

### JUNTA DIRECTIVA

*Presidente*

**Dr. Hani Mhaidli**

*Vicepresidente*

**Dr. Ferrán Pellisé Urquiza**

*Secretario*

**Dr. Rafael González Díaz**

### COMITÉ CIENTÍFICO

*Presidente*

**Dr. Hani Mhaidli**

*Miembros*

**Dr. Matías Alfonso Olmos**

**Dr. José Manuel Casamitjana**

**Dr. Ángel M. Hidalgo Ovejero**

**Dra. Felisa Sánchez-Mariscal Díaz**

### COMITÉ DE COMUNICACIÓN

*Presidente*

**Dr. Nicomedes Fernández-Baillo**

*Miembros*

**Dr. Enric Cáceres Palou**

**Dr. Jaime Díaz de Atauri Bosch**

**Dr. Rafael González Díaz**

**Dr. Alejandro Gómez Rice**

**Dr. Eduardo Hevia Sierra**

## Editorial

**DR. HANI MHAIDLİ**

■ **Presidente del GEER**

**E**stimados amigos/as

Esta es la segunda edición del boletín, y en este mes, como todos recordarán, hemos cumplido nuestros 6 primeros meses como junta directiva. Primeramente agradecer a todos los miembros del GEER que anónimamente colaboran en todo lo necesario para la realización de nuestras actividades, además de dar su apoyo y cariño a la Junta Directiva.

El 2012 se presenta con nuevos retos, pronto empezará a trabajar el comité de comunicación para optimizar la página web del GEER; tenemos el Spineweek Ámsterdam, donde participa el GEER activamente a través de la SILACO, y estamos en contacto con la Sociedad Francesa de Columna para organizar una reunión conjunta a finales del año 2012.



La junta directiva, el comité científico y especialmente la secretaría técnica estamos trabajando con ilusión y con la inestimable ayuda y colaboración de muchos que habéis confiado en nosotros.

En estas fechas tan señaladas quiero desearles que pasen una feliz Navidad en compañía de familia y amigos y que disfruten de esos días. Asimismo espero que el nuevo año 2012 que pronto empezaremos traiga ante todo salud y prosperidad.

¡Feliz Navidad y Feliz año 2012!  
Hani Mhaidli

## noticias

*Programa Educativo Europeo para Especialistas en Cirugía de Columna*

**Página 2**



## próximos eventos

*Curso José Andrés Fernández de Valderrama: "Complicaciones en cirugía del raquis: prevalencia, prevención y tratamiento"*

**Página 7**

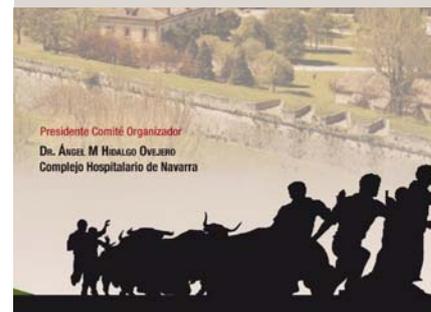
Pamplona,  
31 de mayo de 2012

Coordinador del Curso:  
DR. JUAN BAGÓ GRANELL



*XXVI Congreso GEER Pamplona, junio de 2012*

**Página 7**



Presidente Comité Organizador  
Dr. Ángel M. Hidalgo Ovejero  
Complejo Hospitalario de Navarra

# Programa Educativo Europeo para Especialistas en Cirugía de Columna

**DR. FERRÁN PELLISÉ**  
 ■ Vicepresidente del GEER



A finales de 2008, el Comité Ejecutivo de EuroSpine encomendó a su Comité de Educación mejorar la oferta educativa de la Sociedad, homogeneizar y consensuar la formación básica que debería tener el especialista europeo en Cirugía de Columna. El objetivo último era crear el embrión y base, de la titulación y certificado oficial que diese reconocimiento a los especialistas europeos en cirugía de columna.

