M<sup>a</sup> Badia Hospital de Granollers

**Registre prospectiu en politraumatismes greus. Anàlisi de més de 1000 pacients. I ara què?**

Andrea Campos Serra, Sandra Montmany Vioque, Anna Serracant Barrera, Pere Rebasa Cladera, Heura Llaquet Bayo, Salvador Navarro Soto. Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

**Discordància entre la mida del tumor en l'estudi preoperatori del càncer de mama: comparació entre mamografia, ecografia mamària y RMN mamària.** V.Veste, I.

Marani, J. Martínez Torres, R. Masvidal Calpe, C. Ramos Acero, O. Salomó Fonoll. Hospital Sant Jaume d'Olot

**Supervivència del càncer gàstric. Comparativa limfadenectomia D1 vs D2**

Labró M, Luna A, Rebasa P, Montmany S, Navarro S. Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

**Càncer de tiroide després de cirurgia de patologia tiroïdea benigna.**

C. Ribera, E.J. López, J. Otero, J. Robuste, G. Sugrañes, M. Alarcón, J. Rodríguez, A. Gil. Hospital Sant Joan de Déu de Martorell

**Estudi prospectiu randomitzat i multicèntric comparant la fixació amb Histoacryl® vs sutura de la malla durant l'hernioplàstia engonal: resultats preliminars.**□

Montse Juvany, Luis A.Vega, Daniel Troyano, Lidia Blay, Antoni Veres, Josep Camps, Carlos Hoyuela i Xavier Feliu Palà. Hospitals Plató, Igualada i Puigcerdà.

**Fístules recto-uretro-vesicals. Protocol d'actuació i experiència al nostre centre.**□

Labró Ciurans, Meritxell; Serra Aracil, Xavier; Mora López, Laura; Navarro Soto, Salvador. Hospital Universitari Parc Taulí de Sabadell

**20.15 - 20.25** Cloenda

**21.00** Sopar

## VIII CURS DE BIOÈTICA

17 de novembre 2014

Direcció del curs: Broggi Trias MA.

Coordinació SCC: Vilallonga R.

~~1080~~ hores

### SESSIÓ INAUGURAL

#### 1. Inauguració del curs.

Navarro S.

~~1045~~ hores

### PRINCIPIIS 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.

~~1180~~ hores. Cafè.

~~1200~~ 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 bé. Accés i confidencialitat.

Vilallonga R.

~~1245~~ hores

#### 4. Bioètica i Legalitat

José Maria F.

~~1380~~ hores

#### 5. Discussió.

Broggi MA.

~~1400~~ hores. Dinar

~~1500~~ 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.

**15~~3~~0 hores**

**EL MALALT INCAPAÇ O INCOMPETENT**

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

Broggi MA.

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

Sala J.

**16~~0~~5 hores**

**SITUACIONS PRÀCTIQUES**

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

**17~~0~~5 hores**

**RECAPITULACIÓ I CLOENDA**

Broggi MA.

**17 novembre 2014**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions de la malaltia inflamatòria intestinal

Mònica Millàn. Hospital Joan XXIII de Tarragona

**CASOS CLÍNICS**

Alba Díaz. Hospital Joan XXIII de Tarragona

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Estudis observacionals. Aspectes bàsics d'estadística descriptiva. Distribució de freqüències. Paràmetres estadístics: rang, amplitud, mitjanes, interval de confiança, desviació estàndard, error estàndard. Avaluació no paramètrica o ordinal: mediana, quartils, percentils

Dr Hidalgo (Hospital de Mataró).

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

Coordinador: Antoni Codina Cazador (Hospital Trueta, Girona)

Moderador: Alexis Luna (Hospital Parc Taulí, Sabadell)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Neoplàsies apendiculars incidentals: un toc d'alerta pel tractament mèdic de l'apendicitis aguda**

Drs. D Julià, E Garcia, N Gomez, P Planellas, M Pujadas, A Martin, J Gil, H Salvador, F Olivet, R Farres, A Codina Hospital Trueta, Girona

**Repercussió sobre la indicació de limfadenectomia axil·lar en càncer de mama del**

**mètode OSNA per la biòpsia de gangli sentinella**

Drs. F Tuca, LM Alonso, E Vila, E Lopez-Bonet, M Buxó, J Menendez

Hospital Trueta, Girona

**Tumor de Klagskin: canvis en l'estratègia quirúrgica**

Drs. J Figueras, A Codina Barreras, S Lopez-Ben, M Albiol, L Falgueras, E Castro, A Gelabert, J Soriano, A Maroto

Hospital Trueta, Girona

**Evolució de les Esplenectomies a l'Hospital de Palamós.**

J.A. Duran, L.E. Escudero, P. Viella, P del Moral. M. Gratacós, F. Vasco, N. Garriga, A. Ranea, J. Gelonch. Hospital de Palamós

**ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Actualització en cirurgia esofagògica. Dr Osorio. Mútua de Terrassa

**15 desembre 2014**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions de la cirurgia esofagògica

Dr Fernando Estremiana

**CASOS CLÍNICS**

Dra Sílvia Martín

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Estudis de casos i controls. Estudis de cohorts

Dr Pere Rebasà.

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

Coordinador: Lluís Hidalgo (Hospital de Mataró)

Moderador: Xavi González (Hospital de Son Espases, Palma de Mallorca)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Carcinomatosis peritoneal tratada con cirugía citoreductora + HIPEC. Experiencia en la Comunidad Balear.**

Rafael Morales, Judith Perez-Celada, Neus Esteve, F Xavier González. Societat Balear de Cirurgia. Hospital Son Espases. Palma de Mallorca

**Introducció d'un programa ERAS en la cirurgia de càncer de colon i recte en un hospital de tercer nivell (o "Com introduir un cavall a Troia"). Resultats del primer any.**

Ignasi Camps Ausàs, Marta Cuadrado Velásquez .Hospital Universitari Germans Trias i Pujolà Badalona.

**Colecistectomia laparoscòpica ambulatoria. Resultats inicials del Servei de Cirurgia**

**del Hospital Municipal de Badalona.**

Francisco Martínez Ródenas, José Moreno, Raquel Mansilla\*, Anna Alcaide, Yaima Guerrero, Raquel Hernández, Edmon Pou, Gemma Torres y Josep Ramón Llopart. Hospital Municipal de Badalona

**Teràpia antibiòtica selectiva en règim ambulatori per al tractament de diverticulitis agudes lleus i moderades.**

Neus Ruiz Edo, Oscar Estrada Ferrer, Marta del Bas Rubia, Eva Maria García Torralbo, Adolfo Heredia Budó, Luis Antonio Hidalgo Grau, Xavier Suñol Sala Unitat de Cirurgia Colo-rectal. Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital de Mataró.

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Actualització del tractament quirúrgic de la obesitat mòrbida

Dr Andrés Cifuentes .Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca



**12 gener 2015**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions de la cirurgia de la obesitat. Dr Santiago Blanco.H. Sant Joan, Reus

**CASOS CLÍNICS**

Marta París. Hospital Sant Joan de Reus

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Tècniques de mostreig. Mostres petites i grans. Justificació de la randomització. El biaix. Control de biaixos.

Formes d'aleatoritzar. Biaixos més freqüents en els assaigs clínics. Tècniques de camuflament. Mètodes i taules aleatòries. Elecció del grup control. Anàlisi per intenció de tractar. Conceptes avançats sobre biaix, confusió i interacció.

Determinació del volum de la mostra Dr Hidalgo (Hospital de Mataró).

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

Coordinador: Jordi Bombardó (Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell)

Moderador: Joan Domènech (Hospital Sant Joan, Reus)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Registre prospectiu en politraumatismes greus. Anàlisi de 1200 pacients**

Montmany S, Llaquet H, Rebasa P, Serracant A, Campos A, Navarro S

Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

**Stent como terapia puente a la cirugía por oclusión de colon izquierdo**

Cayetano Paniagua, Ladislao; Lamas Moure , Susana; Aguilar Teixidó, Francesc;

Bargalló Bervosa, Josep; Ribas Blasco, Yolanda; Campillo Alonso, Francesc.

Consorci Hospitalari de Terrassa

**Cirugía del adenocarcinoma de cabeza de páncreas. Visión crítica del estudio histológico**

Ml. García Domingo, Esteban Cugat Andorrà, Judith Camps Lasa, Eric Herrero

Fonollosa, Laura Millán Paredes, Antonio Salas Caudevilla, Julen Fernández Plana, Luis

Cirera Noguera, Marta Paraira Beser, José Angel de Marcos Izquierdo, Arnaldo

Alvarado Astudillo Hospital Universitari Mutua de Terrassa

**Tumoració quística retrogàstrica. Abordatge laparoscòpic.**

Torres M; Salvans F; Botey M; Muñoz-Ramos C; Mocanu S; Margets A; Garcia

Sanpedro A .Hospital General de Catalunya

**ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Innovacions quirúrgiques en cirurgia del càncer de recte. Dra Mora Hospital Universitari

Parc Taulí Sabadell

**9 de febrer 2015**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions de la cirurgia biliar

Dr Francisco García Borobia .Hospital Parc Taulí, Sabadell

**CASOS CLÍNICS**

Dr: Juan Carlos García Pacheco

Hospital Parc Taulí, Sabadell

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Criteris d'inclusió/exclusió. Pèrdues pre i postrandomitització. El mètode CONSORT.

Fons d'efecte placebo en assaigs clínics quirúrgics. Control de l'efecte placebo.

Estimació de l'efecte placebo.

Dr Joan Sancho

Hospital del Mar, Barcelona

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

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

Moderador: Rafael Villalobos (Hospital Arnau de Vilanova, Lleida)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**APENDAGITIS AGUDA. REVISIÓ DE LA BIBLIOGRAFIA A PROPOSIT DE DOS CASOS**

Toapanta M, López S, Catot L, Morales MA, Cremades T, Ruiz JM, Alonso V, Puigcercós JM

Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral. Barcelona

**COLECISTECTOMIA LAPAROSCÒPICA AMBULATÒRIA. IMPLEMENTACIÓ A L'HOSPITAL UNIVERSITARI DE VIC**

Saladich M, de Cozar J, Serrat J, de Caralt E

Consorci Hospitalari de Vic

**PRONÒSTIC DE ELS METÀSTASIS HEPÀTIQUES D'ORIGEN COLO-RECTAL, EN FUNCIÓ DE L'EXPRESSIÓ DE L'E-CADERINA**

Estalella L, Artigas V, Céspedes MV, Mangues R, Trias M

Servei de Cirurgia General i Digestiva. Grup Oncogènesi i Antitumoral. IIB. Institut de Recerca de Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona

**GASTRECTOMIA VERTICAL LAPAROSCÒPICA EN MALALTS DE MÉS DE 60 ANYS: IMPACTE DE L'EDAT EN LA PÈRDUA DE PES I LA MILLORA DE LES COMORBIDITATS.**

Rodríguez-Otero C, Balagué C, Pallarés L, Targarona EM, Trias M

Hospital de Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona

**ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Cirurgia bariàtrica y refluxe. Funcionalisme, tècniques i expectatives

Dra. E. Mans .Hospital Mataró. Mataró

# **VIII Curs d'Introducció a la gestió clínica: instruments bàsics i utilització**

23 de febrer de 2015

## **Programa de formació MIR de Cirurgia General i de l'Àpex Digestiu**

Direcció Dr X Suñol

### **Objectiu del curs**

- ✓ Conèixer el marc general de gestió assistencial
- ✓ Identificar els instruments bàsics de la gestió clínica d'un Servei de Cirurgia.
- ✓ Integrar els coneixements bàsics per a la pràctica diària.
- ✓ Comprendre el paper del resident en la gestió clínica dels serveis.

### **Metodologia**

El curs inclou una conferència de quaranta cinc minuts, seguida de quatre sessions de noranta minuts. Cada sessió tindrà dues parts: a la primera s'impartiran els conceptes bàsics del tema i a la segona es realitzaran exercicis pràctics per grups, per tal d'afavorir la participació activa dels alumnes. Al matí inclou la conferència seguida de dues sessions, després farem un dinar-lunch i a la tarda dues sessions més. Acabarem amb uns minuts de discussió final i avaluació.

### **Professorat**

Dr. Ferran Caballero. Coordinador del Bloc Quirúrgic. Hospital de Sant Pau.

Dr. Xavier de Castro. Cirurgià. Hospital General de Vic.

Dr. Rosa Jorba. Cap del Servei de Cirurgia. Hospital Joan XXIII de Tarragona.

Dr. Xavier Suñol. Cap del Servei de Cirurgia. Hospital de Mataró.

- 10:00-10:15 h Benvinguda i presentació del curs
- 10:15-11:00 Introducció a la gestió clínica i marc sanitari (Dr. X. Suñol)
- 11:00-12:30 h Sessió I: Conceptes bàsics de gestió i sistemes d'informació clínica per a la presa de decisions **Que ha de conèixer un resident.**  
Exercici pràctic. (Dr. X. Suñol)
- 12:30-14:00 h Sessió II: Àmbits d'actuació en gestió en un servei de cirurgia general i de l'aparell digestiu, **El paper del resident.**  
Exercici pràctic. (Dr. F. Caballero)
- 14:00-15:00 h Dinar
- 15:00-16:30 h Sessió III: Introducció a la qualitat assistencial i la seva avaluació. **Com ha de participar el resident.**  
Exercici pràctic. (Dr. R. Jorba)
- 16:30-18:00 h Sessió IV: Alternatives a l'hospitalització convencional. La cirurgia de curta estada. La cirurgia ambulatoria. **El rol del resident.**  
Exercici pràctic. (Dr. X. de Castro)
- 18:00-18:30 h Discussió final

## **SIMPOSI**

**Actualització en el tractament de la diverticulitis aguda complicada**

**23 de febrer 2015**

**19 h.**

Moderador S Biondo ( Hospital de Bellvitge)

Dra. Rosa Alcaraz (Intensivista. H. Vall d'Hebró)

Dra. Marta Solà (Radiòloga. H. Parc Taulí)

Dr. Thomas Golda (Cirurgia H. Bellvitge)

Dr. Oscar Estrada (Cirurgia H. de Mataró)

Dr. X. Morales (Cirurgia H. Clinic)

**9 de març 2015**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions postoperatòries de la cirurgia del colon i recte.

Dr F. Vallribera .Hospital Vall d'Hebró, Barcelona

**CASOS CLÍNICS**

Dr: Santiago Astete

Hospital Clínic, Barcelona

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Aspectes bàsics d'estadística inferencial. Concepte de contrast d'hipòtesis. Regions crítica i d'acceptació. Potència d'una prova de contrast d'hipòtesis. Errors a i b. Contrast d'hipòtesis. Exemple pràctics. Programa Granmo Dr Joan Sala. Consorci Hospitalari de Terrassa.

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

Coordinador: Sebastiano Biondo (Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)

Moderador: Carlos Hoyuela (Hospital Plató, Barcelona)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Estudio comparativo de la aplicabilidad y resultados de la hepatectomía derecha via anterior con maniobra de hanging en pacientes con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal.**

A Muñoz, L Lladó, E Ramos, J Torras, J Fabregat , J Busquets, N Pelaez, LI Secanella, A Rafecas. Hospital Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

**Cirurgia colo-rectal a la vellesa**

Martínez Vilalta M., García Larrosa A., Hevia R., Gil V., Vallet J., Sueiras A. Hospital de Viladecans

**RESULTATS PRELIMINARS DE LA CIRURGIA EN LA NEOPLÀSSIA DE PÀNCREES ÒMBORDERLINE RESECTABLE**

J.Busquets, N.Peláez, L.Secanella, J.Torras, L.Lladó, A.Rafecas, B. Laquente, H.Verdaguer, T.Serrano, S.Ruiz, E.Ramos, J.Fabregat Hospital Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

**ANASTOMOSIS COLORRECTAL TERMINO-TERMINAL CIRCUNFERENCIAL Ó "VERDADERA". MAS DE 200 CASOS CONSECUTIVOS SIN COMPLICACIONES**

Pedro Barrios, Isabel Ramos, Oriol Crusellas, Jordi Castellví, María José Cacheda, Javier Perez y Helena Subirana. Hospital General de Hospitalet y Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despi. Consorci Sanitari Integral

**ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Pneumoperitoneo progressiu en el tractament de les hernies incisionals complexes . Dr J Comas . Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despi. Consorci Sanitari Integral

**13 d'abril**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions cirurgia tiroidea .Dr. JA Baena

Hospital Arnau de Vilanova

**CASOS CLÍNICS**

Dra Núria Mestres Petit

Hospital Arnau de Vilanova

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Comparació de dues variables qualitatives: Taules de contingència, chi quadrat, correccions de Yates i de Fisher. Comparació d'una variables quantitativa amb una qualitativa: proves paramètriques (distribució normal i la seva comprovació, t de Student-Fisher), proves no paramètriques (U de Mann-Whitney, T de Wilcoxon). Comparació de dues variables quantitatives: Coeficient de correlació de Pearson, coeficient de regressió. Ajustaments polinòmics. Hidalgo L. Hospital de Mataró

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

Coordinador: Dr Manel Armengol (Hospital de la Vall d'Hebró, Barcelona)

Moderadors: Dr López Boado (Hospital Clínic) i Dr Jorge Olsina (Arnau de Vilanova)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Colectomía subtotal versus colectomía izquierda extendida para el tratamiento de los tumores del ángulo esplénico**

Marc Beisani, Francesc Vallribera, Jaime Lopez Borao, Olivia Gonzalez, Jose Luis Sanchez, Luis Miguel Jimenez, Marc Marti, Esther Kreisler, Alvaro Garcia Granero, Alexander Obando, Sebastiano Biondo, Eloy Espin, Manel Armengol

Serveis de Cirurgia General i Digestiva. Hospitals Universitaris de Bellvitge, Hospitalet del Llobregat i Vall d'Hebron, Barcelona.

**Análisis de los tumores de GIST wild-type asociados a neurofibromatosis.**

**Experiencia en nuestro centro entre 2009 y 2014.**

Nuria Mestres, P. Muriel, M. Santamaria, F. Vilardell, A. Escartin, JJ Olsina.

Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**SADI-S secuencial: una buena alternativa al cruce duodenal.**

Marta Hidalgo, Ramón Vilallonga, Óscar González, José M. Balibrea, Enric Caubet, Andrea Ciudin, Manel Armengol, José M. Fort López Barajas.

