



pàg. 21

EVOLUCIÓ DE LA CIRURGIA A LLEIDA , Crònica del Dr. Joan Viñas

pàg. 4

**XIV CONGRÉS RESCOM DELS
COL·LEGIS DE METGES** de l'Estat
a Lleida

pàg. 6

LLIURAMENT DE LES ORLES als
graduats de la Facultat de Medicina
apadrinats pel Dr. Jesús Pérez Mur

pàg. 9

IX JORNADA JORDI Cebrià de
Comunicació Assistencial

Welcome to the Yacht Cruise Experience

QUÈ ÉS UN CREUER BOUTIQUE?

UN CREUER BOUTIQUE ÉS PODER NAVEGAR A BORD D'UN DELS NOSTRES IOTS O VELERS A MOTOR, ATURAR-SE A UNA PLATJA VERGE PER A REFRESCAR-SE O AMARRAR AL COR DEL DESTÍ I GAUDIR D'UN SERVEI ÍNTIM I PERSONALITZAT...



PROPOSEM CREUERS A BORD DE IOTS I VELERS A:

Mar Adriàtic | Cap Verd | Costa Rica i Panamà | Cuba | Egipte, Israel i Jordània | Espanya i Portugal | Indonèsia (Bali i Borneo) | Illes Gregues | Islàndia | Senegal i Gàmbia | Seychelles

Creuers a partir de

950€

Web: www.varietycruisesspain.com ■ Email: varietycruises@discoverspain.net
Telèfon: 93 217 15 74 ■ Adreça: Via Augusta, 42-44 1r - 4ª 08006 - Barcelona

 VARIETY CRUISES



GRAVACIÓ DE CONSULTES MÈDIQUES

La professió mèdica és una de les que més s'ha adaptat al progrés sense cap tipus de problema, si ens referim a tipus de tècniques i innovacions. No obstant això, la relació metge-pacient ha de continuar basant-se en la confiança i el respecte entre el professional i la persona malalta.

Els nous temps i les noves tecnologies han modificat alguns aspectes d'aquesta relació. Hi ha pacients que es pensen que acudeixen a la consulta de un tècnic, en lloc de la d'un metge. Aporten feixos d'informació, la major part de les vegades obtinguts de fonts que no es basen en coneixements mèdics ni en evidència científica.

Algunes d'aquestes persones pressionen els metges per fer-nos prendre una decisió determinada, ja que creuen que és la millor per a ells. Darrerament, hi ha pacients que demanen gravar la consulta mèdica o poden fer-ho sense el consentiment previ del facultatiu.

Amb aquesta pràctica, es poden perdre els pilars bàsics de l'acte mèdic, com són la confiança, el respecte mutu i la confidencialitat. Segurament, ens desagraden i ens cohibeixen aquest tipus d'actuacions, però sembla que són legals, tot i que les puguem considerar poc ètiques.

Les institucions i els centres sanitaris haurien de crear protocols que ajudessin a resoldre aquestes situacions sense conflictivitat i a defensar els metges en la seva feina i en la llibertat de fer una consulta sense pressions ni coaccions.



ÍNDEX

- ❑ XIV Congrés RESCOM dels col·legis de metges de l'Estat a Lleida PÀG. 4
- ❑ Lliurament de les orles als graduats de la Facultat de Medicina apadrinats pel Dr. Jesús Pérez Mur PÀG. 6
- ❑ Benvinguda del COMML als nous residents incorporats a centres sanitaris lleidatans PÀG. 7
- ❑ Juan M. Izaga, de Barcelona, guanya el premi de poesia dels Concursos Artístics per a Metges PÀG. 8
- ❑ IX Jornada Jordi Cebrià de Comunicació Assistencial PÀG. 9
- ❑ La Dra. Montse Esquerda, presidenta de la nova Comissió de Deontologia del CCMC PÀG. 10
- ❑ Entrevista del president del COMML amb l'alcalde de Lleida PÀG. 11
- ❑ Acords de la Junta de Govern del COMML PÀG. 12
- ❑ Per què els professionals sanitaris no es vacunen de la grip? PÀG. 13
- ❑ Evolució de la cirurgia a Lleida, Crònica del Dr. Joan Viñas PÀG. 21
- ❑ El tractament i la prevenció de les picades d'insectes PÀG. 26
- ❑ La moda "eco" y "bio" en la alimentació humana PÀG. 28

Edició
COL·LEGI OFICIAL DE METGES
DE LLEIDA.
Rambla d'Aragó, 14,
altell 25002 Lleida

Tel.: 973 27 08 11
Fax: 973 27 11 41.

www.comll.cat

butlletimedic@comll.cat

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Noret Ballarín Cunillera
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu
Josep M Casanova Seuma
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Joan Flores González
Josep M. Greoles Solé
María Irigoyen Ontiñano
Íñigo Lorente Doria

Javier Medrano Juárez
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Rosa M. Pérez Pérez
Josep Pifarré Paredero
Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep M. Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Javier Trujillano Cabello
Joan Viñas Sala
Oriol Yuguero Torres

Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Producció editorial:
Editorial MIC



Edicions MIC
Tel. 93 799 07 07
www.revistesamida.cat

DIPÒSIT LEGAL: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

EL COMLL organitza el XIV Congrés RESCOM dels col·legis de metges de l'Estat a Lleida

Tindrà lloc els dies 19 i 20 de setembre d'enguany al Parador Nacional El Roser

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida organitza el XIV Congrés de Responsables de Comunicació (RESCOM) de l'Estat, que se celebrarà els dies 19 i 20 de setembre al Parador Nacional El Roser de Lleida.



EL PROGRAMA PREVIST ÉS EL SEGÜENT:

DIA 19, DIJOUS:

▣ de les 13.45 a les 14.30 hores:

Inauguració

A càrrec de Alcalde de Lleida, Miquel Pueyo; Ramon Mur, president del COMLL; Dr. Serafín Romero, president de l'OMC; Divina Drudis, gerent de la Regió Sanitària Lleida; Francisco García Pascual, vicerector de Política Institucional i Planificació Estratègica de la Universitat de Lleida, i Montse Pifarré, tinent d'alcalde de Lleida.

▣ de les 17.00 a les 18.00 hores:

Conferència inaugural*

Intervenció de Manuel Campo Vidal, periodista, president de la Societat Civil per al Debat i de l'Institut de Comunicació Empresarial, sobre *El valor de la Comunicació*.

Modera: Teresa Alfageme, directora de Comunicació del CGCOM

▣ de les 18.00 a 19.30 hores

El futur dels Congressos RESCOM

Debat coordinat pels responsables del *Document Rescom*: Rebeca García, Jaime Armario, Juanjo Sánchez, José Luis Valdezate i Juan José Ruiz.

▣ de les 19.30 a 20.30 hores

El Congrés,
organitzat pel
COMLL i l'OMC,
està patrocinat
per Mutual Mèdica.
Hi col·laboren
l'Ajuntament de
Lleida i Medicorasse



WhatsApp, una nova eina

Jaime Armario, responsable de Comunicació del Col·legi de Metges de Las Palmas, parlarà sobre *WhatsApp, eina de comunicació amb els col·legiats*.

DIA 20, DIVENDRES

▣ de les 9.00 a les 11.00 hores

El concepte marca colegial*

Julián Villanueva, professor de l'IESE Business School, desenvoluparà el tema *Con interactuar millor amb la societat, postular-se com a autoritat sanitària i promocionar els propis serveis per fidelitzar la col·legiació.**

▣ de les 11.30 a les 13.00 hores

Les xarxes socials

Ana Isabel Cordobés, periodista especialitzada en dades i visualització, impartirà el taller sobre *Noves actualitzacions en xarxes socials, infografies i vídeos. Com utilitzar-les en el dia a dia?*

▣ 13.30 hores

Cloenda del Congrés*

A càrrec del president de l'OMC, Dr. Serafín Romero, i del president del COMLL, Ramón Mur

▣ 16.00 hores: visita guiada a la Seu Vella de Lleida*

FORMACIÓ PARAL·LELA PER A MEMBRES DE JUNTES DE GOVERN

DIA 19, DIJOUS:

▣ de les 18.00 a les 20.00 hores

Divulgació mèdica en xarxes socials

Ponents:

Dr. Jacinto Bátiz, metge pal·liativista i membre de la Comissió Central de Deontologia del Consell General de Col·legis Oficials de Metges: *Informar sobre qüestions deontològiques i generar opinió a la ciutadania*

Dr. Raúl Calvo Rico, secretari general del Col·legi Oficial de Metges de Toledo: *RRSS: un gran poder amb un gegantí costat obscur*

Presentació del llibre *Hacia un mundo feliz: la evolución de la medicina y la sociedad. Otra forma de comunicarnos con la sociedad*. Dr. Hilario Blasco-Fontecilla, psiquiatre de l'Hospital Universitari Puerta del Hierro i membre del CIBERSAM.

Modera: Dra. Marta León, secretària general de Las Palmas

DIA 20, DIVENDRES:

▣ De les 11.30 a les 13.00 hores:

Com fer front a les notícies falses

Ponents:

Dra. Raquel Blasco Redondo, vicepresidenta segona del Col·legi Oficial de Metges de Valladolid: *Paga la pena ser divulgadors de salut a les xarxes socials i altres mitjans digitals?*

Dr. Gustavo Tolchinsky, secretari general del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona: *Divulgació i publicitat mèdica: no val tot*

Carlos Mateos, director de COM SALUD, vicepresident AIES i coordinador de #SaludsinBulos, Hackathon Salud, Hackathon Junior i congrés eSalud: *Notícies enganyoses de salut. Què podem fer?*

Moderan: Dra. Margarita Puigdevall, vicepresidenta del COMLL, i Dr. Rafael Olalde, secretari general del CMB.

[*]

Activitats compartides per tots els assistents (responsables de Comunicació i membres de juntes de govern dels col·legis)

Lliurament de les orles als graduats d'enguany de la Facultat de Medicina de Lleida

Apadrinat pel Dr. Jesús Pérez Mur



Un total de 126 graduats de la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida (UdL) van rebre el 24 de maig les orles en un acte celebrat a la Seu Vella de Lleida. El Dr. Jesús Pérez Mur, professor de la UdL i metge del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, va apadrinar aquesta promoció.

L'apadrinament de la graduació va ser el darrer acte oficial protagonitzat pel Dr. Pérez Mur. Aquest tutor i padrí professional i vocacional va voler donar els últims consells als nous llicenciats, malgrat la greu malaltia que patia i que poc després va acabar amb la seva vida.

En la seva intervenció, el Dr. Jesús Pérez va manifestar-se feliç per retrobar els seus alumnes. "Haver pogut cooperar en la vostra formació com a persones i com a metges ha estat per a mi molt gratificant", els va dir. També

va dedicar unes paraules als pares i les mares dels llicenciats, ja que "els sacrificis que han tingut que fer per donar-vos una carrera han sigut rellevants". "Heu fet un bon treball en la seva educació", va afegir en referència als progenitors dels graduats.

Després d'aconsellar els llicenciats que afrontessin les proves del MIR amb generositat i perseverància en l'estudi, el padrí els va parlar de l'inici de l'exercici professional. "Quan us incorporeu als vostres destins, on us formareu com a metges especialistes, passats els primers dies d'aclimatació, iniciareu el contacte directe amb els malalts, que sempre imposa i sobretot al principi. Me atreveixo a donar-vos uns petits consells perquè aquesta relació sigui per sempre plàcida i es produeixi sense contratemps rellevants. El secret està en tres

paraules: esforç, entusiasme i dedicació. Esforç en el treball, entusiasme en la formació i amb els malalts, dedicació".

El Dr. Pérez Mur, que es va identificar com a malalt, va afirmar en el seu discurs que els pacients "són la part més important de la nostra professió, el nostre delicat i preuat tresor. Per i per a ells existeix el metge. El nostre principal deure, repeteixo, la nostra ineludible obligació és la seva correcta atenció per damunt de qualsevol altre interès. En l'atenció als malalts, també haureu de ser exemplars des del primer dia de la vostra formació fins al final del vostre exercici professional. Sempre."

El president del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), Ramon Mur, va lliurar en nom del COMLL un exemplar del codi deontològic de la professió mèdica a cadascun dels nous graduats.

BENVINGUDA del COMLL als nous residents incorporats a centres sanitaris lleidatans

“Els metges som els garants del dret a la dignitat del pacient”, els recorda la Dra. Rosa M. Pérez Pérez

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) va donar l'11 de juny la benvinguda als residents *R1* que van iniciar la formació en centres sanitaris lleidatans. Van assistir a l'acte 42 dels 46 nous residents d'enguany.

La vicepresidenta del COMLL, Dra. Margarita Puigdevall, els va recordar que l'entitat professional vetlla per la bona praxis mèdica, per la salvaguarda dels drets i deures de la professió i per intervenir en la formació continuada dels professionals. La Dra. Puigdevall va dir també als nous MIR que els havia arribat el moment de “passar dels llibres als pacients i començar a prendre decisions”. En aquest sentit, els va encoratjar a treballar en equip i mantenir sempre una dinàmica de grup.

La Dra. Rosa M. Pérez Pérez, que va ser la primera dona presidenta d'un col·legi de metges de Catalunya i directora de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya, va desenvolupar el tema *Medicina legal i deontologia mèdica*. La Dra. Pérez va aconsellar els residents que fossin uns metges humans, propers i respectuosos amb la dignitat del pacient. “Els metges som els garants del dret a la dignitat del pacient, que és un dels drets intrínsecs de la persona”, va afirmar.

Així mateix, la Dra. Pérez va dir que “el bé prioritari sempre és el pacient, mai no ho som els metges”. Va afegir que trencar la relació de confiança amb el pacient significa trencar la professió i el sistema sanitari. La seva intervenció es va referir diverses vegades a la deontologia mèdica com a una part important de la Medicina Legal.

La Dra. Pérez també es va referir al lligam amb els altres metges. “Qualsevol altre metge és el seu company i mereix respecte”, va recalcar. Els va advertir, a més, que “el metge no s'ha d'aprofitar del coneixement científic d'un altre metge”.

La secretària de la Junta de Govern del COMLL, Dra. María Irigoyen, va informar els assistents a l'acte sobre els estatuts i els òrgans de govern i assessors del COMLL. Irigoyen va fer una menció especial de la Fundació per a la Protecció Social de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC), que inclou també fundacions per a la formació, la cooperació internacional i el Programa d'Atenció al Metge Malalt (PAIM).

El Dr. Íñigo Lorente, vocal de la Junta de Govern del COMLL, va exposar les activitats principals de les vocalies de tutors, cooperació internacional i Atenció Primària del col·legi lleidatà. Entre altres temes, va posar en coneixement dels MIR les beques de promoció de la docència per als residents i el Premi a la Solidaritat, que atorga anualment el COMLL.

Joan Àngel Baldó, de la Secció de Metges Residents del COMLL, va resumir les activitats formatives que organitza aquesta secció i la seva voluntat de “donar veu als residents”. Finalment, la secretària del Col·legi de Metges de Lleida, M. Àngels Sánchez, va repassar els serveis que ofereixen les àrees col·legials als professionals des de les tramitacions de certificacions fins a les assegurances i les assessories jurídica i financera.