En enero de 2009 se decidió que el Comité de Educación crearía el contenido del programa educativo y la EuroSpine Foundation asumiría las cargas organizativas y de logística. Desde un primer momento se decidió involucrar a las sociedades nacionales y a otras sociedades profesionales europeas afines (Cervical Spine Research Society, European Association of Neurosurgeons) para ampliar el consenso a nivel europeo y asegurar la divulgación a nivel nacional. Las primeras reuniones conjuntas se celebraron en Varsovia y en Viena, coincidiendo con el congreso anual de EuroSpine. En 2010 se pilotaron los primeros cursos del nuevo programa educativo y se solicitó a la UEMS (European Union of Medical Specialists) ([www.uems.net](http://www.uems.net)) el reconocimiento oficial de la Cirugía de Columna en Europa como entidad diferenciada.

## “En abril de 2011 el UEMS Council votó favorablemente la creación del ‘Multidisciplinary Joint Committee on Spine Surgery’”

En la actualidad el programa educativo consta de 5 módulos teóricos ([www.eurospine.org](http://www.eurospine.org)) ([www.eurospinefoundation.org](http://www.eurospinefoundation.org)):

1. Módulo básico (conceptos anatómicos, biomecánicos, anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias)
2. Módulo de patología degenerativa
3. Módulo dedicado a la patología traumática, tumoral e infecciones
4. Módulo de deformidad vertebral
5. Módulo de complicaciones

Los profesionales que han cursado los 5 módulos reciben un Diploma de EuroSpine que acredita la asistencia a todo el programa



Celebración en Barcelona de los Cursos del “Diploma de Cirujano de Columna” que organizó la Fundación EUROSPINE, los pasados 22, 23 y 24 de septiembre de este año

teórico y les permitirá acceder al programa práctico o fellowship que está en desarrollo. Con el fin de asegurar la homogeneidad en los contenidos y poder impartir los módulos teóricos a nivel nacional, el Comité de Educación de EuroSpine ha identificado para cada charla, de cada módulo, los mensajes clave que deben presentarse. Se ha establecido un sistema de validación de contenidos que incluye la presencia de un observador nombrado por EuroSpine que evalúa la calidad de los cursos realizados por la sociedades nacionales. En los últimos 12 meses, la colaboración de la sociedades nacionales ha permitido impartir los primeros módulos nacionales en Reino Unido, Francia, Italia y Turquía. En septiembre de 2011, el GEER impartió el primer módulo en castellano del programa educativo europeo en Barcelona.

En abril de 2011 el UEMS Council votó favorablemente la creación del “Multidisciplinary Joint Committee on Spine Surgery” e invitó a todas sus secciones a participar. El 16 de septiembre se creó definitivamente el MDJC on Spine Surgery en el que participaron COT, Neurocirugía y Radiología. Hace 4 semanas, en noviembre, se celebró la primera reunión conjunta entre EuroSpine y la European Association of Neurosurgeons (EANS) para consensuar gran parte del programa educativo definitivo que deberá aprobar la UEMS como base de la futura titulación europea de cirugía de columna. El contenido final del programa será discutido periódicamente con las sociedades nacionales que, como el GEER, han sido invitadas a participar en el “Review Committee”.

## Medalla al Dr. Deglané como presidente honorario de SILACO

La SILACO le ha concedido al Dr. Roberto Deglané la medalla como presidente honorario de la misma. El Dr. Mhaidli, como presidente del GEER y en representación

del Dr. Deglané, recogió la medalla, que le será impuesta al galardonado en nuestro próximo congreso anual, que celebraremos en Pamplona.



# IX Congreso SILACO Buenos Aires 2011

**DRA. FELISA SÁNCHEZ-MARISCAL**



**E**stimados socios:

Los días 13 al 15 del pasado mes de octubre se celebró en la ciudad de Buenos Aires (Argentina) el IX Congreso SILACO, bajo la dirección

de la Sociedad Argentina de Patología de la Columna Vertebral, estando formado el Comité Organizador del Congreso por los doctores Tomás Rüdtt (actual presidente de la Sociedad Argentina), Horacio Sarramea, Carlos Legarreta, Germán Galaretto y Gabriel Rositto.