Unitat de Endocrina, Bariàtrica i Metabòlica Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**Resultats a llarg termini de les reseccions pancreàtiques per tumors neuroendocrins"**

M. Caralt, M. Beisani, J.Capdevila<sup>1</sup>, L. Blanco, C.Dopazo, I. Bilbao, J.L. Lázaro, E. Fernández de Sevilla, R. Charco, Dr. Balsells Servei de Cirurgia HBP i Trasplants. 1 Servei Oncologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

Cirurgia ambulatoria del tiroides

Dr. Pablo Moreno. Hospital Bellvitge. Barcelona



# SESSIÓ - SIMPOSI DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA

## TÍTOL DEL SIMPOSI

**ñ VII<sup>e</sup> Curs Avançat d'Infecció Quirúrgica i Sèpsia Greu. Acreditació del nivell  
avançat en Infecció Quirúrgica-Sèpsia Greu**

### LLOC, DATES I HORARIS

**Lloc:** Societat Catalana de Cirurgia. C/. Major de Can Caralleu, 1-7, Barcelona. (Sala POLIVALENT ).

**Dates:** Dilluns 20 d'Abril del 2015

**Horari:** 17:30- 21:00

### JUSTIFICACIÓ

Promoure i facilitar la formació dels residents de cirurgia en fisiopatologia quirúrgica en el vessant de la prevenció diagnòstic i tractament de la infecció dels pacients quirúrgics. Aquest any s'acreditaran els coneixements sobre la sèpsia greu

### OBJECTIUS

Actualització dels principals temes en infecció quirúrgica

Estimular els residents a la participació i discussió de casos clínics

Avaluar els coneixements adquirits mitjançant la realització d'una prova avaluadora al final de la jornada

### PARTICIPANTS I PONENTS

Coordinació i presentació: **Dr. Xavier Guirao** (Servei de Cirurgia General, Hospital Universitari del Parc Taulí, Sabadell, Barcelona)

Moderació i activació del curs: **Dr. Jaime Jimeno** (Servei de Cirurgia General, Hospital Universitari del Mar, Barcelona) i **Dr. Xavier Guirao**

Ponència general: Controvèrsies i punts de millora del Consens Espanyol del Tractament de la Infecció Intraabdominal

Ponent: **Dr. Jaime Jimeno**, Hospital Universitari del Mar, Barcelona

Taller pràctic de formació amb l'exposició de casos clínics:

Presentació / Discussió de 3 casos clínics

Infecció intraabdominal comunitària: Diverticulitis aguda complicada i tractament quirúrgic mínimament invasiu. Control del focus?

Ponent: **Dr. Juan José Espert**, Servei de Cirurgia, Hospital Clínic de Barcelona

Infecció intraabdominal nosocomial: Infecció intraabdominal d'origen nosocomial, després d'una cirurgia de colon amb complicacions postoperatòries

Ponent: **Dr. Oscar Estrada**, Servei de Cirurgia, Hospital de Mataró, Barcelona.

Infecció en relació a patologia biliar: Pancreatitis aguda litiasica complicada. Maneig intervencionista i complicacions

Presentador: **Dr. Rafael Villalobos**, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

#### **METODOLOGIA DEL SIMPOSI**

La metodologia del VII<sup>è</sup> **Curs Avançat d'Infecció Quirúrgica i Sèpsia Greu**, combinarà la presentació de casos clínics, amb una sessió interactiva amb els assistents mitjançant l'ús del *televoting*.

En finalitzar es realitzarà un examen tipus test per avaluar els coneixements, aquest any, per obtenir l'acreditació avançada en "Infecció quirúrgica-Sèpsia greu" que els residents tindran d'haver adquirit prèviament amb el suport de la bibliografia disponible a la pàgina web de la SCC.

**Acreditació del Nivell Avançat en "Infecció quirúrgica-Sèpsia greu"**, els alumnes que contestin com a mínim el 80% del test. L'examen test constarà de 20 preguntes tipus test amb 5 opcions per cadascuna. Les fonts d'estudi inclouen (però no es limiten), els arxius bibliogràfics que es poden obtenir dins la pàgina web de la SCC

## **SIMPOSI**

**17:30-17:40:** Benvinguda i presentació. **Dr. Xavier Guirao**

**17:40-18:00:** Controvèrsies i punts de millora del Consens Espanyol del Tractament de la Infecció Intraabdominal. **Dr. Jaime Jimeno**. Servei Cirurgia General. Hospital Universitari del Mar.

**18:00-18:15:** Discussió i preguntes dirigides sobre el consens  
**Casos Problema**

**18:15-18:50:** Infecció intraabdominal comunitària. Diverticulitis aguda complicada i tractament quirúrgic mínimament invasiu. Control del focus?  
Presentador: **Dr. Juan José Espert**, Servei de Cirurgia, Hospital Clínic

**19:15-19:50:** Infecció intraabdominal nosocomial: Infecció intrabdominal d'origen nosocomial, després d'una cirurgia de colon amb complicacions postoperatòries  
Presentador: **Dr. Oscar Estrada**, Servei de Cirurgia General, Hospital de Mataró, Barcelona

**19:50 -20:25:** Infecció en relació a patologia biliar: Pancreatitis aguda litiasica complicada. Maneig intervencionista i complicacions  
Presentador: **Dr. Rafael Villalobos**, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida.

**20:25-21:00:** Test d'avaluació per l'obtenció de "Acreditació del Nivell Avançat en Infecció Quirúrgica-Sèpsia Greu"

**21:00:** Cloenda i sopar

**11 de maig**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions intraoperatòries i postoperatòries de la Cirurgia de la glàndula suprarrenal. Dr Oscar Vidal Hospital Clínic, Barcelona

**CASOS CLÍNICS**

Dra David Saavedra Hospital Clínic

**METODOLOGIA DE LA RECERCA I ESTADÍSTICA**

Anàlisi de sèries temporals. Anàlisi de la supervivència (AS). Mètode Kaplan Meyer. Anàlisi multivariant de Cox. Pere Rebasa Hospital Parc Tauli, Sabadell

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

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

Moderadors: Dr Salvador Guillaumes (Hospital de Figueres)

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**Tractament de la hernia inguinal laparoscòpica per TAPP**

M Pierres, J Navarro, E Calvet, C Muñoz, M Cubel, M Rovira, A Puigdollers, F Perez  
Servei de Cirurgia. Fundació Privada Hospital de Mollet

**Implementació de programa ERAS en cirurgia d'urgència gastro-duodenal i de colon**

X Viñas, A.Arroyo, D..Salazar, Moya, V. Murga, H. Hassan, R. Rodriguez, JM Abad, P. Besora, R. Claveria , E. Fernandez, D. Carmona, M Molinete, J.Camps, Servei de Cirurgia. Hospital d'òqualada

**Anàlisi de resultats del abordatge transanal i transabdominal combinats per laparoscòpia en la neoplàsia de terç mig i inferior de recte.**

P. Collera, R. Sanchez, F. Roset, M. Bardaji, X. Curto, A. Puig, J. Marroquin J.C. Pastor i J. Caballé Unitat de Coloproctologia. Servei de Cirurgia General i Digestiva. Fundació Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa.

**Influència de la preparació mecànica de colon sobre la gravetat de la infecció òrgan-espai a lacirurgia colo-rectal**

P Sánchez-Velázquez, T Cunyat, MJ Gil-Egea, M Pascual, S Alonso, S Salvans, L Grande, M Pera Secció de Cirurgia Colo-rectal. Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari del Mar

**SESSIÓ BIBLIOGRÀFICA**

Dra Aleidis Caro Hospital Joan XXIII. Tarragona

## **VI CURS PARET ABDOMINAL I SUTURES**

**25 de maig 2015**

Dr López Cano, M

Dr Pereira JA

## **Simposi: Urgències en Cirurgia. "Casos Clínic"**

**25 de maig 2015**

Dr. Ramon Farrés (Hospital Universitari Dr. Josep Trueta)

Dr. Ricard Sales

**8 de juny 2015**

**17:30 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA BÀSICA**

Moderadora: Dra. Rosa Jorba

**FISIOPATOLOGIA**

Complicacions de la cirurgia mamària. Dr Josep Gubern .Hospital de Mataró

**CASOS CLÍNICS**

Dr Pere Clos. Hospital de Mataró

**18:15 hores**

**ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA**

**19:00 hores**

**SESSIÓ DE FORMACIÓ CONTINUADA AVANÇADA**

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

**COMUNICACIONS CIENTÍFIQUES**

**LESIÓ QUISTICA UNILOCLAR A CUA DE PÀNCREES.**

Moreno F., Vadillo J., Coronas JM, Olona C., Castellote M., Vicente V., Pardo F, Diaz L., Boixaderas H., Díaz A., Jorba R. Servei de Cirurgia General i Aparell Digestiu, Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

**CONTACTGE GANGLIONAR I SUPERVIVENCIA EN LA CIRURGIA DEL CÀNCER RECTAL POSTNEOADJUVÀNCIA. ¿ UNA NOVA RELACIÓ?**

Sanchez A., Muñoz A., Vives M., Raga E., Paris M., Homs E., Piñana ML., Blanco S., Rodriguez J., Jara J., Sabench F., Del Castillo D. Servei de Cirurgia General i Aparell Digestiu, Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili

**APLICACIONS DE NOUS INDICADORS PER AVALUAR LA PÉRDUA PONDERAL EN CIRURGIA BARIÀTRICA: RESULTATS EN LA GASTRECTOMIA VERTICAL I EL BYPASS GÀSTRIC PER LAPAROSCÒPIA**

Sabench F., Molina A., Vives M., Bonada A., Hernandez M., Blanco S., Domenech J., Sanchez A., Del Castillo D. Servei de Cirurgia General i Aparell Digestiu, Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili

**COMITÈ ONCOLÒGIC ÚNIC DEL CÀNCER DE RECTE DE LA PROVÍNCIA DE TARRAGONA; UN ANY D'EXPERIÈNCIA**

Feliu F.a, Sales R.b, Sánchez A.c, Velasco M.d, Millán M.a, Escuder J.a, Caro A.a, Ruiz C.b, Montserrat A.b, Piñana MLc, Blanco S.c, Comí S.d, Gonçalves C.d, Pàmies JJ.b, Pujals J.d, Del Castillo D.c , Jorba R.

a Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

b Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona

c Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

d Hospital Verge de la Cinta de Tortosa

## **ACTUALITZACIÓ EN TÈCNICA QUIRÚRGICA**

**Utilitat del VAC** Dr Xavier Morales Hospital Clínic. Barcelona





# **SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

**CURS 2015-2016**

**INAUGURACIÓ**

**15 d'octubre de 2015**





## **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

## 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'Ampostà  
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 Camil 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 Valls  
Societat Balear de Cirurgia





## **SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

**PREMIS HONORÍFICS 2015**

**PREMI VIRGILI**

**Prof. JOSÉ MANUEL SÁNCHEZ ORTEGA**

**PREMI GIMBERNAT**

**Prof. MARK ORRINGER**





# 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 Lauradó 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 Arnau  
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 Caneiro  
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  
2014 Antoni Sitges Serra

### 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)  
João 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)  
Göran Åkerström (Suècia)





## **SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

**PREMIS A LA RECERCA BIOMÈDICA 2014  
REUNIÓ DELS TRIBUNALS  
CURS 2014-15**

### **CIRUGIA DEL ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS. VISIÓN CRÍTICA DEL ESTUDIO HISTOLÓGICO**

MI Garcia Domingo, Esteban Cugat Andorrà, Judith Camps Lasa,  
Eric Herrero Fonollosa, Laura Millán Paredes, Antonio Salas Caudevilla,  
Julen Fernández plana, Luis Cirera Noguera, Marta Paraira Beser,  
José Angel de marcos Izquierdo, Arinaldo Alvarado Astudillo.

Hospital Universitari Mutua de Terrassa

**Premi Manuel Corachan**



## **SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

### **RELACIÓ DE NOUS MEMBRES 2015**

#### **NOUS MEMBRES ASSOCIATS**

Alberich Prats, Marta  
Alberti Delgado, Pieri  
Arroyo García, Nares  
Baanante Cerdeña, Juan  
Bartra Balcells, Èlia  
Borisova ., Iva Mitkova  
Casanova Portoles, Daniel  
Collado-Roura Hernández,  
Curell Garcia, Anna  
de Miguel Palacio, Maite  
Díaz del Gobbo, Rafael  
Franco Chacón, Mario  
Gracia Roman, Raquel  
Gómez Fernández, Laura  
Hernández Giménez, Laura  
Merichal Resina, Mireia  
Montcusí Ventura, Blanca  
Pérez Farré, Silvia  
Pérez Muñante, Mónica  
Rodrigues Gonçalves, Víctor  
Serrano Navidad, Mònica  
Soto Montesinos, Cristina  
Verdaguer Tremolosa, Mireia  
Zubieta Albarran, Freddy

**MEMBRES ASSOCIATS QUE PASSEN A NUMERARIS**

Bachero Prades, Irene  
Ciscar Bellés, Ana  
Martín Santos, Sílvia  
Martínez de la Maza, Lilia Georgina  
Rodríguez León, Gerardo  
Saavedra Pérez, David  
Sampson Davila, Jaime  
Sánchez Jiménez, Raquel

**NOUS MEMBRES NUMERARIS**

Lahuerta García, Marta  
López Rodríguez, Sergio  
Madrazo González, Zoilo  
Momblán García, Dulce  
Navarro Sanahuja, Joaquim  
Osorio Aguilar, Javier  
Pelegriña ., Amalia  
Rodríguez Aguilera, José  
Semeraro Odds, Candy  
Vidal Jove, Joan





**SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

**INAUGURACIÓ DEL CURS 2015-2016**

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 Gimbernàt, 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 15 d'octubre, dijous. En el mateix acte es farà el lliurament del Premi Virgili 2015 al Dr. José Manuel Sánchez Ortega i del Premi Gimbernàt 2015, al Dr. Mark Orringer. 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 Secretaria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears (Veure peu de pàgina).<sup>a</sup> Us preguem indiqueu, al menys una setmana abans, si assistireu al sopar i la persona o persones acompanyants.

Barcelona, 1 d'octubre de 2015

Salvador Navarro Soto  
President

Pere Rebas Cladera  
Secretari

---

<sup>a</sup> 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 15 d'octubre de 2015**

**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

**20:35 h. Lliurament dels Premis Honorífics**

Navarro Soto S.

Premi Virgili al Dr. José Manuel Sánchez Ortega

Premi Gimbernat al Dr. Mark Orringer

**21:15 h. Cloenda de l'acte acadèmic**

**21:30h. Sopar de germanor**

Hotel Espanya (Restaurant)

C/. Sant Pau, 9-11

08003 Barcelona.



## **X CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA**

PROGRAMA CIENTÍFIC

**15 d'octubre 2015**

**08:00 Registre i lliurament de la Documentació Secretaria**

**09:00-10:30 TAULA RODONA I Face to face Auditori**

Moderadors

Lluís Grande Posa. Hospital del Mar-Parc de Salut MAR, Barcelona

Jaume Gelonch Romeu. Hospital de Palamós, Palamós, Girona

**Oclusió de colon: cirurgia primària vs stent**

Laura Mora López. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Sebastiano Biondo Aglio. Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet, Barcelona

**Coleodocolitiasi: coledocoscòpia vs ERCP**

Rosa Jorba Martín. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona

Joan Gornals Soler. Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet, Barcelona

**Sinus pilonidal: obert vs tancat**

Francesc Aguilar Teixidó. Corporació Sanitària de Terrassa, Terrassa, Barcelona

Lluís Hidalgo Grau. Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona

10:30-11:30 Pausa-Cafè .Hall de l'Auditori

**DISCUSSIÓ DE PÒSTERS amb els autors .Hall de l'Auditori**

**11:30-12:45 LES CINC MILLORS COMUNICACIONS Auditori**

Moderadors

Eduard Targarona Soler. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Laureano Fernández-Cruz Pérez. Hospital Clínic, Barcelona

**13:00-14:00 SESSIÓ SALVADOR CARDENAL Auditori**

**CONFERÈNCIES DELS PREMIS VIRGILI I GIMBERNAT**

President de la Taula Salvador Navarro Soto

President de la Societat Catalana de Cirurgia

Moderador Josep M. Badia Pérez

**PREMI PERE VIRGILI**

**Estat actual del tractament de l'èsofag de Barrett**

José Manuel Sánchez Ortega

Hospital del Mar-Parc de Salut MAR, Barcelona

**PREMI ANTONI DE GIMBERNAT**

**Disastrous complications of esophagectomy-avoidance and management**

Mark Orringer

University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, EUA

14:00-15:00 Dinar

**15:00-16:00 ASSEMBLEA GENERAL ORDINÀRIA Auditori**

Reservada a socis

**16:00-17:30 TAULA RODONA II INFECCIÓ EN CIRURGIA Auditori**

Moderador Josep M. Badia Pérez

Hospital General de Granollers, Granollers, Barcelona.

**Neoplàsia colon perforada / Diverticulitis**

Mònica Millan Scheiding. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

**Infecció greu de parts toves**

Xavier Guirao Garriga. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

**Infecció bilio-pancreàtica**

Esteve Cugat Andorra. Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona.

**Perforació esofàgica**

Mònica Miró Martín. Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet, Barcelona.

**16:15-18:00 Comunicacions Orals 1 Sala 3**

**16:15-18:00 Comunicacions Orals 2 Sala 10**

**20:00-21:30 Inauguració del Curs Acadèmic 2015-166**

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Aula Gimbernat, Amfiteatre Anatòmic 4 Carrer del Carme, 47 (Barcelona)

**21:30-23:00 SOPAR DE LA SOCIETAT CATALANA DE CIRURGIA**

Hotel Espanya Carrer Sant Pau, 9-11 (Barcelona)

**16 d'octubre 2015**

**09:00-11:00 TAULA RODONA III DISCUSSIÓ DE CASOS CLÍNICS Auditori**

Moderador Joan Sala Pedrós

Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona.

**Fístula anal**

Ponent Ramon Farrés Coll

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Discussors

Miguel Pera Roman. Hospital del Mar-Parc de Salut MAR, Barcelona.

Luis-Miguel Jiménez Gómez. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Ricard Sales Mallafré. Hospital de Santa Tecla, Tarragona.

**Paret abdominal**

Ponent Manuel López Cano

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Discussors

Rafael Villalobos Mori. Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Carles Olona Casas. Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

José-Antonio Pereira Rodríguez. Hospital del Mar-Parc de Salut MAR, Barcelona.