BEQUES DE PROMOCIÓ DE LA DOCÈNCIA PER ALS MIR

El Col·legi de Metges de Lleida va convocar la tercera edició del Concurs de Promoció de la Docència per a metges i metgesses residents. Els guanyadors de les beques d'aquesta edició van ser:

- ▣ **Elena García Canal**, resident de primer any de Dermatologia, amb una beca per import de 500 €
- ▣ **Giovanni Tortelero**, resident de segons any de Psiquiatria, amb una beca de 1.000 €
- ▣ **Marc Agraz**, resident de tercer any de Psiquiatria, amb una beca de 1.000 €
- ▣ **Camila Paz Cortés**, resident de quart any de Dermatologia, amb una beca de 1.500 €
- ▣ **Núria Ramon**, resident de cinquè any de Medicina Intensiva, amb una beca de 1.500 €

ACTIVITATS DELS METGES JUBILATS

Juan M. Izaga, de Barcelona, guanya el premi de poesia dels Concursos Artístics per a Metges



La Secció de Metges Jubilats del COMLL va organitzar la primavera passada una excursió al Matarranya, una comarca de Terol que forma part de La Franja de Ponent.

Els premis de la XIX edició dels Concursos Artístics per a Metges 2019, que convoca el Consell General de Col·legis de Metges de Catalunya, es van lliurar el 21 de maig a Tarragona. El Dr. Juan M. Izaga Espinosa, col·legiat a Barcelona, va guanyar el Premi Tritó de poesia amb el poema *Quiero*. La Secció de Metges Jubilats del Col·legi de Metges de Lleida (COMB) es va encarregar de coordinar aquesta disciplina. En representació del COMLL, van participar en l'esdeveniment el Dr. Carlos Querol, vicesecretari de la Junta de Govern; el Dr. Albert Lorda, president de la Secció de Metges Jubilats, i altres membres d'aquesta secció col·legial. Cadascun dels col·legis catalans va organitzar una de les categories d'aquests guardons, que inclouen el cinema, el dibuix i la pintura, la fotografia i la narrativa o la poesia.

Conveni amb el CAC del COMLL i la resta de col·legis catalans per protegir la salut dels ciutadans

El Col·legi de Metges de Lleida (COMLL), la resta de col·legis catalans i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) van signar a finals de maig un conveni amb el Consell de l'Audiovisual de Catalunya (CAC) per vetllar per la salut de la ciutadania i, en particular, per combatre les *fake news* relacionades amb la salut.

La signatura va tenir lloc a la seu del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, i va comptar amb la presència dels presidents de les institucions representades, entre les quals hi havia el president del COMLL, Ramon Mur, i Roger Loppacher, presidents del CAC. L'objecte del conveni és establir un marc estable de col·laboració entre el CAC i els quatre col·legis de metges i el CCMC per tal de vetllar per un tractament informatiu i publicitari correcte dels productes sanitaris i dels serveis

que ofereixen els professionals de la salut, així com per combatre la desinformació en línia d'aspectes relacionats amb la salut.

D'acord amb el conveni, els signants promouran estudis sobre els efectes de la publicitat de jocs d'atzar i d'apostes en línia. A més, elaboraran materials educatius per prevenir les addiccions als jocs i les apostes i als videojocs i els trastorns alimentaris, com l'anorèxia i la bulímia nervioses.

Mitjançant aquesta col·laboració institucional, s'elaboraran materials educatius i de prevenció adreçats als infants i adolescents, a les famílies i als professionals de l'educació. Es fomentarà també l'intercanvi de recursos i d'informació i es promouran accions conjuntes, com ara sessions informatives i campanyes.

IX Jornada Jordi Cebrià de Comunicació Assistencial

DR. JOSEP MARIA SAGRERA MIS | Metge de família jubilat



D'esquerra a dreta, Fabiani, Sagrera, Montull, Torres, Ibañez, Morell i Serna.

La IX Jornada Jordi Cebrià, organitzada per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), va tenir lloc el 31 de maig a la Facultat de Medicina de la UdL. La Jornada va tenir 52 inscrits, metges, infermeres i treballadors de la sanitat, entre d'altres. Va començar amb la sessió inaugural a càrrec del conegut economista lleidatà Ramon Morell Rosell, que va parlar de *La sanitat vista per un usuari economista*. Morell, en una entretinguda conferència, ens va deixar perles com "retallar la despesa sanitària en els moments de crisi econòmiques, no segueix cap principi lògic de l'economia a més de ser una aberració social".

DESPRÉS D'UN DESCANS PER RECUPERAR FORCES, ES VAN FER ELS 3 TALLERS PROGRAMATS:

- 1- **Control de les emocions a la consulta del metge de família**, per Pilar Ibañez, formadora i experta en intel·ligència emocional.
- 2- **Gestió de l'estrès per a metges a través de l'expressió corporal i el ball**, per la Dra. Maria Àngels Ramírez, resident de família al CAP de Mollerussa.
- 3- **Comunicant-nos amb pacients de cultures llunyanes**, a càrrec de la Dra. Beatriu Bilbeny, metgessa de família del CAP Raval Sud, tutora de residents i membre del Grup de Comunicació de la CAMFiC.



I per acabar el plat fort, la conferència de cloenda de Fernando Fabiani: *Cambia el mundo con tus presentaciones*. Fabiani és metge teatrista, com diuen les seves filles. Treballa a Sevilla i compagina la seva activitat com a metge de família amb el teatre. És un expert en comunicació, que ens va fer una conferència divertidíssima sobre com arribar a l'excel·lència en les presentacions i com eliminar les presentacions formals, acadèmiques i tant i tant avorrides.

Aquesta Jornada se celebra anualment en memòria del Dr. Jordi Cebrià i Andreu, que va morir de càncer fa 8 anys i mig a l'edat de 52 anys. En Jordi era metge de família, especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública, professor del Departament de Psicobiologia i Psicologia de la Facultat Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, fundador el 1997 del Grup de Recerca Comunicació i Salut (COMSAL) i membre del grup de Comunicació i Salut de la CAMFiC i la semFYC, entre altres responsabilitats. Amb la seva activitat docent, ens va donar eines als cuidadors de la salut per cuidar-nos, evitar el *burn out* i aprendre a millorar la comunicació assistencial

Paper principal dels pares i residual dels metges en la justificació d'absències escolars

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) va emetre el mes de juny una nota oficial sobre la responsabilitat de justificar les absències escolars. El CCMC afirma que les absències "han de ser justificades pels pares o

tutors legals de la manera que les autoritats educatives estableixin, incloses les absències que són causades per malaltia o indisposició dels alumnes".

Les consultes d'Atenció Primària (Medicina Familiar i Pediatria) estan sovint sobrecarregades per les peticions de pares i mares, que hi acudeixen per sol·licitar un informe mèdic que justifiqui la no assistència a classe dels seus fills. No correspon als metges donar resposta a aquestes demandes, segons el Consell.

El CCMC fonamenta el seu posicionament en els fets següents:

- ▣ La legislació vigent estableix que la responsabilitat de justificar les absències escolars és dels pares o tutors legals
- ▣ El justificant i l'informe clínic poden contenir dades de caràcter personal
- ▣ Els casos relacionats amb rendes mínimes i absentisme escolar depenen fonamentalment del centre escolar i dels serveis socials



La Dra. Montse Esquerda, presidenta de la nova Comissió de Deontologia del CCMC

La Dra. Montserrat Esquerda Aresté presideix la Comissió de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC) des del 6 de juny, data en la qual el CCMC va crear aquesta comissió. La Dra. Esquerda és pediatra a l'Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida, directora general de l'Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull, professora associada de Bioètica a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida, i presidenta de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Lleida. Esquerda, doctora en Pediatria i llicenciada en Psicologia, va rebre el 2005 el Premi a l'Excel·lència en l'àmbit

d'Humanitats del CCMC. Recentment ha publicat amb Anna M. Agustí el llibre *El nen davant la mort*.

El Consell de Col·legis de Metges de Catalunya ha posat en marxa la nova comissió com a òrgan tècnic, assessor i consultor davant la necessitat creixent d'abordar i donar resposta als reptes bioètics i deontològics que, contínuament, es plantegen en l'evolució de l'exercici de la Medicina. Aquests reptes es deriven de canvis socials, demogràfics, culturals, científics i tecnològics que es produeixen cada cop amb més rapidesa a tot el món. Una de les seves funcions principals serà la d'impulsar les actualitzacions del Codi de Deontologia.

La resta de membres de la Comissió de Deontologia del CCMC són Josep Terés (Col·legi de Barcelona), Antoni Labad (Col·legi de Tarragona) i Núria Masnou (Col·legi de Girona).

Premiats l'equip que lidera el Dr. Marcos Serrano, altres dos equips d'AP lleidatans, l'HUAV i l'IRBLleida



El Dr. Marcos Serrano recull el premi



Cristina Domínguez, de l'HUAV

La Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia va premiar el mes de juliol com a millor article original del 2018 el treball *Fractura de cadena en el pacient ancià: factors pronòstic de mortalitat i recuperació funcional a l'any*, elaborat per l'equip de recerca que lidera el Dr. Marcos Serrano a l'IRBLleida. Els membres del grup d'investigació són Mariano de Miguel,

Olga Rosa Chacón, Montse Martínez Alonso, Jaume Mas Atance i Roberto García Gutiérrez.

L'article ha obtingut el Premi Beltran Baguena, en la categoria de Secció Clínica. Els autors van publicar l'any passat el treball guardonat a la *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.

ATENCIÓ PRIMÀRIA

Dos equips d'Atenció Primària de Lleida van guanyar premis en l'edició d'enguany del Congrés de la Societat Espanyola de Medicina General y Família (SEMG), celebrat a Santiago de Compostela.

L'equip de Maria Lemes, resident de 3r any a la Unitat Multiprofessional d'AP de l'EAP Pla d'Urgell, va obtenir el premi al millor projecte d'investigació pel treball *Abordatge del consum d'alcohol en la població d'AP i repercussió cardíovascular*.

Pepi Estany, infermera de l'EAP Artesa de Segre, va aconseguir el premi a la millor comunicació oral amb la presentació *Prevalença de la immunització en pacients amb risc d'immunodepressió*.

ENDOCRINOLOGIA I NUTRICIÓ HUAV

Una comunicació del Servei d'Endocrinologia i Nutrició de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) va resultar premiat en el Congrés Nacional de la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo, que va tenir lloc a Santiago de Compostela. La comunicació portava per títol *Risc de malnutrició precirurgia i la incidència de complicacions postquirúrgiques*

en pacients sotmesos a un programa d'optimització nutricional prequirúrgica i que estaven rebent suplementació nutricional amb una fórmula immunomoduladora. Aquesta comunicació tractava sobre el risc nutricional que presenten els pacients oncològics abans d'una intervenció i sobre si aquest risc està relacionat amb l'aparició de complicacions posteriors a la cirurgia. La dietista-nutricionista de l'HUAV, Cristina Domínguez Gadea.

PREMI MERK

Un grup d'investigadors de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV) i de l'IRBLleida, liderats per la Dra. Antonieta Salud, cap del Servei d'Oncologia de l'HUAV, van guanyar un Premi Merk. L'equip va aconseguir el guardó en la categoria d'Investigació Clínica per un treball sobre el càncer de còlon d'alt risc.

Els investigadors lleidatans van realitzar el projecte *Predicció de micrometàstasis en pacients amb càncer de còlon localitzat d'alt risc* per identificar una signatura molecular de micrometàstasis, que ajuda a distingir entre els pacients amb càncer de còlon d'alt i de baix risc. D'aquesta manera, quan es pot determinar si un pacient ha patit una disseminació de les cèl·lules primàries sense ser encara visibles, es pot aplicar un tractament adjuvant més efectiu.

La Fundació Merk Salut convoca anualment les Ajudes Merk d'Investigació, que financen projectes de recerca inèdits en diverses àrees biomèdiques.

Entrevista del president del COMLL amb l'alcalde de Lleida



Fotografia: Ajuntament de Lleida

L'alcalde de Lleida, Miquel Pueyo, i el president del Col·legi de Metges de Lleida (COMLL), Ramon Mur, es van entrevistar l'1 d'agost al Palau de la Paeria. Mur va ex-

plicar a l'alcalde l'organització del XIV Congrés de responsables de Comunicació (RESCOM) dels col·legis de metges de l'Estat. L'Ajuntament de Lleida col·labora en

aquesta activitat, així com Mutual Médica.

D'altra banda, el president del COMLL també va exposar a l'alcalde la manca de metges al sistema sanitari de Lleida. A aquesta situació, s'ha d'afegir-hi el nombre de professionals que es jubilaran en els propers anys. Mur va parlar de la necessitat d'endegar accions per dinamitzar el sector i impulsar els atractius de la ciutat perquè els metges s'hi quedin.

A més, Ramon Mur va informar Miquel Pueyo sobre l'estat del projecte de construcció de la nova seu del COMLL. Montse Pifarré, tinent d'alcalde de la Paeria, i el col·legiat honorífic Sebastià Barranco també van participar en la reunió.

Moviment col·legial al COMLL

▣ **Altes** **Maig: 58**

Miriam Paul Arias, Rafal Miroslaw Majkusiak, Diana Carolina Bayas Pastor, Miriam Montserrat Sancho Romero, Patricia Irigaray Sierra, Juliette Pérez Manich, Pilar Señor Revuelto, Paula Sancho Marquina, Cristina Puigbó Pons, Claudia Ames Trigo, Irene Alexandra Manero Hernando, Kyong Bok Rodríguez Rausis, Marta Zorzano Martínez, Irene Cervera Hidalgo, Andrés Eduardo Pujol Freire, Zaida Ron Villalba, Àngel Vilella Boix, Izarbe Delgado Español, Albert Canudas Ventura, Marina Agradados Pérez, Esther Buil Reine, Claudia Carrera Muñoz, Beatriz Ruiz Medina, Miguel Piñol Ribas, Pablo Gallego Nicolás, María Zuil Moreno, Julio Alberto López Fuentes, Anna Llenas Martínez, Rodolfo Francisco Cabrejo Whittembury, Lucía Teros Zarzán, Laura Acevedo Ortiz, Salomón David Gloria Escobar, Erika Becerril Molinero, Sara Cay Melero, Suliman Mohamed Abselam, Vicent Llorca Bofi, Adrià del Amo Àvila, Ana María Costa Pérez, Adrià Ortiz Suñé, Judith Serrano Segura, Sergio Mar-

tínez Fernández, Álvaro Rico Morales, Miriam Argente Revuelto, Aristide Irene Opoulou, Celia Sanjuan Boronat, Miguel Puente Villanueva, Javier José Aguayo Álvarez, Anna Serret Camps, Lidia Ojeda Lores, María Pilar Rivera Moya, Assumpció Gorro Miró, Marta Viridiana Muñoz Rivero, Cayo Augusto Estigarribia Benítez, María Pérez Millán, Leonardo Scarano, Rosario Elizabeth Orellana Monar, Dulce Angélica Morales Hernández, Javier Manuel Farré Pueyo.

Juny: 15

Mónica Alejandra Milla Castellanos, Oksana Rihaylo, Christian Michael Espinal Chirinos, María Elena Udrea, David Ambrona Zafra, Guillermo López Soler, Eduardo Daniel Brítez Altamirano, Jennipher Alejandra Sarmiento Martínez, Eusebio Víctor Lorenzo Medina, José Javier Vengoechea Aragoncillo, Diego Fernando López Bermeo, Lourdes Nathaly Guerrero Puente, Daylenys Frometa Escriba, Johanna Marcela Vásquez Veloza, Amalia Castellarnau Font.