El Congreso fue precedido de un curso de día y medio de duración celebrado conjuntamente con la Scoliosis Research Society. El curso, dividido en dos bloques, Deformidad Pediátrica y Deformidad del Adulto, resultó de gran nivel. Por parte española, participaron como ponentes en el mismo los doctores D. Francisco Sánchez

**“El Congreso fue precedido de un curso de día y medio de duración celebrado conjuntamente con la Scoliosis Research Society”**

Pérez-Gruoso (Pediatric Deformity: Selective vs. Nonselective Fusion for AIS-Complications y Spondylolisthesis: Reduction vs. In-situ Fusion. Spino-Pelvic Balance) y

D. Carlos Villanueva Leal (Adult Deformity: Sagittal Plane Imbalance and revision Surgeries: SPO/PSO/VCR).

Se contó con un gran éxito de asistencia y participación al Congreso. Más de 500 inscripciones, 85 comunicaciones orales y 136 pósters científicos, 13 países representados y la incorporación de nuevas sociedades (Bolivia, Paraguay y Brasil). Brasil fue especialmente activo ocupando el segundo lugar en comunicaciones presentadas (cerca de 20 comunicaciones orales) después de la anfitriona. La reincorporación de Brasil a la SILACO se presenta pues como una importante fuente de aporte científico para la Sociedad. España y Chile ocuparon el ter-

**“La reincorporación de Brasil a la SILACO se presenta pues como una importante fuente de aporte científico para la Sociedad”**

cer lugar con 16 comunicaciones cada una. Además de los trabajos libres, se habían programado una serie de conferencias de gran interés: El Dr. Ferrán Pellisé (Barcelona, España) aportó su experiencia sobre el tratamiento quirúrgico de las metástasis vertebrales.

En la Asamblea se tomó la resolución de crear una sede fija de SILACO, localizada en Montevideo (Uruguay) que permita facilitar los trámites administrativos-económicos de la Sociedad. Así mismo se eligió al Dr. Enrique Izquierdo Núñez (Getafe, Madrid, España) como futuro presidente de SILACO, de modo que la actual comisión directiva ha quedado integrada por el Dr. Horacio Sarramea como presidente, Dr. Enrique Izquierdo, como vice-



El presidente saliente, Dr. M. Dittmar, el presidente entrante, Dr. H. Sarramea, y el vicepresidente, Dr. E. Izquierdo

presidente; el Dr. Helton Defino de Brasil, como secretario y el Dr. Óscar Carreras del Uruguay, como tesorero.

El próximo Congreso SILACO tendrá lugar en Valencia (España) en junio 2013 coincidiendo con la celebración del Congreso anual del GEER.

Pero antes, del 28 mayo al 1 junio 2012, SILACO será una de las Sociedades que participarán en Spineweek 2012 en Ámsterdam (Holanda). Las comunicaciones presentadas en Silaco-Spineweek podrán ser discutidas en castellano.

Atentamente,  
Felisa Sánchez-Mariscal Díaz

## El GEER en el EuroSpine 2012, celebrado en Milán

**L**a Sociedad GEER ha estado presente en el EuroSpine 2011, que tuvo lugar los días 19, 20 y 21 de octubre en Milán. Ya es el segundo año que la EuroSpine invita al GEER para que esté presente, junto con el resto de las más prestigiosas sociedades internacionales de Columna, en la “Spine Societies Village”. De esta forma el GEER da a conocer sus actividades, fundamentalmente el Congreso anual y Curso Pre-Congreso,

entre los más de 3.000 participantes que asisten a este evento.

Este año hemos promocionado Pamplona como sede del Congreso en 2012, que ha obtenido un éxito notable entre los participantes de habla hispana, al igual que ha suscitado interés por parte de empresas de la industria que hasta la fecha no habían participado en el congreso GEER.