**Obesitat mòrbida**

Ponent Salvadora Delgado Rivilla

Hospital Clínic, Barcelona.

Discussors

Carne Balagué Ponz. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Jordi Pujol Gebellí. Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet, Barcelona.

Daniel Del Castillo Déjardin. Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona.

**Traumatisme hepàtic**

Ponent Sandra Montmany Vioque

Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Discussors

Rodrigo Medrano Caviedes. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Zoilo Madrazo González. Hospital Universitari de Bellvitge, l'Hospitalet, Barcelona.

Constantino Fondevila Campo. Hospital Clínic, Barcelona.

**09:00-10:30 SESSIÓ PRESENTACIÓ VÍDEOS Sala 3**

Moderadors

Carlos-Javier Gómez Díaz. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

Xavier Morales Sevillano. Hospital Clínic, Barcelona.

**09:00-10:30 COMUNICACIONS ORALS 3 Sala 10**

**11:00-12:00 Pausa-Cafè Hall de l'Auditori**

**DISCUSSIÓ DE PÒSTERS amb els autors Hall de l'Auditori**

**12:00-13:00 TAULA RODONA IV (indústria) Auditori**

Energia: Covidien i Ethicon

2D vs 3D: Olympus

**11:30-13:00 COMUNICACIONS ORALS 4 Sala 3**

**11:30-13:00 COMUNICACIONS ORALS 5 Sala 10**

**13:00-13:15 CLOENDA Auditori**

Salvador Navarro Soto

President de la Societat Catalana de Cirurgia

## **Societat Catalana de Cirurgia**

### **PROGRAMA DE SESSIONS CURS 2015 i 2016**

**19 d'Octubre de 2015**

**18h00 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**

**20h00 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: Delgado S. (Hospital Clínic de Barcelona)

Moderador: Mónica Millán. (Hospital Joan XXIII. Tarragona.)

#### **ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

**9 de Novembre de 2015**

**1800 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**

**2000 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 Campdevàrol

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: A Codina . (Hospital Trueta de Girona)

Moderado: Oms Ll. (Consorti Sanitari de Terrassa)

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**



## **IX CURS DE BIOÈTICA**

**16 de novembre de 2015**

Direcció del curs: Broggi Trias MA

Coordinació SCC: Vilallonga R.

**14 de Desembre de 2015**

**1800 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**

**2000 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 Gramanet

Societat Balear de Cirurgia

Coordinador: Hidalgo L. (Hospital de Mataró)

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

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

**11 de Gener de 2016**

**1800 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**

**2000 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: Lluís Miguel Giménez ( Hospital Vall d'Hebrón)

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

**8 de Febrer de 2016**

**1800 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**

**2000 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: Almenara R. (Hospital Clínic de Barcelona)

**Sessió de morbimortalitat**

**22 de febrer de 2016**

10:00 hores

**CURS DE GESTIÓ CLÍNICA**

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

Direcció del curs : Xavier Suñol

**22 de febrer de 2016**

19:00 hores

**SIMPOSI - TAULA RODONA**

**Lesions intraoperatòries de la via biliar . Discussió de casos clínics**

**Moderador: Dr Emilio Ramos ( Hospital de Bellvitge)**

**14 de Març de 2016**

**1800 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**

**2000 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: Gubern JM . (Hospital de Mataró)

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

**11 d'Abril de 2016**

**18 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 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: Manuel Armengol Carrasco. (Hospital Vall d'Hebron de Barcelona)

Moderador: Joaquin Rodriguez . (Hospital Mutua de Terrassa )

**Sessió bibliogràfica**



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

**18 d'abril de 2016**

17:30 hores

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

**9 de Maig de 2016**

**1800 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**

**2000 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: Sueiras A (Hospital de Viladecans )

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

## **VII CURS DE PARET ABDOMINAL**

**16 de Maig de 2016**

**Directors : López Cano M, Pereira JA.**

## **SIMPOSI - TAULA RODONA**

**16 de maig 2016**

19:00 hores

**Dehiscències de sutura ileocòliques i esofajojejunals .Discussió de casos clínics**

**Moderadors: E. García Granero .**

**D. Momblán**

**13 de Juny de 2016**

**1800 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**

**2000 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'Ampostà

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: Codina Barrera A. (Hospital Josep Trueta . Girona )

**ACTUALITZACIÓ I TÈCNICA QUIRÚRGICA**

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

| <b>Sessió</b>                  | <b>Regió Sanitària</b> | <b>Concepte</b>                                                                                                                         |
|--------------------------------|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>15-16 d'Octubre de 2015</b> | Totes                  | X CONGRÉS CATALÀ DE CIRURGIA                                                                                                            |
| <b>16 de Novembre de 2015</b>  | Totes                  | VIII Curs de Bioètica<br>Coordinador SCC: Vilallonga R.                                                                                 |
| <b>22 de Febrer de 2016</b>    | Totes                  | VIII Curs de Gestió Clínica, Qualitat Assistencial<br>VII Curs de Cirurgia Major Ambulatoria<br>Coordinador SCC: Suñol X                |
| <b>22 de Febrer de 2016</b>    | Totes                  | Simposi: Lesions intraoperatòries de la via biliar . Discussió de casos clínics<br>Moderador: Emilio Ramos                              |
| <b>18 d'Abril de 2016</b>      | Totes                  | VIII Curs d'infecció en Cirurgia<br>Moderador: Guirao X.                                                                                |
| <b>16 de Maig de 2016</b>      | Totes                  | VII Curs de Cirurgia de la Paret Abdominal<br>Moderadors: López Cano M, Pereira JA.                                                     |
| <b>16 de Maig 2016</b>         | Totes                  | Simposi : Dehiscències de sutura ileocòliques i esofagojejunals .Discussió de casos clínics<br>Moderadors: E Garcia Granero . D Momblán |

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**

**2015**

**Barcelona, 15 d'octubre de 2015**

**A MIG CAMI**

Just aquest mes d'octubre serem a mig camí del mandat de la actual Junta de la Societat Catalana de Cirurgia .

Durant aquest dos anys hem volgut dedicar esforços a buscar la màxima complicitat de tots els cirurgians que en formen part; si be estem convençuts del seu sentit de pertinença , havíem vist una disminució en la assistència als actes que la Societat organitza . Hem volgut reflexionar sobre tot plegat , en primer lloc , les sessions ordinàries : ocasionalment hem sentit opinions controvertides sobre la diferència que de tant en tant apareix en les presentacions dels Hospitals mes tecnificats en front de les dels mes bàsics , entenem que la Societat som tots i segur que aquí estem d'acord , per altre banda , seguim tenint com a cirurgians molts temes de diguem-ne cirurgia bàsica encara no ben resolta , segur que els companys dels Hospitals mes dedicats a la cirurgia prevalent , per altre part la socialment mes necessària, poden donar llum en molts d'aquests aspectes , es per tot això que volem mantenir l'actual equilibri de presentacions de tots els Hospitals catalans .

Si , hem volgut canviar una mica les sessions ordinàries de formació bàsica , fent coincidir la presentació de fisiopatologia amb la discussió posterior d'un cas clínic adient , presentat per un dels nostres residents ; la discussió posterior ha estat sovint enriquidora . Hem organitzat dos simposis : controvèrsies en el maneig de la diverticulitis aguda i un altre sobre urgències en cirurgia ; ambdós en el format de presentació de casos i discussió entre panelistes i públic ; ens ha semblat i hem sentit opinions molt favorables sobre aquestes sessions .

Hem d'agrair als coordinadors dels cursos de Bioètica , Gestió Clínica i CMA , Infecció en Cirurgia i paret abdominal i sutures , la seva continuïtat i èxit .

Enguany tindrà lloc el X Congrés Català de Cirurgia ; ens ha agradat també aquí canviar una mica el clàssic model dels nostres congressos , fent un Congrés mes dedicat a la discussió de casos ; a la presentació de problemes quirúrgics que són de resoldre en qualsevol dels nostres hospitals i en qualsevol moment ; per això hem hagut d'involucionar a mes de 50 ponents , la resposta per part de tothom ha esta força bona , esperem que la assistència sigui també rellevant .

El Premi Virgili 2015 ha estat atorgat al Doctor Jose Manuel Sánchez Ortega , per a molts un dels cirurgians mes reconeguts entre tots nosaltres ; sovint lluny dels diguem-ne focus mediàtics de la nostre professió per voluntat pròpia , ha estat sens dubte mestre de molts cirurgians i potser un dels cirurgians de cirurgians mes estimats per tots . La seva forma de fer , la seva accessibilitat i humilitat , que només tenen els grans , el fa mereixedor d'aquesta distinció .

El Doctor Mark Orringer de la Universitat de Michigan ha estat guardonat amb el Premi Gimbernat 2015 , el reconeixement internacional de la seva carrera es indiscutible . El Dr Orringer , entre molts altres càrrecs , ha estat President de la Societat Americana de Cirurgia Toràcica . Sóna distingit en el camp de la cirurgia del esòfag i desenvolupa la via transhiatal per el tractament dels pacients afectes de càncer d'esòfag. Un altre cirurgià que uneix a la seva vàlua professional una personalitat enlluernadora que encara accentua mes el poder fer lo mereixedor del nostre reconeixement .

Des d'aquí gràcies a tots dos per acceptar aquestes distincions .



En quant a les relacions amb la administració, hem de reconèixer que progressivament som consultats com a Societat mes sovint i som mes escoltats, no només sentits . Hem participat activament en el nou model de gestió de les llistes d'espera quirúrgiques , que encara que sense complir exactament tot allò que voldríem , ens permet finalment prioritzar per criteris clínics i no per una determinada patologia . Hem participat de forma activa com a Societat , en la creació i desenvolupament d'un nou codi , el codi sèpsia greu , presentat oficialment aquest mes de setembre .

A partir d'aquest octubre , es renova com indiquen els nostres estatuts , la meitat de la Junta de Govern , només tenim paraules d'agraïment per tots aquells que finalitzen el seu període , diguem-ne de servei a la nostra Societat , gràcies per un dels mes valuosos regals que es poden fer , el vostre temps , la vostra dedicació altruista i la vostra amistat , ha estat un plaer treballar amb vosaltres . De la mateixa manera volem donar la benvinguda als nous membres de la Junta , es emocionant veure la disponibilitat de tanta gent , que plena de responsabilitats , te , busca i troba el temps , sovint robat a la seva pròpia vida personal , per dedicar-lo al servei de tota la comunitat quirúrgica catalana ; en nom de tots , gracies .

Finalment voldríem dir-vos que amb la participació i l'esforç de tots vosaltres i encara que a mig camí , ens sentim recolzats i engrescats a seguir enfortint la Societat de tots els cirurgians catalans

## **La Junta**

## ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y SUS CONSECUENCIAS

**JM Sánchez Ortega**

Durante los últimos 100 años y en gran parte del mundo, se ha producido un aumento considerable de la vida media, un envejecimiento progresivo, fenómeno desconocido hasta el momento, que esta provocando, por una parte una gran incertidumbre acerca de sus repercusiones y de las posibles pautas de solución y por otra parte una preferente preocupación, de los gobiernos de los países industrializados, tanto desde el punto de vista sanitario, como político y económico, planteando retos importantes.

Cada vez con más frecuencia, los medios de comunicación nos están alertando de esta realidad del envejecimiento poblacional.

La vanguardia del 24-II-2014 dice : "Los niños que nacen hoy llegarán a centenarios" La vanguardia en su contra del día 10 de febrero de 2014, entrevista al Dr. Miquel Vilardell, ex presidente del Colegio de Médicos de Barcelona y Catedrático de Medicina, manifestando que en nuestro medio, la edad media de la vida es de 82 años para las mujeres y 79 para los hombres y, sobre todo alerta de la forma y de las consecuencia del envejecimiento. También la vanguardia del 17 de marzo de 2014, en su contra, Cristopher Wild, director de la Agencia Internacional del Cáncer y colaborador del Centro de Investigaciones Epidemiológicas de Barcelona, expone como todos los países emergentes prolongan la vida media.

Durante este año siguen apareciendo connotaciones. La vanguardia del 13 de febrero, demuestra, en una gráfica, el aumento progresivo de personas de edad avanzada en Cataluña. La portada del Time del 2 de marzo dice: "este niño podría vivir hasta los 142 años" En el Business Week aparece una señora celebrando su 173 aniversario. El China Daily, del 3 de marzo, "una pareja celebra sus 82 años de matrimonio" En EEUU ya hay mas personas mayores de 65 años que menores de 15. El Magazine de la Vanguardia del día 5 de julio titula un artículo: "La generación del siglo y medio" y resalta que en España, actualmente hay 11.200 centenarios. Para terminar, La Vanguardia del 9 de agosto titula un artículo futurista "Vamos a ser inmortales" en el que entre otras cosas, nos informa de que Google está investigando con el objetivo de poder aumentar la esperanza de vida en 20 años mas, de aquí hasta el 2035. El mismo periódico, el día 23 de agosto informa: "Guinness al mas viejo del mundo. Un japonés de 112 años"

En una encuesta realizada por Eurobarómetro, a ciudadanos de 16 países de la Unión Europea sobre la repercusión del envejecimiento de la población, consideran , unánimemente, que el problema es grave y muy grave.

Por todo esto nos pareció que el tema del "Envejecimiento poblacional" era de una rabiosa actualidad y merecía la pena ponerlo al día y, sobre todo, ayudar a concienciar a la sociedad de sus consecuencias.

Para facilitar el entendimiento, vamos a empezar definiendo el concepto de ANCIANO y el concepto de ENVEJECIMIENTO. Además intentaremos descifrar el gran reto biológico de los mecanismos moleculares y celulares, responsables del deterioro progresivo de los individuos, con la ilusión de poder vencer el envejecimiento y lograr la inmortalidad, lo que ha apasionado y sigue apasionando a la humanidad.

Internacionalmente, en 1984 se admitió por convenio que ANCIANO es toda persona mayor de 65 años, edad coincidente con la jubilación. Hasta aquí la jubilación se

identificaba con la vejez; sin embargo, debido al aumento de esperanza de vida, esta relación ha dejado de ser equivalente, hasta el punto que, hoy día, los ancianos, debido a los distintos problemas que padecen a medida que aumenta la edad, se han estratificado en viejo joven a los menores de 70 años, viejo de los 70 a los 79 años, viejo viejo a los mayores de 80

El ENVEJECIMIENTO o senescencia en los seres humanos, lo podemos definir como: conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que van apareciendo, progresivamente, como consecuencia de la acción del tiempo y que supone una disminución progresiva, de la capacidad de adaptación de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo, con una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y un mayor riesgo de muerte. Durante el envejecimiento, en la mayoría de mayores sanos, sus funciones fisiológicas se mantienen normales en estado basal, pero al ser sometidos a stress, se pone de manifiesto la falta de reserva funcional.

Como es lógico, no se hace ninguna mención sobre si el envejecimiento es o no evitable o reversible, ya que, hoy por hoy, sería hacer un juicio de valor o un futurismo, de una preocupación que aún la ciencia no ha dilucidado.

De cualquier forma, desde un punto de vista optimista, tenemos que quedarnos con la frase de Joan Fon: ¿Quién envejece tiene la fortuna de no morir joven?

Pero como y cuando se produce el envejecimiento?

Según MEDVEDEV (An attempt at a rational classification of theories of ageing, 1980) en este célebre artículo, describe hasta 300 teorías distintas a lo largo de la historia, del cómo y porqué de este desequilibrio, lo que remarca la complejidad del proceso de envejecimiento y el interés que siempre ha demostrado.

Cada una de estas teorías tienen una cierta justificación pero ninguna es válida, por sí misma, para proporcionar una explicación satisfactoria. La mayoría de ellas, consideran al envejecimiento como un proceso que tiene su origen en la producción, de una u otra forma, del daño progresivo a nivel celular.

En conjunto, todas estas teorías las podemos dividir en dos grandes grupos: Teorías estocásticas y teorías deterministas. Entre las primeras se encuentran la teoría de los radicales libres y la teoría de los telómeros y en las que nos vamos a detener, ya que nos ayudaran a entender el porqué del envejecimiento. Las teorías deterministas se basan en la programación genética.

#### TEORIA DE LOS RADICALES LIBRES

Teoría de moda y una de las más aceptadas, propuesta por Harman en 1956. El envejecimiento ocurre como consecuencia del daño celular acumulado durante años, producido por los radicales libres, tanto los originados como resultado del catabolismo celular, como los procedentes del exterior de nuestro organismo.

En condiciones de normalidad, nuestro organismo es un sistema dinámico. Las células se dividen continuamente y cada célula desarrolla miles de reacciones químicas con dos resultados posibles: liberación de energía o consumo de energía, o lo que es lo mismo, reacciones catabólicas o anabólicas.

Las reacciones catabólicas implican la disgregación y oxidación de biomoléculas (combustible básico es la glucosa, además de las grasas) con la utilización del oxígeno de la sangre, con producción de energía en forma de ATP y de otros productos, que podíamos llamar de deshecho o radicales libres (especies reactivas de oxígeno ERO, ion superóxido ( $O_2^-$ ), peróxido de hidrógeno ( $H_2O_2$ ), radical hidroxilo ( $OH^\cdot$ ), entre otros) responsables de la degeneración y del daño celular.

Las reacciones anabólicas van encaminadas a la formación de moléculas propias y para ello, necesitan la energía liberada durante el catabolismo.

En consecuencia, las reacciones catabólicas son necesarias para realizar las reacciones anabólicas y por tanto, la producción de radicales libres y el consiguiente daño celular es una realidad. Además, como decíamos, los RL externos (ejercicio extremo, contaminación atmosférica, polución industrial, tabaco, radiaciones de todo tipo, aditivos químicos en los alimentos, pesticidas, algunos medicamentos, etc.) colaboran en la producción del daño celular.

#### QUE SON Y COMO ACTUAN LOS RADICALES LIBRES?

Desde el punto de vista bioquímico, los radicales libres son moléculas, cuyos átomos han perdido un electrón, quedando otro electrón sin pareja, por lo que son muy inestables y buscan la forma de robar el electrón perdido de las moléculas que le rodean (carbohidratos, lípidos, proteínas, ácido nucleico, etc.) para lograr su estabilidad, convirtiendo a la molécula robada en otro radical libre.

Los radicales libres, tanto internos como externos, van a incidir sobre el ADN pudiendo llegar a disminuir la producción de energía en forma de ATP. Cuando la producción de ATP desciende por debajo de un umbral, la célula se transforma en incompetente, desencadenándose el proceso que puede llegar a la muerte celular por apoptosis. Si el número de células incompetentes aumenta, disminuirá la producción de energía (ATP), iniciándose el proceso de envejecimiento.