Juliol: 10

Luis Galera Morcillo, Silvia Irene Corrales Vargas, Celia Caballero de Mata-García, Germán Merchán Ortega, Diana Rey Souto, Marc Boix Bruguera, José Luis Thenier Villa, Javier Eduardo Dávila Quijano, Ana Isabel Regua Pereira, Eva Puy Vicente Pascual

▣ **Baixes**

Maig: 16

Juny: 13

Juliol: 6

Entre les baixes del mes de maig, figuren les defuncions dels Drs. Francisco J. Javierre Pérez i Felipe Calvo Martínez; entre les del mes de juny, les defuncions dels Drs. Jesús Pérez Mur i José Ventosa Echevarría i entre les del mes de juliol, la defunció del Dr. Joan Gausí Gené

Total col·legiats a 31-07-2019: **1.940**

▣ **CANVIS DE SITUACIÓ**

Passen a col·legiats i col·legiades honorífics Juan Ramón Carrillo Clivillé, Teresa Puig Ganau, Miguel Ángel Galan Seuma i Javier Romaní del Castillo

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida en les seves darreres sessions ha acordat i tractat, entre d'altres, els assumptes següents:

- Signatura el 15 de maig d'un conveni de col·laboració entre el Consell de l'Audiovisual de Catalunya, els quatre col·legis de metges i el Consell de Col·legis de Metges de Catalunya per al correcte tractament informatiu i publicitari dels productes sanitaris i dels serveis que ofereixen els professionals de la salut, per promoure estudis sobre els efectes de la publicitat de jocs d'atzar i apostes *on line* i per editar materials de prevenció de les addiccions al joc, les apostes, els videojocs i els trastorns alimentaris.
- Informació sobre la realització dels estudis topogràfics i geològics de la finca destinada a nova seu, repercussions del nou Pla d'Ordenació Urbana de Lleida i possibles fonts de finançament.
- Resposta a una consulta formulada per una col·legiada sobre derivacions virtuals a serveis hospitalaris.
- Resolució de la impugnació realitzada abans de la darrera assemblea de col·legiats sobre la convocatòria de beques de promoció de la docència del 2019. La Junta de Govern es ratifica en el barem aprovat per valorar els candidats i està oberta a millores per a posteriors edicions. Les beques s'han atorgat als següents col·legiats i col·legiades: Elena Canal (R1), Giovanni Tortorolo (R2), Marc Agraz (R3), Camila Paz Cortés (R4) i Núria Ramon (R5).
- Elaboració del programa del Congrés de Responsables de Comunicació dels col·legis de metges (RESCOM), que se celebrarà a Lleida els 19 i 20 de setembre.
- Posada en funcionament del conveni amb CEPISA perquè els col·legiats gaudeixin de descomptes que la xarxa de benzineres ofereix a través d'una targeta professional i gratuïta.
- Col·laboració econòmica en l'organització de la cerimònia de graduació de Medicina de la Facultat de Medicina de Lleida.
- Vist-i-plau a propostes de millora en l'àrea tecnològica (canvi de sistema *streaming*, sistema de signatura de documents i confirmació de tramesa, entre d'altres).
- Aprovació del reglament de la Secció Col·legial de Metges de Teràpies Complementàries.
- Debat de diversos assumptes i formulació de peticions en una reunió conjunta mantinguda entre representants col·legials, autoritats sanitàries de Lleida i delegats sindicals.
- Celebració l'11 de juny, a la seu col·legial, de l'acte de benvinguda als nous metges residents.
- Estudi de la possibilitat de realitzar en un mateix tràmit la Validación Periódica de la Colegiación (OMC) i l'Acreditació Col·legial Periódica (CCMC).
- Assistència a la Jornada de l'Associació Mèdica Transpirinenca de Saragossa. Els punts més importants tractats van ser l'assegurança de responsabilitat civil professional per als metges dels serveis d'urgències de la regió i el projecte transfronterer de la Comunitat de Treball dels Pirineus. A continuació, es va celebrar l'assemblea general de l'associació.
- Programació per al proper curs acadèmic de 12 cursos al COMLL i oferta de cursos homologats *on line* de la OMC.
- Campanya sobre les declaracions de la Renda: en aquesta edició s'han elaborat 1.259 declaracions de l'IRPF i 85 declaracions de l'Impost sobre el Patrimoni.
- Celebració d'eleccions a la Junta Directiva de l'Associació Mèdico-Quirúrgica de Lleida amb el següent resultat: presidenta, Dra. Neus Pociello; vicepresident, Dr. Carlos Querol; secretari, Dr. Eduard Solé Mir; tresorer, Dr. Iñigo Lorente, i vocals, Dres. M. Cruz Sanz Martínez i M. Pilar Vaqué.
- Convocatòria de dues places de metges especialista en Psiquiatria i de dues places de psicòlegs per a la cobertura del seguiment ambulatori del PAIMM per descentralitzar el programa de la Fundació Galatea.
- Presentació de l'enquesta pública sobre Medicina Privada, elaborada pel Consejo General de Colegios Médicos.



PAIMM
Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Si creus que pateixes un problema psíquic i/o d'addictiu o saps d'un company en aquesta situació, posa't en contacte amb nosaltres i t'ajudarem

Fundació GALATEA 973 273859 - 902 362 492 - <http://paimm.fgalatea.org>

Per què els professionals sanitaris no es vacunen de la grip?

Cada any, cap a l'octubre, el Departament de Salut activa la campanya de vacunació contra la grip. Dins dels grups poblacionals de risc hi ha el personal sanitari.

El període d'incubació de la grip és d'1 a 3 dies. La disseminació del virus es produeix des d'un dia abans dels símptomes fins a 3/5 dies després de l'inici. És a dir, els professionals sanitaris no vacunats poden transmetre el virus de la grip als seus pacients, malgrat no tenir símptomes. La vacunació dels professionals sanitaris ha demostrat una reducció del risc de grip en els pacients i una disminució de la mortalitat global durant la temporada gripal.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana que tots els treballadors sanitaris es vacuin anualment contra la grip. Malgrat la crida reiterada a la vacunació de la grip als professionals sanitaris, la taxa de vacunació en aquest col·lectiu és només del 23,2% (amb una variació entre centres entre el 3% i el 52%). Molt lluny de l'objectiu de l'OMS i de la Unió Europea que és del 75%.

Els motius pels quals passa això, segurament són diversos i no del tot coneguts. Per això, el Comitè de Redacció del Butlletí Mèdic ha cregut convenient establir un debat entre professionals experts sobre el tema.

RAONS CIENTÍFIQUES I DE SALUT PÚBLICA PER A LA VACUNACIÓ ANTIGRIPIAL DELS PROFESSIONALS SANITARIS



PERE GODOY

Cap de Servei de Vigilància Epidemiològica
Professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública
Correu electrònic: pere.godoy@gencat.cat

La grip és una patologia infecciosa molt contagiosa, que causa una càrrega important de malaltia a la comunitat com a conseqüència de les altes taxes de morbiditat que produeix durant els mesos d'activitat epidèmica i per la presència de complicacions i, fins i tot, mortalitat en grups específics de població. S'estima que cada any la grip afecta entre el 5 i el 15% de la població mundial.

La vacunació antigripal és la principal mesura de prevenció primària per prevenir la grip i les seves complicacions. Les persones responen de forma variable a les vacunes antigripals. La resposta és millor en les persones joves i sanes, en les quals les vacunes inactivades clàssiques mostren una efectivitat entre el 70 i el 90% per prevenir la grip. En les persones grans i en les que tenen patologies cròniques, la vacuna contra la grip ha mostrat una efectivitat entre el 30% i 70% per prevenir l'hospitalització per grip i pneumònia.

Les limitacions de les vacunes antigripals inactivades clàssiques en la població a la que van principalment destinades han motivat el desenvolupament de vacunes que pretenen aconseguir una immunogenicitat reforçada mitjançant aproximacions, com els adjuvants, els virosomes o l'administració intradèrmica. L'efectivitat d'aquestes vacunes antigripals per evitar la infecció també pot variar segons el col·lectiu o el problema de salut a evitar. Castilla *et al*, mitjançant un estudi de casos i controls va comparar l'efectivitat de la vacunació antigripal en la prevenció dels casos ambulatoris, hospitalitzats, i greus o fatals de grip confirmada per laboratori. Els resultats van mostrar una efectivitat de la vacuna del 75% en la prevenció de casos de grip ambulatoris, del 60% en la prevenció de les hospitalitzacions associades a la grip i del 89% en la prevenció dels casos greus².

Un altre estudi més recent ha mostrat que en els casos que la vacuna no eviti la infecció pel virus de la grip encara té un efecte d'almenys el 20% en reduir gravetat en els infectats³.

La vigilància epidemiològica dels casos greus de grip, confirmada per tècniques de PCR, que ingressen en els hospitals indiquen que la grip produeix cada any un nombre molt elevat de casos greus i més del 10% moren directament per la infecció gripal. La temporada 2017-2018 es van produir 1.306 casos greus hospitalitzats confirmats per PCR a tot Catalunya i la letalitat va estar del 13,4%. La vigilància d'aquests casos assenyalen que la majoria presentaven criteris per ser vacunats de grip, però la majoria no s'havien vacunat. Alguns estudis també assenyalen que almenys el 5% dels casos greus de grip serien casos nosocomials en pacients que ingressen per motius no relacionats amb la grip i que desenvolupen la malaltia després de tres dies d'estar ingressats.

S'estima que entre el 30 i el 50% dels casos de grip poden ser asimptomàtics i els sanitaris poden seguir treballant sense saber que poden transmetre la grip als pacients i els seus companys pròxims⁴. Fins i tot, els simptomàtics que no estan treballant poden haver sigut font d'infecció, atès que el virus es comença a eliminar 24 hores abans que apareguin manifestacions clíniques⁵. Aquesta transmissió a partir del personal sanitari pot ser una font de brots de grip vinculats a la assistència sanitària amb taxes d'atac del 54,8% i letalitat de fins a un 25%⁶. Per tant, hi ha evidències de la transmissió de la grip en els centres sanitaris a partir dels professionals o entre els propis pacients. Altres estudis també suggereixen que s'haurien d'assolir cobertures de vacunació dels professionals per sobre del 80%⁷.

Els treballadors sanitaris poden estar exposats al virus de la grip en el lloc de treball i també poden actuar com a font d'infecció per als seus pacients i, per tant, les autoritats sanitàries recomanen la seva vacunació anual. Segons diverses revisions sistemàtiques, els professionals vacunats poden veure reduït el risc de grip entre un 68% i un 90% i els dies d'absentisme entre el 28% i el 40%⁸.

Entre els estudis més destacats, Wilde *et al* van dur a terme un assaig controlat, aleatoritzat, doble cec en 264 professionals joves, durant tres temporades consecutives de grip⁹. L'estudi va mostrar una eficàcia de la vacuna del 88% (95% CI; 47-97%) contra la grip A i del 89% (95% CI; 14-99%) contra la in-

Per què els professionals sanitaris no es vacunen de la grip?

fluència B definida serològicament. En conseqüència, els professionals sanitaris tenen un risc elevat d'infecció pel virus de la grip i per raons ètiques, científiques i de salut pública tots els professionals, i els metges, en particular, s'han de vacunar de la grip. Tanmateix, i tot hi disposar d'evidències suficients sobre la efectivitat de la vacuna, alguns estudis en el nostre país i a nivell internacional assenyalen cobertures de vacunació dels professionals que en general no superen el 40%.

En un important estudi en onze països europeus, el percentatge més alt de cobertura antigripal entre els professionals no va superar el 26,3%, mentre que a Espanya es va estimar en un 25,4%¹⁰. Entre les raons dels professionals per no vacunar-se, hi havia la por a efectes adversos (20%) o dubtes sobre l'eficàcia de la vacuna (15%) en la majoria dels estudis.

Les cobertures en els professionals d'Atenció Primària s'estimen que són superiors degut al seu major coneixement i sensibilitat cap a les vacunes en general. Així, un estudi realitzat a tot Catalunya, Torner *et al*¹¹ va estimar una cobertura del 46,6%, i en un estudi realitzat a les comarques de Lleida, amb metodologia similar, Montserrat *et al*¹² van estimar una cobertura del 60,3%. En tots aquests estudis, els pediatres presenten cobertures superiors a la resta de professionals. Tanmateix, els propis autors accepten que aquestes prevalences de vacunació poden estar sobreestimades per la major participació dels professionals que més es vacunen. Per tant, les cobertures de vacunació es consideren baixes i haurien de millorar.

Diferents estudis també han assenyalat la importància que els metges recomanin la vacunació al seus pacients en el conjunt de la comunitat. Alguns estudis també mostren una associació entre la vacunació del propi metge i l'eficàcia de les recomanacions als seus pacients en el sentit que els metges que es vacunen tindrien una capacitat superior per fer un assessorament efectiu als seus pacients. Un estudi realitzat a l'Estat espanyol va demostrar millors cobertures de vacunació antigripal entre els pacients atesos per metges d'Atenció Primària que s'havien vacunat de la grip¹³.

Els metges d'Atenció Primària tenen un contacte directe amb la població i, per tant, les seves opinions sobre la vacuna anti-

gripal poden ser determinants en la vacunació dels seus pacients. Els coneixements insuficients sobre la grip, estimats indirectament a través de conèixer el període d'incubació de la malaltia, i les actituds i opinions negatives sobre la vacuna de la grip s'associen també amb baixes cobertures de vacunació. Així, segons l'estudi de Torner *et al*¹¹, un percentatge significatiu de professionals, el 41,4%, presenten coneixements insuficients sobre la grip i la vacuna i aquests professionals mostren cobertures de vacunació inferiors respecte a la resta de professionals.

Els resultats dels estudis sobre cobertures de vacunació antigripal entre els professionals sanitaris esmentats suggereixen que els programes que podrien augmentar les cobertures de vacunació haurien de combinar accions d'educació i de promoció de la vacuna per millorar coneixements i actituds i també millorar l'accés a la vacunació. Les intervencions educatives per sí soles no són suficients per a augmentar la cobertura de les vacunacions.

També cal assenyalat que, a efectes de vacunació, dins d'aquest col·lectiu cal incloure el personal no assistencial, que treballa en centres sanitaris (personal administratiu, de neteja o de manteniment), junt amb el personal assistencial (auxiliar, personal d'Infermeria i facultatiu).

Els experts també consideren que és molt important que es facin iniciatives locals tant informatives i sensibilitzadores com facilitadores. Dintre d'aquestes iniciatives, s'han provat amb èxit l'establiment de dies específics de vacunació per als treballadors, o la possibilitat d'establir unitats mòbils de vacunació en alguns centres. També és molt important disposar de dades de cobertura segons grans col·lectius (metges, diplomats, auxiliars d'Infermeria i altres), que serveixin per monitoritzar la cobertura i reforçar les estratègies vacunals.

La grip ens visita cada any i causa una càrrega important de malaltia. Els professionals sanitaris hem de contribuir a reduir el seu impacte a la comunitat mitjançant la nostra pròpia vacunació antigripal i el consell de vacunació als nostres pacients. Per raons científiques i de salut pública no podem defraudar a la nostra població!

