

Un model d'autogestió: Pediatria dels Pirineus, SCCLP



S'està plantejant contractar una assegurança de salut?



A Medicorasse Corredoria d'assegurances hem realitzat una anàlisi objectiva del mercat assegurador per oferir-li els productes de salut que millor poden satisfer les seves necessitats.

Podrà triar entre diverses opcions ofertes per **companyies de primer nivell** que li proporcionaran:

- Els millors preus: Assegurances de serveis complets des de **43,90 €/mes*** amb tarifa plana i sense copagament.
- Els quadres mèdics més complets i la gamma de serveis inclosos més àmplia.
- Els millors centres hospitalaris.

Posi's en contacte amb nosaltres i l'assessorarem sobre l'opció que més li convé

*Primes 2012 per assegurat, sense distinció de sexe (subjecte a la normativa vigent de contractació de la companyia):
 - Assegurats de 0 a 55 anys en el moment de contractació: 43,90 €/mes.
 - Assegurats de 56 a 64 anys en el moment de contractació: 44,90 €/mes.

Informi-se'n al seu Col·legi
o trucant al telèfon
902 198 984
www.med.es



Professionals al servei de professionals

BUTLLETÍ mèdic

Número 94, maig del 2012

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
http://www.comll.es
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Tomàs Alonso Sancho
Mireia Armengol Gay
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Joan Prat Corominas
Joan Ribera Calvet
Àngel Rodríguez Pozo
Antonio Rodríguez Rosich
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director: Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació

Disseny i maquetació:
Disseny Kevin

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COMLL

Fotomecànica: Gràfics Claret, SL

Impressió: ImpresPla, SL

Dipòsit legal: L-842/1996 · ISSN: 1576-074 X

BUTLLETÍ MÈDIC fa constar que el contingut dels articles publicats reflecteix únicament l'opinió de llurs signants

TARIFES PUBLICITÀRIES

Preus per inserció (6 números/any)

OPCIÓ 1	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
1 Contraportada externa	721,21 €
1 Contraportada interna	480,81 €
4 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	2.404,06 €

OPCIÓ 2	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Pàgines interiors	300,51 €
Preu total insercions:	1.803,06 €

OPCIÓ 3	
ESPAI CONTRACTAT	PREU PER NÚMERO
6 Mitges pàgines interiors	150,25 €
Preu total insercions	901,50 €

Els fotollits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 18% d'IVA

EDITORIAL

Vacunacions vs. drets individuals i col·lectius

La vacunació és probablement l'estratègia més efectiva per prevenir malalties i la que té un millor cost-benefici individual i col·lectiu. Des de la seva instauració, s'ha aconseguit eradicar malalties tan importants i greus com la poliomielitis i la verola.

No obstant això, hi ha col·lectius que es neguen a vacunar els seus fills i al·leguen el perill o els efectes secundaris de les vacunes. Aquesta actitud està influenciada per una informació esbiaixada i publicada, en algun cas, en una prestigiosa revista científica. Posteriorment, s'ha demostrat la falsedat de la tesi defensada en aquests articles i el seu autor ha estat expulsat del col·legi de metges.

Així i tot, continuen existint col·lectius contraris a les vacunacions. Tanmateix, la decisió dels pares que es neguen a vacunar els seus fills també perjudica la immunització de la resta de la societat. Per tant, aquestes pràctiques individuals col·lideixen amb l'interès general de la població.

La legislació sobre les vacunacions és diferent segons els països. A Espanya no és obligatòria, i la mateixa Constitució estableix el dret individual dels ciutadans a decidir en matèria de salut. Per això, les persones antivacunacions s'emparen en aquest context legal per evitar la immunització dels menors.

D'altra banda, hi ha articles en la legislació espanyola que autoritzen la intervenció quan els drets individuals col·lideixen amb els col·lectius i quan els tutors o pares prenen decisions sobre els menors que poden posar en risc la seva salut. En aquest sentit, s'han dictat ja diverses sentències, però amb interpretacions no sempre coincidents.