Con esta teoría parece que estamos abocados al envejecimiento inmediato. Afortunadamente, el organismo y las células, disponen de mecanismos para protegerse de los RL, por medio de los antioxidantes, productos populares y muy utilizados como reclamo propagandístico, cuya misión es ceder un electrón a los RL, con lo que dejan de ser perjudiciales y los antioxidantes se transforman en RL débiles y no tóxicos, preservando así la integridad normal de las células, de los tejidos y de los órganos.

Los antioxidantes, también pueden ser exógenos y endógenos.

Los exógenos proceden generalmente de los alimentos (Vitaminas, fundamentalmente C y E, Betacarotenos y flavonoides), por lo que una forma de protegernos de los RL es el consumo de antioxidantes naturales.

Los endógenos los sintetiza la célula en forma de cofactores y enzimas.

La protección propia celular es tal que, normalmente, el 99% de los RL producidos durante el catabolismo son neutralizados por los antioxidantes celulares.

Por tanto, para que se ponga de manifiesto el efecto negativo de los RL, se tiene que llegar a un desequilibrio, entre la producción exagerada de RL y la disminución de los sistemas de defensa; momento individual y desconocido.

## TELOMEROS

Los telómeros protegen las terminaciones de los cromosomas, evitando que ocurran fusiones entre ellos y que el material genético pueda recombinarse de manera inapropiada. Alguien, con acierto, los comparó a la protección de los extremos de los cordones de los zapatos.

A partir de 1980, la división celular, que tiene una capacidad proliferativa limitada (Hayflick, 1960) se asoció a los telómeros, ya que, en cada división celular se produce un acortamiento, constatando que los telómeros de las células de las personas de edad avanzada son más cortos que los de las personas jóvenes. Cuando apenas quedan telómeros, la célula entra en un estado de senescencia, perdiendo su funcionalidad. Estas observaciones han llevado a considerar a la longitud de los telómeros como un reloj biológico, a pesar de que no hay evidencia de una correlación, entre longitud de los telómeros y la esperanza de vida.

En oposición a este efecto negativo, el organismo dispone de una enzima, la telomerasa, encargada de restituir la longitud de los telómeros, pero si no lo logran o es insuficiente, los telómeros alcanzan un tamaño crítico y el ADN se daña. A partir de aquí, si no se consigue su reparación, la proteína p53, desencadena la muerte celular por apoptosis. Recientemente se está probando, en ratones adultos, un procedimiento que consiste en modificar la carga genética de un virus, de forma que se sustituyen sus genes por el gen que codifica la enzima telomerasa. El virus actúa como transportador y deposita el gen de la telomerasa en las células, produciendo un efecto rejuvenecedor.

## TEORIA DE LA PROGRAMACION GENETICA

Esta teoría, que actualmente ofrece menos credibilidad, propone que el envejecimiento está genéticamente programado y los cambios celulares están incluidos en el ADN desde la concepción, formando parte del desarrollo normal

Es evidente que el envejecimiento es una realidad inexorable y se contempla como un proceso multifactorial de causas tanto exógenas como endógenas como ambientales, que interactúan en el organismo y que cuando consiguen romper equilibrio degradación/regeneración, conducen a la pérdida de función y a la muerte celular, al envejecimiento y a la muerte del individuo. Algunos autores manifiestan que el envejecimiento comienza desde el nacimiento, otros piensan que el máximo desarrollo biológico se alcanza a los 20 años y a partir de aquí empieza la cuesta abajo y otros consideran que se inicia alrededor de los 30 años de edad. Recientemente la Investigadora Muñoz-Cánoves, demuestra que el envejecimiento no es gradual, sino que se inicia de repente, cuando los tejidos pierden su capacidad de regenerarse, siendo la activación de la proteína p16, que frena la división celular, la responsable de este declive repentino

¿Cuál es la realidad del envejecimiento poblacional?

Desde el punto de vista demográfico, observamos que a principios de siglo pasado, el 15 % de las personas a los 15 años ya eran huérfanos de Padre y el 10% huérfanos de Madre. Solo el 60 % de los nacidos alcanzaba la madurez y de estos, prácticamente todos, habían perdido a sus progenitores y además, el 40 % habían perdido, como mínimo, a un hermano. La esperanza de vida al nacer era de alrededor de 40 años.

Afortunadamente, estos datos han ido cambiando y, como decíamos, la expectativa de vida en gran parte del mundo, ha experimentado un aumento progresivo y extraordinario durante el siglo XX-

Según la OMS, a finales del siglo XX, la esperanza media de vida aumentó 20 años y se prevé que hasta el 2050 aumente 10 años mas. Según el INE, la población mayor de 65 años pasará del17% en el año 2001 al 25 % en el 2025 y al 30 % en 2050. Esta transformación demográfica significa que, de los 600 millones de personas de más de 65 años, en el año 2000, de los que el 10 % superaban los 85 años, en el año 2000, pasaremos a casi 2000 millones, en el año 2050 de los que el 21 % superaran los 85 años, en el año 2050.

En España la esperanza de vida al nacimiento, ha pasado de los 70,4 años para los varones y de los 76,2 para las mujeres, en el año 1975, al 75,7 y 83,1 respectivamente en el año 2002. Actualmente España se encuentra entre los países con mayor esperanza de vida de la Unión Europea, solo superada por Suecia, Italia y Holanda, pero según un informe de Naciones Unidas, España, en el año 2050, será uno de los país mas envejecido del mundo, con el 44 % de personas mayores de 60 años y llegando a 55.000 personas de mas de 100 años, cuando actualmente hay 11.200 que superan esa edad.

En Catalunya, actualmente, el número de personas de 38 años dobla alas de 18 y en el año 2030, el 25 % de la población tendrá mas de 65 años. Por comunidades autónomas van desde 13,6 de Murcia a 22,3 de Castilla.. En la Unión Europea la tendencia es la misma.

En EEUU se Calcula que el nº de centenarios aumentará de los 65.000 en la actualidad a los 208.000 en el año 2030.

El record de expectativa de vida, en la actualidad, la tiene Japón para las mujeres, con 85,5 años y Islandia para los hombres con 80,2 años.

Sea como fuere y como decíamos, el envejecimiento es una realidad y la esperanza de vida va aumentando progresivamente, con inversión de la pirámide poblacional, que va perdiendo anchura por su base mientras la gana por la cúspide.

La demografía clásica, donde los grupos más numerosos estaban en edades infantiles y juveniles, (población rejuvenecida) a pesar de ser una época de elevada mortalidad, fundamentalmente infantil y a pesar de estar salpicada por las frecuentes guerras, hambre y epidemias, hasta el punto que la única forma de mantener la población era con una alta natalidad. Todos sabemos del elevado número de hijos de nuestros antepasados. La Reina Ana de Inglaterra, según su biografía, entre 1684 y 1700 (16 años) tubo 17 embarazos, de los que 10 terminaron en aborto y solamente uno superó los 10 años.

Esta demografía clásica se está quedando obsoleta. La revolución industrial, el mejor tratamiento de las enfermedades infantiles, con una disminución drástica de la mortalidad, los cambios en el estilo de vida con mejoras en la alimentación, el vestido, la vivienda, las condiciones higiénicas, el saneamiento del agua corriente, el control del almacenamiento y manipulación de los alimentos, los cuidados sanitarios, el mejor tratamiento de las enfermedades asociadas a la senectud, con disminución de la mortalidad, han sido las causas mas significativa del aumento progresivo de la longevidad, hasta llegar a la nueva demografía, donde los grupos maduros y longevos serán los más numerosos.

Con esta visión demográfica, parece evidente que, vamos hacia un mundo donde los parques, pasarán de estar ocupados por jóvenes cuidando a niños, a jóvenes cuidando a ancianos. Bruce Sterling, padre del Ciberpunk dice: el futuro es ciudades de ancianos mirando al cielo

El envejecimiento poblacional fue objeto de un estudio realizado en Naciones Unidas y publicado en 2010, cuyo título es: "Envejecimiento de la población 2009" y en el que se ponen de manifiesto una serie de CONCLUSIONES, complejas e incluso imprevisibles, que las resumen en cuatro apartados:

-El envejecimiento poblacional NO TIENE PRECEDENTES en la historia de la humanidad.

-ES GENERALIZADO y afecta a todos los países del mundo civilizado.

-ES PERMANENTE. Si la mortalidad durante la vejez sigue disminuyendo y la fertilidad sigue siendo baja, la proporción de personas de la 3ª edad seguirá aumentando. A nivel mundial, se espera que por primera vez, en el año 2045, el nº de personas de la tercera edad supere al nº de niños,

Tiene importantes CONSECUENCIAS, tanto:

Sociales: Servicios de salud, estado de bienestar, discapacidad y composición familiar, soledad, etc.

Económicas: consumo, pensiones, impuestos, etc.

Políticas: patrones de voto y representación política.

Culturales.

Científicas.

Espirituales

A las que tenemos que adaptarnos y hacer frente.

Para poder valorar, tanto cuantitativa como cualitativamente, las CONSECUENCIAS, aunque como decíamos al principio, la vejez y el envejecimiento no coinciden en el tiempo, tenemos que aceptar para ambos la edad de 65 años, que coincide con la jubilación en las sociedades industriales, a pesar de que nadie, cuando cumple los 65 años, se acuesta siendo adulto y se levanta, al día siguiente, siendo viejo y además, una misma edad no tiene los mismos efectos en todas las personas.

Desde el punto de vista sanitario, iniciado el envejecimiento, los individuos se hacen más frágiles, con menos defensas y con declinación funcional progresiva, lo que se traduce en:

- Disminución de la elasticidad y de la masa muscular, por falta de regeneración y con aumento del tejido conjuntivo.
- Disminución del intercambio de gases, la capacidad vital disminuye 20 ml. por año a partir de los 65 años, debido a la rigidez torácica
- Disminución de la reserva miocárdica y del gasto cardíaco en un 1 % y año
- Disminución de la función hepática y del metabolismo
- Alteraciones vasculares renales y disminución del filtrado glomerular
- Disminución de la inmunidad

Debido a todas estas alteraciones, se produce un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y de las discapacidades, por lo que, tenemos que plantear un cambio sanitario radical. Hasta ahora, el sistema y los Hospitales están diseñados para tratar infecciones y problemas agudos, cuando la realidad va a transformar los problemas en crónicos y complejos.

El anciano está ganando en protagonismo y está ocupando un lugar cada vez más significativo como usuario de las consultas externas, urgencias y quirófanos, lo que se traduce en un aumento del número y complejidad de las prestaciones, mayores estancias hospitalarias, terapias cada vez más largas, caras y exigentes y no siempre necesarias. Ni los ancianos ni sus familiares se resignan a considerar sus enfermedades incurables, lo que aumenta aún más las visitas médicas.

Se calcula que los ancianos acuden 7 veces más a los servicios médicos que el resto de la población, capitalizando el 30% de la actividad de los servicios quirúrgicos hospitalarios ya que, a partir de los 65 años el 50 % requerirán una intervención quirúrgica(BLAKE) consumiendo el 35 % de los gastos de salud.

Un estudio realizado en EEUU concluye que, las personas entre 65 y 74 años gasta 3 veces más que la población más joven, cifra que aumenta a 4,5 veces en las personas de más de 75 años.

No hace muchos años, la indicación de cirugía en este colectivo, debido a la elevada morbilidad, se consideraba una temeridad. Paulatinamente este proceder se ha ido suavizando gracias a: La mejor comprensión del proceso del envejecimiento, la valoración y soporte preoperatorio, los avances en las técnicas anestésicas, la cirugía mínimamente invasiva, el soporte postoperatorio y la rehabilitación temprana.

Como consecuencia de estas mejoras se está produciendo un cambio de actitud a la hora de aceptar la indicación quirúrgica, tanto por parte del cirujano como del anestesta, de las enfermeras, del paciente y de los familiares, que ven en la cirugía la mejor terapéutica. Hoy, difícilmente se niega la opción quirúrgica a un paciente por el mero hecho de ser anciano y tanto es así que, como hemos dicho, entre el 25 y el 30 % de todas las intervenciones quirúrgicas se realizan en mayores de 65 años. El miedo al quirófano, no solo se han olvidado sino que, difícilmente se acepta un mal resultado, hasta el punto que no es una excepción la demanda de cirugía no vital, por parte del anciano, como es la cirugía plástica y reparadora, con la idea de mejorar su situación, prestación y autoestima. Implantes dentarios, pexia y reducción de mamas, corrección de abdomen péndulo, prótesis de pene, corrección de genitales externos femeninos, etc., son procedimientos que se realizan con cierta regularidad.

A pesar de toda la benevolencia adjudicada a la cirugía, continúa siendo un reto para el cirujano, la indicación y el manejo perioperatorio en la población adulta, por lo que debemos plantear la siguiente cuestión:



¿Está siempre justificada la cirugía, fundamentalmente electiva, en una persona de edad avanzada?

Como cirujanos y como norma general, tenemos que contestar afirmativamente, siempre que tengamos presente que nuestra actuación ha de ir dirigida a resolver la enfermedad y ha prolongar y conseguir una aceptable calidad de vida. Ante este reto y como últimos ejecutores, tenemos la obligación de valorar, fielmente, el riesgo quirúrgico individualizado, para poder tomar la decisión más idónea en cada uno de estos pacientes de edad avanzada, con pluripatologías, deterioro funcional y mental, circunstancias sociales, etc.

Sin embargo, la cuantificación del riesgo quirúrgico individualizado, en la práctica clínica, no es sencillo y sigue siendo un tema de estudio y preocupación. Hasta el momento, se han propuesto y usado varios índices y escalas de valoración, todas ellas un tanto parciales, sin haber llegado al consenso de una escala global individualizada. Se ha valorado, de forma independiente la edad, las comorbilidades, el tipo y la urgencia de la cirugía, el estado físico, los recursos sociales y la reserva fisiológica o fragilidad.

Respecto a la edad, se han estratificado a los pacientes, como decíamos, en viejos jóvenes hasta los 70 años, en viejos entre los 70 y los 80 años y en viejos viejos por encima de los 80 años, ya que en estas tres etapas va aumentando, progresivamente, la morbimortalidad. Sin embargo, como manifiesta Decker, la edad cronológica, per se, no es contraindicación de cirugía, pero sí lo son las enfermedades asociadas y el grado de envejecimiento, lo que llamamos edad biológica.

Las comorbilidades, de cara, fundamentalmente, a las expectativas de vida, se han valorado con el índice de Charlson, descrito en 1987, Consta de 19 comorbilidades a las que se le asigna un valor a cada una de ellas de 1, 2, 3 ó 6 puntos, resultando con ausencia de comorbilidad las que presentan 0 y 1 punto. Comorbilidad baja con 2 puntos y comorbilidad alta con 3 ó más puntos. Estos valores se relacionan con la expectativa de vida durante el seguimiento de 5 años, de forma que el 12 % morirán durante los próximos 5 años a pesar de no tener comorbilidad; el 26 % morirán si tienen comorbilidad baja; el 52 % si tienen comorbilidad alta; y el 85 % si su puntuación supera los 5 puntos.

Además, a todo esto hay que añadir una corrección, por la edad en sí, de 1 punto por cada década a partir de los 60 años. Debemos puntualizar que en el índice de Charlson, el factor sida ha cambiado su gravedad, considerando que su valoración excesiva por lo que se está replanteando. Actualmente se está usando la versión abreviada del índice de Charlson, que limita a 8 las comorbilidades y que, según la valoración, los clasifica en la ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 punto; comorbilidad baja con 2 puntos; y comorbilidad alta con 3 ó más puntos. Esta versión abreviada, aunque a primera vista parece menos precisa, es mas fácil y su utilidad pronóstica es similar.

Hamel publicó una mortalidad global del 8 %, cifra que llegaba al 25 % cuando aumentaban las comorbilidades.

El momento de la cirugía se valora con el índice CEPD (Confidential Enquire Intra Perioperative Deaths puntuando del 1 al 4, según sea, respectivamente, electiva,

preferente, urgente o urgente inmediato. Considerando la cirugía electiva y preferente como la que se realiza en un anciano que se encuentra más o menos bien y que los médicos opinan que, con la intervención, aliviarán alguno de los síntomas que alteran o pueden alterar su calidad de vida. Las tasas de mortalidad, en estos casos, van del 2 al 6 % y la morbilidad del 20 %. La cirugía de urgencia inmediata es la que se debe realizar durante las primeras 12 horas de ingreso y la cirugía urgente si se realiza entre las 12 y 72 horas de ingreso. En ambos se pretende salvar la vida. Excepcionalmente, en ancianos muy enfermos, puede optarse por una terapéutica conservadora, como puede ser la antibióterápica de 24 horas de prueba en apendicitis y colecistitis.

Las indicaciones más frecuentes en la cirugía de urgencia son: Infecciones, suboclusión y oclusión intestinal, hernia estrangulada, hemorragia aguda, etc., con una mortalidad del 14 al 30 % y una morbilidad del 30 al 60 %

Para valorar el tipo de cirugía se ha usado el índice BUPA (British United Provident Association), que puntúa de 1 a 5, según sea la complejidad de la cirugía. Por parte de anestesia, fundamentalmente para valorar el estado físico y posible mortalidad anestésica operatoria, se utiliza la escala ASA (American Society of Anesthesiologists), que puntúa de 1 a 5, según sea que el paciente presente enfermedad sistémica, si tiene enfermedad leve, si tiene enfermedad que afecta su actividad o si su enfermedad es grave o está moribundo, oscilando la mortalidad entre el 0,3 % en los ASA 1 al 60% en los ASA 5.

El estudio de los recursos sociales se ha valorado según la escala OARS (Older Americans Resource and Services) y los clasifica en entorno satisfactorio, poco satisfactorio y no satisfactorio

Quizás lo más interesante es la valoración de la fragilidad, que se define como la disminución de la reserva fisiológica de múltiples órganos y sistemas, que aumentan el riesgo de discapacidad o muerte ante las situaciones de estrés que impone el escenario quirúrgico. En el lenguaje popular se expresa como que el anciano está fuerte o que todavía aguanta. Para valorar la fragilidad se recomienda el Edmonton Frail Scale o Reported Edmonton Frail Scale (Age and Ageing, 2012;41:142-47) que valora 11 ítems, entre los cuales incluye, indistintamente, el índice de Barthel el índice de Katz que valora 6 ítems

A cada uno de estos ítems se da 0, 1 ó 2 puntos, concluyendo que entre 0 y 5 puntos estaríamos ante un paciente no frágil, entre 6 y 7 puntos el paciente lo catalogamos como poco frágil y > 7 puntos la situación sería la de un paciente muy frágil. Conocidos estos ítems, en la literatura encontramos varios trabajos que pretenden, con distintas combinaciones de índices, valorar el riesgo quirúrgico individualizado.