BIBLIOGRAFIA

1. Treanor JJ. *Influenza viruses, including avian influenza and swine influenza*. En: Mandel GL, Bennet JE, Dolin R, editors. *Principle and Practice of Infectious Diseases*. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. p. 2265-88.
2. Castilla J, Godoy P, Domínguez A, Martínez-Baz I, Astray J, Martín V, *et al*. *Influenza vaccine effectiveness in preventing outpatient, inpatient, and severe cases of laboratory-confirmed influenza*. *Clin Infect Dis*. 2013;57(2):167-75.
3. Godoy P, Romero A, Soldevila N, Torner N, Jané M, Martínez A, *et al*. *Influenza vaccine effectiveness in reducing severe outcomes over six influenza seasons, a case-case analysis, Spain, 2010/11 to 2015/16*. *Euro Surveill*. 2018;23(43).
4. Hopman CE, Riphagen Dalhuisen J, Loijmans van den Akker I, Frijstein G, Van der Geest Blankert ADJ, Danhof Pont MB, *et al*. *Determination of factors required to increase uptake of influenza vaccination among hospital based healthcare workers*. *Journal of Hospital Infection*. 2011;77(4):327-31.
5. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB. *Transmission of influenza: implications for control in health care settings*. *Clin Infect Dis*. 2003 Oct 15;37(8):1094-101.
6. Maltezos HC, Drancourt M. *Nosocomial influenza in children*. *J Hosp Infect*. 2003;55(2):83-91.
7. Fiore AE, Shay DK, Broder K, Iskander JK, Uyeki TM, Mootrey G, *et al*. *Prevention and control of seasonal influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*, 2009. *MMWR Recomm Rep*. 2009;58(RR 8):1-52.
8. Burls A, Jordan R, Barton P, Olowokure B, Wake B, Albon E, *et al*. *Vaccinating healthcare workers against influenza to protect the vulnerable: is it a good use of healthcare resources? A systematic review of the evidence and an economic evaluation*. *Vaccine*. 2006;24(19):4212-21.
9. Wilde JA, McMillan JA, Serwint J, Butta J, O'Riordan MA, Steinhoff MC. *Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial*. *JAMA*. 1999;281(10):908-13.
10. Blank PR, Schwenkglens M, Szucs TD. *Vaccination coverage rates in eleven European countries during two consecutive influenza seasons*. *Journal of Infection*. 2009;58(6):446-58.
11. Torner N, Godoy P, Soldevila N, Toledo D, Rius C, Domínguez A. *Primary health care professionals attitudes towards influenza immunization in Catalonia*. *Aten Primaria*. 2016;48(3):192-9.
12. Montserrat-Capdevila J, Godoy P, Marsal JR, Barbé-Illa F. *Factors associated with influenza immunization in primary care health workers*. *Gac Sanit*. 2015 Sep-Oct;29(5):383-6.
13. Godoy P, Castilla J, Mayoral JM, Martín V, Astray J, Torner N, Toledo D, Soldevila N, González-Candelas F, García S, Díaz-Borrego J, Tamames S, Domínguez A; Working Group for the Survey on Influenza Vaccination in Primary Health Care Professionals. *Influenza vaccination of primary healthcare physicians may be associated with vaccination in their patients: a vaccination coverage study*. *BMC Fam Pract*. 2015;16:44.

EL DEBER LEGAL DE VACUNARSE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

 CÉSAR CIERCO
Profesor titular de Derecho Administrativo
Universidad de Lleida

¿Tienen los profesionales sanitarios el deber legal de vacunarse? La respuesta a esta pregunta es, hoy por hoy, negativa. Nuestra legislación sanitaria no contempla un deber de estas características. Como es sabido, nuestro sistema de vacunación gira en torno a la recomendación de tal manera que solo en situaciones puntuales de riesgo grave para la salud pública cabría imponer a un profesional sanitario una medida de vacunación obligatoria.

Teniendo esto presente, el principal interrogante que desde la perspectiva jurídica se plantea pasa por analizar la viabilidad jurídica del establecimiento de un tal deber en un futuro y de las dificultades que, en su caso, deberían superarse.

En abstracto, los deberes de vacunación, ya sean a cargo de la población en general o de colectivos en particular, como el de los profesionales sanitarios, tienen fundamento constitucional suficiente. Baste recordar, por referirnos a España, que el artículo 43.2 de la CE alude a los «derechos y deberes de todos» respecto de la tutela de la salud pública. Ahora bien, ello no significa que su establecimiento tenga sin más vía libre. Dos son, por el contrario, las condiciones fundamentales que han de darse.

La primera tiene que ver con la existencia de una justificación, es decir, de una razón que explique y legitime la imposición de un deber que, después de todo, vendría a limitar la libre elección por parte del profesional sanitario. Lógicamente, tratándose así de una limitación a la libertad, no basta una justificación cualquiera y, por eso mismo, no es suficiente con apelar a la salud pública de una manera genérica. Para dar este salto, el legislador debe, antes que nada, armar un discurso sólido y concluyente en el que quede explicitada cuál es en concreto la afectación que a la salud pública provoca la falta de vacunación de los profesionales sanitarios.

Por eso mismo, resulta crucial fijar con la máxima precisión posible las consecuencias negativas que traen consigo las bajas tasas de inmunización del colectivo sanitario en términos de salud pública, pensando no sólo en la inmunidad de grupo o comunitaria sino también en otro tipo de derivaciones que importa medir y cuantificar como el impacto laboral y su incidencia en la prestación normal de la actividad sanitaria. En esta misma línea, cada vez cobra más importancia el argumento de la vulnerabilidad de aquellas personas que por circunstancias de salud personal están más expuestas al riesgo de contagio de enfermedades inmunoprevenibles. El argumento busca precisamente fortalecer el discurso genérico de la salud pública y ofrece la variante de circunscribir al tiempo el deber de vacunación, poniendo el foco en aquellos profesionales sanitarios en contacto con pacientes más vulnerables.

Sin una razón de interés público bien estudiada, contrastada y explicada, no es dado establecer un deber de vacunación. Con todo, aguarda una segunda condición a tener en cuenta: la proporción. El deber constituye, por su propia naturaleza, una opción subsidiaria movilizada en defecto de la adhesión voluntaria y, por tanto, presupone la existencia de estadios o de medidas intermedias menos penetrantes.

Significa ello que el establecimiento de un hipotético deber de vacunación no debería, en buenos principios, liquidar la política de recomendación centrada en la concienciación. En la misma línea, obligar a vacunarse no debería, antes al contrario, llevar a dejar de esforzarse por hallar soluciones previas y preferentes basadas en el incentivo. No hay que olvidar, en fin, que una obligación de corte personalísimo como es la vacunación arrastra, sí o sí, el problema de la reacción ante el incumplimiento y la necesidad consecuente de hacer uso de la coacción.

De ahí que antes de fiarlo todo a la figura de la vacunación coactiva sea prudente arropar un eventual deber de vacunación con otras alternativas. El incentivo de la vacunación en el profesional sanitario, por otra parte, tiene todavía mucho camino por explorar: podría conectarse con la carrera profesional, con la movilidad laboral; podría abordarse en clave individual o desde una perspectiva de centro –distinguiendo los que destaquen por sus índices de vacunación–, etcétera.

Por su parte, además de la idea de las ventajas asociadas a la vacunación como técnica de estímulo, pueden arbitrase otros mecanismos tendentes a proteger los intereses implicados: la información al paciente es, por ejemplo, uno de ellos. Así, es de recordar que en el anteproyecto de Ley General de Salud Pública (2010) se proponía una solución de equilibrio consistente en no imponer la vacunación a cambio de exigir a los profesionales sanitarios que no se vacunasen la revelación de su situación a los pacientes, así como la adopción en su lugar de otro tipo de medidas de prevención.

El Derecho es una herramienta que, bien apurada la cosa, puede servir a los fines de la salud pública y, singularmente, de la vacunación. Sin embargo, importa mucho no tener una visión reducida de lo que la ley puede aportar. Lo que se echa en falta tantas veces, cuando se habla de vacunación y de su regulación, es precisamente la plasticidad y la imaginación. La imposición de deberes de vacunación es, en efecto, una opción sobre la mesa. Sin embargo, no es la única. Y no solo eso. Su eventual articulación carece de un molde preestablecido, por lo que las concreciones podrían ser muchas y diversas en lo que se refiere a su puesta en práctica.

Si la recomendación falla a la vista de los datos, es lógico que muchos piensen en la obligación. Sin embargo, bueno sería esforzarse antes en aclarar si se está recomendando eficazmente y en interiorizar qué es lo que exigiría el establecimiento de un tal deber. Ya sea en relación con lo uno que con lo otro, la experiencia del Derecho en otros ámbitos es mucha y no debería desecharse sin más por efecto de prejuicios y visiones cicateras acerca de la virtualidad de la ley.

Per què els professionals sanitaris no es vacunen de la grip?

PERQUÈ NO EM VACUNO DE LA GRIP

*Scar tissue that I wish you saw
Sarcastic mister know-it-all
Close your eyes and I'll kiss you 'cause
With the birds I'll share
With the birds I'll share this lonely viewin'*
Scar Tissue



JESÚS PUJOL SALUD
Doctor en Medicina
Máster en Salut Pública
Especialista en Medicina Familiar i Comunitària
EAP Balaguer - Institut Català de la Salut
Metge del Son
Clínica del Son Estivill - Hospital Universitari Quiron Dexeus

Començo aquestes línies amb la sensació d'haver-me d'estar justificant per estar a la banda dels assenyalats per un deure incomplet. Tal com diuen els Red Hot Chili Peppers a *Scar Tissue*¹, no és fàcil mostrar les pròpies cicatrius quan tens davant algú que s'erigeix com a posseïdor de la raó.

Senyores i senyors, sóc metge i no em vacuno de la grip.

Pregunto a alguns companys si es vacunen i si algun cop han pensat si tindrien un motiu per no vacunar-se. Molts em diuen que sí que es vacunen i que mai no s'han plantejat cap motiu per no fer-ho.

Les estadístiques diuen que només el 31,5% dels professionals sanitaris es van vacunar de la grip la temporada 2015-2016 en 8 comunitats autònomes de l'Estat espanyol². No tinc la sensació que dos terços dels companys del meu entorn de treball multidisciplinari, amb personal infermer i metges de diverses especialitats, no es vacunin de la grip.

En fi, anem al terreny personal. Seguint l'encàrrec editorial d'aquest Butlletí toca despullar-me. No exposaré ben bé els motius per no vacunar-me, farà una cosa més semblant a un assaig que des de la meva subjectivitat argumenti somerament alguns dels motius que poden relacionar-se amb l'abstinència vacunal. Adverteixo que algun d'ells poden pecar d'inconsistència, potser a primera vista.

Però, es pot aspirar a ser un bon clínic i a la vegada driblar la doctrina de l'evidència científica quan un mateix se l'ha d'aplicar? Aquesta és una qüestió que dóna peu a un interessant debat que sobrepasa les recomanacions vacunals: quants de nosaltres, metges prescriptor, prescrivim de forma diferent quan els nostres pacients són els nostres parents més propers o nosaltres mateixos?

Sabem que l'evidència científica és maniquea i que tendeix a mesurar gran part dels resultats de la investigació científica en termes de bo o dolent, sense termes mitjos, i que, fins a cert punt, és arbitrària en allò que mesura. Per exemple, podem aplicar les mateixes conclusions sobre el descens en la mortalitat dels pacients atesos per metges que es van vacunar als geriàtrics de Glasgow que Pamela Orr³ menciona en la seva revisió als metges d'un centre d'Atenció Primària d'àmbit comarcal a Catalunya on hi ha metges que fan consulta i guàrdies, altres que només fan

consulta o altres que només fan atenció a domicili? I als metges d'una clínica privada?

I, en aquest mateix article, quina interpretació hem de fer de la informació que es comenta de Jonathan Nguyen-Van-Tam⁴ sobre un recent estudi britànic, que va trobar que el 59% dels professionals sanitaris tenien proves serològiques positives per al virus de la grip, però no recordaven pas haver tingut símptomes de grip?

L'atribució d'això últim posa sobre la taula de nou la tesi de la immunitat autoadquirida: exposicions breus i reiterades al virus confereix a la persona exposada, en aquest cas el professional sanitari, immunitat pragmàtica, que posats a formular hipòtesi podria resultar més efectiva que la probablement sobrevalorada vacuna estacional precisament per l'estacionalitat de les seves soques.

En el subsòl de l'objecció vacunal, però, també estan soterrats alguns factors com l'aflorament del sentiment de no sotmetiment que comentava a l'inici de l'article. Un altre fenomen soterrat és el de la resistència del metge a l'absència laboral reforçada pels propis coneixements d'autocura i, en els darrers temps, per l'increment del sentiment de responsabilitat sobre la tasca adjudicada atribuïble a la desaparició de la possibilitat de substitució laboral.

Ja per acabar, menciono que crec que les decisions sobre la pròpia salut són íntimes i que els professionals sanitaris tenim la funció d'aconsellar, educar i promoure la salut i que la nostra missió no és pas la de ser un model de salut. Personalment, com a metge que treballa en l'àmbit de l'Atenció Primària de Salut, m'ha deixat perplex l'estratègia de publicitat de la vacunació dels professionals que s'ha dut a terme als centres d'Atenció Primària.

Espero no haver faltat a la intel·ligència de ningú amb el què he exposat o amb el no he exposat, però, sigui com sigui, em quedo tranquil, perquè l'Epidemiologia té al seu abast tot una cohort d'objectors vacunals per anar interrogant.



BIBLIOGRAFIA:

1. Red Hot Chili Peppers. *Scar Tissue*. Californication. Warner Bros Records, 1999.
2. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en trabajadores sanitarios. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
3. Orr P. *Influenza vaccination for health care workers: A duty of care*. Can J Infect Dis. 2000;11(5):225-226..
4. Nguyen-Van-Tam J, Granfield R, Pearson J, Fleming D, Keating N. *Do influenza epidemics affect patterns of sickness absence among British hospital staff? Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:691-4.

PER QUÈ ELS NOSTRES PROFESSIONALS SANITARIS NO ES VACUNEN?



DRA. ESTHER BARBÉ I ILLA
DRA. LOURDES VILLARTE I FARRÉ
Unitat de Prevenció de Riscos Laborals de l'ICS a Lleida

No tenim clares les motivacions reals per les quals els professionals sanitaris que no es vacunen decideixen no fer-ho. Les raons que donen són moltes i molt variades. Per exemple, "ho volia fer, però no he tingut temps per fer-ho", o "tinc por dels efectes indesitjables de la vacuna", o "no tolero que em punxin", o "jo no he passat mai la grip", "jo no tinc factors de risc", o "em vaig vacunar un any i vaig estar tot l'hivern malalt".

Totes aquestes motivacions es desmunten si tenim en compte que l'hospital organitza, any rere any, la campanya de vacunació antigripal en els mateixos terminis que es duu a terme en la població general i l'amplia fins a final d'any o fins que arriben els primers malalts de grip. Durant aquest període, l'Àrea Sanitària de la Unitat de Prevenció de Riscos Laborals (UBP) està disposada per vacunar tot treballador que entra per la porta amb l'objectiu de vacunar-se o per assessorar-lo en allò que calgui. A banda, en algunes campanyes el personal d'Infermeria de la UBP s'ha personat als serveis *in situ* per procedir a informar i a vacunar els professionals que ho desitgen.

Els que diuen tenir por dels efectes indesitjables de la vacuna sovint mostren tenir-ne un fort desconeixement. Cal dir, però, que en aquests casos difícilment la informació que se'ls proporciona al respecte, ja sigui verbal, per escrit, o per pàgines web, poques vegades canvia el sentit de la decisió presa prèviament pel treballador.

Hi ha, però, un *pool* de treballadors que manifesten fòbia a les agulles i aquests no es deixen vacunar. De vegades, la fòbia és prou manifesta i diuen que no es fan anàlítica mai per aquest motiu. Altres vegades no passa de ser una excusa.

Els que diuen que no agafen mai la grip no acostumen a convèncer-se de la necessitat de vacunar-se fins l'any en què contrauen la malaltia pròpiament dita i en tenen una mala experiència. De vegades, aquests, s'apunten a vacunar-se de la grip la campanya següent.

Els que manifesten no tenir factors de risc, normalment n'obvien algun i generalment és el de ser treballador en un centre sanitari, moltes vegades assistencial. En aquest cas, un cop informat els treballador sovint no es vacuna, si no és que es tracta d'un treballador sanitari en àrees amb alta probabilitat de contacte amb malalts de grip com, per exemple, a l'àrea d'Urgències o de Pediatria o bé perquè treballa en un context de malalt immunocompromés i decideix vacunar-se per no ser un risc per a tercers.