Cal, per tant, que el nostre país es doti d'una llei clara i rigorosa que estableixi els mecanismes que s'han de posar en marxa de manera automàtica per preservar els drets col·lectius de la ciutadania en matèria sanitària.



SUMARI

Debat sobre les vacunes i les actituds antivacunacions

A càrrec de Pere Godoy, Francesc Domingo, Josep Corbella, Elena Simó i Mariola Espejo

13)))

Cinc anys del Servei de Valoració de la Dependència a Lleida

A càrrec de la Dra. Núria Gracia, Gerard Pedra, psicòleg, i Núria Barberà, treballadora social

30)))



Equip pediàtric de Pediatria dels Pirineus

MEDICORASSE, Corredoria de Seguros. NIF A-59-498220. DGS, clau J-928. Polissa de responsabilitat civil i aval d'acord amb la llei 26/2006, de 17 de juliol.

Jornada d'Actualització en les Síndromes de la Fatiga Crònica i de la Intolerància Química Múltiple

El concurs de relats sobre la fatiga aconseguí 200 participants

La III Jornada d'Actualització Diagnòstica i Terapèutica en Síndrome de la Fatiga Crònica i Síndrome de la Intolerància Química Múltiple es va celebrar el dia 16 de març a l'Aula Magna de la Facultat de Medicina. Així com les altres dues jornades havien estat dedicades a la fibromiàlgia, en aquesta ocasió ho van ser les dues malalties esmentades, atès que potser són més desconegudes i la seva incidència va en augment. L'assistència va ser de 225 persones inscrites, la majoria professionals de la salut i interessats en els temes per tractar.

El Dr. Jaume Capdevila, el Dr. Antonio Mateu i el Dr. Joan Ribera van inaugurar la jornada, mentre que va obrir l'acte l'escriptor Pep Coll, que,

com a membre i secretari d'un jurat de tres persones del món cultural, va ser l'encarregat del lliurament de premis als considerats tres millors relats i guanyadors del I Premi de Relat sobre la Fatiga. Una Malaltia, convocat per la Unitat de Fibromiàlgia i Síndrome de la Fatiga Crònica (FM/SFC) de l'Hospital de Santa Maria. Aquesta convocatòria literària tenia la intenció, una vegada més, d'enriquir l'acte de caire científic amb un ingredient del món sensible i permetre a les persones afectades expressar les diferents lectures de la malaltia. Una participació de 200 relats, d'autors espanyols i llatinoamericans, molts d'ells de gran qualitat, mostren l'èxit de la iniciativa. Podeu llegir en aquest mateix BUTLLETÍ l'article guanyador.



Assistents a la jornada

Com en les altres edicions, la jornada es va dividir en dues parts ben diferenciades. D'una banda, al matí el Dr. Fernández Solà, metge internista de

l'Hospital Clínic de Barcelona i un dels màxims experts en Síndrome de la Fatiga Crònica, va fer la primera presentació parlant de les diferents novetats

etiopatogèniques i diagnòstiques de la síndrome. El Dr. Lluís Rosselló, reumatòleg, va fer una posada al dia del tractament i després es va obrir un debat

força interessant moderat per la Dra. Núria Montalà. Metges i investigadors de l'esport i l'INEFC van continuar després informant dels beneficis de l'exercici regulat i controlat en la mateixa Síndrome de la Fatiga Crònica (SFC), i aquí cal comentar que ells mateixos van presentar l'esquema d'un estudi aleatori i controlat a pacients afectats pel SFC, que ja s'ha començat a fer i on es pretén conèixer el càlcul exacte de la quantitat d'exercici que és tolerable i, a la vegada, beneficis per millorar alguns dels símptomes de la malaltia.