En el trabajo de Gil-Bona, del Hospital de Bellvitge (Cir. Española 2010;88,03), valorando la mortalidad retrospectivamente y aplicando el índice de Charlson y la escala SRS concluye, que la combinación de ambos puede, de manera clara, encasillar a los pacientes como de alto riesgo con mortalidades del 65 %, así como el grupo de pacientes de bajo riesgo, con mortalidades que deberían aproximarse al 0 %

Robinson and Pointes (Am J Surg 2013; 206(4). 544-550, en un trabajo con 72 pacientes de más de 65 años, de cirugía colorectal electiva, determinan la relación entre la fragilidad preoperatoria y la aparición de una o más complicaciones postoperatorias. Para valorar la fragilidad preoperatoria utilizan 7 índices con sus correspondientes cifras de

corte: Katz =>1; Up and Go => 15 segundos; Charlson => 3; Mini-Cog =< 3; hematocrito < 35%; albumina < 3,4 mg./dl y una o más caídas en los últimos 6 meses. Con todos estos datos estratifican a los pacientes en no frágiles (entre 0-1 índices anormales); prefrágiles (entre 2-3 índices anormales y frágiles (entre 4-7 índices anormales). Los resultados señalaron que los pacientes frágiles tuvieron 13,36 veces más riesgo de complicaciones que los no frágiles y que los prefrágiles tuvieron 3,4 veces más complicaciones que los no frágiles. Concluyen que la fragilidad aumenta las complicaciones, por lo que se debería tener en cuenta a la hora de decidir la intervención.

Kristjansson, con 178 pacientes mayores de 70 años operados de cáncer colorrectal, concluye que los frágiles tienen una mortalidad del 62%; los prefrágiles del 36% y los no frágiles del 33%.

Dasgupta estudia 125 pacientes mayores de 70 años sometidos a cirugía electiva y valorados según la Edmonton FrailScale, llegando a unas conclusiones semejantes a Robinson.

Makary (J.Am.Coll.Surg. 2010: 901) para valorar la fragilidad utiliza 5 ítems y los aplica a 594 pacientes mayores de 65 años, estratificándolos en tres grupos: frágiles con 4-5 ítems, fragilidad intermedia con 2-3 ítems y no frágiles y concluye que con estos datos, al menos se puede facilitar tanto a los enfermos como a los cirujanos, la toma de decisiones más informadas.

Por último, quizás las dos escalas más completas para la valoración individual preoperatoria y del riesgo quirúrgico, sean las de Mannheim y la SRS.

La escala de Mannheim que valora 13 ítems: edad, peso, talla, patologías existentes (cardíacas, respiratorias, hepáticas y renales), tipo de cirugía (superficial, extremidades, laparotomías, cráneo y torax, dos cavidades y politrauma), el carácter de la cirugía (electiva, preferente, urgente y urgente inmediato) y la duración prevista (desde menos de 60 minutos a más de 180

La SRS (escala de valoración del riesgo quirúrgico) combina tres índices ya descritos: La CEPOD (Confidential Enquire into Perioperative Deaths) que valora el carácter de la cirugía (electiva, preferente, urgente y urgente inmediato); la ASA (Sociedad Americana de Anestesiología) que valora la existencia de enfermedad leve, grave o incapacitante y la BUPA (British United Provident Association) de acuerdo con el tipo de cirugía (menor, mayor o compleja); estableciendo el punto de corte en 8 puntos, ya que por encima de esta puntuación aumenta la mortalidad de forma significativa.

En consecuencia, el objetivo fundamental de todas estas escalas es conseguir una adecuada evaluación médica, sobre la que aún no hay consenso, que nos ayude a la toma de decisiones, que debe ser especialmente cuidadosa en los ancianos por su mayor morbilidad quirúrgica, por sus múltiples problemas asociados, por una esperanza de vida corta y, fundamentalmente, considerando la calidad de vida que va a tener como consecuencia de nuestra decisión.

Dado que no hay unanimidad y los pocos trabajos existentes reúnen un número reducido de pacientes, sería de gran utilidad que, desde esta Sociedad, pudiéramos ponernos de acuerdo y optar por una escala de las ya existentes o crear una de nueva, con los múltiples índices individuales ya descritos, para que, con los datos de todos los centros quirúrgicos, podamos llegar a reconocer la fragilidad individual en los pacientes de edad avanzada, que ayude a predecir el riesgo y las alteraciones adversas

postoperatorias y así facilitar la toma de decisiones, siempre complicada para el cirujano, ante estos pacientes de edad avanzada, en situación difícil y cada vez mas frecuente.

Quizás tenemos que pensar mas y valorar la calidad de vida futura antes de tomar una decisión, ya que si el peaje es prolongar la decrepitud no parece una buena solución. No podemos olvidar los problemas de movilidad, debidos a discapacidades físicas y mentales, propias de edades avanzadas, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades de la vida diaria y la necesidad de ayuda, en al menos en una de las tareas básicas de nuestra cotidianidad.

De acuerdo con una encuesta del INE (1987), el número de discapacitados era del 8,9 %, cifra que llegaba al 30,3 % entre los mayores de 65 años, al 50 % en los mayores de 80 años y al 75 % a partir de 90 años.

Tradicionalmente, nuestros discapacitados eran recogidos en el domicilio de sus hijos.

Actualmente, o viven en pareja o viven en el domicilio familiar, generalmente, de una hija, si está disponible, ya que la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, en muchas ocasiones no lo permite, o se adopta la necesidad de poner un cuidador externo o, por último, se ingresa, al discapacitado, en una institución, generalmente privada, por la falta de plazas públicas. Estas dos últimas opciones, aparte del aislamiento que producen, requiere un poder y sacrificio económico, no siempre posible y por tanto se deben de replantear políticas innovadoras que minimicen estas situaciones.

Una de las consecuencias que mas manifiestan las personas mayores son los problemas de la soledad, que entristece, deprime, produce erosión cognitiva y envejece. En los últimos años, el nº de muertes anónimas descubiertas después de días o semanas del fallecimiento, de personas que viven solas, no es nada despreciable. La soledad; con mayor proporción en el sexo femenino, generalmente por falta del conyugue, debido a la mayor expectativa de vida de las mujeres y a la normal diferencia de edad en el matrimonio, donde la mujer suele ser unos años mas joven que el marido(feminización de la vejez); es mas evidente en las grandes ciudades. La soledad es la mayor pobreza (VickieCammack) No obstante, en el futuro se prevé una vejez menos solitaria, porque se aproximara la esperanza de vida para ambos sexos, se acortará el tiempo de viudedad y será mas frecuente la coexistencia de tres o mas generaciones, con el consiguiente apoyo mutuo. En el articulo "La generación del siglo y medio" una de las curiosas reflexiones que hace es "¿como será la vida en pareja después de 90 años juntos?"

Si añadimos que la pobreza o la situación económica, una vez que se dejan de percibir los ingresos por el trabajo, empeora y obliga a acomodarse a las escasas pensiones, si es que existen, nos llevará, al final, a una inestabilidad del estado de bienestar. Tenemos que procurar, a pesar de todo, evitar que las personas más necesitadas se vean desatendidas o caigan en una situación de absoluta miseria, cuando los problemas de salud son graves. Imitando a nuestros antepasados,tenemos que inculcarla cultura del ahorro que nos permita llegar a la vejez con cierta tranquilidad económica.

El comportamiento futuro del gasto socio sanitario, en las personas de edad, dependerá de cómo el sistema aborde la organización de los servicios y de cómo gestione las opciones asistenciales existentes y los nuevos tratamientos médicos que vayan apareciendo.

Si pensamos en el sistema de pensiones y volvemos a los estudios demográficos, encontramos que, es previsible que en España, de los 9 millones de Pensionistas actuales, pasemos a los 15 millones en el año 2050. Si, además a esto añadimos que, la población activa y cotizante, en el mejor de los casos, va a permanecer estable, el sistema actual de pensiones de reparto se transforma en insostenible.

El retraso en la aparición de dependencia, junto con el aumento de esperanza de vida, requieren un cambio en la política de jubilación, a pesar de ser mal recibido y políticamente difícil, facilitando que al menos, las personas que lo deseen, puedan permanecer laboralmente activos mas tiempo, tal como ya lo han propuesto organismos internacionales como la OCDE y Naciones Unidas. Felipe González (20 minutos, 10-II-2015) es necesario prolongar la vida laboral, ya que los afiliados a la Seguridad Social no pueden afrontar las pensiones. La vanguardia del 6 de abril de 2015, el fondo de reserva de las pensiones se ha reducido un 40 % en tres años. También en la Vanguardia del 23 de agosto, dedica una editorial y un amplio artículo titulado "El sistema de pensiones condenado a una nueva reforma, se agotará el fondo de reserva". En una gráfica expone como las cotizaciones, desde el año 2009, son inferiores a las prestaciones

La jubilación es un derecho, no una obligación. Lo que estamos viviendo es una flagrante contradicción, por una parte te empujan o te obligan a que te jubiles y por otra te advierten de que no habrá dinero para pagar a los jubilados.

Es, pues, obligatorio que, la sociedad, busque fórmulas de sostenibilidad para evitar que el gasto social del envejecimiento se convierta en un problema y afecte a la sostenibilidad del estado de bienestar de la sociedad.

Mentalizar a los individuos que, frente al regalo de una vida más larga, su contrapartida debe ser una vida más equilibrada en el plano laboral de forma que se restablezca el álgebra vital que requiere la sostenibilidad. Trabajar más y durante más años, sino el envejecimiento se transformara en un problema.

Además, sería útil, crear incentivos que reduzcan el desempleo y aumenten el número de cotizantes, aumentar la cotización de la seguridad social, poner impuestos destinados, exclusivamente al sistema de pensiones, concienciar de la necesidad de pensiones privadas complementarias.

Como se deduce, el problema es de tal magnitud que, algunos jóvenes ya se preguntan: De que vamos a vivir los jóvenes de hoy cuando lleguemos a la edad de la jubilación?

Desde el punto de vista político, el cambio producido por el envejecimiento es la expresión de un amplio proceso de transformación social, por el cual, la juventud está dejando de tener el lugar preferente de hace algunas décadas. El aumento de la población mayor va a tener peso electoral evidente en las democracias parlamentarias, con el consiguiente conservadurismo y rechazo a las políticas que dañen sus intereses, con lo que se pueden generar posibles conflictos entre los diferentes grupos de edad. El mundo lleva el camino de convertirse en propiedad de los viejos, con las consiguientes reformas laborales, fiscales, sanitarias y de la seguridad social. Un mejor conocimiento de tan espectacular fenómeno sociodemográfico debería ser el punto de partida para las decisiones políticas.

Según datos de las elecciones de Escocia el resultado fue producido por el voto de la gente de edad. El periódico del día 6 de julio del 2015 titula "El 27 S, en manos de la gente Mayor" y literalmente dice: "la clave pasa por la movilización de la gente mayor" Rajoy, La vanguardia del 5 de julio de 2015, busca el apoyo de los pensionistas.

Por lo que respecta a la cultural, teniendo en cuenta las leyes economicistas de mercado de las sociedades occidentales, los viejos, cuando eran escasos, se les atribuía un elevado valor social (experiencia, conocimientos, relaciones, autoridad moral, etc.), a medida que va aumentando el número, ya no se les considera como un activo, sino como un pasivo, como una carga familiar y social (ignorancia, pobreza, pasividad, invalidez, enfermedad, etc.). De cualquier forma, el concepto actual de viejo tendríamos que desmitificarlo y no considerarlo como una característica permanente e inherente al envejecimiento, ya que los viejos actuales, hijos de la postguerra con sus vivencias no tienen nada que ver con los próximos viejos que habrán vivido una transición democrática, la TV, la imagen, la informática, etc., con posible mayor poder económico y político, con la experiencia de una vida distinta y con una capacidad y preparación mayor para ser independientes.

Como decía MARX "La cultura dominante es la cultura de la clase dominante" Por tanto, cuando los mayores sean mayoritarios, (serán mas escolarizados, competentes, productivos, con experiencia profesional, etc.) determinaran que la sociedad se ponga a su servicio y se producirá la revolución cultural de la vejez, lo que se empieza a llamar "el poder gris"

Científicamente, cada vez es mas evidente que la longevidad no está prefijada fatalmente y que, con el resurgimiento de la biología molecular, se empieza a considerar la vejez como una serie de transformaciones en sus genes y por tanto, la posibilidad de actuar directamente sobre el código genético, abre unas perspectivas fantásticas y sigue haciéndonos soñar con la perseguida inmortalidad. El filósofo británico David Pearce dice que lo único que tiene valor moral es todo aquello que minimiza o elimina el sufrimiento y que la muerte se entiende como el sufrimiento máximo. Recientemente, como decíamos, el artículo "Vamos a ser inmortales" explica como las grandes corporaciones luchan por conseguir las patentes de productos que detengan el envejecimiento y aún van más lejos, con el tema del "transhumanismo" o inteligencia artificial

Todos esperamos llegar a viejos y deseamos que cuando eso ocurra, encontremos que el camino ha sido allanado gracias a nuestros predecesores.

Una vez más afirmamos que el aumento de la vida media es una realidad que va en progresión, que no deja de ser un gran logro de las sociedades desarrolladas, pero que dada la ausencia de precedentes históricos sobre el envejecimiento poblacional, de la magnitud que se presupone, está removiendo los cimientos de la estructura social. No sabemos cuál será su epidemiología ni cómo se reestructurará la sociedad para poder integrar a una mayoría de personas de edad madura y avanzada. Es pues evidente la preocupación de los gobiernos para afrontar los gastos derivados del envejecimiento progresivo, sobre todo en sanidad, pensiones y servicios sociales. Individualmente, tenemos que poner todo lo posible, de nuestra parte, para envejecer bien, a base de vivir bien, evitando el envejecimiento patológico, que conduce a la dependencia.

De Grey, autor del libro "El fin del envejecimiento" sostiene que seguiremos envejeciendo como ahora, pero, cada cierto tiempo, podremos reparar el daño producido por nuestro metabolismo y está convencido de que llegaremos a vivir 1000 años, por lo que habrá que controlar la población y hasta insinúa que quien sabe si la sexualidad solo servirá para el placer y nos reproduciremos de otra manera.

## **The History of Transhiatal Esophagectomy (THE)**

Mark B. Orringer, MD, Cameron Haight Distinguished University Professor of Thoracic Surgery, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, USA

Although THE has been associated with my name, I did not invent this operation. In 1913, the German anatomist, Denk, performed the first blunt transmediastinal esophagectomy without thoracotomy in cadavers and experimental animals using an instrument similar to a Mayo vein stripper to avulse the esophagus from the posterior mediastinum; he suggested the feasibility of this approach for resecting esophageal carcinomas. In 1933, Grey Turner, the British surgeon, carried out the first successful transhiatal blunt esophagectomy for carcinoma and re-established continuity of the alimentary tract using an antethoracic skin tube at a second operation. As the advent of endotracheal anesthesia permitted a transthoracic esophagectomy under direct vision, THE was rarely employed, most often as a concomitant procedure with laryngopharyngectomy for pharyngeal or cervical esophageal carcinomas when the stomach was used to restore alimentary continuity. Ong and Lee (1960) and LeQuesne and Ranger (1966) reported the first successful primary pharyngogastric anastomosis after laryngopharyngectomy and THE. In these cases and the report by Akiyama (1971), blunt resection of the *normal* thoracic esophagus was carried out. Kirk (1974) used this approach for palliation of incurable esophageal carcinoma in 5 patients. Thomas and Dedo (1977) treated 4 patients with severe chronic pharyngoesophageal caustic strictures by THE, mobilization of the stomach through the posterior mediastinum, and pharyngogastric anastomoses.

I was completely unaware of these historical events when I first performed a THE and cervical esophagogastric anastomosis (CEGA) in 1974 as a young thoracic surgery faculty member at the University of Michigan. In fact, during my surgical residency at The Johns Hopkins Hospital in Baltimore (1967-1973), I was taught the traditional dogma of the day-- that in the average North American Caucasian patient, the maximum upward reach of the mobilized stomach following a transthoracic esophagectomy was to the apex of the right chest. During my fourth year of residency training, I was chosen to go to Bristol, England for 6 months to work under the tutelage of Mr. Ronald Belsey at the Frenchay Hospital.

Belsey was a master esophageal surgeon who influenced the careers of other leading esophageal surgeons who spent time with him—Griff Pearson, Rob Henderson, David Skinner, Toni Lerut, and me—to name but a few. But while I learned the Belsey Mark IV hiatal hernia repair and colonic replacement of the esophagus from the master, one operation we did at Frenchay Hospital left a very negative impression on me—transthoracic esophagectomy and an intrathoracic esophagogastric anastomosis. The Achilles heel of this operation was the intrathoracic esophagogastric anastomosis, the frequency with which it leaked, and the morbidity and mortality of the resulting mediastinitis. I resolved to address this problem when I returned to Baltimore to complete my residency at Johns Hopkins.