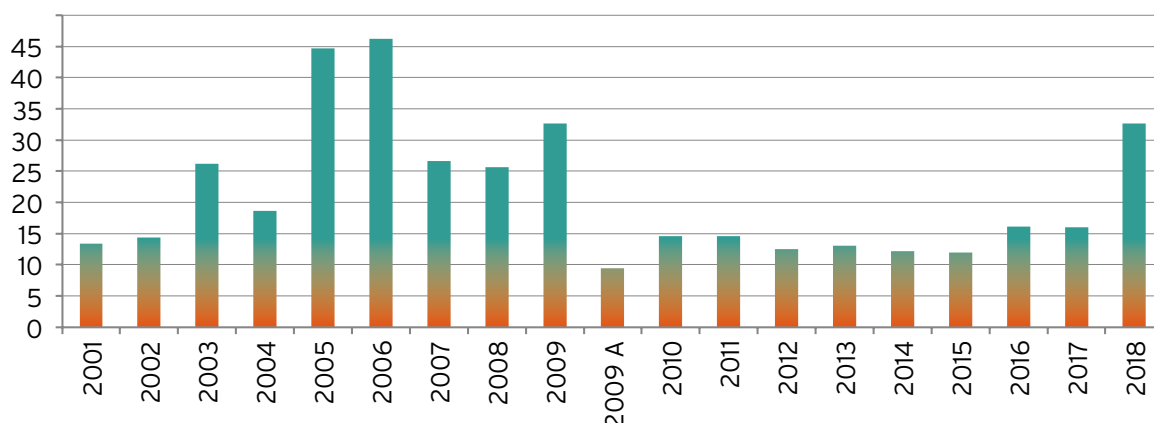
Hi ha un grup gens menyspreable de professionals que diu que no es vacuna per alguna experiència prèvia, ja que, amb posterioritat a la vacuna, ha experimentat malestar general, sensació de cruiximents subaguts, distèrmia i percepció d'estar malalt de grip de manera fluctuant durant unes setmanes.

Aquest quadre no està contemplat a les guies tècniques per les campanyes de vacunació enfront la grip editades anualment. A la del 2018, s'admet que un 2% dels vacunats poden tenir efectes sistèmics de curta durada, de la mateixa manera que ho són els efectes locals de la vacuna quan es produeixen.

Quan s'han produït les taxes més altes de cobertura vacunal de la grip al nostre hospital? Què va passar o ha passat els anys en què la cobertura de la vacunació de la grip ha estat més elevada (per sobre del 30%)?

La campanya de vacunació antigripal 2005 vàrem rebre una alerta mitjançant un informe en què l'Organització Mundial de la Salut (OMS) advertia que des del 1968, el món no havia estat mai tan a prop de patir una pandè-

El gràfic que segueix mostra la cobertura de la vacunació antigripal en els professionals sanitaris del nostre hospital des del 2001 fins a dia d'avui



Per què els professionals sanitaris no es vacunen de la grip?

Les campanyes de vacunació antigripal que han vingut després han estat campanyes anodines pel que fa alertes de tot tipus i han estat campanyes fluixes de vacunació entre el personal sanitari del nostre hospital

mia de grip. L'amenaça venia donada perquè es temia la possibilitat que aquesta pandèmia fos pel virus de la grip aviària (virus grip H5N1) que millorés la seva transmissivitat entre els humans. Aquest informe feia una crida per tal que es posessin en marxa mesures urgents, per preparar-se per a "un succés impredecible però que podria ser catastròfic".

Aquest fet va motivar un estat d'alerta de les autoritats sanitàries i dels professionals i es va fer un suport extra per facilitar la vacunació *in situ*, que va afavorir que més treballadors sanitaris dels que s'havien vacunat de la grip fins aleshores ho fessin en aquella campanya. Durant dos anys consecutius, vàrem tenir cobertures elevades enfront de la grip.

A l'abril del 2009, es va començar a parlar que les empreses havien de tenir un pla de contingència en relació

a la grip pandèmica, la Grip A (H1N1). En aquest sentit, es va incrementar molt els recursos destinats a incrementar cobertures vacunals, establint un Pla de Contingència també per afrontar la grip Pandèmica. Per aquesta raó la campanya de la grip del 2009 va tenir dues fases: la campanya de vacunació antigripal estacional i la de la grip pandèmica o grip A. La primera es va avançar en el calendari i es va iniciar a finals de setembre per tal que la segona campanya de vacunació, la de la grip A, pogués dur-se a terme a partir de mitjans de novembre.

Novament aquesta alerta va provocar un increment de treballadors que no s'havien vacunat en anys anteriors i que, arribada la campanya de la grip estacional, van rebre la vacuna. No va passar el mateix amb la vacuna de la grip pandèmica, que per nova va generar algunes reticències.

Les campanyes de vacunació antigripal que han vingut després han estat campanyes anodines pel que fa alertes de tot tipus i han estat campanyes fluixes de vacunació entre el personal sanitari del nostre hospital.

En la darrera campanya de vacunació antigripal, la del 2018, s'ha produït un increment de treballadors sanitaris vacunats que han vingut motivats per l'aposta institucional per aquesta vacuna. S'han incrementat els recursos per atansar la vacuna al treballador i s'han enviat missatges reiterats per part de l'organització, tot advertint de la conveniència de vacunar-se.

En resum, les motivacions dels treballadors sanitaris per no vacunar-se poc tenen a veure amb criteris tècnics o científics. Més aviat el fet de la vacunació o no dels sanitaris ve motivat per la por al desconegut, a emmalaltir i també per les campanyes institucionals en pro de la vacunació.

VACUNACIÓ DE LA GRIP EN EL PERSONAL SANITARI

 ÀNGEL PLANS
Epidemiòleg

L'eficàcia de la vacunació de la verola es va descriure, per primer cop, el 1795. L'any 1980, és a dir, 185 anys després, es va aconseguir l'eradicació mundial d'aquesta malaltia. Recordem que la grip, en els seus moments de màxima incidència, constituïa un gravíssim problema de salut pública, amb altes incidències de morbiditat i mortalitat.

Que un tractament eficaç, relativament senzill i barat d'aplicar, trigui quasi dos segles en aconseguir el seu objectiu últim, que era l'eradicació de la malaltia, evidencia clarament, al meu entendre, les maliances que

els tractaments vacunals generen en el conjunt de la població per a la seva implantació global.

La grip es una malaltia respiratòria d'etiologia vírica, amb incidència estacional i una molt alta capacitat de transmissió persona a persona, que té, com a característica específica l'alta capacitat de mutació del virus que la produeix. La repercussió general que causen les epidèmies anuals de la malaltia depenen del tipus de virus predominant en un any concret, i dels esforços de la població en minimitzar els seus efectes que, un cop implantats en un individu, no tenen altre tractament que els simptomàtics.

Malgrat que el més normal és que la grip es pateixi amb una repercussió moderada respecte de l'estat de salut de cada un de nosaltres, en alguns casos apareixen complicacions que poden requerir ingressos hospitalaris i, fins i tot, afectacions greus que poden arribar a la mort. Es considera que a Europa poden morir entre 40.000 i 200.000 persones a l'any per complicacions de la malaltia. A Espanya, les xifres de morts anuals s'estipulen en-

tre 1.500 i 4.000 afectats i a Catalunya entre 200 i 800 persones moren cada any per complicacions de la grip.

A banda de les mesures de contenció higièniques de les malalties de transmissió aèria, és ben sabut que la vacunació és el sistema més efectiu per reduir l'impacte de la malaltia a les poblacions. Tot i que la vacunació de la grip no assoleix un grau de protecció elevat -com sí que l'assoleixen altres vacunes-, aquesta mesura segueix essent la més efectiva per reduir la repercussió del virus en qualsevol col·lectivitat. La major part dels afectats greus per la grip ho són per complicacions de malalties ja preexistents, raó per la qual la vacunació s'adreça prioritàriament als integrants d'aquests grups de risc. Així s'eviten les possibilitats de contagi i, per tant, el patiment dels seus símptomes.

De tota manera, un segon grup de col·lectius que poden incidir en la importància dels casos de grip anuals en un grup social són aquells que contribueixen a la dispersió de la malaltia en el conjunt dels habitants. La insistència en els hàbits higiènics en aquests individus -rentar-se les mans-, així com la seva vacunació incideix de forma especialment rellevant en la reducció de les afectacions per la malaltia. Segurament, el grup més obvi d'aquests col·lectius és el que conformen els treballadors sanitaris. Ho són tant per la seva proximitat als malalts especialment sensibles a les complicacions produïdes per la grip, com per la seva tasca d'atenció ciutadana ampla i indiscriminada.

Per aquesta raó, les recomanacions de la vacunació enfront la grip del personal sanitari figuren, des de fa anys, entre les que fan les entitats sanitàries internacionals i científiques. Entitats que apel·len en especial a l'evidència de la necessitat de trencar les vies de contagi i, per tant, a raons de caràcter ètic i humanitari.

Tot i aquestes voluntats d'actuació a realitzar, la realitat ens diu que els percentatges de vacunació dels col·lectius sanitaris registrats en la pràctica totalitat dels països que ho duen a terme, excepció feta de països en els que s'han implantat reglamentacions obligatòries, està molt lluny d'assolir l'objectiu d'un 75% de vacunació dels treballadors del àmbit de la salut, que va marcar l'OMS.

A Espanya, les cobertures vacunals publicades de personal sanitari es mouen en xifres que varien entre el 16 % i el 38 %, si es consideren els treballadors dels centres hospitalaris, i entre el 40 i el 58% entre els que es dediquen a l'Atenció Primària. El Registre Català de Vacunació front la Grip del Personal Sanitari, patrocinat per l'Associació Catalana de Salut Laboral a partir de la campanya 2012-13, recull l'estat vacunal d'aproximadament un 30% de tots els professionals sanitaris de Catalunya. L'estudi evidencia un increment sostingut al llarg de les diverses campanyes, que han evolucionat des del 15,8 % inicial fins el 23,22 % de vacunació registrat en la campanya 2017-2018.

En aquest mateix estudi, però també en la majoria de publicacions que es poden consultar al respecte, es

constata que els col·lectius de metges són els que tenen un major grau d'acceptació de la vacunació (un 41,2 % en el registre català de la campanya 2017-18). Segueixen els grups d'infermers (24,8 %) i els auxiliars de clínica (21,9%) en darrer terme.

Pel que fa a les raons del rebuig de la vacunació de la grip per part dels professionals sanitaris, s'han invocat moltes causes però les més acceptades són:

- ▣ Manca de confiança en la seguretat de la vacuna
- ▣ Dubtes sobre l'efectivitat de la vacuna
- ▣ Infravaloració de la importància de la grip com a malaltia.

En el nostre entorn més immediat, 21 entitats científiques van consensuar l'any 2012 un document de posicionament respecte a la vacunació front la grip del personal sanitari. L'esmentat escrit feia girar les reflexions al respecte de la vacunació a l'entorn de tres pilars bàsics argumentals per justificar la seva implantació globalitzada. Aquests tres pilars eren els criteris de necessitat de preservació de l'activitat sanitària, d'exemplaritat conductual d'aquests professionals per a la població general i el deure ètic d'interrompre el vector sanitari de la patologia gripal en la línia de contagi entre les persones.

Es clar que una valoració científica i documentada de les dades nosocomials, que comporta la grip en la nostra col·lectivitat i dels beneficis que suposa la pràctica de la vacunació d'aquesta malaltia, elimina qualsevol dubte respecte als arguments invocats pels professionals per rebutjar la immunització. Però, també sembla fàcil admetre que, al menys en aquest tema, les opinions dels professionals s'estableixen més per *inputs* procedents de mitjans globals d'informació, que no tenen perquè tenir garanties de procedir de fonts contrastades i serioses (*fake news*), que per un anàlisi rigorós estricte de publicacions científiques. En aquest sentit, els conceptes que poden tenir els treballadors sanitaris respecte a la vacunació de la grip no es diferencien substancialment de moltes altres valoracions instaurades en la nostra societat, i el fet de que els destinataris siguin subjectes amb formació prèvia es demostra que, malauradament, no millora el grau d'implantació dels missatges desviats.

De tota manera, un segon grup de col·lectius que poden incidir en la importància dels casos de grip anuals en un grup social són aquells que contribueixen a la dispersió de la malaltia en el conjunt dels habitants

Per què els professionals sanitaris **no es vacunen de la grip?**

Els experts en comunicació ens diuen que el grau d'acceptació de qualsevol missatge que incideixi en el nostre comportament diari té molt a veure amb la predisposició que podem tenir enfront a aquella proposta. Per desgràcia, el missatge social que, en general, ha acompanyat les vacunes ha estat sempre associat a la problemàtica que comporta la malaltia o als aspectes econòmics que les envolten, i no al benefici social i universal que històricament s'ha assolit gràcies a aquests tipus de tractaments.

Aquest missatge en negatiu que té la població general dels tractaments que comporten immunitzacions, no sembla que variï molt quan parlem de col·lectius teòricament més formats en l'àmbit de salut, com són els sanitaris. Ocorre, sobretot, perquè els conceptes de immunització general no han format part tradicionalment del bagatge acadèmic transversal que reben els alumnes d'aquestes professions sanitàries a l'inici de la seva formació. Això fa que, en gran part, els conceptes que poden tenir integrats els treballadors de la salut en aquest tema es veuen molt influenciats per les informacions de caràcter global, sense que es dugui a terme cap mena de crítica documentada.

Acceptant aquest escenari, es fàcil d'entendre -i més difícil combatre- el rebuig/inhibició que pot predominar en alguns col·lectius sanitaris que, respecte a la vacunació de la grip, es deixen portar per conceptes i idees no contrastades o per pors atàviques, tot i disposar de la capacitat de fer-ne un anàlisi i una crítica documentada.

De tota manera, és sabut que l'única manera de combatre la desinformació o la propaganda tendenciosa és amb la transparència del coneixement i la globalització dels resultats. Aquesta línia de treball en els darrers anys s'ha utilitzat des de la major part dels àmbits de salut pública del nostre entorn, modificant així antics missatges anquilosats en traspasar coneixements teòrics, pràctica que utilitzaven els promotors de salut en temps passats.

Potser per aquesta voluntat de transparència i, tal vegada com a primer resultat esperançador de la línia de treball endegada, l'evolució de l'índex global del Registre de Vacunació de Personal Sanitari de Catalunya no ha fet més que créixer al llarg dels set anys que té d'antiguitat. Tot i que aquests índex de vacunació, valorat amb una perspectiva global i crítica són francament depriments -menys del 25 % dels professionals sanitaris valorats a Catalunya es van vacunar a la campanya 2017-2018!-, l'augment constant i sostingut dels professionals que opten per immunitzar-se en aquest darrers anys, que s'ha passat del 15,8% als anys 2012-2013 al 27,3 % observat en les dades preliminars de la campanya actual 2018-2019, és un crit d'esperança respecte al grau de sensibilització i responsabilitat que va adquirint el col·lectiu.

Per contra, també els experts en conductes socials alerten del fet que els missatges conceptuals de salut tenen un límit respecte al seu grau de penetració en col·lectius de persones receptores. A més, malgrat que l'evidència del missatge i els resultats observats

És clar que una valoració científica i documentada de les dades nosocomials, que comporta la grip en la nostra col·lectivitat i dels beneficis que suposa la pràctica de la vacunació d'aquesta malaltia, elimina qualsevol dubte respecte als arguments invocats pels professionals per rebutjar la immunització

siguin francament positius, existeix sempre un grup de persones refractaries al seu seguiment, grup que no varia la seva conducta de cap manera, encara que sigui molt potent l'emissor de la informació.