El Dr. Eduardo Hevia durante su visita al stand del GEER



# Reunión del Comité de Educación de la EuroSpine Foundation (ESF)

*Durante la reunión, entre otros asuntos, se repasó la evolución del Plan Estratégico de la EuroSpine Foundation para obtener el Diploma Europeo de Columna Vertebral, y el futuro proyecto de especialistas de columna en Europa.*



**E**l pasado día 20 de octubre, 2011 se celebró en Milán una reunión del Comité de Educación de la EuroSpine Foundation (ESF) y de las sociedades nacionales europeas de columna vertebral reco-

nocidas por, Spine Society of Europe (EuroSpine SSE). Las siguientes sociedades fueron invitadas a participar en la reunión:

- España GEER
- Italia GIS
- Austria
- UK Societies BASS/BSS/SBPR
- Francia SFCR
- Turquía TSS
- Europa Central: Hungría, Eslovenia, Rumania y República Checa

El GEER fue representado por el Dr. Hani Mhaidli. Durante la reunión, entre otros asuntos, se repasó la evolución del Plan Estratégico de la EuroSpine Foundation para obtener el Diploma Europeo de Columna Vertebral, y el futuro proyecto de especialistas de columna en Europa. También se informó que más de 200 especialistas europeos se han apuntado a los cursos de ESF. Durante la reunión se acordó otorgar al GEER la organización del 5º modulo del Diploma Europeo en España y en lengua española.

docencia

## Docencia

### TUTORÍAS

Aprovechamos para recordar a los socios que está publicado en el apartado de "Docencia e investigación" de nuestra web, el listado con las 11 tutorías propuestas para el periodo 2011-2012. En este apartado podrán consultar las tutorías disponibles y descargarse el formulario de solicitud, si están interesados en participar en alguna de ellas.

### NORMATIVA AUSPICIOS GEER

El Comité Científico y la Junta Directiva han acordado la puesta en marcha de una normativa que regule la concesión de auspicios por parte del GEER.

El auspicio del GEER a cursos de formación continuada en patología de columna vertebral pretende ser un reconocimiento y marca de calidad del curso. El objetivo principal del curso deberá ser educar a los asistentes.

### Objetivos principales:

- Promocionar actividades educativas que generen los socios del GEER.
- Fomentar actividad educativa de calidad, sin contenido comercial.

### Criterios necesarios:

1. Al menos uno de los organizadores debe ser miembro del GEER.
2. Las solicitudes deberán presentarse al menos 3 meses antes de la celebración

del evento, y adjuntando como mínimo un programa preliminar, que deberá ser evaluado por el comité científico.

3. No se auspiciarán eventos de contenidos puramente comerciales, ni los financiados por una única casa comercial.
4. El ámbito podría ser tanto nacional como internacional.
5. Deberá acompañar a la solicitud el formulario adjunto.

Por último se ha implementado también una normativa para la concesión de Auspicios a "Proyectos".

Podrá encontrar el formulario de solicitud en el apartado "Docencia e Investigación" de nuestra web.

# Reflexiones sobre la cirugía de columna

**DR. JULIO RODRÍGUEZ DE LA RÚA**



Con motivo de mi reciente jubilación el 30 de setiembre pasado, el GEER me ha solicitado una colaboración en este Boletín y aprovecho para plasmar una “reflexiones” sobre la Cirugía de Columna.

Hace 44 años inicié mi andadura por la Cirugía Ortopédica y Traumatología y desde hace 22 mi dedicación fue, en exclusiva, hacia la patología del raquis. Creo que ello me permite tener una amplia visión de lo que es la COT y de lo que es la “subespecialidad” que nos ocupa.

La experiencia del Hospital Puerta del Mar de Cádiz y de nuestros Servicios de COT y de Neurocirugía, nos permite concluir que la Cirugía de Columna arrastra patología muy compleja y con un coste personal, familiar, social y sanitario muy alto.

En mi evolución como cirujano, he comprobado que la Cirugía Raquídea tiene muchísimo contenido y dificultad. La columna cervical y la dorso lumbar, las vías de abordaje anterior y posterior, la microcirugía, la

## “La dedicación del cirujano que haga columna debe ser absolutamente hacia esa subespecialidad”

MIS, etc... implican que la dedicación del cirujano que haga columna debe ser absolutamente hacia esa subespecialidad.