I was aware of scattered reports in the literature about Japanese surgeons occasionally mobilizing the stomach to the neck for a cervical esophageal or even a pharyngogastric anastomosis. When I returned to Johns Hopkins from England, I began to examine in the autopsy room how the stomach might be better mobilized to allow it to reach to the neck. With a generous Kocher maneuver and straightening the lesser curvature by resecting the tethering remnants of the divided left gastric artery and its branches, cadaver stomachs consistently seemed to reach above the level of the clavicles. And as a chief resident, with much less supervision than today's surgical residents have, I excluded the esophagus by stapling and dividing both ends in a patient with a malignant tracheoesophageal fistula and reestablished alimentary continuity by mobilizing the stomach retrosternally to the neck and performing a cervical esophagogastric anastomosis (CEGA). Although excluding the esophagus by creating a blind pouch ultimately proved to be a bad idea, our experience with substernal gastric bypass confirmed our belief that the properly mobilized stomach would reach to the neck for construction of a CEGA. Further, if a CEGA leaked, patients developed a salivary fistula and did not die from mediastinitis. After my residency at Johns Hopkins and joining the faculty at the University of Michigan in Ann Arbor, I gained increasing comfort with a cervical esophagogastric anastomosis after a standard transthoracic esophagectomy. And then in 1974, in an obese patient with COPD and a small Barrett's adenocarcinoma in whom I was planning a 3-hole transthoracic esophagectomy and CEGA, I fortuitously carried out a THE without thoracotomy,



mobilized the stomach through the posterior mediastinum after guiding it through the hiatus, and performed a CEGA. The patient did surprisingly well and was the impetus for performing THE in additional patients. By avoiding a thoracotomy, post-operative pulmonary complications were minimized, and death from mediastinitis resulting from a CEGA leak did not occur. In 1978, at the annual meeting of the American Association for Thoracic Surgeons (AATS) in New Orleans, I reported an experience with 26 THEs, 22 with carcinoma and 4 with benign disease. While researching published articles for the preparation of the manuscript for the meeting, I first became aware that I had not invented a new operation, and I collated the early history of THE beginning with Denk in 1913 (see first paragraph above). When I reported our experience with THE in 1978 at the AATS meeting, the operation was not well received by the leadership of thoracic surgery in attendance. In discussing the paper, they emphasized the hidden dangers of operating upon the esophagus through an abdominal incision with inadequate exposure and hemostasis.

It was clear to me, however, that the post-operative course of the THE patient was far different from that which I had witnessed with the traditional transthoracic esophagectomy in England, and we persisted with the operation and refining the procedure. We emphasized aggressive preoperative conditioning of the patient for major surgery by routine use of an incentive spirometer and walking 3 miles a day. Early ambulation on the first post-operative day was the rule. The need for postoperative intensive care for these patients dwindled. The development of the side-to-side stapled cervical esophagogastric anastomosis markedly reduced the leak rate. In 2007 our experience with more than 2,000 THEs was reported. We have now performed more than 3,000 of these operations. Fewer than 4% of our patients go to the intensive care unit post-operatively. Our anastomotic leak rate is 3-4%. Recurrent laryngeal nerve injury occurs in 1-2%. Fewer than 3% of our patients develop post-operative atelectasis/pneumonia severe enough to prolong their hospitalization. Other complications are rare. The historical development and refinement of THE has been an extraordinarily gratifying chapter in my professional life, as I have seen the hospital mortality for esophagectomy fall from 20% or more when I began my surgical residency in 1967 to 1% at the present time. My performance of an impromptu THE in 1974 would not likely be tolerated in

today's era of institutional review boards, hospital privileging, and our litigious public. While the rules are now different, surgical innovation is still possible but more difficult to achieve!

MBO

9/4/2015

## LA CIRURGIA GENERAL I EL NOU DICCIONARI ENCICLOPÈDIC DE MEDICINA

### Sala Pedrós J, Equip DEMCAT\*

\*L'equip DEMCAT està constituït pels membres de la Direcció Editorial del projecte: Ramis Juan O, Viñas Gomis O, Vázquez Teruel L, Julià Berruezo MA, Bosch Lluch F, Porta Serra M, Usall i Rodié J

#### El diccionari mèdic

El terme mèdic més antic es troba en un text del pròxim orient, de Sumèria, durant el període anomenat Ur III (cap el 2050 a.C.). Està escrit en caràcters cuneïformes sobre tauletes de fang, formant part d'una sèrie de manuals de diagnòstic, remeis i encantaments. Una d'aquestes tauletes, avui en dia a la col·lecció Hilprecht a Jena (Alemanya) (Nº HS2438), va ser trobada a la ciutat de Nippur. La taula conté un encanteri per guarir el mal de cap, a partir de relaxar la musculatura cervical amb fregues. Les primeres paraules en anglès antic inclouen termes en llatí i les seves traduccions a l'anglès i a altres llengües llatines. Les més antigues conegudes daten dels glossaris de Mercia (Mercian glossaries), dels quals, el més antic, del segle VII (cap al 695), és el conegut com a glossari d'Epinal, per trobar-se'n l'exemplar més antic a Epinal (França), encara que n'hi ha còpies a Cambridge (Regne Unit) (Corpus Glossary, cap al 700) i a Alemanya (Erfurt Glossary, cap al 800).<sup>a</sup>

Des de llavors, el llenguatge mèdic és un sistema que inclou, tant expressions o frases com paraules o termes relacionats amb l'activitat mèdica, quirúrgica o de les diferents especialitats que constitueixen les denominades ciències de la salut en gairebé totes les llengües conegudes.

Tot i que la pràctica mèdica ha estat un fenomen universal, les creences religioses o mitològiques sovint n'han marcat el caràcter i la realització. Amb el naixement del que es pot denominar la medicina científica a l'antiga Grècia i la seva exportació per una banda a l'Àsia del proper i mitjà Orient, i la seva adopció i expansió per una altra part a l'imperi romà, fan que una gran quantitat de paraules del llenguatge mèdic provinguin del grec antic o del llatí. Amb la caiguda de l'imperi romà, les invasions bàrbares i el naixement d'una cultura cristiana es va perdre, al menys a l'Europa Occidental, bona part dels coneixements mèdics grecs, però es va conservar al menys una part dels llatins. Sí que es van conservar molts textos grecs a Bizanci i amb el desenvolupament de la cultura islàmica molts es van traduir al àrab i d'aquest, a altres llengües (incloses el llatí i l'hebreu) i també a les noves llengües (denominades vernacles) dels nous països europeus. És així com la influència grega, sovint arabitzada i posteriorment llatinitzada com a llengua franca de la ciència europea medieval i durant bona part de l'era moderna, va marcar en el seu períple històric el llenguatge mèdic denominat clàssic; especialment, pel que fa als mots mèdics denominats cultes o savis, en contraposició als noms més populars que utilitzava la major part de la població.

---

<sup>a</sup> Aronson J. Jeffrey Aronson: When I use a Wordé The first medical Word. The BMJ blogs. 28 august, 2015.

La revolució científica contemporània va fer que les diferents llengües vernacles agafessin el protagonisme en funció dels propis avenços en els diferents països. Així, els nous mots mèdics cultes sorgits al segle XIX provenien gairebé tots de la llengua francesa, encara que a finals del segle XIX i primera part del XX s'hi va barrejar primer la llengua alemanya i, des del final de la Primera però sobretot de la segona Guerra Mundial, l'aportació anglosaxona va resultar aclaparadora de manera que actualment la preeminència de la llengua mèdica científica està lligada a l'anglès, tant britànic com americà, el qual recull totes les influències anteriors i ha donat lloc a un nou conjunt de termes nous i vells de referència universal.<sup>a</sup>

No és estrany doncs que si un diccionari és un recull dels símbols o paraules que corresponen a entitats concretes (objectes, accions, etc.) en una llengua determinada, en el cas del llenguatge mèdic el recull de termes és molt semblant en totes les llengües, la qual cosa ha donat lloc a un llenguatge universal. Tot i així, tenint en compte que cada llengua té les seves normes i regles, la progressiva globalització va anar convertint en necessari, o al menys en convenient, comparar situacions entre si a nivell global. Això va comportar la necessitat de crear uns determinats símbols que, més enllà de les paraules concretes en una llengua o una altra, obeïssin a criteris d'un llenguatge universal totalment intercanviable. Un tal llenguatge el podien oferir sens dubte els números o, si es vol, les matemàtiques. En efecte, amb un sistema més simple encara que el derivat dels dígitos de l'alfabet, amb deu símbols (o subsímbols), les denominades xifres àrabiques (tot i que d'àrabiques en tenen poc, no tan sol pel seu origen indi sinó perquè els símbols concrets són diferents en l'expressió dels països àrabs) permeten elaborar codis formats per 3, 4 o 5 números (del 0 al 9 en el sistema decimal), que constitueixen un sistema de codificació universal. Han sorgit diversos sistemes de codificació basats en codis numèrics o alfanumèrics (números i lletres conjuntament) que permeten sintetitzar aquells elements comuns de les diferents llengües, de manera més o menys unívoca i inequívoca.

Un dels sistemes de codificació més emprat universalment, i del qual existeix una traducció catalana actualitzada, és la *Classificació internacional de malalties*, concretament la 9a revisió amb la part de *Modificació Clínica*, que es coneix com a CIM-9-MC (en anglès: *International Codification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification, ICD-9-CM*).<sup>b c</sup> Això ha fet que els termes mèdics hagin adoptat arreu els criteris d'aquesta obra nascuda als Estats Units d'Amèrica i hagin estat recollits en els diferents diccionaris existents en les diverses llengües. El problema d'aquests sistemes de codificació és que han de ser necessàriament sintètics per ser útils i manejables, però la sintetització porta a pèrdua d'informació, d'aquí que s'hagin proposat altres sistemes de codificació, més

---

<sup>a</sup> Alsina Bofill J, Casassas O, Laporte i Salas J, Ramis Coris J. Vocabulari Mèdic. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1974.

<sup>b</sup> Anònim. *Classificació Internacional de Malalties. 9ª Revisió. Modificació Clínica. CIM-9-MC. 8ª Edició.* Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, 2012.

<sup>c</sup> Anònim. *The International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification. (ICD-9-CM). Second printing.* 3 volums. Michigan: Edward Brothers, 1983.

analítics, que permeten recollir més dades, naturalment amb codificacions una mica més complexes; és el cas, per exemple, del sistema denominat SNOMED.<sup>a b</sup>

Com ja s'ha esmentat, tot i que la terminologia mèdica es basa principalment en conceptes objectius, allò que tant en teoria de la informació com en medicina es denomina *signes*, sovint en medicina tenen importància aspectes més subjectius, com ara els denominats *síntomes*, que resulten difícils de definir pel fet que el significat resulta més difús i poden variar d'una persona a una altra. Moltes paraules troben el seu sentit en un context determinat del llenguatge, d'aquí que alguns termes mèdics tan bàsics i rellevants com el dolor resultin difícils, no tan sols de definir sinó també de referenciar de manera inequívoca. Es van fent esforços per tal d'aconseguir l'objectivització progressiva de termes clàssicament considerats subjectius, per exemple en el cas del dolor, a partir dels avenços neurològics derivats de la iconologia funcional que pot captar, posem per cas en un estudi amb tecnologia del tipus de la ressonància magnètica nuclear (RMN), l'activitat d'una determinada àrea cerebral, que coincideixi amb una experiència com un tipus de dolor específic. Però, malgrat que noves tecnologies permeten cada vegada més aportar referències més concretes per a termes que podrien resultar equívocs, estem lluny encara de poder controlar la subjectivitat en medicina.

Tot això sense tenir en compte les especificitats pròpies de cada llengua en particular.

### El diccionari mèdic en català

L'origen de les paraules pot estar en llengües diverses però cada llengua acaba adaptant les paraules a la seva pròpia idiosincrasia, a la lògica interna de cada manera de parlar i d'escriure. El català, com a llengua de vida i de cultura, ha fet el mateix, malgrat haver estat sotmès a un grau d'assetjament polític i social extraordinaris. Si malgrat tot ha resistit, és perquè ha conservat una bona adaptació al medi en el qual es va desenvolupar i ha evolucionat.

Tot i així, durant anys, la seva persecució inclement l'ha posat en risc de desaparició. Encara que tota llengua aporta uns valors i hauria de ser considerada patrimoni cultural de la humanitat (com ho són els monuments històrics), no sempre se l'ha vista com un element cultural enriquidor sinó (malauradament massa sovint) més aviat com un instrument de domini, de subjugació i, per tant, de poder. Els fets semblen demostrar, però, que no és la imposició per la força la millor manera d'estendre una llengua; o potser és que ens agrada creure que la força de la raó acabarà triomfant sobre la raó de la força. El que malgrat tot sembla és que el respecte a les llibertats individual i col·lectiva, la igualtat davant la llei de les persones i dels pobles, i la utilitat per comprendre una realitat determinada són fonamentals per a l'evolució creativa, no tan sols de la humanitat en general sinó també de qualsevol llengua. És així com el català subsisteix i manté la seva

---

<sup>a</sup> Anònim. SNOMED. *Systematized Nomenclature of Medicine. Microglossary for Surgical Pathology. Third printing. Illinois: College of American Pathologists, 1984.*

<sup>b</sup> Anònim. SNOMED. *Systematized Nomenclature of Medicine. Second edition. Illinois: College of American Pathologists, 1984. 2 v.*

força de cohesió en un món on la diversitat hauria de representar una riquesa, i el respecte a la intimitat és un valor en front dels intents per imposar el pensament únic. Afortunadament, escriptors i poetes com Salvador Espriu ens han recordat que *ñ*hem viscut per salvar-vos els mots, per retornar-vos el nom de cada cosa<sup>a b</sup>

I aquesta és una funció vital dels diccionaris. Si les paraules prenen vida en la poesia i en la literatura, de manera que sense paraules no seríem humans, cal disposar de reculls de paraules que ens il·luminin i ens ofereixin noves perspectives del món.

Cada llengua és el reflex d'una determinada cultura, d'un sistema de valors, d'unes experiències històriques, d'unes relacions socials, d'un determinat medi, d'un hàbitat ecològic; de molts i molts factors individuals, familiars, de grups socials més o menys amplis però sempre rellevants, afortunadament diversos, patrimoni únic i irrepetible de cadascú, digne de conservació.

Hi ha expressions o paraules que poden tenir un significat especial per a una persona, una parella, un grup o un col·lectiu qualsevol. N'hi ha moltes que tenen sentit per un col·lectiu prou rellevant, per exemple un país o una nació amb voluntat d'establir un pacte comú. Un dels fonaments d'una nació és la llengua que per tradició o per voluntat decideix adoptar. Això fa aconsellable l'establiment d'una norma que permeti gaudir de la llengua com un patrimoni compartit. La tasca de normalització d'una llengua (com la que va fer en el seu moment Pompeu Fabra amb el català) és un servei a la col·lectivitat de vital importància per a la seva supervivència com a tal; però no es tracta tan sols de reglamentació gramatical si no de recollir les paraules en els diferents camps de relació. D'aquí la importància d'un diccionari mèdic o de ciències de la salut en general.

La literatura mèdica en català es remunta a l'edat Mitjana. Molts llibres van ser escrits en català o traduïts al català des d'altres llengües (el grec, l'àrab, el llatí, etc.), i van generar un conjunt de termes que mereixien ser recollits en un diccionari. Va ser durant els anys 30 del segle passat que va sorgir el primer intent modern de creació d'un diccionari mèdic en català; es tracta del diccionari que es va començar a publicar en forma de fascicles l'any 1931 fins a completar-lo el 1936, que es van relligar els fascicles i es va completar l'obra. El diccionari va ser coordinat pel cirurgià Manuel Corachan i Garcia (format a Barcelona però d'origen valencià), que va ser un dels membres fundadors de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC) el 1927 i també inductor de la *Asociación Española de Cirujanos* (AEC) el 1936 (encara que l'AEC, per les circumstàncies històriques, no es va establir plenament fins al 1949).

Aquest diccionari incloïa, a més de mots arcaics i mots populars, un vocabulari tècnic actualitzat i depurat per al seu temps, tot i que la guerra civil i el règim dictatorial que la va seguir no van permetre que pogués complir amb la seva missió. El cas és que va quedar en suspens fins que l'any 1971, en el capvespre de l'autarquia, se'n va recuperar una versió reduïda, liderada pels Drs. Josep Alsina i Bofill i Josep Laporte (denominada:

---

<sup>a</sup> Espriu S. Inici de càntic en el temple. Les cançons d'Ariadna. 1965.

<sup>b</sup> Ramis O, Viñas O, Vázquez L, Julià MA, Bosch F, Porta M, Sala J, Usall i Rodié J. DEMCAT: El Diccionari de medicina i el projecte per a la seva continuïtat. Annals de Medicina (en premsa).

*Vocabulari mèdic*, en tres edicions successives). El 1980 es posà en marxa ja el Diccionari enciclopèdic de medicina (DEM) amb l'edició completa el 1990, sota la direcció del Dr. Oriol Casasses, del qual es va fer una nova edició dirigida pels Drs. Joaquim Ramis i Màrius Foz, iniciada el 1997 i publicada el 2000.<sup>a b</sup>

La gran quantitat de termes nous apareguts en els darrers anys ha portat a intentar-ne una versió posada al dia, però també en un format més actual que naturalment hauria de ser digitalitzada i ser accessible des de la xarxa informàtica. Així va néixer el DEMCAT, liderat pel Dr. Oriol Ramis i per la Dra. Odette Viñas, i que ha comptat amb la col·laboració del Centre de Terminologia (TERMCAT), de l'Institut d'Estudis Catalans (IEC), de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears (ACMSCB) i de la Gran Enciclopèdia Catalana, SAU (GEC) que n'havia editat les dues versions anteriors en paper.

La presentació oficial del projecte DEMCAT es va fer en l'acte de cloenda del curs acadèmic 2014-2015 de l'ACMSCB, per part del Dr. Oriol Ramis i la Dra. Odette Viñas, on també es va fer fent públic el seu portal (<http://www.demcat.cat/>) que explica tot el projecte. Amb la garantia de la gestió i el treball terminològics que proporciona el TERMCAT, sota la direcció de la Dra. Maria Antònia Julià i la coordinació de la Sra. Lúcia Vázquez.

El diccionari en línia de treball (consultable al portal del TERMCAT i també accessible des del lloc web del DEMCAT) ofereix les dades completes del DEM, concretament el contingut de la segona edició en línia, posterior a l'obra impresa) i mostrarà progressivament el resultat de les tasques d'actualització. Per iniciar-les s'ha decidit fer una revisió i renovació progressives, amb processos de treball escalables i amb un abordatge sectorial. Les tres grans àrees amb què s'iniciarà el procés de revisió i actualització són la immunologia, la farmacologia i la cirurgia general. Mentre que les dues primeres estan en una fase més avançada de realització (amb equips de treball promoguts per les societats científiques corresponents), la de cirurgia general s'ha incorporat al projecte amb el suport de la Societat Catalana de Cirurgia, però es troba en la fase de constitució del grup de treball.

### **El diccionari de cirurgia**

Si com hem dit, la literatura mèdica en català té una llarga tradició,<sup>c</sup> la Cirurgia ha estat una de les ciències amb més tradició a Catalunya. Seria inacabable la llista de llibres de

---

<sup>a</sup> Casassas O, Alsina i Bofill J, Ramis Coris J, Llauredó i Miret E, Francí i Pallejà F. Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Enciclopèdia Catalana. Barcelona, 1990.