És per això que, en determinades circumstàncies i davant de situacions de risc molt concretes, tard o d'hora s'haurà d'afrontar i analitzar el concepte de l'obligació de la vacunació per mantenir el creixement dels índex de personal sanitari sense risc de transmissió. L'objectiu és millorar la qualitat assistencial i fer camí cap a l'excel·lència en el tractament sanitari. La preservació dels beneficis col·lectius és el gran argument que dona validesa a aquesta decisió que, evidentment, s'enfronta amb els drets individuals de cada un de nosaltres respecte a les accions preventives que podem assumir.

Tot i això però, en el nostre entorn actual en el que els valors ètics tenen tendència a diluir-se en el mar del materialisme diari, penso que -i aquest és un desig personal que potser que la realitat acabi demostrant-me que està equivocat- seria interessant fer prevaldre el precepte hipocràtic "*Primum non nocere*". Un principi que ha de marcar la línia de treball dels treballadors de la salut a l'hora de promocionar la nostra vacunació front la grip per recalcar i enfortir-nos globalment en el nostre paper laboral com a agents prescriptors i difusors de salut en el conjunt de la societat. I, així mateix, per insistir en la necessitat de vacunar-nos per evitar el empitjorament o, fins i tot, la mort dels pacients que han dipòsit la seva confiança en el nostre coneixement. ■



EVOLUCIÓ DE LA CIRURGIA

a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida



DR. JOAN VIÑAS SALAS
Fotografies: Hospital Universitari Arnau de Vilanova

La Medicina i la Cirurgia han avançat molt des de la segona meitat del segle passat fins avui. Els canvis sorgits per tot el món civilitzat evidentment també han succeït a Lleida. Però, res passa espontàniament. Sempre són persones amb nom i cognom les protagonistes dels canvis

La moderna Cirurgia va començar quan Morton va descobrir l'èter com anestèsic a meitats del segle XIX, l'any 1846, ja no calia fer mal per intentar salvar una vida. La rapidesa era essencial per tal que el malalt ho resistís. Els avenços en el manteniment homeostàtic del malalt, les transfusions (Landsteiner, 1901)

amb noves medicacions, han anat facilitant cada vegada més agressions quirúrgiques. L'asèpsia i l'anti-sèpsia, (Lister, Halsted, finals segle XIX) mantenint l'ambient on es fa la cirurgia el més lliure de gèrmens possible, i els antibiòtics han suposat un altra avenç. Així mateix els descobriments de fils de sutura, els materials hemostàtics i els nous instrumentals quirúrgics han facilitat tant l'accés com l'actuació quirúrgica dels cirurgians, que, quan operem, ja coneixem la majoria de vegades l'abast de les lesions degut a les innovacions en radiologia: aïmple (Crookes, Röntgen, 1895), ecografia (Howry, 1962), TAC (Hounsfield, 1967), RMN (Mansfield, 1976), etc.

L'assistència sanitària a Catalunya va arribar a les classes mitjanes gràcies a les cooperatives (Aliança, 1912), i les mútues. A tot l'Estat espanyol, l'assistència va canviar radicalment quan un ministre del general Franco, José Antonio Girón de Velasco, per afavorir als treballadors va crear el SOE o Seguro Obligatorio de Enfermedad el 1942. Aleshores es va posar l'assistència a l'abast dels treballadors de manera gratuïta i es van construir hospitals i ambulatoris a partir del 1945. Aquells que no treballaven, si no tenien recursos propis o si no estaven assegurats en alguna companyia privada, havien de seguir anant a la beneficència dels hospitals provincials. Girón va ano-



menar "Residencias Sanitarias" als hospitals que construïa i va posar ordenances a l'entrada per oferir als treballadors un bon tracte, tot allunyant-lo de la beneficència. L'ordenança anava ben vestit i treballava amb zel, pel que Alfons Fernández Sabaté considera que van passar a denominar-se zeladors.

Els metges poc a poc van anar apuntant-se al SOE. Les especialitats quirúrgiques, el cirurgià, visitava a l'ambulatori oficialment 2 hores al dia i operava 1 dia a la setmana, encara que s'ho organitzaven entre ells. Anaven primer a unes clíniques concertades, on exercien la cirurgia privada i d'assegurament, i després a la residència.

A Lleida, es van construir l'ambulatori de Prat de la Riba, inaugurat el 1953, i la Residència Sanitaria General Moscardó, inaugurada l'any 1956, a la qual es van traslladar a operar els cirurgians, amb uns pocs anestesistes contractats per hores de quiròfan. Abans, els malalts del

SOE van ser operats, durant nou anys, a la Clínica Dr. Vázquez de Parga, que es va llogar i va ser a nomenada La Provisional. Aquesta clínica estava situada a la Rambla d'Aragó, on hi ha ara el col·legi de Santa Anna. Hi havia poc material, de manera que els cirurgians moltes vegades havien de portar-se el seu instrumental.

La Cirurgia a Lleida estava en mans de cirurgians de les clíniques com, per exemple, de l'Aliança. També feien Cirurgia els cirurgians de *cupo* a La Provisional o a la Clínica S. José, ubicada al carrer Canonge Brugulat. Als inicis dels anys 70, es van inaugurar la Clínica Montserrat i la Perpetuo Socorro. Els militars -recordem que a Gardeny hi havia un regiment amb més de 1.500 soldats- eren portats a l'Hospital Militar.

A la nova Residència General Moscardó, amb 275 llits, no hi havia serveis mèdics. Un metge, anomenat *resident* ja que dormia a la residèn-

cia, feia guàrdia per les urgències de tot l'hospital, sigui pels malalts ingressats sigui pels malalts que acudien de l'exterior. El servei d'Urgències era un despatx de consulta externa amb una llitera i un altra habitació amb un aparell de RX, que feia radioscòpies i radiografies simples. Els cirurgians eren els encarregats de les urgències dels malalts que tenien assignats al seu *cupo*. Entre ells es posaven d'acord per alleugerar l'haver d'estar 24 hores localitzat cada dia i s'ho tornaven.

Els principals cirurgians vinguts a Lleida, que van passar a cirurgians de *cupo* del SOE, van ser el Dr. Ferrándiz, el Dr. Oscar González, que operava a l'Hospital Provincial, del qual era cap de Cirurgia, els Drs. José Sierra de Benito, Aznar, Manuel Bueno, el Dr. Arnal, el Dr. González i el Dr. Pascual. Hi havia uns pocs anestesistes, com el Dr. Oscàriz i el Dr. Machetti, i també alguns metges que combinaven la Cirurgia o la Obstetrícia i la Ginecologia.

Lentament, van entrar en el nou sistema cirurgians de *cupo*, poc proclius a fer-ho perquè perdien diners i llibertat. També van crear-se serveis mèdics i centrals, començant pels laboratoris i el Rx. (1966)

gia amb l'anestèsia, com el Dr. Iturbe que, a més, feia anàlisis. Fins aleshores les monges infermeres i algun infermer eren els que anestesïaven, ja que no existia l'especialitat.

Aquesta organització va durar a l'Estat fins l'any 1967. Llavors un metge avançat, el Dr. Soler Durall, que s'havia format als EEUU va aconseguir convèncer el Dr. Martínez Estrada, director de l'Instituto Nacional de Previsión (INP), sota el que estava tota la sanitat espanyola, perquè jerarquitzés les residències sanitàries. Es tractava que els cirurgians treballessin a temps complert tot els matins. Per les tardes, podien seguir exercint per les clíniques atinent malalts privats i de les mútues. Van començar per la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, el 1964, la Paz de Madrid, el 1965, Generalísimo Franco, de Barcelona, 1966, etc.

Lentament, van entrar en el nou sistema cirurgians de *cupo*, poc proclius a fer-ho perquè perdien diners i llibertat. També van crear-se serveis mèdics i centrals, començant pels laboratoris i el Rx.

A Lleida, el Dr. Manuel Rubio va cobrir la primera plaça jerarquitzada de Medicina Interna i va ser nomenat cap de servei, recent acabat el 1970 el MIR a la Clínica Puerta de Hierro. Precisament el sistema MIR va celebrar l'any 2017 el seu 50 aniversari. Van seguir s Pediatría, Anàlisis Clínic, Radiologia. El 1973 es va jerarquitzar el servei d'Anestesiologia i el Dr. Machetti en va ser cap de servei i el Dr. Victoriano Oscáriz, cap de secció sense deixar la plaça de l'Hospital Provincial Santa. Maria. El Dr. Francesc Biosca va obtenir

el 1975 la plaça de cap de servei de Traumatologia i el Dr. Manuel Bueno la de cirurgia el 1976, tot continuant ocupant la plaça de director metge de l'Hospital Militar.

Aquesta nova estructura es va constituir poc a poc i combinada amb els cirurgians que es van mantenir de *cupo*.

No va ser, doncs, estrany que, quan vaig arribar a Lleida amb la plaça de metge cirurgià adjunt guanyada per concurs estatal, la recepcionista-telefonista de la Residència General Moscardó es sorprengué un dissabte al matí de l'abril de 1977 perquè un cirurgià jove, amb el MIR recent acabat, preguntés pel cirurgià resident de guàrdia. "Expliquis millor. Vol que avisi al metge resident de l'hospital -no cirurgià- o que truqui al cirurgià de guàrdia a casa seva", va contestar-me.

Una cosa que també em va sorprendre molt era que la residència estava a l'altra banda de les vies del tren. Per això, qualsevol urgència de Lleida i de la carretera de Barcelona havia d'esperar a que s'aixequés la barrera si el pas a nivell estava tancat.

Els dos cirurgians que veníem de l'Hospital Clínic de Barcelona, el Dr. Roman Solà i jo, vam presentar-nos al cap de servei i li vam preguntar per l'organització del servei i les nostres tasques, els nostres dies de quiròfan i de consultes externes i de guàrdia. La resposta va representar un mal son per a nosaltres: el servei de Cirurgia no tenia dret a quiròfan, no feia guàrdies ni tenia consultes externes, ja que tot això pertocava els cirurgians de *cupo*, que operaven per les tardes i només quan tenen una urgència, pels matins.

Els cirurgians de *cupo*, que veiem operar per les tardes, eren bons cirurgians, amb experiència. Cal una menció especial als Drs. José Sierra, el Dr. Aznar i el Dr. González. Els malalts estaven ingressats en la planta tercera de Cirurgia, que, evidentment, no tenia malalts del servei de Cirurgia. Però, nosaltres volíem treballar en un hospital o fer-lo semblant al Hospital Clínic o a la Residència Sanitària Vall d'Hebrón, que també era de la Seguretat Social. Vam parlar amb el director metge demanant-li -exigint- malalts, quiròfans, consultes externes i guàrdies.

Al cap d'uns mesos vam anar aconseguint, pas a pas, allò que és normal en tot servei de Cirurgia. Els quiròfans, quatre, eren molt justos de material i de normes d'esterilitat. Tenien finestres a l'exterior per les que entraven les mosques, els mosquits i, a voltes, vespes, que esquivàvem com podíem. Els guants es reesterilitzaven, ben entalcats i amb pegats per dins si s'havien perforat. No hi havia servei d'Urgències com a tal, ni diàlisi.

Van sortir places de cap de secció i altres d'adjunt i es va consolidar un servei amb un cap de servei, dos caps de secció i sis adjunts. Vam aconseguir fer guàrdies: un de presència física i un de localitzat tot l'any, lliurant el de presència física, quan podia, al dia següent. A la planta tercera, una habitació de sis llits va ser dedicada a Intensius i el Dr. Iturbe va ser nomenat cap de servei.

El Dr. Bueno va renunciar el 1978 a ser cap de servei per seguir de director de l'Hospital Militar de Lleida. Jo vaig passar, com cap de secció més antic, a cap de servei en funcions. Vam organitzar entre nosaltres el servei, amb sessions clíniques, bibliogràfiques, iniciant la recerca i donant la màxima responsabilitat a les dos seccions, una d'elles dirigida pel Dr. Solà. Convidàvem a cirurgians experts d'arreu a donar-nos conferències a Lleida i anàvem nosaltres a congressos i cursos per seguir aprenent. L'any 1980, el Dr. Luis Pérez Ruiz va guanyar la plaça de cap de servei per concurs oposició celebrat a Madrid.

La restauració de la Facultat de Medicina a Lleida amb la vinguda d'estu-



dients de sisè curs de Medicina, que des del curs 1977-79 la Universitat de Barcelona enviava a fer el rotatori a l'hospital, ens va estimular molt. El Román Solà es va encarregar de muntar la Facultat des de primer de Medicina i jo de l'organització d'aquests estudiants que arribaven a l'hospital a fer el rotatori durant tot el curs de Cirurgia, Medicina, Pediatria i Obstetrícia-Ginecologia.

En el primer govern democràtic i primer Ministeri de Sanitat, el SOE va passar a denominar-se INSALUD. Nosaltres vam constituir una associació professional de facultatius de l'Hospital que, sota la protecció del Col·legi de Metges, vam fer protestes reclamant una ampliació del centre, més mitjans i el sistema MIR. Es va aconseguir un hospital nou, planificat per a 738 llits, però va canviar el ministre de Madrid i el nostre projectat hospitalari, pel que tant havíem lluitat, va anar a parar a la província del ministre.

Vam arribar a fer, quan encara no hi havia democràcia ben establerta l'any 1978, una manifestació per

les rambles de Lleida, davant de la delegació provincial de la Seguretat Social, el INP. La protesta va espantar fins i tot als mateixos grissos, ja que aquells policies no volien estomacar els metges que després els tenien d'atendre i atenien les seves famílies. "Circulen, circulen, y así no les tendremos de detener", ens van dir, cosa que vam fer passant reiteradament per davant del que avui és el CUAP de la Rambla Ferran, ja que la manifestació no estava autoritzada. Vam continuar la lluita i vam tornar a aconseguir un bon hospital de 738 llits, amb una UVI gran, i es va començar a construir per la primera fase, l'hospitalització.

L'any 1981 es van fer els traspassos de la Sanitat a la Generalitat de Catalunya. Es va canviar el nom de Residència Sanitaria General Moscardó per Hospital Arnau de Vilanova, en honor a aquest metge de gran prestigi de l'Edat mitjana i de possible origen lleidatà. Vam patir una gran decepció quan la conselleria i l'ICS, nom que va adoptar l'INSALUD a Catalunya, creat el 1983, van decidir que eren masses llits per Lleida i van

aturar la tercera fase, que es va quedar en uns 430 llits.

La UVI, ubicada en una habitació de sis llits al mig de la planta tercera, la de Cirurgia, tenia alguns respiradors i monitors, però no per als sis malalts. El Dr. Iturbe i els adjunts feien el que podien. Com que no hi havia instal·lacions d'oxigen, aquest es subministrava per bombones.

Quan es va inaugurar la primera fase de l'ampliació, el 1981, Cirurgia va passar a la tercera planta del nou edifici. Les habitacions tenien climatització i així, a l'estiu, podíem seguir operant, programades, persones grans, ja que abans havíem de restringir les intervencions per la gran calor que hi feia.

La inauguració de la segona fase de l'ampliació l'any 1987 va suposar una gran millora per a la Cirurgia: nous quiròfans, noves consultes externes, UVI gran i ben dotada, serveis de RX i laboratoris centralitzats. Llàstima que van trigar uns anys a dotar-nos del TAC i més tard de la RMN. Això comportava que pels malalts d'urgències no es disposava de TAC, i

quan en demanàvem un -amb aprovació del director metge- el malalt es traslladava a Barcelona.