Desde hace un año en nuestro Hospital, la inquietud que sentíamos el Servicio de Neurocirugía y el de COT, nos decidió a crear una “Unidad Funcional de Cirugía de Columna”, que integra tanto a neurocirujanos como a cirujanos ortopédicos y la experiencia hasta ahora es francamente positiva. Ambas especialidades tenemos parcelas dentro de los conocimientos, las habilidades y las actitudes que se complementan y de esa fusión científico-técnica se están beneficiando los cirujanos y sobre todo los pacientes.

Es de recibo transmitir que algunas de las dificultades existentes hasta ahora para el desarrollo de esta Unidad, son sobre todo de índole relacionada con la gestión y por ello hay que educar a los gestores sanitarios, sobre lo que pensamos va a ser el futuro de las Unidades de Columna.

Otra de mis preocupaciones en estos años, ha sido la necesidad en las Unidades de Columna que se ocupan de los Lesionados Medulares, de un cirujano de guardia localizada, todos los días del año.

A continuación expongo para reforzar esto que he comentado:

1. Un extracto del escrito enviado a los directores sanitarios de nuestro Hospital en setiembre del 2011, referente a la Unidad de Columna.
2. Protocolo de Atención al Lesionado Medular que fue enviado a responsables dentro del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en junio del mismo año.

\*\*\*

### 1. FUTURO (IDEAL) DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE COLUMNA DEL H. U. PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

- a) La Cirugía de Columna, un Área de Capacitación Específica (ACE)
- b) Desarrollo de la “Unidad Funcional de Columna”
  - b.1) Desarrollo y progresión de la propia Unidad, en patologías complejas de columna
  - b.2) Unidad que contribuye a la Formación de Cirujanos de Columna
- c) Conclusión

### a) La Cirugía de Columna, un Área de Capacitación Específica (ACE)

Según informaciones plasmadas en la Revista de la SECOT, hace 10 años, se inició en el Consejo Nacional de Especialidades un estudio para el reconocimiento oficial de las ACE, definiéndolas como “...el conjunto de competencias de alta especialización, ampliadas en profundidad y extensión sobre las adquiridas en el período de formación como especialista y desarrolladas sobre una parte del contenido de una o más especialidades.

Se trata del reconocimiento de una faceta de la práctica asistencial ya establecida en el sistema sanitario, con suficiente entidad y con suficiente complejidad científico-técnica, como para requerir a verdaderos “expertos” en la materia. En COT, se inclui-

rían como ACE, la Cirugía de Columna, la Ortopedia Infantil y la Cirugía de la Mano.

El apoyo normativo de la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) ha permitido que diversos grupos de trabajo del Ministerio de Sanidad y Política Social así como del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, elaboraran un borrador. Este informe ha sido finalizado y remitido a las instancias pertinentes, para la publicación del correspondiente Real Decreto...”.

El futuro, estoy seguro, contemplará a la Cirugía de Columna como una especialidad bien individualizada y con una formación y dedicación muy específicas. Así lo creo y lo deseo, por el bien de los pacientes.

### b) Desarrollo de la “Unidad Funcional de Columna” del Hospital Puerta del Mar. Cádiz

- b.1) Desarrollo y progresión de la propia Unidad, en patologías complejas de columna.
- b.2) Unidad que contribuye a la Formación de Cirujanos de Columna.

## “El futuro, estoy seguro, contemplará a la Cirugía de Columna como una especialidad bien individualizada y con una formación y dedicación muy específicas”

- b.1) Desarrollo y progresión de la Unidad, en patologías complejas de columna

La Unidad de Cirugía de Columna de nuestro Hospital está formada por traumatólogos y neurocirujanos, siendo en ello pioneros en España. También hace cirugía integral de la columna, haciendo tratamiento tanto de columna cervical, como dorso lumbar. Asimismo se trata todo tipo de patología (degenerativa, infecciosa, tumoral, deformidades, traumática, congénita... haciendo patología de adulto e infantil).