La Dra. Anna Maria Cuscó, de l'Institut Ferran de Reumatologia-Clinica CIMA, va desenvolupar una brillant exposició sobre la Síndrome de la Intolerància Química Múltiple, una malaltia molt desconeguda i que fa patir molt els pacients afectats, incurable fins a la data, però sí millorable, tal com va exposar la ponent i l'al·lèrgic Dr. Lluís Marques en el debat posterior. El Dr. Carles Roca va tancar les presentacions matinals amb el sempre interessant punt de vista des de l'Atenció Primària sobre les dues malalties.

La tarda va estar dedicada a tallers d'afrontament i estratègies per lluitar contra les dues malalties. La psicòloga de la Unitat de FM/SFC de l'Hospital de Santa Maria, Laura Bosa, i la també psicòloga Dolors Zapata, de Fibrolleida, van exposar la manera de lluitar contra el dolor de la malaltia. La terapeuta ocupacional Laura Ortega i la fisioterapeuta i coordinadora de la Unitat de FM/SFC Carme Campoy van parlar dels mitjans de rehabilitació i aspectes tècnics per afrontar i tractar la fatiga. Les infermeres Mercè Serra i Irida Gimeno van tancar la Jornada amb consells i altres mitjans per controlar la fatiga. La cap d'infermeria de l'Hospital de Santa Maria de Lleida, Pilar Sanmartí, va donar per clausurada la Jornada.

PRIMER PREMI

Espiral

Sé que te vas a marchar. Hoy no me has esperado y has preferido subir por las escaleras. Antes lo hacíamos como juego, el que llegara primero podía elegir postre, decíamos. Después me dabas unos metros de ventaja, casi siempre, y yo subía los escalones de dos en dos, y acababa con la lengua fuera, y me ponía nerviosa al sacar las llaves, se me caían al suelo y escuchaba tu aliento acercándose, hasta que me atrapabas, me abrazabas por la espalda y yo me dejaba hacer, lo confieso, y comenzaba a gritar, y en cuanto gritaba ya se asomaba al descansillo la mujer del lunar en la nariz, y le pedíamos perdón por los gritos y entonces teníamos que entrar deprisa para reírnos a gusto y ya daba igual quien ganara el juego,

porque el juego ya era otro. Pero eso era antes, en una vida tan lejana que a veces pienso que nunca sucedió.

En el ascensor los números que me acercan a ti avanzan como la cuenta atrás de un explosivo. Tengo la impresión de que se escuchan mis latidos en varias manzanas a la redonda. El dolor se me acumula esta tarde en las muñecas y aún noto en las pupilas el destello punzante de la luz de la consulta. Escucho detrás de mí el carraspeo de la mujer del lunar en la nariz. No sé si la he saludado. Me da igual. En mi mente ahora sólo estás tú. Porque sé que ya no puedes más. Sé que te vas a marchar. Dentro de unas horas o dentro de unos días o dentro de unas semanas, no sé cuándo, pero te marcharás. Lo sé. Y pienso si sería mejor dar media vuelta y ponértelo fácil, pero un pitido me avisa de que he llegado a nuestra planta y la mujer del lunar en la nariz me mira con el ceño fruncido y tengo que salir al rellano. Enton-

ces noto el rastro de tu colonia que me envuelve y me arrastra hacia nuestra casa.

La puerta entreabierta es una certeza más de que has salido para no volver, pero al entrar veo que la mochila está en el suelo. Tu cazadora también. Mi corazón regresa al pecho. La respiración se me torna pausada. Avanzo despacio, como reconociendo primero cada centímetro del espacio que me rodea. Y te encuentro. Estás en el salón, junto al gigantesco plano de la ciudad con el que cubrimos una de las paredes y en el que señalaste, con paciencia infinita, la localización exacta de todos los especialistas que lograste encontrar para mí.

- Empezaremos por los que están más cerca —dijiste— y después iremos avanzando en espiral, de uno en uno, hasta llegar a los que están más lejos. Alguno tiene que saber qué es lo que te pasa.