Poc a poc anàvem operant tota classe de patologies, a excepció dels transplants: Cirurgia pancreàtica, hepàtica, gàstrica, colo-rectal, esofàgica, pulmonar, endocrina, etc. La Cirurgia vascular es va dotar amb més cirurgians i es va separar del servei. La Cirurgia de mama també es va independitzar del servei, incorporant-hi un ginecòleg, com a unitat mixta. De Cirurgia pediàtrica operàvem les hèrnies, les apendicitis agudes, les estenosis hipertròfiques de pílor i altres malformacions congènites, a excepció de les majors, com les esofàgiques, que traslladàvem i avui se segueix fent, a l'Hospital de Vall Hebron (HUVH), d'on, al cap d'uns anys, un cirurgià pediàtric va venir un dia a la setmana a operar a Lleida.

L'any 1985 va arribar al servei de Cirurgia el primer resident, ja que vam aconseguir l'acreditació per a la formació d'especialistes MIR. Any rere any, ha arribat, amb alguna excepció, un nou metge resident. Aquest fet, a més de millorar la dotació de les guàrdies i el servei, ens esperona i ajuda, més que els estudiants de grau, a millorar la qualitat de la Cirurgia, la posada al dia dels cirurgians i la implementació de noves tècniques. Bastants d'aquests residents feien una estada a l'estranger, sota l'aixopluc del Departament de Medicina i Cirurgia de la Universitat de Lleida, i aconseguen així una visió internacional complementària a la seva formació. Alguns van obtenir plaça al servei de Cirurgia de Lleida.

L'ampliació de la Cirurgia i les seves especialitats va comportar un important augment del servei d'Anestesiologia i Reanimació, que es va convertir en terapèutica del dolor i va començar a fer visita preoperatòria de tots els malalts programats.

L'any 1989 es va realitzar al món la primera colecistectomia laparoscòpica, que va començar els anys posteriors a fer-se cada vegada més en la Cirurgia. I no sense detractors, fins ser avui primera opció en les intervencions de moltes patologies. L'any 1992 va començar la Cirurgia laparos-

còpica a l'hospital, després d'aprendre-la a Alemanya i aconseguir que el director metge ens dotés d'una primera torre de TV, càmera i injector de gas i amb un poc material.

Així vam començar convidant a un cirurgià de la Universitat de Milà amb experiència. Practicàvem primer les colecistectomies, apendicectomies i laparoscòpies diagnòstiques. Després de fer un curs d'especialització a la Universitat de Barcelona, vam abordar l'hèrnia hiatal, hèrnia inguinal i eventracions, apreses a fer també pel Dr. Solà a Igualada. Convidant a un cirurgià de l'Hospital Clínic de Barcelona, vam fer la cirurgia colo-rectal. No obstant això, vam haver d'aturar les operacions de càncer de colon per una moratòria internacional demanada al publicar-se alguns casos de metastasis als llocs d'entrada dels trocars. Per aquest motiu, ens vam limitar a les diverticulitis i diverticulosis fins que la vam reprendre, quan es va demostrar, als pocs anys, que la tècnica era segura.

Per tal d'augmentar l'actualització i especialització de la Cirurgia, ens vam distribuir les patologies al servei, i els cirurgians més especialitzats es van encarregar de les més freqüents. Així, a Lleida adaptàvem, tan aviat com era possible i s'aconseguien els mitjans, els avenços internacionals en Medicina i Cirurgia. Un exemple és la Cirurgia del càncer de recte, la resecció anterior baixa i ultrabaixa amb resecció total del mesorrecte, poc després de la seva publicació pel cirurgià anglès Heald al 1982. Es van aconseguir publicacions de Cirurgia a les millors revistes internacionals i a revista de Cirurgia espanyola, on vam ser dels primers a publicar els nostres resultats sobre colecistectomia laparoscòpia (1992). També es va aconseguir el finançament de beques de recerca en competicions estatals -beques FIS- i altres. A més, presentàvem comunicacions a congressos internacionals i nacionals.

A Catalunya, es van començar a organitzar les Jornades de Cirurgia dels Hospitals Comarcals, germen dels congressos catalans de Cirurgia. El servei de Cirurgia de Lleida en va organitzar el cinquè, per la qual cosa

Lleida va ser per un dia la capital de la Cirurgia catalana.

L'any 2005, el gerent va nomenar un coordinador quirúrgic per sobre del cap de servei: el Dr. Rueda, que va estar menys d'un any a Lleida. L'any 2007, el gerent va buscar reforços a l'HUVH i es va incorporar el Dr. Jorge Olsina com a cap de servei, acompanyat del Dr. Alfredo Escartín com a cap de secció i varis cirurgians i cirurgianes joves més, vinguts quasi tots de l'HUVH. La seva arribada va anar lligada a la compra d'abundant material quirúrgic, noves inversions als quiròfans i obres a les habitacions.

Aquesta nova etapa representa un nou impuls a la Cirurgia a Lleida, tot reforçant-se la Cirurgia hepàtica, pancreàtica, toràcica, -de la que es va constituir una secció amb la contractació de tres cirurgians especialistes- la Cirurgia endocrina i de la obesitat, constituint també una unitat de paret abdominal i una de Cirurgia gàstrica, que s'afegeix a la colo-rectal existent i la Cirurgia laparoscòpica en general, incrementant-se molt la seva pràctica.

L'equipament al quiròfan ha permès recentment transmetre via *streaming* una intervenció a un país asiàtic en el marc d'un curs a distància. Disposar a Torrelameu d'un centre de Cirurgia laparoscòpica avançat, inaugurat l'any 2015, també permet organitzar cursos i fer recerca. En els propers anys, disposarem a l'HUAV, gràcies també a la Diputació de Lleida, de nous quiròfans ben dotats amb les darreres novetats tecnològiques.

Aquest any 2019, ha arribat a l'HUAV un robot *Da Vinci* de darrera generació i s'ha començat a fer Cirurgia robòtica digestiva.

Hem comprovat amb aquest breu recorregut de la història recent dels darrers 50 anys de la Cirurgia a l'HUAV com, a mesura que es feien nous avenços, aquests en facilitaven d'altres cada vegada més complexos, i s'escurçaven fins a desaparèixer les diferències entre Lleida i els hospitals més moderns i actualitzats al món als quals avui dia poc hem d'envejar. Com que aquest procés no s'atura, ens fa sentir-nos esperançats en el progrés de la Cirurgia a Lleida. ■

El tractament i la prevenció de les PICADES D'INSECTES



DR. LLUÍS MARQUÈS



Servei d'Al·lèrgologia. Gerència Territorial ICS Lleida. Hospitals Universitaris Santa Maria i Arnau de Vilanova

Les reaccions per picades d'artròpodes són un motiu de consulta comú. Habitualment, es tracta de lleus molèsties cutànies, però ocasionalment poden provocar reaccions locals gegants amb diferents manifestacions cutànies (ampolles, vesícules, edema, eritema, ...) o reaccions generalitzades en persones al·lèrgiques (anafilaxi amb xoc o sense).

Per motius pràctics, és útil diferenciar els insectes que piquen o mosseguen per alimentar-se (hematófags) dels que piquen per defensar-se. La diferència és rellevant, perquè les reaccions greus immediates (depenent d'IgE) apareixen amb els darrers i són molt rares amb els primers, que causen sobretot reaccions retardades (mediades per cèl·lules).

Els mosquits són els insectes hematòfags que piquen més sovint. El perill que suposen deriva del fet que actuen com a vectors per a la transmissió de diverses malalties amb mortalitat significat.

Els himenòpters són els insectes més importants a la consulta d'al·lèrgia, encara que una mica erròniament s'espera que els al·lèrgòlegs siguem experts en tot tipus d'insectes i no només en els que piquen. De fet, els insectes poden provocar reaccions al·lèrgiques per contacte, ingesta o inhalació.

Els himenòpters injecten verí, que usen com arma per defensar les seves colònies o nius i per caçar, en el cas de les vespes. La quantitat de verí d'una picada és insuficient per causar símptomes destacats a banda del dolor i la inflamació local. Està compost de diferents al·lèrgens

En el tractament, el primer pas és assegurar mínimament que una reacció ha sigut provocada per picades, ja de vegades se'ls atribueixen lesions causades per altres motius. Una part de la lesió i el dolor provocats per una mossegada o picada es deuen al traumatisme, especialment en els insectes hematòfags. Les mossegades de les mosques negres en són un exemple. En canvi, molts mosquits piquen de forma inadvertida tant per la finor de les seves parts buccals com per la injecció de substàncies anestèsiques.

Les picades de qualsevol insecte provoquen una resposta immunològica, però només es consideren al·lèrgiques les reaccions locals gegants o atípiques i les sistèmiques (amb símptomes a distància de la picada). En els mosquits, es deuen a la sensibilització a proteïnes salivars amb reactivitat encreuada entre les diferents espècies de mosquits (i amb altres insectes hematòfags), però existeixen al·lèrgens d'espècie específics.

En alguns casos, la reacció local per una sola picada provoca una urticària papular generalitzada per reacció anamnèstica en picades antigues. És a dir, que múltiples lesions no impliquen múltiples picades actuals. S'han descrit 5 fases d'immunització evolutiva davant de les picades de mosquits que condueixen diferents respostes clíniques (taula I).

Les picades recents cal rentar-les amb aigua i sabó i aplicar un antisèptic localment. Es pot tractar, segons el nivell de molèsties, amb corticoide tòpic i antihistamínic oral.

El segon pas és intentar saber quin insecte ha picat, encara que sovint aquest aspecte pot ser irrellevant. Els himenòpters provoquen dolor quan piquen i, al ser insectes relativament grossos, de colors vius en el cas de les vespes i sorollosos, se sospiten amb facilitat. És més difícil

confirmar si la picada ha sigut per una abella o per una vespa. Aquestes picades rarament s'infecten ja que el verí es estèril. Si apareix una reacció inflamatòria local al cap d'unes hores, no s'ha de tractar amb antibiòtics: una cel·lulitis infecciosa necessita més de 24 hores per desenvolupar-se. Parlem de reacció local gegant quan el diàmetre de la lesió supera els 10 cm. El tractament es fa amb corticoides tòpics (si existeix impotència funcional o deformació de la cara cal fer pauta oral durant 3 dies), antihistamínics orals i fred local.

En les reaccions sistèmiques, s'ha d'avaluar la gravetat: les reaccions únicament cutànies (urticària i angioedema) es tracten amb antihistamínic sistèmic i potser corticoide sistèmic. Si apareixen símptomes d'anafilaxi, el tractament d'elecció és l'adrenalina intramuscular i les mesures de suport. Els corticoides i antihistamínics són tractament de segona línia.

PREVENCIÓ

Sense oblidar les barreres físiques (roba o mosquiteres, per exemple), l'ús de repel·lents és un component important per prevenir picades. Un repel·lent d'insectes es defineix com un agent químic o orgànic, que provoca un ambient al voltant de 4 cm de la pell suficientment nociu per als insectes com per evitar-ne les picades. Alguns repel·lents són també insecticides com la permetrina i els piretroides. L'OMS, a través de *WHO Pesticide Evaluation Scheme* (WHOPES), avalua els repel·lents. Es poden dividir en dues classes: 1) els sintètics com N-diethyl-3-methylbenzamide (DEET), icaridina i IR3535 i 2) els derivats d'olis vegetals com citronel·la, de *Corymbia citriodora* (que de per sí conté citronel·la, a més de PMD) o permetrina.

L'elecció del producte s'ha de basar en la seva eficàcia (mesurada pel temps de protecció que proporciona), la toxicitat, les propietats cosmètiques, el cost, que no facin malbé la roba i el motiu de la indicació, perquè és diferent un risc de contagi d'una malaltia infecciosa greu que el d'una reacció local gegant. En general, els sintètics són més eficaços, ja que els olis es volatilitzen més de pressa però tenen una toxicitat aguda baixa. S'ha aconsellat usar-los juntament amb icaridina, abans que el DEET. Cal recordar que el DEET s'ha d'aplicar després del protector solar per evitar-ne una absorció excessiva.



No s'ha demostrat eficàcia com a repel·lents dels sistemes electrònics que emeten ultrasons o sons. Ni cap repel·lent és útil per prevenir picades per himenòpters. L'ús profilàctic d'antihistamínics per via oral ha demostrat eficàcia per prevenir les reaccions dels mosquits, tot reduint les pàpules immediates i retardades i la picor.

La principal prevenció de les reaccions al·lèrgiques sistèmiques greus per a himenòpters és la immunoteràpia, que ha demostrat una eficàcia d'entre el 85 i el 98% per prevenir noves reaccions en cas de picada. És molt rellevant que tots els professionals de la salut sapiguem que existeix aquest tractament i que les persones que han patit reaccions greus siguin derivades de forma preferent als serveis d'al·lèrgia per a la seva valoració i tractament. ■

BIBLIOGRAFIA

JH Diaz. Rebies article. *Chemical and Plant-Based Insect Repellents: Efficacy, Safety, and Toxicity. Wilderness & Environmental Medicine* 2016;27:153-163.

Alfaya T, Soriano V, Soto T, Vega A, Vega JM, Alonso A, Antolín D, Carballada FJ, Dominguez C, Gutierrez D, Marquès L, Martínez A, Martínez M, Moreno A, Puente Y, Ruiz B, Sánchez L. Key issues in hymenoptera venom allergy. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2017;27(1):19-31.

L Marquès, C Pérez. *Novedades en Alergia siglo XXI. Insectos no himenópteros*. Barcelona: Temis Medical SL. 2010.

Taula 1. Estadis de la resposta immune a mosquits (JC Carlson. *Reactions to arthropod bites*. A: TM Freeman, JM Tracy, eds. *Stinging insect allergy. A clinicians guide*. Springer 2017)

Estadi	Inflamació al·lèrgica	Activitat IgE	Activitat de cèl·lules T	Implicació
1	Cap	Absent	Absent	Sense contacte previ
2	Reacció cutània local retardada (urticària papular)	Absent	Present	Alguns contactes previs
3	Reacció cutània local bifàsica (immediata i retardada)	Present	Present	Múltiples contactes previs
4	Fava i eritema immediats únicament	Present	Absent	Molts contactes previs
5	Cap	Absent o mínima	Absent	Moltíssims contactes previs

LA MODA "ECO" Y "BIO" en la alimentación humana

 DR. A. RODRÍGUEZ POZO

Exdecano de la Facultad de Medicina
Universitat de Lleida

Los llamados productos naturales están de moda. Actualmente, hay una cierta parte de la población –parece que más numerosa de día en día– que es partidaria de consumir productos obtenidos por métodos denominados naturales. Los productos alimentarios tal vez sean los principales objetivos de esta moda y en las estanterías de los supermercados aparecen nuevos artículos que se presentan como naturales o ecológicos o biológicos u orgánicos –“eco”, “bio” y “org” son términos con los que se conocen habitualmente los productos citados–. Etimológicamente hablando, estos tres términos son diferentes, aunque el significado que se les suele dar a nivel popular es muy similar: el de productos alimentarios que tienen en común que no se han empleado compuestos químicos no naturales. Productos naturales, ecológicos, biológicos u orgánicos son términos que se suelen utilizar, pues, como sinónimos.

Habitualmente, se definen como aquellos productos que no han sido tratados con ningún tipo de pesticida, fertilizante, antibiótico o cualquier producto químico no natural. Así mismo, se entiende que son productos que han sido cultivados respetando los ciclos propios de la naturaleza, sin ninguna intervención ni modificación genética. Por extensión, se interpreta que su cultivo no utiliza productos químicos que dañen de alguna forma el medio ambiente ni en su producción ni en su elaboración. En España, el término más extendido es ecológico y su diminutivo “eco” y son los reservados por la legislación.

En la práctica, entre los consumidores, quizá sí existe alguna diferencia entre estos adjetivos en un nivel más subjetivo: por “bio” se entiende más como el producto natural que, por su calidad de nutrientes, es beneficioso para la salud, mientras que por “eco” se entiende más como un carácter medioambiental.