La experiencia que estamos viviendo en nuestro Hospital, que es referencia provincial de patología de columna (1.200.000 habitantes), nos muestra que existe una gran demanda y que el número de cirujanos está al límite. De nada sirve tener gran preparación científico-técnica y gran interés en hacer las cosas bien, si se está sobrecargado. Cuando esto sucede, el nivel cae de forma implacable y la calidad se resiente. No hay tiempo para discusión de casos, para pre-

paración preoperatoria del paciente y del material necesario, para visitas postquirúrgicas en hospitalización de forma sosegada y rigurosa. Las listas de espera se disparan y no se hace el tratamiento adecuado de los procesos, en tiempo y forma, ni en los procesos urgentes, ni en las consultas, ni en la cirugía programada.

**“A finales de setiembre se jubila un miembro de la misma y se debería contratar a tiempo pleno, a otro cirujano de columna en su lugar”**

Para hablar de desarrollo y progresión de la Unidad, no está de más recordar que a finales de setiembre se jubila un miembro de la misma y se debería contratar a tiempo pleno, a otro cirujano de columna en su lugar. Existe actualmente un/a cirujano/a cualificado/a que estaría dispuesto/a a incorporarse a esta Unidad, dado el prestigio de la misma. Ello permitiría trabajar más cómodos y dar la posibilidad de poder ampliar la formación de los miembros de la Unidad, acudiendo en estancias cortas a otros Hospitales.

Por otra parte la calidad de esta Unidad, NO indica que nos debamos conformar con el nivel alcanzado. Todo lo contrario, pienso nos obliga a avanzar en diferentes patologías especialmente complejas, para en lo posible, ser referencia a nivel de la Comunidad y a nivel nacional. Enumero esas patologías:

- Cirugía Mínimamente Invasiva
- VEPTR en Escoliosis graves Infantiles
- Prótesis Discal
- Tumores primitivos malignos vertebrales
- Investigación básica

**b.2) Unidad que contribuye a la Formación de Cirujanos de Columna**

Esta Unidad de Columna, deberá contribuir a la formación de los MIR de COT y de Neurocirugía de nuestro Hospital y también deberá ofrecerse (a nivel nacional) para la formación de los Cirujanos de Columna. Los MIR rotarán 8 meses y el “Fellowship” para los futuros especialistas en columna, durará como mínimo 1 año. Estos Fellowship serán especialistas en COT o Neurocirugía, que quieran dedicarse en exclusividad a la cirugía de columna. Esta participación de los MIR y Fellowship en la Unidad de Columna, será fundamental para su Formación, pero hay que decirlo, ayudará asimismo enormemente en la Labor Asistencial.

Los Fellowship tendrían una Evaluación a los 6 meses para conocer su aprovechamiento y una Evaluación definitiva al final. La financiación de éste especialista, corre-

ría a cargo del Hospital que lo envía para su formación.

**c) Conclusión**

La vocación de la futura Unidad de Columna de este Hospital, es asistencial, docente y de investigación.

- A nivel asistencial existe una enorme demanda. Hay que asumirla, pero con “calidad”. Para ello hacen falta recursos humanos y materiales.
- A nivel docente, la Unidad participaría en la formación de Pregrado, en la de los MIR de COT y Neurocirugía y en la del Fellowship.
- A nivel de investigación, esta Unidad trabajando con “calidad” y con calma, tendría una base de datos de todos los pacientes y haría investigación clínica y además investigación básica.

La propuesta que se presenta en este escrito, es ambiciosa. Hace falta una visión del futuro que se acerca para adelantarse, hace falta entrega y generosidad en el esfuerzo de los miembros de la Unidad y hace falta que los directores y gestores de la Sanidad faciliten su aplicación. El objetivo final, es lograr que la Unidad de Columna siga avanzando.