¿Te acuerdas? Pensabas que no tendríamos que visitarlos a todos y sin embar-

go ya casi hemos completado la espiral. Y siento como si con cada nueva cita, con cada nuevo doctor, con cada nuevo curandero, o masajista, o sanador, tú te fueras alejando un poco más. Siento que yo estoy todavía en el centro de la espiral y que tú estás en el otro extremo, a punto de rebasar los bordes de la pared.

En tu mano derecha aprietas nerviosamente el rotulador negro. Acabas de tachar otra dirección en el plano.

- ¡Putos estafadores! —gritas.

Creo que ni siquiera te has dado cuenta de que ya he llegado.

- Me voy a la cama —susurro. Entonces te giras.

- ¿Te puedes creer lo que te dijo? —contestas, y soy incapaz de responder, porque lo cierto es que no recuerdo sus palabras. En el fondo, qué más da. He escuchado tantas veces que estoy deprimida, o que no quiero trabajar, o que lo que tengo que hacer es descansar una temporada, que

los diagnósticos se me mezclan ya en la cabeza como hilos en una caja de costura.

- No tardes —te pido, y me voy al dormitorio.

Sé que te vas a marchar. Te oigo hablar por teléfono y pienso que has conocido a otra persona. No te culpo. Necesitarás a alguien con quien ir al cine, con quien hablar del último libro que te has leído, con quien salir a cenar sin temor a que un dolor de cabeza arruine los planes. Me meto en la cama y he de reprimir una arcada. Qué ironía, de niña apuraba todos los minutos antes de levantarme para ir al colegio y ahora daría cualquier cosa por poder escapar de aquí. Intento dormir y sé que hoy tampoco podré hacerlo, y me revuelvo entre estas sábanas que se enredan como grilletas a mis pies. Me giro hacia la mesilla para mirar el despertador y mi mano tropieza con la misteriosa lata de conservas sin etiqueta que encontramos aquella tarde al fondo de la despensa.

- Cuando sepamos el nombre de tu enfermedad la abriremos para celebrarlo —dijiste poniéndola, como si fuera un trofeo, junto a nuestra foto de Sintra.

Cierro los ojos y empiezo a pensar que al abrirlos ya no te encontraré, pero entonces entras en la habitación, y te acuestas junto a mi, y me acaricias el pelo, y me abrazas por la espalda, y yo me dejo hacer, lo confieso.

- He estado charlando con un compañero de la oficina —dices. Me ha dado el número de un reumatólogo amigo suyo, ¿quieres que le llame?

Estoy segura de que te marcharás. Lo sé. Sé que te vas a marchar. Y sin embargo te quedas, y tu mano se estira hacia mi, firme, paciente, confiada, y, como una cuerda para un náufrago, la veo avanzar, segura de poder rescatarme, al fin, del centro de mi espiral.

Raúl Clavero Blázquez

XXXIII Congrés de la SOCMIC i 29 Jornades Catalanes d'Infermeria Intensiva i Crítica

El XXXIII Congrés de la Societat Catalana de Medicina Intensiva i Crítica (SOCMIC) i les 29 Jornades Catalanes d'Infermeria Intensiva i Crítica es van celebrar el 29 i el 30 de març al Palau de Congressos La Llotja de Lleida. El congrés, organitzat conjuntament per la SOCMIC i el Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV), va acollir els metges especialistes de Medicina Intensiva de Catalunya i la infermeria que es dedica a aquest camp.

Prop de 150 congressistes, provinents de les 38 UCI de Catalunya, van participar en el congrés, que va iniciar-se amb un curs previ dedicat a la simulació en el pacient crític. Trenta alumnes, metges i infermers es van matricular en aquest taller, que es va desenvolupar a l'aula d'habilitats de l'HUAV i va utilitzar robots i models humans.