IMPLICACIONES DE ESTA MODA

Aunque lo verde se ha puesto de moda hacia el final del siglo XX, y especialmente en lo que llevamos del siglo XXI, algunas corrientes libertarias ya proponían, allá por los comienzos del siglo XX, la alimentación ecológica, el nudismo y los baños de sol como modo de vida más saludable. Por tanto, aunque se ha intensificado mucho en estos últi-

mos años, el fenómeno no es nuevo. Hoy en día, los partidarios de lo “bio” y lo “eco” suelen relacionar el color de la hierba con la naturaleza, el respeto al medio ambiente y la ecología. Por eso, se ha dado en llamar *moda verde* y se ha extendido a la vestimenta –tejidos ecológicos–, a la cosmética o a la construcción de viviendas.

La consecuencia de esta fiebre naturalista o fiebre verde ha sido la proliferación de establecimientos comerciales especializados en este tipo de productos alimentarios y el aumento espectacular de su producción. Según un informe de *The World of Organic Agriculture*, presentado en *BioFach 2014*, en 2012 en torno a 1,9 millones de agricultores ecológicos tenían su certificado oficial en 164 países, con 37,5 millones de hectáreas cultivadas de forma ecológica y un mercado mundial ecológico con ventas por valor de 63.000 millones de dólares. De forma global, en 2012 las ventas de productos ecológicos aumentaron hasta un 10%, hubo un 5% más de fincas ecológicas y un 0,5% más de superficie cultivada en el mundo. El país con mayor superficie dedicado a la agricultura ecológica es Australia, con 12 millones de ha, le sigue Argentina, con 3,6 ha, EE.UU. con 2,2 ha, China con 1,9 ha y España con 1,6 ha.

El mercado de alimentos ecológicos mueve 22.590 millones de euros en USA, 7.000 en Alemania, 4.000 en Francia, 1.885 en Italia, 1.000 en Japón y 998 en España. España es el primer estado miembro de la UE en superficie en producción ecológica, además de ocupar una de las primeras posiciones a nivel mundial. Dentro de España, Andalucía es la comunidad autónoma con mayor superficie en producción ecológica, y supone el 54% de la superficie nacional. La mayor parte de la superficie ecológica nacional corresponde al aceite de oliva, a cereales y leguminosas y, en menor medida, también aparecen los frutos secos y la vid.

¿QUÉ SIGNIFICA ESTA MODA?

En la alimentación humana, hay cada vez una mayor demanda de productos saludables. Para una buena parte de la población los alimentos “eco” o “bio” representan el paradigma de esta alimentación sana. Además, se cree que, de esta manera, se preserva el medio ambiente, se mantiene la fertilidad del suelo y se obtienen alimentos con todas sus propiedades naturales.

Algunos consumidores llegan a creerse cosas como que “nuestras abuelas comían mejor que nosotros”, sin tener ningún dato objetivo científico que avale esta

tesis, ya que lo cierto es que había plagas, tifus, botulismo y pueblos enteros que sufrían epidemias de bocio, entre otras cosas. Según el estudio del MAPA *Conocimiento, Hábitos de compra y Consumo en España* casi un 84% de los españoles afirma que sí consumiría estos alimentos en un futuro. El informe también refleja las barreras a su consumo, como el hecho de que son alimentos más difíciles de encontrar y más caros.

Muchos consumidores identifican las dietas basadas en los alimentos "eco" y "bio" como dietas sostenibles. Sin embargo, la dieta sostenible, que está reconocida por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a aquella basada en la riqueza de productos frescos, poco procesados y envasados, ecológicos cuando sea posible, con un bajo consumo de carne y cuya procedencia sea lo más local posible.

PROS Y CONTRAS DE ESTA MODA

Muchos de los partidarios de los productos "eco" o "bio" creen que este tipo de alimentos son más sanos, más naturales, más saludables y que contribuyen a la sostenibilidad, al equilibrio y respeto al medio ambiente y al bienestar de las personas. En una encuesta, el 41% de las personas encuestadas percibía los productos ecológicos como más naturales y un tercio como más sanos y con mejor sabor. Algunos argumentan que "tratan de meterse en el cuerpo menos pesticidas, fertilizantes químicos, hormonas o antibióticos" y creen que hacen un favor al medio ambiente y promueven un trato digno a los animales. En algunos ambientes se ha puesto de moda una auténtica quimiofobia.

Los consumidores de entre 30 y 45 años son los que más los valoran. Otros argumentan que, si como consumidores se apuesta por el ahorro energético, las energías renovables o las casas bioclimáticas, es evidente que en la alimentación debe haber cada vez una mayor demanda de productos saludables. Hoy en día, el reflejo de la importancia que van adquiriendo en una buena franja de la población es la introducción de estos productos en las cadenas de distribución y el lanzamiento en grandes hipermercados.

Pero, de igual manera, hay muchos detractores. Ya en 2009, la *British Food Standard Agency* dio a conocer un informe que concluía que una dieta ecológica no resultaba más beneficiosa para la salud que una normal. Un buen número de personalidades ligadas al mundo de la alimentación tachan a los ecologistas de "pijo-progres y esnobs que se permiten el lujo de pontificar desde su posición económica privilegiada"; otros los denominan "altanera mafia orgánica" y les acusan de promover una especie de clasismo alimentario que distingue entre ricos compradores de productos "bio" y pobres humillados ante la imposibilidad de acceder a ellos, o también de "capricho lava-conciencias para pijos" que se creen superiores por consumirlos, e incluso que a veces el "furor por lo ecológico puede llegar a excesos ridículos".

¿QUE HAY DE VERDAD EN TODO ELLO?

En cuanto a los contenidos nutricionales, diversas investigaciones revelan que los productos obtenidos a través de agricultura ecológica y no ecológica tienen propiedades finales (nutricionales y de salud) muy similares y que ecológico no es necesariamente sinónimo de saludable. Diversos estudios sobre la calidad nutricional de los productos ecológicos y no ecológicos no han encontrado diferencias sustanciales. Por ejemplo, la *London School of Hygiene Tropical Medicine*, en una investigación del 2010, concluyó que "no existe certeza sobre los beneficios nutricionales de consumir alimentos orgánicos". El *American Journal of American Nutrition* afirmaba en 2009 que "no existe evidencia de diferencias en la calidad nutricional entre los alimentos producidos de forma orgánica y los convencionales".

Por el contrario, el *British Journal of Nutrition* publicó recientemente una revisión de los resultados de varias investigaciones y concluía que "los alimentos ecológicos presentan mayor contenido en componentes antioxidantes y menos cantidad de cadmio y residuos de pesticidas que los alimentos convencionales, pero en ningún caso se puede afirmar que los resultados indiquen que los alimentos ecológicos sean más saludables que los convencionales".

Por otra parte, la *Universidad de Stanford* concluía en el 2012 que, si bien no se hallan evidencias científicas de que la alimentación orgánica sea significativamente más nutritiva que la convencional, sí es cierto que "el consumo de productos orgánicos puede reducir la exposición a residuos de pesticidas y de bacterias resistentes a antibióticos". Otro estudio del *The British Journal of Nutrition*, de 2014, afirma que los alimentos orgánicos presentan "menores cantidades de pesticidas y metales pesados y mayores concentraciones de antioxidantes".

Sin embargo, es muy difícil conocer el efecto real del consumo de alimentos orgánicos sobre la salud, ya que una investigación elaborada conjuntamente por la *North Carolina State University* y el *Norwegian Institute of Public Health*, concluyen que "las personas que consumen productos orgánicos suelen llevar un estilo de vida más saludable, lo que afecta al resultado".

En cuanto a seguridad, la *EFSA (Autoridad Europea para la Seguridad de los Alimentos)* asegura que el producto que llega a nuestra despensa es seguro. Expertos, como B. Robles, aseguran que es necesario "dejar la quimiofobia a un lado y entender que los productos frescos no ecológicos a los que tenemos acceso en el súper no solo no son malos para la salud, sino que tampoco son, por fuerza, menos sabrosos". No existen, asegura, diferencias sustanciales a nivel organoléptico entre un producto ecológico y otro que no lo es, ya que "el sabor de un alimento depende, entre otras cosas, de la variedad empleada y de la carga genética de la semilla". Otros, como JM Mulet, afirman que "para que las dosis ingeridas con los alimentos de cualquier pesticida fuesen tóxicas deberíamos consumir hasta cuatro toneladas". También señala otra creencia

muy extendida sobre las frutas y verduras procedentes de la agricultura convencional que “el hecho de que sean más bonitas y tengan mejor presencia no significa que se hayan aplicado extraños mecanismos genéticos ni que se hayan obtenido en el laboratorio, sino, sencillamente, que se tiran las más feas”.

Pero otros autores, como N. Coll, postulan que los últimos estudios son razón suficiente para apostar, en la medida de lo posible, por el consumo de productos orgánicos, “puesto que incluso la OMS ha advertido de los peligros del consumo de herbicidas como el glifosato”, que califica como probablemente cancerígeno para los seres humanos.

CONSECUENCIAS

El mayor problema que se plantearía si se convirtiese la producción de alimentos con criterios “eco” y “bio” es el de alimentar a los más de 7.400 millones de personas actuales, ya que hoy en día estamos consumiendo recursos equivalentes a dos planetas y, sin embargo, casi una sexta parte de esta población está subalimentada. ¿Cómo hacerlo para que el sistema funcione y no se colapse? Un dato para la reflexión: en la Edad Media había un tercio más de superficie de tierra cultivada que en la actualidad y, a pesar de ello, gran parte de la población padecía hambre, aunque la población mundial era muy inferior a la actual. Sin fertilizantes ni pesticidas, ¿cómo podría la agricultura ecológica producir suficiente para subvenir las necesidades actuales? En un artículo sobre el tema en el diario *Daily Mail*, se afirma que, si la industria entera se volviera ecológica, no podríamos alimentarnos. Sin embargo, algunos expertos e instituciones, por ejemplo la ONU, comienzan a verla como una vía que a la larga puede ser productiva y más eficaz a la hora de combatir las desigualdades.

Autores como Lomborg reconoce que evitar los pesticidas podría reducir hasta un 20% las muertes por cáncer en EEUU, pero añade que, de imponerse, el alto coste de los productos ecológicos –entre un 10 y un 174% más caro– reduciría el consumo de frutas y verduras. Esto tendría unas consecuencias aún peores para la salud de los ciudadanos con menor poder económico.

Otro problema es que la alimentación ecológica que llega a nuestras tiendas es más cara. Esto es un hecho incues-

tionable, hasta cierto punto lógico, porque, hoy por hoy, es más costoso producirla, y ello tiene graves repercusiones a la hora del consumo de grandes capas de la población. Por ello, se ha tipificado a esta moda como elitista y solo al alcance de las economías más pudientes.

Otro problema son las posibles estafas. No existe una normativa uniforme, regulada y controlada que asegure que un alimento con la etiqueta “bio” lo sea realmente. Algunos productos procesados son blanqueados o reverdecidos, con la etiqueta “bio” sin cumplir las normas de producción ecológica. De ahí que se hable de los “falsos bios”, en alusión a la utilización del término “bio” en alimentos y bebidas. En este sentido, Europa quiere limitar el uso engañoso de las marcas “bio” y “eco” y parece que a partir de octubre de este año, unificará los criterios en todos los países de la UE para que un producto pueda contener en su denominación las palabras “biológico”, “orgánico” o “ecológico”. ■

BIBLIOGRAFÍA

<http://www.abc.es/informacion/alimentos/ecologico.asp>
<http://diariodegastronomia.com/organico-eco-bio-tendencias-una-realidad/>
https://elpais.com/elpais/2017/06/28/tentaciones/1498651565_707925.html
<http://www.biocultura.org/nota/81>
<http://www.ecological.bio/es/>
https://elcomidista.elpais.com/elcomidista/2012/09/18/articulo/1347944400_134794.html
<https://www.tendenciasohombre.com/estetica/existe-cosmetica-bio-cosmetica-eco-y-la-natural>
http://www.biocultura.org/img/actividades/thumb/paneta_moda_y_ecoestetica1.pdf
<http://www.lavanguardia.com/vivo/ecologia/20160614/402498428265/ecologico-biologico-organico-sostenible-alimentacion.html>
<https://www.lafertilidaddelatierra.com/que-hay-de-nuevo/actualidad/1099-la-superficie-ecologica-mundial-inscrita-aumenta-pero-mas-despacio-que-el-mercado.html>
<http://www.juntadeandalucia.es/agriculturaypesca/observatorio/servlet/FrontController?action=Downloads>
<https://www.lavanguardia.com/comer/tendencias/20180919/451880300654/comer-ecologico-saludable.html>

Tabla 1. Ventajas y desventajas de los productos alimentarios eco y bio.

Posibles ventajas al consumir productos “eco” y “bio”	Posibles inconvenientes de su consumo masivo
<ul style="list-style-type: none"> • Menor exposición a pesticidas, metales pesados y a bacterias resistentes a antibióticos • Menor tasa de muerte por cáncer (algunos creen que hasta un 20%) • Las personas que los consumen suelen llevar un estilo de vida más saludable • Contendrían mayores concentraciones de antioxidantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Los productos “eco” y “bio” son más caros • Disminuirían el consumo de fruta fresca y verduras • No existen diferencias en la calidad nutricional ni a nivel organoléptico • Las implicaciones finales sobre la salud son muy similares • Disminuiría la producción de alimentos lo que haría imposible alimentar a toda la humanidad (7.400 millones de personas)

Tots aquests vehicles seleccionats tenen les següents característiques:

►El preu inclou l'IVA i aquest és deduïble per a empreses i autònoms ►Tenen dos anys de garantia de fàbrica des del dia del lliurament ►Disposen d'un descompte addicional si financen amb AUDI Credit i els que tenen menys d'un any poden adquirir-se mitjançant Renting ►Consulti amb el nostre equip comercial.



PREU OFERTA:
44.900€

A6 40 TDI
240cv Stronic
PVP: 64.781€



PREU OFERTA:
65.900€

Q7 DESIGN 45 TDI 231CV
STRONIC QUATTRO 7PLA.
PVP: 88.390€



PREU OFERTA:
23.900€

A3S
3.0 TDI 116CV
PVP: 33.559€



PREU OFERTA:
30.900€

A4 ADVANCED
2.0 TDI 150CV
PVP: 41.619€



PREU OFERTA:
57.500€

A7 SLINE 3.0 TDI 272CV
QUATTRO STRONIC
PVP: 87.596€



PREU OFERTA:
28.000€

A3 SEDAN SLINE
35 TFSI 150CV
PVP: 39.322€



PREU OFERTA:
25.900€

A3S DESIGN
35 TFSI 150CV
PVP: 36.401€



PREU OFERTA:
42.000€

A4 AVANT SLINE
40 TFSI 190CV STRONIC
PVP: 55.689€



PREU OFERTA:
23.900€

A1 BLACK LINE
30 TFSI 116CV
PVP: 31.162€



PREU OFERTA:
24.900€

A1 30 TFSI 116CV STRONIC
PVP: 33.103€



PREU OFERTA:
22.200€

A1 SLINE 30 TFSI 116CV
PVP: 29.889€



PREU OFERTA:
68.900€

A6 DESIGN 50 TDI 286CV
QUATTRO TIPTRONIC
PVP: 88.919€



Confiança mútua De metge a metge

No hi ha ningú millor en qui **confiar** el teu futur, els estalvis, el teu dia a dia i la teva família que en **qui millor et coneix**.

 MutualMedica  @MutualMedica

www.mutualmedica.com

infomutual@mutualmedica.com · 900 82 88 99

#confianzmutual



MutualMedica

La Mutualitat dels Metges