<sup>b</sup> Foz i Sala M, Llauredó i Miret E, Ramis Coris J. Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Enciclopèdia Catalana. Barcelona, 2000.

<sup>c</sup> Hipòcrates. Aforismes. Traducció Catalana Medieval. Textos i Estudis de Cultura Catalana, 76. Curial Edicions Catalanes. Publicacions de l'Abadia de Montserrat. 2000.

cirurgia en català des de l'edat mitjana fins als nostres dies, però ressaltaríem les traduccions de llibres medievals tant d'autors europeus com àrabs, per exemple:<sup>a b c</sup>

*Chirurgia (Filia principis)*, de Teodoric Borgognoni (Federic de Lucca o de Cervia, també mal anomenat Theodoricus Catalanus). Traduït del llatí per Guillem Corretger, cirurgià i estudiant de cirurgia a Montpeller (vers 1302-1304); i també per un anònim, corregit per Bernat de Berriac, físic (1310-1311).

*Cirurgia* (part 30a del *Kitab al-tasrif li-man ʿajaza ʿan al-taʿrif*), d'al-Zahrawi (Albucasis). Traduït de l'àrab per Jafudà Bonsenyor, físic (1313).

*Chirurgia parva*, de Lanfranc de Milà (Alamfranc). Traduït del llatí per Guillem Salvà, batxiller i llicenciat en medicina (1329).

*Chirurgia magna*, de Lanfranc de Milà (Alamfranc). Traduït parcialment del llatí pel mateix Guillem Salvà (1329).

*Chirurgia*, de Guillem de Saliceto (Guillelmus Placentinus, Guillem de Salicet). Traduït del llatí per un anònim (abans de 1362).

Naturalment la introducció de la impremta va representar un gran avenç en la difusió de moltes d'aquestes obres i d'altres de noves com, per exemple:<sup>d</sup>

*Practica chirurgie (Rogerina o Post mundi fabricam)*, de Roger Frugardo (Roger de Salern o de Parma). Traduït del llatí (abans de 1414).

*Chirurgia magna*, de Bru de Longobucco (Brunus de Longoburgo, mestre Bru). Traduït del llatí (abans de 1423).

*Chirurgia*, d'Enric de Mondeville (Henri de Mondeville). Traduït del llatí (abans de 1461).

*Inventarium sive collectorium in parte chirurgicali medicine* (*Chirurgia Magna*, Inventari o Col·lectori en la part Cirurgical de Medicina). Guiu de Chaulhac (Guido de Cauliac, Gui de Caulhiac o Chaulhac, Guy de Chauliac, Guido de Cauliac). Escrit, en llatí (1363). Aviat se'n van fer traduccions vernacles, algunes de les quals més tard es van arribar a imprimir (francès, 1478; català, 1492; castellà, 1498; etc.). En català, traduït del llatí (1400), imprès (1492). revisat per Bernat de Casaldòvol, físic, i Jeroni Masnovell, cirurgià. Barcelona, Pere Miquel, 1492.

*Chirurgia (Cirurgia)*. *Pere d'Argellata (Argilata)*. Traduït del llatí per Narcís Solà, físic i cirurgià, corregit per Francesc Servent, físic, Alfons de Torrelleó, físic, i Joan Gelabert, cirurgià (1503). Imprès a Perpinyà, Joan Rosenbach, 1503.

---

<sup>a</sup> Cifuentes L. «Las traducciones catalanas y castellanas de la *Chirurgia magna* de Lanfranco de Milán: un ejemplo de intercomunicación cultural y científica a finales de la Edad Media», dins Tomàs Martínez Romero i Roxana Recio (eds.), *Essays on medieval translation in the Iberian Peninsula*, Omaha-Castelló de la Plana, Creighton University-Universitat Jaume I, 2001, pp. 95-127.

<sup>b</sup> Cifuentes L. *Vernacularization as an intellectual and social bridge: The Catalan translations of Teodorico's Chirurgia and of Arnau de Vilanova's Regimen sanitatis*, *Early Science and Medicine*, 4 (1999), 127-148.

<sup>c</sup> Cifuentes L. Notícia d'una traducció catalana de la *Chirurgia* d'Henri de Mondeville. *Arxiu de Textos Catalans Antics*. 19 (2000). 587-599.

<sup>d</sup> Cifuentes L. «Una traducció catalana desconeguda de la *Chirurgia parva* de Gui de Caulhiac», *Arxiu de Textos Catalans Antics*, 19 (2000), 601-509.



*Chirurgia Parva (Pràctica o reportori utilíssim de cirurgia o Cirurgia petita). Guiu De Chaulhac (Guido de Cauliaco, Gui de Caulhiac o Chaulhac, Guy de Chauliac, Guido de Cauliac).* Traduït del llatí per Narcís Solà, físic i cirurgià (1505). Imprès a Barcelona, Joan Rosenbach i Carles Amorós, 1508.

Molts d'aquests llibres van passar a formar part de la biblioteca de molts professionals cirurgians, però d'altres tenien simplement propietaris cultes, preocupats per la salut. Malauradament, amb el Decret de Nova Planta de 1717 van quedar inèdites obres escrites per cirurgians com Anton de Borja que no van poder veure la llum fins al segle xx. Tot i així, aquests escrits i traduccions van anar creant un vocabulari quirúrgic en català, que barrejava termes cultes procedents del llatí i del grec, amb termes populars, tots ells enriquidors, del patrimoni lingüístic de la cirurgia i del català.

Durant els períodes de relativa llibertat, el català tornava a ressorgir públicament i així va passar també en el període entre dictadures dels anys 30. En l'obra col·lectiva dirigida per Corachan hi van participar metges de totes les especialitats però també molts altres cirurgians. La normalització fabriana, impulsada per Pompeu Fabra, autèntic enginyer de la normalització, va permetre estendre aquesta modernització de la llengua també als escrits científics.

Són molts els criteris lingüístics que va utilitzar Fabra en la creació de la seva obra, però sens dubte estaven basats en el coneixement de moltes llengües i en la voluntat de fer-ne una revisió lingüística amb fidelitat històrica, amb arrelament al país però també amb vocació de contribució universal en el sentit de desconnexió etimològica més modern per al seu temps. No seria propi d'un escrit com aquest fer una revisió exhaustiva d'aquests criteris, però sí que una mostra d'aquells més representatius i útils en cirurgia pot ajudar a orientar la seva revisió futura.

Entre aquests criteris normalitzats hi ha les traduccions dels sons grecs o llatins al català de la manera més coherent amb la llengua, tot cercant solucions properes a les establertes prèviament amb les llengües més afins; per exemple, amb alguns grups de lletres (o sons) es va optar per:

|                   |                      |                      |                    |
|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------|
| grup <b>ĩmphò</b> | castellà <b>ĩnfà</b> | francès <b>ĩmphò</b> | català <b>ĩmfò</b> |
| grup <b>ĩeumò</b> | castellà <b>ĩeoà</b> | francès <b>ĩéeò</b>  | català <b>ĩeuò</b> |

En el primer cas, es van determinar mots com *limfa* o els seus derivats. En el segon, paraules com *peritoneu*, que s'escriu i es pronuncia així mateix, *ĩperitoneuò* (en comptes de *peritoneo*, com en castellà), cosa que evitava modismes com *ĩperitonio* que no respon a cap paraula existent ni tampoc a cap norma d'adaptació del grec, en aquest cas.

Un altra qüestió que va tenir en compte la modernització fabriana va ser la revisió de l'accentuació dels termes d'origen grec o llatí, sovint equivocada en els mots denominats savis, cosa que evitava l'error (reconegut per la *Real Academia Española de la Lengua*) en castellà (probablement per còpia dels accents en francès que segueixen regles

diferents a les castellanques o de l'anglès que no utilitzen accents). Així per exemple, en català va quedar establert que, com en grec, moltes paraules fossin planes (hematòcrit, leucòcit, etc.) i no agudes (com quan és mal traduïxen hematocritò ò leucocitò).

Una confusió de sons semblant es dona en algunes lletres com la *ř*ò grega, que per transcripció errònia del francès, copiada pel castellà, es fa amb el so de [k] davant de e i de i, mentre que en català es va optar per la pronunciació grega més real de [s]. Per exemple: el francès *kératome*, convertit en castellà en *queratoma*, en català hauria de ser *ceratoma*. També passa amb paraules com *pol·laciúria* o *ancilòstom*. Només en alguns casos de noms savis que havien esdevingut populars, com *quist*, es va respectar aquesta forma vulgaritzada.<sup>a</sup>

Aquesta confrontació entre llenguatge culte i popular va portar en molts casos a acceptar canvis de grafies segons l'origen dels noms, de manera que es van denominar *pseudoderivats* en aquells que presentaven canvis, en especial vocàlics, entre la forma sàvia i la vulgar; per exemple: de boca pot derivar bocassa com a terme vulgar, però l'adjectiu savi emprat en literatura mèdica és bucal. Quelcom de semblant passa amb moc, mocós i mucosa. També es dona amb les consonants de manera que l'avortat pot derivar avortament en termes populars però el derivat científic és abortiu. De corba pot derivar corbat però en canvi el derivat culte és curvatura.

Una lletra especial en català és la *ela*, que admet tres tipus de sons amb grafies diferenciades: el so de la lletra *ela* (l), que sona com en *colèdoc* o *còlon*; el so del dígraf doble *ela* (ll), que sona com en *costella*, *orella* o *canell*, i el signe específic català del punt volat (·) que posat entre dues *eles* (a un terç de la base i dos terços de l'altura) sense tocar la part inferior de la línia representa una *ela* geminada (l·l), és a dir, que es pronuncia com una *ela* duplicada (com qualsevol altre dígraf de lletres geminades, o sigui com una *ela* al final de paraula i una altra *ela* al començament de la següent; això es pot copsar en l'expressió *ř*val la pena que sona com en *mal·lèol* o *col·lecció*. Altres lletres geminades com la doble *ena* *dannex* o la doble *m* *dammunologia* també sonen dobles.

Molts termes cultes derivats del llatí s'escriuen amb *ela* geminada, en especial els que comencen amb: *ř*al·l·*ř* (*al·lèrgia*), *ř*col·l·*ř* (*col·lecció*), *ř*gal·l·*ř* (*gal·li*), *ř*l·l·*ř* (*il·limitat*), *ř*mil·l·*ř* (*mil·límetre*) i *ř*il·l·*ř* (*síl·laba*); també els acabats en: *ř*el·laò (*cel·la*), *ř*il·laò (*papil·la*) o *ř*il·larò (*bacil·lar*). A més, altres termes cultes que en anglès o en italià s'escriuen amb el dígraf doble *ela* (ll), creats amb criteris del llatí clàssic, com ara l'anglès *penicillin* que en català s'escriu amb *ela* geminada, és a dir, *penicil·lina*. Una cosa semblant passa amb molts noms de gèrmens, derivats del nom científic llatí (per exemple de *Salmonella*, fem *salmonel·la*).

Alguns aspectes de la normalització podien induir a confusió, per exemple respecte al gènere, en especial en termes cultes. Si tenim en compte que la regla general diu que les terminacions en -e solen ser masculines i els corresponents femenins són amb *ř* a, resulta que, per exemple, les terminacions *ř* celeò són femenines (l'òmfalocèle, la hidrocele, la cistocele...) com també la *síndrome*, l'èmatie, la caròtide o la paròtide. I al revés, hi ha

---

<sup>a</sup> Fabra P. Pròleg. Corachan M, et al. Diccionari de Medicina. Primera Edició. Salvat Editors, S.A. Barcelona, 1932 i 1936.

terminacions com les acabades en *-iderma* (*l'ectoderma*, *l'endoderma*, el *neuroectoderma*) que semblen de gènere femení quan en realitat són masculines.

Per alguns mots llatins que sovint s'utilitzaven en la seva forma llatina com *haustrum*, *hílum* o *hiatus*, es va incloure la forma catalana pròpia com *haustra*, *hil* o *hiat*. En canvi altres com *halo*, s'han deixat igual.

També en els adjectius derivats de termes mèdics cultes es va diferenciar la terminació *-oide* (*aracnoide*, *escafoide*) que significa *-en* forma de o *-semblant* a *-oide* quan es refereix al derivat relatiu a *-oide* (*aracnoidal*, *escafoidal*). Així per exemple podria ser confús parlar d'una hemorràgia *aracnoide* (en forma d'aranya) en comptes d'una hemorràgia *aracnoidal* (de l'aracnoide) o d'una fractura *escafoide* (semblant a una barca) en comptes d'una fractura *escafoidal* (de l'escafoide). També passa amb adjectius substantivats com *tiroide* (en forma d'escut) en què l'adjectiu referit sol ser *tiroidal*.

Les terminacions poden tenir significats diferents que és bo respectar. Per exemple, cal distingir entre les terminacions *-gen* i *-gènic*. La terminació *-gen* s'aplica, com a adjectiu o substantiu adjectivat, als casos que indiquen que genera o produeix un determinat efecte (al·lèrgia, càncer, malaltia...) com a *al·lèrgen*, *carcinogen*, *antigen* o *patogen*. Mentre que la terminació *-gènic* no s'utilitza quan genera sinó quan és generat però (per exemple: pel metge, pel múscul, pel ronyó o per la sang) i es parla llavors de *iatrogènic*, *miogènic* o *nefrogènic*; en aquest sentit *hematogen* seria sinònim d'*hematopoètic* mentre que *hematogènic* seria per exemple una disseminació a la sang procedent de la sang, com en el cas de la transmissió de virus com el VIH o el de l'hepatitis C.

Cal tenir en compte que algunes terminacions de noms en *-al* poden portar a confusió. Un clàssic és la paraula *engonal*, nom substantiu que es refereix a la zona d'unió entre l'abdomen i la cuixa (en castellà, *ingle*; en francès, *aine*, en anglès, *groin*). L'adjectiu, en canvi és *inguinal*, en totes les llengües. El terme *engonal*, encara que no ho sembli, és català popular (o ho era) i en canvi l'adjectiu *inguinal* és català culte (derivat de la paraula llatina). Així es pot parlar d'una *hernia* de l'engonal o d'una *hernia* inguinal però no és correcte dir *hernia* engonal (equivalent a dir *hernia* *ingle* en castellà, en comptes de *hernia* de la *ingle* o *hernia* *inguinal*).<sup>a</sup>

Tot i que hi ha molts més criteris, els esmentats són una mostra que la incorporació de les normes fabrianes al diccionari mèdic, conegut com *el* Corachan en termes col·loquials, va permetre disposar d'un referent clar de cara al futur.

Però bo i la tasca cabdal del Dr. Corachan en l'aparició i, sembla que fins i tot, en el finançament del diccionari, va tenir molts altres col·laboradors, molts d'ells cirurgians de les diferents especialitats, com per exemple:

---

<sup>a</sup> Riera, C. Manual de català científic: orientacions lingüístiques. Barcelona: Claret, 1992. ISBN 84-7263-779-4

Aluja i Pons, Josep (cirurgia)  
 Bartrina i Thomas, Josep Maria (cirurgia)  
 Coll i Turbau, Francesc (cirurgia)  
 Corachan i Garcia, Manuel (cirurgia)  
 Corachan i Llorca, Manuel (cirurgia)  
 Fontanet i Petit, Josep (cirurgia)  
 Gabarró i Garcia, Pere (cirurgia)  
 Navarro i La Rosa, Manuel (cirurgia)  
 Pi i Figueras, Jaume (cirurgia)  
 Puig i Sureda, Joan (cirurgia)  
 Salarich i Torrents, Joaquim (cirurgia)  
 Seguí i Pou, Enric (cirurgia)  
 Trias i Pujol, Antoni (cirurgia)  
 Trias i Pujol, Joaquim (cirurgia)  
 Trueta i Raspall, Josep (cirurgia)  
 Vilardell i Permanyer, Josep Maria (cirurgia)  
 Bordàs i Salellas, Francesc (oftalmòleg)  
 Carreras i Verdaguer, Francesc (tocòleg)  
 Company i Arnau, Vicens (uròleg)  
 Conill i Montobbio, Víctor (ginecòleg)  
 Ferrando i Estepà, F. (otorinolaringòleg)  
 Garriga i Roca, Martí (ginecòleg)  
 Llatas i Durand, Raimond (odontòleg)  
 Ribó i Rius, Lluís (cirurgia ortopèdic)  
 Suñé i Medan, Lluís (otorinolaringòleg)

Altrament, en els vocabularis mèdics dels anys 70 també hi va haver una participació de cirurgians, potser no tan nombrosa, però no menys important; és digna de ser recordada la col·laboració del Dr. Pere Gabarró i Garcia, eminent cirurgia plàstica però també general, i també (per bé que en la primera edició encara era estudiant) la del cirurgia Dr. Vicenç Artigas i Raventós.

Així mateix en els DEM dels anys 80 i 90 els cirurgians hi van tenir una participació rellevant, en la figura del Dr. Eduard Llauredó i Miret, fet que es nota en la riquesa de termes quirúrgics i la seva actualitat en el moment, de manera que poden ser un retrat de l'estat de la cirurgia en aquells temps.

Un pas important en la normalització de l'atenció sanitària va ser la traducció de l'anglès d'una obra abans esmentada, la *Classificació internacional de malalties, 9a revisió. Modificació clínica*, en la primera edició catalana de la qual els cirurgians també van tenir una més que notable representació reflectida en la qualitat del producte. Val la pena citar-los:<sup>a</sup>

Eduard Llauredó i Miret (cirurgia general)

---

<sup>a</sup> Anònim. CIM-9-MC (Classificació Internacional de Malalties, 9<sup>a</sup> revisió. Modificació Clínica). Traducció de Casassas O i Llauredó E. Edició: Almazan C, Bustins M, Ramis-Juan O, Vidal C. 3 volums. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1991.

Francesc Badosa Gallart (cirurgià general)  
Joaquim Duran i Sanmiquel (oftalmòleg)  
Albert Fortuny i Estivill (ginecòleg)  
Ramon Riu i Labrador (cirurgià plàstic)  
Jaume Roca i Burniol (traumatòleg)  
Vladimir Vidal i Conde (angiòleg)

Amb totes aquestes aportacions s'ha generat una nova i actualitzada terminologia que cal incorporar al diccionari, no tan sols els criteris generals de nomenclatura mèdica de la CIM-9-MC sinó també les noves paraules en català, sorgides dels criteris de la seva traducció.