Sessions conjuntes dels professionals de la Medicina i la Infermeria

Les sessions conjuntes per a professionals de la Medicina i la Infermeria van ser les següents:

Reptes actuals en la formació per a l'atenció del malalt crític, moderada pel Dr. A. Rodríguez i el Dr. F. Baigorri, amb tres ponències: *La formació en valors i actituds*, a càrrec de la Dra. Carme Jové, de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; *Noves tecnologies aplicades a la formació (simulació i web 2.0)*, a càrrec del Dr. José Javier Trujillano, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i *El repte de l'avaluació (del self-audit a l'EOCE)*, a càrrec del Dr. Joan Roma, de l'Institut d'Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya.

Formació en l'atenció al pacient politraumàtic, moderada per la Dra. Mariona Badia i la Dra. María-José Burguenio, amb tres ponències: *L'experiència de l'ATLS*, a càrrec del Dr. Salvador Navarro, de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell; *Codi Politrau-*



Membres del servei de l'UCI

Presentades 28 comunicacions orals i 180 pòsters

ma com eina formativa, a càrrec de la Dra. Sandra Mayora, de l'Hospital Moisès Broggi de Sant Joan Despí, i *Formació i infermeria (ATCN)*, a càrrec de Fisher Paz, de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Sessions temàtiques específiques per a metges

Les sessions temàtiques específiques per a metges i metgesses van ser les següents:

La medicina intensiva a la universitat, moderada pel Dr. A. Rodríguez i el Dr. R. Anglès, també amb tres ponències: *Coneixen els estudiants la Medicina Intensiva?*, a càrrec del Dr. Diego de Mendoza, del Comitè Científic de la SOCMIC; *La Medicina Intensiva com assignatura*, a

càrrec del Dr. Miguel León, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i *A qui competeix la formació continuada?*, a càrrec del Dr. Àlvar Net, president de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Nova dimensió en el maneig del pacient politraumàtic, moderada pel Dr. M. León i el Dr. Diego de Mendoza, amb tres ponències: *Tècniques terapèutiques endovasculars*, a càrrec del Dr. Joan Perendreu, de l'Hospital Parc Taulí de Sabadell; *Ús dels ultrasons en el pacient traumàtic*, a càrrec de la Dra. Sílvia Rodríguez, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i *Nous criteris de reposició de la volèmia i correcció de la coagulació*, a càrrec del Dr. Josep Trenado, de l'Hospital Mútua Terrassa.

Sessions temàtiques específiques per a Infermeria

Les sessions temàtiques específiques per a infermers i infermeres van ser:

Atenció d'infermeria en el malalt politraumàtic, moderada per A. Teixiné, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, amb

tres ponències: *Atenció al politrauma en Urgències*, a càrrec de Marta Escarp, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova; *Inquietuds davant del pacient politraumàtic*, a càrrec de Lara Garcia, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i *Seguretat en les mobilitzacions del pacient politraumàtic*, a càrrec d'Isaac Nuño, de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Discussions, dilemes i conflictes ètics, moderada per Olga Vidal, amb dos ponències: *Informació a familiars*, a càrrec de Judith Palacin, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, i *Limitació de l'esforç terapèutic*, a càrrec de Montserrat Paco, de l'Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

Avanços en el pacient politraumàtic, moderada per Ignacio Rubia, de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova, amb tres ponències: *Maneig avançat del pacient amb trauma craneoencefàlic*, a càrrec de Susana Martínez, de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; *Maneig avançat del pacient amb trauma medul·lar*, a càrrec de Concha González, de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, i *Maneig avançat del gran cremat*, a càrrec de Xavier Teixidó, de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron.

Simpòsiums satèl·lit

Es van dur a terme tres simpòsiums sobre *L'ús d'antifúngics en UCI*, moderat per la Dra. Montserrat Vallverdú i amb el

Dr. Santi Grau com a ponent; *L'hemodifiltració a la UCI*, moderat pel Dr. L. Servià, i amb M.A. Domènech i la Dra. T. Tomasa com a ponents; i *"L'antiagregació en la síndrome coronària aguda amb l'inhibidor P2Y12"*, moderat per la Dra. M. Carrasco i amb el Dr. Ferran Jara com a ponent.