Cádiz setiembre 2011

**2. PROTOCOLO QUE PROPONE LA UNIDAD DE CIRUGÍA DE COLUMNA, DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “PUERTA DEL MAR” CÁDIZ, PARA INDICAR EL MOMENTO DE LA CIRUGÍA EN LESIONADOS MEDULARES TRAUMÁTICOS AGUDOS**

Indicar que nuestro criterio, como en muchas otras patologías, está en evolución. La evidencia científica en esta patología es de nivel moderado o bajo, debido a la dificultad de diseñar trabajos bien estructurados (cuestiones éticas), pero si añadimos a los trabajos bibliográficos la opinión de expertos, sí que podemos obtener “fuerte recomendación” para ir definiendo nuestro criterio actual. Y proponemos este:

- a) Se debe hacer Cirugía en <24 horas, en todos los lesionados medulares.
- b) Se debe hacer Cirugía en < 12 horas en Tetraplégicos Incompletos (o al menos una descompresión con tracción, comprobada por RNM).
- c) Una excepción es el Síndrome Centromedular de Schneider en el contexto de una espondilosis y sin inestabilidad (habitualmente por un mecanismo de hiperextensión). En estos, si se trata de un ASIA C, se debe operar entre 1-7 días. Si es un tipo ASIA D, se debe observar la

evolución a medio plazo y decidir la conveniencia de la cirugía, como si de una Mielopatía Cervicartrosica se tratara.

El Síndrome Centromedular, en el contexto de una Hernia Discal Traumática o de una lesión con inestabilidad, debe ser operada en < 12 o <24 horas, según sea Tetraplegía Incompleta o Completa.

- d) En paciente politraumatizado, la cirugía de la columna, se debe hacer en <72 horas y si es posible en <24 horas. En estos pacientes, por supuesto hay que individualizar mucho, valorando el grado de lesión neurológica, el resto de lesiones traumáticas que presenta y las comorbilidades.

**“La Cirugía de Columna debe ser un Área de Capacitación Específica, con cirujanos dedicados en exclusividad a esa patología”**

Para poder aplicar este protocolo son indispensables 3 condicionantes:

1. Cirujanos de cirugía de columna de guardia (de presencia o localizada), todos los días del año en los 4 hospitales de Andalucía que nos ocupamos de estos pacientes.
2. Elaboración si procediera de un Protocolo de Técnica de Anestesia en Tetraplégico, para inhibir al mínimo los Centros Respiratorios y poder extubar en el postoperatorio inmediato al paciente. El Servicio de Anestesia de nuestro Hospital, está trabajando en este sentido.
3. Compromiso de intensificación al máximo de la fisioterapia respiratoria en la UCI las 24 horas del día, ya que las complicaciones respiratorias son la causa, con mucho más frecuente, de la mortalidad de estos pacientes.

Si se acepta e institucionaliza este u otro protocolo, debería hacerse un Trabajo Multicéntrico (de los 4 hospitales), para valoración de los resultados.

Cádiz junio 2011

\*\*\*

En resumen, pienso que la Cirugía de Columna debe ser un Área de Capacitación Específica, con cirujanos dedicados en exclusividad a esa patología y también creo que en los hospitales de referencia, debería haber un cirujano de columna de guardia todos los días del año.

Quiero terminar, agradeciendo a todos mis compañeros cirujanos de columna sus enseñanzas en esta difícil “subespecialidad” y a la Directiva del GEER, el permitirme exponer estas reflexiones.

Julio Rodríguez de la Rúa

## Curso José Andrés Fernández de Valderrama “Complicaciones en cirugía del raquis: prevalencia, prevención y tratamiento”

Pamplona, 31 de mayo de 2012

**DR. JUAN BAGÓ**

■ Coordinador del Curso



**E**l tema elegido para el próximo curso de actualización pre-congreso es el de “Complicaciones en cirugía del raquis”. En lugar de hacer una revisión exhaustiva

de todas las posibles complicaciones, se decidió plantear un curso en que se repasaran en profundidad algunas de las complicaciones más frecuentes o en todo caso que despiertan mayor debate. Se incluyeron dos bloques iniciales sobre complicaciones neurológicas e infecciosas. En ambos casos, el esquema es similar: ¿cuál es la prevalencia reportada de la complicación?, ¿qué factores se relacionan con su aparición? y ¿cómo se maneja?