Entre les aportacions dels codis de malalties n'hi ha moltes sorgides de les actualitzacions del DEM; de manera que, si bé per a les paraules cultes clàssiques les normes ja havien estat revisades a partir de la normalització fabriana, alguns termes en anglès mereixien també una traducció adequada, la qual es va fer amb la supervisió dels terminòlegs experts. La riquesa de sinònims o de paraules amb significats semblants o propers no va resultar fàcil. Així per exemple, en les primeres edicions, termes de l'anglès com *bleb*, *blister*, *bull*, *ampulla* o *bloater*, es van traduir com *bòfega*, *butllofa*, *bombolla*, *ampul·la* o *botija*, respectivament.

Malgrat tot, la tendència als anglicismes en el llenguatge comú és freqüent i es pot dir que internacional i per tant gairebé inevitable, però tot i així és bo saber que quasi totes tenen traduccions catalanes, perfectament definidores del concepte, com és el cas de *shunt* (derivació) o de *by pass* (desviació) (actualment, el diccionari normatiu de l'Institut d'Estudis Catalans ha donat entrada a la forma *bypass*).

En cirurgia, sovint ens trobem amb paraules del llenguatge popular en anglès que poden sonar rares en català, però tot i així cal no oblidar-les, per exemple algunes tècniques o maniobres com: *folding* (doblegament) *outfolding* (doblegament) *buckling* (enrunciment) resulten perfectament coherents en un text en català.

Però les revisions han anat incorporant no tan sols els termes provinents d'altres llengües, sinó que val la pena de revisar termes usuals o fer-ne una desconstrucció per ajustar la seva definició a possibles aplicacions diferents, cada una de les quals pot no estar totalment coberta per l'altra, encara que en ocasions es puguin considerar sinònims o gairebé. Aclarir i delimitar conceptes bàsics pot definir un llenguatge més ric, més matissat i més útil.

Per exemple, una diferència que convé tenir en compte en cirurgia és distingir bé entre *pròtesi* i *ortesi*. Una *pròtesi* és quelcom que es posa en lloc d'una altra cosa per substituir-la; per exemple una *pròtesi* de genoll és un estri articular metàl·lic que es col·loca com a substitut d'una articulació de genoll, una malla és un fragment de teixit que es posa per substituir una part de teixit absent o debilitat, una *pròtesi* vascular és un tub que reemplaça un segment d'una artèria o una vena. Una *ortesi*, altrament, és un estri que manté en el lloc apropiat una estructura anatòmica per facilitar-ne la reparació biològica o corregir una deformitat; una *ortesi* pot ser externa, com en el cas d'un enguixat o embenat de guix o del tipus que sigui, que manté immòbil una extremitat per facilitar la cicatrització

o el guariment dels teixits, com la formació del call que reperi una fractura òssia; però també pot ser una ortesi interna, com en el cas d'un clau intramedul·lar o d'una placa metàl·lica, fixada a un os amb cargols metàl·lics, que manté afrontats, alineats i aproximats, els dos caps d'una fractura, per facilitar-ne també la reparació amb la formació del call corresponent. Uns punts de sutura que mantenen les vores de la pell d'una ferida afrontades per facilitar-ne la cicatrització són també exemples d'ortesis.<sup>a</sup>

Entre els conceptes que poden portar a confusió, especialment en cirurgia, hi trobem també el d'abocament o estoma. Convé distingir entre, per exemple un colostoma (un anus artificial) i una colostomia (un procediment per elaborar un colostoma). En general un estoma és un abocament de l'interior cap a l'exterior, que es pot referir a qualsevol cavitat, tub, conducte o estructura del cos susceptible de ser comunicada amb l'exterior. Hi ha molts tipus d'estoma: del tub digestiu (colostoma, ilioestoma...), de l'aparell urinari (cistostoma, ureterostoma...), de l'aparell respiratori (traqueostoma, laringostoma...), etc. L'abocament pot ser per fixació de la pròpia viscera, cavitat o tub a l'exterior per una obertura efectuada com si fos una boca (d'aquí el nom d'estoma) o per una comunicació establerta amb l'ajuda d'un tub, sonda, drenatge, etc.; en aquest sentit, una sonda vesical seria un tipus de cistostomia; un tub cànula traqueal seria un tipus de traqueostomia, i un tub biliar en T de Kerh seria un tipus de coledocostomia. Convindria utilitzar bé els termes per tal de no confondre el procediment (la colostomia, la ilioestomia...) amb l'existència de la nova estructura anatòmica creada, és a dir, l'orifici, estoma o abocament extern.

Alguns conceptes tenen límits difusos, ja sigui per l'aplicació històrica canviant o per poder ser abordats des de diferents perspectives. Això es veu quan s'intenta definir les subespecialitats quirúrgiques: resulta difícil d'establir compartiments estancs. En el terme cirurgia abdominal s'hi pot incloure només la paret i la cavitat abdominal o també la cirurgia digestiva (tub digestiu alt, tub digestiu baix, complex hepatobiliopancreàtic), però no és equivalent al terme cirurgia digestiva perquè, per exemple, l'esòfag no és a la cavitat abdominal però en canvi forma part del tub digestiu alt, com també en formarien part la faringe i la boca. En resum, es tracta de conjunts difusos en els quals hi ha parts compartides per diferents subespecialitats. Així, la cirurgia de les glàndules salivals es pot considerar formant part de la cirurgia digestiva, de la cirurgia de cap i coll, de la cirurgia maxil·lofacial, de la cirurgia plàstica, fins i tot de l'otorinolaringologia o de l'estomatologia. L'assignació a un sol grup, pot resultar, si més no, problemàtica des del punt de vista corporatiu. Són els casos de les intervencions denominades de frontera, que són reivindicades per diversos col·lectius de professionals considerats d'especialitats diferents. Però no solament la cirurgia abdominal i la cirurgia digestiva no coincideixen plenament; la cirurgia general, que ho hauria d'incloure tot, a la pràctica, té també uns límits difusos. Només l'estat de la qüestió en un lloc i un moment determinat poden ajudar a establir definicions, tot i que poden no ser acceptades per tothom i per tant estar en risc d'esdevenir canviants.

Però els temes quirúrgics, avui en dia, no tan sols són aquells relacionats amb la tècnica quirúrgica, també n'hi ha que s'ompliquen en altres camps del coneixement, no tan sols

---

<sup>a</sup> Sala Pedrós J. Conceptes Bàsics en Cirurgia. Terrassa: Fundació Joan Costa Roma. Terrassa, 2000.

mèdic. Per exemple, per avaluar els resultats de la cirurgia o de l'atenció sanitària en general, cada vegada s'utilitzen més termes com el que hem citat abans de qualitat de vida relacionada amb la salutò (en anglès: *Health Related Quality of Life, HRQoL*), que es mesuren en unitats com les denominades Qaly (en anglès: *quality adjusted life years*, és a dir, anys de vida amb qualitat del 100%, o anys de vida ajustats per qualitat de vida plena), una mesura de l'esperança de vida combinada amb una qualitat de vida que es consideri l'adequada.<sup>a</sup> Tots aquests termes que generalment s'han associat a la gestió en els estudis de cost-efectivitat o de cost-utilitat cal també definir-los bé i incorporar-los al diccionari mèdic general, tenint en compte les especificitats que s'adopten en cirurgia, entre altres coses, perquè són les que marquen els criteris de decisió i de qualitat assistencial en sanitat, i de manera molt especial en cirurgia.<sup>b</sup>

Tot això sense oblidar que tant la cirurgia com les ciències de la salut, en general, han evolucionat molt ràpidament en els darrers anys i molts dels termes han quedat obsolets o han canviat de significat, a l'hora que n'han aparegut de nous contínuament; a més a més, són molts els aspectes del llenguatge que poden resultar polèmics i necessitar matisacions o fins i tot canvis radicals. Cal decidir com expressar (o traduir) al llenguatge comú català molts termes emprats en nous sistemes de classificació o de codificació, o simplement noves paraules o nous conceptes sorgits per designar noves realitats a les quals ha conduït l'avenç científicotècnic permanent. La normalització en català o en qualsevol altra llengua no és un procés que es pugui tancar, com no ho és en gairebé cap activitat humana: cal una actualització constant en tots els camps i una adaptació a les noves circumstàncies i situacions que comporta un sistema dinàmic, obert i canviant com és la vida. L'actualització del nou diccionari pretén anar omplint aquests dèficits, progressivament.

Però això només és possible amb la participació de persones expertes en cada tema; cada especialitat, cada subespecialitat, genera un llenguatge propi que cal anar modulant per evitar arribar a un punt d'incomprensió babèlica; d'aquí la importància dels filòlegs, lexicòlegs i terminòlegs que vetllen per mantenir la coherència d'una llengua, però també d'un llenguatge en un context global.

I en aquesta tasca tots hi som cridats. Necessitem la vostra ajuda, la vostra voluntarietat per fer-ho bé. Estem a la vostra disposició, però ens cal la vostra orientació i el vostre control. Aquelles persones que esteu en contacte permanent amb la realitat de cada dia sou les que doneu sentit a les paraules. No importa la llengua, cada comunitat lingüística té les seves estructures que vetllen per la pròpia coherència, i la comunitat catalana també té les seves. Però parlem sobretot de llenguatge, en especial de llenguatge mèdic; en el nostre cas, de llenguatge quirúrgic, és a dir, d'un llenguatge científic i tècnic de transcendència universal en el qual qualsevol aportació (en la llengua que sigui) si és

---

<sup>a</sup> Sala Pedrós J. Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi doctoral. Barcelona, 1990.

<sup>b</sup> 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. Barcelona, octubre de 2013: 121 i 156.

prou rellevant, s'acabarà adaptant a qualsevol altra llengua, i passarà a ser una contribució a la cultura general patrimoni de la humanitat.

Si voleu participar en el projecte comú, benvinguts sereu. Ens trobareu al web <http://www.demcat.cat/>, però també a través de la Societat Catalana de Cirurgia o de qualsevol altra societat científica i de la mateixa Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

## **Epíleg**

Disposar d'un bon diccionari de medicina significa poder consultar qualsevol dubte de definició de llenguatge, des dels noms cultes (grecs o llatins) que conformen la nomenclatura mèdica clàssica i universal, passant pels noms populars que entén la majoria de la població o les contínues aportacions provinents d'altres llengües. Un diccionari viu i en constant renovació ha de permetre fer comprensibles les orientacions per ajudar a decidir l'establiment de noves terminologies, fins i tot més enllà de les simples paraules. En un món modern, en el qual, cada vegada més necessiten de termes complexos que defineixin noves situacions i amb aspectes diversos i canviants, hi estem tots implicats.

Ens atreviríem a dir que el punt volat és el grafisme més genuïnament català, que s'aplica sovint a paraules d'origen llatí que corresponen al llenguatge culte, científic o savi, universal. Podríem dir que és un punt de catalanitat enmig de paraules que expressen una visió científica globalitzada i compartida de progrés. Però fins i tot un petit punt que pot representar una visió lleugerament diferent de la realitat, aquella que pot aportar nova llum a la paraula viva, la que dóna sentit a un diccionari. El punt volat, pot ser la marca que ens ajuda a fer realitat la consigna de Geddes de pensar globalment però actuar localment des de la nostra personalitat però amb la ment oberta.

Si el *logos*, la paraula, el llenguatge en general, ens permeten aportar llum al coneixement i al progrés per aconseguir una vida millor, cal dedicar-li el temps necessari per mantenir-la viva, en qualsevol llengua però també en català.

Ara, vosaltres teniu la paraula.

## **BIBLIOGRAFIA**

<sup>a</sup> Aronson J. Jeffrey Aronson: When I use a Wordé The first medical Word. The BMJ blogs. 28 august, 2015.

<sup>a</sup> Alsina Bofill J, Casassas O, Laporte i Salas J, Ramis Coris J. Vocabulari Mèdic. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Barcelona, 1974.

<sup>a</sup> Anònim. Classificació Internacional de Malalties. 9<sup>a</sup> Revisió. Modificació Clínica. CIM-9-MC. 8<sup>a</sup> Edició. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, 2012.



- <sup>a</sup> Anònim. The International Classification of Diseases 9th revision Clinical Modification.(ICD-9-CM). Second printing. 3 volums. Michigan: Edward Brothers, 1983.
- <sup>a</sup> Anònim. SNOMED. *Systematized Nomenclature of Medicine. Microglossary for Surgical Pathology. Third printing. Illinois: College of American Pathologists, 1984.*
- <sup>a</sup> Anònim. SNOMED. *Systematized Nomenclature of Medicine. Second edition. Illinois: College of American Pathologists, 1984. 2 v.*
- <sup>a</sup> Espriu S. *Inici de càntic en el temple. Les cançons d'Àriadna.* 1965.
- <sup>a</sup> Ramis O, Viñas O, Vázquez L, Julià MA, Bosch F, Porta M, Sala J, Usall i Rodié J. DEMCAT: El Diccionari de medicina i el projecte per a la seva continuïtat. *Annals de Medicina* (en premsa).
- <sup>a</sup> Casassas O, Alsina i Bofill J, Ramis Coris J, Llauradó i Miret E, Francí i Pallegà F. Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Enciclopèdia Catalana. Barcelona, 1990.
- <sup>a</sup> Foz i Sala M, Llauradó i Miret E, Ramis Coris J. Diccionari Enciclopèdic de Medicina. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Enciclopèdia Catalana. Barcelona, 2000.
- <sup>a</sup> Hipòcrates. Aforismes. Traducció Catalana Medieval. Textos i Estudis de Cultura Catalana, 76. Curial Edicions Catalanes. Publicacions de l'Abadia de Montserrat. 2000.
- <sup>a</sup> Cifuentes L. «Las traducciones catalanas y castellanas de la *Chirurgia magna* de Lanfranco de Milán: un ejemplo de intercomunicación cultural y científica a finales de la Edad Media», dins *Tomàs Martínez Romero i Roxana Recio (eds.), Essays on medieval translation in the Iberian Peninsula*, Omaha-Castelló de la Plana, Creighton University-Universitat Jaume I, 2001, pp. 95-127.
- <sup>a</sup> Cifuentes L. *Vernacularization as an intellectual and social bridge: The Catalan translations of Teodoro's Chirurgia and of Arnau de Vilanova's Regimen sanitatis», Early Science and Medicine*, 4 (1999), 127-148.

- <sup>a</sup> Cifuentes L. Notícia d'una traducció catalana de la *Chirurgia* d'Henri de Mondeville. Arxiu de Textos Catalans Antics. 19 (2000). 587-599.
- <sup>a</sup> Cifuentes L. «Una traducció catalana desconeguda de la *Chirurgia parva* de Gui de Caulhiac», Arxiu de Textos Catalans Antics, 19 (2000), 601-509.
- <sup>a</sup> Fabra P. Pròleg. Corachan M, et al. Diccionari de Medicina. Primera Edició. Salvat Editors, S.A. Barcelona, 1932 i 1936.
- <sup>a</sup> Riera, C. Manual de català científic: orientacions lingüístiques. Barcelona: Claret, 1992. ISBN 84-7263-779-4
- <sup>a</sup> Anònim. CIM-9-MC (Classificació Internacional de Malalties, 9<sup>a</sup> revisió. Modificació Clínica). Traducció de Casassas O i Llauredó E. Edició: Almazan C, Bustins M, Ramis-Juan O, Vidal C. 3 volums. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1991.
- <sup>a</sup> Sala Pedrós J. Conceptes Bàsics en Cirurgia. Terrassa: Fundació Joan Costa Roma. Terrassa, 2000.
- <sup>a</sup> Sala Pedrós J. Decisions quirúrgiques en els pacients d'edat avançada. Tesi doctoral. Barcelona, 1990.
- <sup>a</sup> 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 Commemoratiu. Inauguració del Curs 2013-2014. Barcelona, octubre de 2013: 121 i 156.

## ELS NOUS REPTES

Cada curs que comença cal plantejar-se quines direccions prendre, per quin camí seguir avançant i així, al mateix temps fer créixer la nostre Societat, enfortir-la, fer-la més competitiva i reconeguda.

Com a Junta seguim capficats en aconseguir la màxima participació en les activitats que es programen, és cert que en el darrer any la hem vist créixer, tant en les sessions de formació bàsica com les de formació avançada, però no volem donar-nos per satisfets, volem seguir treballar buscant complicitat, assistència i plena participació. Per això des d'aquí demanem als Caps de Servei de Cirurgia dels Hospitals Catalans la seva ajuda en difondre les activitats programades tot potenciant l'assistència a les mateixes.

Si el missatge és cabdal entre els cirurgians joves, tant o més important és fer-lo arribar als cirurgians més joves, els nostres residents, present i futur de la Societat Catalana de Cirurgia; estem convençuts que aquest col·lectiu representa la peça fonamental que ens ha de portar a seguir mantenint-la amb força; aquí també demanem la màxima implicació dels tutors de residents dels nostres Hospitals docents, són una peça clau per potenciar i engrescar els més joves cirurgians en totes les activitats que es programin.

En la darrera Assemblea del mes de juny, en presentar la memòria econòmica, se'ns va requerir a valorar la dedicació d'una dotació econòmica per finançar-ni que sigui en part estudis fets als Hospitals Catalans. Hem començat a treballar aquest tema i volem que aparegui properament una convocatòria a nivell català per finançar estudis multicèntrics realitzats als nostres hospitals. A ningú se li escapa la oportunitat de comptar amb un nombre suficient de pacients, controlats entre diferents hospitals, tot seguint el exemple recent de països propers i semblants al nostre, per fer estudis que poden ser competitius i publicats a revistes d'alt factor d'impacte, realitzats al nostre país. Estarem orgullosos de poder comptar amb aquest tipus d'ajuda a la recerca.

Per altre banda ens agradaria començar a pensar la possibilitat d'instaurar una prova de competència per els residents dels hospitals catalans que acaben el seu període de formació; creiem que un pas així i que ja a casa nostra fan altres societats i que per altre banda està més que instaurat a altres països, pot contribuir a millorar la competitivitat dels nostres residents en el moment de presentar-se a les diferents ofertes de treball. És evident que per tot això sigui una realitat cal pensar-ho bé, dissenyar-ho millor i comptar amb la complicitat dels Caps de Servei, tutors de residents i els propis residents de tots els Hospitals docents de Catalunya, sense el seu recolzament sens dubte no es podrà avançar mai en aquest sentit.

Finalment us volem expressar el nostre desig de seguir treballant per aquesta Societat, seguim molt orgullosos del encàrrec que ens vàreu donar fa ja dos anys. Gràcies a tots.

La Junta