Conferència de cloenda en sessió conjunta

La conferència de cloenda del congrés i de les Jornades d'Infermeria va tractar sobre la *Intel·ligència artificial en intensivus - avaluació mèdica*, moderada pel Dr. F. Baigorri, president de la SOCMIC, amb el Dr. José Javier Trujillano, de l'HUAV, i el Dr. Antonio Sarría Santamera, de l'AETS, Instituto Carlos III de Madrid, com a ponents.

Comunicacions i pòsters

Es van presentar 28 comunicacions orals (17 en l'àmbit mèdic i 11 d'infermeria) i 180 pòsters (30 en l'àmbit mèdic i 150 d'infermeria). Tant a escala mèdica com d'infermeria el Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova va contribuir-hi de manera decisiva, tot participant activament en la moderació de les taules rodones, les ponències i les comunicacions i els pòsters.

Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

La Dra. Rosa M. Pérez presideix la Fundació Pilar Felip i Galicia

La Dra. Rosa M. Pérez presideix la Fundació Pilar Felip i Galicia, ja que el Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) és membre del patronat que gestiona l'esmentada fundació i li correspon la responsabilitat de presidir-lo durant el 2012 i el 2013. La Fundació dona ajudes per finançar tractaments psiquiàtrics o psíquics a persones malaltes, especialment menors sense recursos, i col·labora amb els Serveis Socials de l'Ajuntament de Lleida, que canalitzen les peticions a través de les assistents socials dels barris.

Pilar Felip i Galicia, esposa d'Epitafio Bellí, va constituir aquesta fundació el 30 de març de 1951 i va aportar-hi valors mobiliaris i béns urbans. Els ingressos procedents de la venda d'aquelles propietats s'utilitzen per complir les finalitats de la fundació sota el control econòmic del Servei de Fundacions de la Conselleria de Justícia.

Per voluntat de la seva fundadora, el patronat de la Fundació està format per les persones que ocupen els càrrecs següents: alcalde de Lleida, president de la Diputació de Lleida, bisbe de Lleida, degà del Col·legi d'Advocats, presidenta del COMLL i director de l'IES Màrius Torres. La presidència és rotatòria i els mandats són de dos anys.



Lliurament d'orles als nous llicenciats en Medicina. El Dr. Xavier Matias-Guiu, director de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida, va apadrinar la promoció d'enguany dels nous llicenciats i llicenciades en Medicina per la Facultat de Lleida. L'acte de lliurament d'orles va tenir lloc el 4 de maig a la Seu Vella.



Taula rodona sobre medicina intensiva



Sessió de pòsters



El nou director territorial de Salut

El Dr. Josep Pifarré, director del Departament de Salut a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran

El Dr. Josep Pifarré Paradero és des del 24 d'abril el nou director territorial del Departament de Salut a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran, i gerent de les regions sanitàries de Lleida i de l'Alt Pirineu i Aran. Pifarré va néixer a Lleida l'any 1969. És llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Lleida, llicenciat en Psicologia per la Universitat Nacional d'Educació a Distància i doctor en Psiquiatria i Psicobiologia per la Universitat de Barcelona.

El nou director de Salut a Lleida va treballar com a metge intern resident de Psiquiatria a l'Hospital Universitari de Bellvitge del 1994 al 1997. L'any 1998 va iniciar la carrera professional a l'empresa pública de Lleida Gestió de Serveis Sanitaris (GSS) com a metge adjunt de Psiquiatria de l'Hospital de Santa Maria. Des de l'any 2003 era el director de l'Àrea de Salut Mental de l'empresa pública GSS i professor associat de Bioètica i Psiquiatria a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.