Otras dos sesiones pretenden analizar problemas relacionados con la instrumen-

tación vertebral: ¿qué técnicas se pueden utilizar para colocar tornillos pediculares en situaciones difíciles?, ¿cómo rescatar tornillos pediculares que han perdido su anclaje?, ¿qué alternativas existen para fijar el segmento lumbosacro?, ¿existe la enfermedad del disco adyacente y se puede prevenir? y ¿qué gravedad reviste la cifosis transicional y cómo se trata?

Finalmente, se incluyeron dos conferencias sin relación directa sobre el resto de temas pero que, a mi modo de ver, son de sumo interés general: las complicaciones relacionadas con el abordaje anterior del raquis cervical y el manejo de los pacientes que reciben tratamiento anticoagulante. En cada sesión, se pretende disponer de un tiempo adecuado para la discusión basada en casos clínicos.

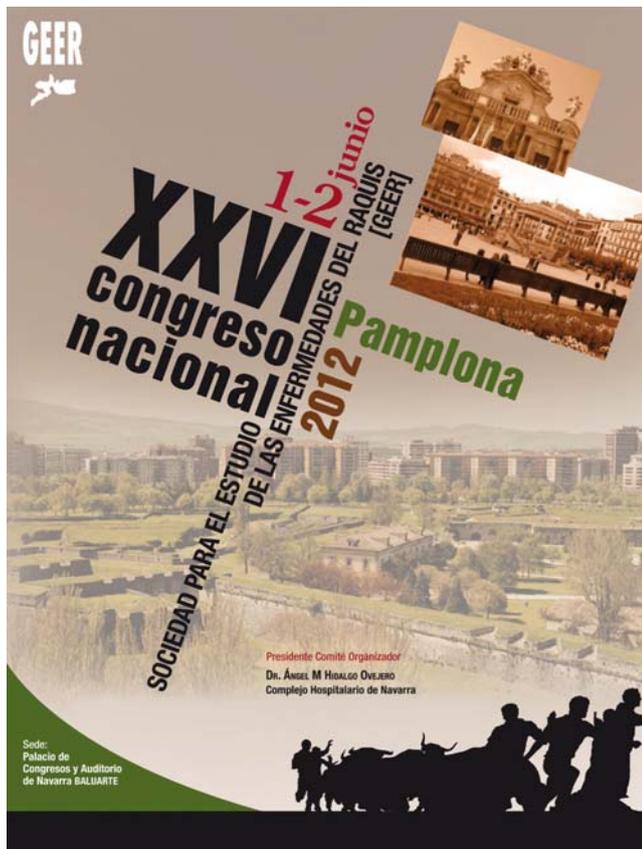
Como es habitual en los cursos de actualización del GEER, se ha intentado incluir ponentes miembros de la Sociedad que hayan trabajado en el área de interés contando además con médicos de otras especialidades con el objetivo de ofrecer una visión multidisciplinaria de los temas a debate. Como



he señalado, este curso no pretende cubrir todas las posibles complicaciones que se han descrito en la cirugía del raquis, de manera que no se cierra el tema y pudiera en un curso futuro revisarse las no incluidas en el presente curso.

Deseo aquí agradecer al Comité Científico la confianza que me ha otorgado para coordinar este curso que pienso puede ser de notable interés para todos los estudiosos en la cirugía del raquis.

Os esperamos en Pamplona!!!  
Juan Bagó



## XXVI Congreso Nacional GEER

Pamplona, 1 y 2 de junio de 2012

### CALENDARIO

Les recordamos que el plazo para el envío de comunicaciones al congreso, estará abierto hasta el próximo 15 de febrero de 2012.

Para enviar sus trabajos deben hacerlo a través de la página web de la Sociedad:  
[www.geeraquis.org](http://www.geeraquis.org)

Asimismo, podrán beneficiarse de la cuota más económica de inscripción al congreso hasta el 15 de abril de 2012, pudiendo realizar su inscripción on line.

Para más información pueden contactar con la Secretaría Técnica:

Viajes Villarreal  
Tel: +34 952 44 55 86  
Fax: +34 952 56 46 32  
E-mail: [congresos@viajesvillarreal.com](mailto:congresos@viajesvillarreal.com)