Presideix des del 2008 el Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova i ha estat membre de diverses comissions assistencials especialment relacionades amb la salut mental. El Dr. Pifarré és l'investigador principal del grup de recerca Fonaments Biològics dels Trastorns Mentals de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida.

Josep Pifarré formava part des del 2007 de la junta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, de la qual era tresorer, i era membre del consell de redacció de BUTLLETÍ MÈDIC. El Dr. Pifarré ha deixat aquests càrrecs en assumir la delegació de Salut a Lleida.

Presentats 52 vídeos al XII Festival Nacional de Videooftalmologia

El XII Festival Nacional de Videooftalmologia, organitzat per ILO sota la direcció del Dr. Rafael Ferreruela, va tenir lloc el 4 de maig a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. L'acte va comptar amb la presència de més de 150 professionals de tot l'Estat i s'hi van presentar 52 vídeos i 11 pòsters, que es van dividir en vuit sessions temàtiques.

L'alcalde Lleida, Àngel Ros, i el degà de la Facultat de Medicina, Joan Ribera, van inaugurar la jornada. Tots dos van lloar la iniciativa del Dr. Ferreruela, que treballa perquè Lleida sigui una ciutat de referència pel que fa a l'organització de congressos i actes científics.

Com en edicions anteriors, es van lliu-

rar els premis als millors vídeos que van correspondre a:

Primer premi: *Ectopia lentis infantil: restaurando la anatomía y la función*, de Marcelino Álvarez Portela, Raquel Núñez Plascencia i Fernando González del Valle, de l'Hospital General La Mancha Centro, d'Alcázar de San Juan (Ciudad Real).

Segon premi: *Cirugía experimental en oftalmología*, de Jesús Barrio Barrio, Alfonso Sabater Gozalvo i Elvira Bonet Farriol, de la Clínica Universidad de Navarra, de Pamplona.

Tercer premi: *Eppn: técnicas de implante esnoper y reconversión a trabeculectomia en el postoperatorio*, de Francisco Ruiz Tolosa, la Dra. Ángela Ding Wu i Montserrat Bausili Portabella, del Centro de Oftalmología Barraquer, de Barcelona.

La cloenda de la jornada va comptar amb la presència del professor Manuel Quintana, oftalmòleg de referència a Catalunya i a la resta de l'Estat, ja que des de la seva càtedra a l'Hospital de Bellvitge ha format els més destacats oftalmòlegs de l'actualitat.



El Dr. Ferreruela amb els autors dels vídeos premiats



Una de les sessions a la Facultat de Medicina de la Udl.

VII JORNADA DE TABAQUISME



Participants a la VII Jornada de Tabacisme

Un total de 220 persones es van inscriure a "Tabac i respostes terapèutiques"

La VII Jornada de Tabacisme va tenir lloc el 23 de març. La trobada estava organitzada conjuntament per la Unitat de Tabacisme de l'Hospital de Santa Maria (GSS) i el Departament de Medicina de la Facultat de Medicina (UdL), amb el suport tècnic i organitzatiu de l'Institut de Recerca Biomèdica de Lleida (IRBLleida). La jornada va comptar amb 220 inscrits i es van presentar un centenar de pòsters elaborats pels assistents.

Cada any s'escull un tema monogràfic sobre el qual giren els continguts de la jornada. Enguany el tema va ser *Com abordar diferents patologies mèdiques en què el consum de tabac és present*. La introducció va anar a càrrec del Dr. Esteve Saltó, responsable d'Investigació i Informació en Educació Sanitària i Programes de Salut (Agència de Salut Pública de Catalunya), que es va referir a la disminució global, també en bars i restaurants, de l'exposició del fum ambiental (FAT) de la població en general. Ara el consum de tabac s'ha traslladat a ambients oberts (portes i terrasses), que no garanteixen ambients sense fum a l'interior. Queden encara alguns punts per resoldre (taxis, etc.).

El Dr. José Carreras, responsable de la Unitat de Tabacisme de l'Hospital Carlos III de Madrid, va parlar sobre la patologia respiratòria deguda al consum de tabac, tot afirmant que el tabac és la primera causa de mort evitable en el nostre medi i que l'addicció al tabac és una malaltia crònica tractable. El Dr. Carles Fonta-

nals, membre de la Societat Catalana per al Control i Tractament del Tabacisme (SCATT), va tractar l'abordatge del pacient cardiovascular explicant que la incidència de mortalitat per malaltia coronària és del 70% per als fumadors en relació amb els no fumadors (i del 200% en grans fumadors), així com el fet que s'observa una significativa reducció de la mortalitat en pacients amb malaltia cardiovascular estable quan deixen de fumar.

El Dr. Antoni Gual, psiquiatre de l'Hospital Clínic de Barcelona, va fer referència al consum de tabac entre la població general a Catalunya (29,45%), tot apuntant que la seva prevalença és major en pacients amb trastorns mentals. Així, per exem-

ple, en pacients ingressats per aquest motiu pot trobar-se entre el 70 i 90%, i va afirmar que com més important sigui la gravetat del trastorn mental, més gran és la prevalença de fumadors. En pacients alcohòlics la prevalença pot ser del 80%. La Dra. Elena Castellanos, ginecòloga i obstetra del Centre Mèdic Teknon, va centrar la seva comunicació en el fet que les intervencions per promoure l'abandonament del tabac són l'única mesura que s'ha demostrat eficaç en la reducció de la prematuritat, el baix pes en néixer i la mortalitat perinatal.

Finalment, la psicòloga Pilar Roig, del Servei de Drogodependències de l'Hospital de Sant Joan de Reus, va fer una exposició sobre l'ambivalència pròpia d'una persona que es planteja abandonar el tabac i va parlar també del model explicatiu de Prochaska pel que fa a les fases del canvi.

Dr. Francesc Abella, psicòleg
Assumpció Vilarasau, psicòloga
Unitat de Tabacisme.
Hospital de Santa Marij



Imatge d'una de les sessions de la jornada



Membres del comitè científic i del comitè organitzador

VII Congrés de Salut Mental i Atenció Primària de la CAMFIC

Es dies 19 i 20 d'abril es va celebrar a Lleida el VII Congrés de Salut Mental i Atenció Primària, promogut per la vocalia de Salut Mental de la CAMFIC (Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària). L'organització va anar a càrrec dels companys de l'Atenció Primària de Lleida i de la Salut Mental de les nostres terres, especialment de l'Hospital de Santa Maria. Tot això ha permès trobar un espai de debat per compartir experiències i inquietuds en un món canviant, on la relació entre els diferents nivells assistencials, primària i especialitzada, cada cop s'acosta més a la recerca de fórmules eficients que alhora satisfacin les necessitats de la població.

"És més important saber quin tipus de persona té una malaltia, més que no pas saber quin tipus de malaltia té una persona", deia William Osler. Així, partint del principi que la clau de qualsevol acte mèdic és el relacional, podem dir que la nostra millor arma, tant diagnòstica com terapèutica, és la paraula. El lema del congrés ha estat *Escoltar per comprendre. La medicina*

El debat es va centrar a escoltar per comprendre i la medicina basada en la relació

basada en la relació. Durant dos dies hem debatut sobre aquesta idea: la relació metge-malalt, l'escolta activa, el pacient com a agent actiu del sistema sanitari, l'estigma de la malaltia mental i la comunicació intercultural.

La conferència inaugural de Sebastià Serrano ens va oferir diferents aspectes de la dimensió de la paraula *relació* com a màxima expressió de l'acte d'acolliment i delicada intimitat que es mostra en la relació metge-pacient, especialment quan parlem de patologies de l'esfera mental. Vam debatre sobre l'estigma encara present d'aquestes malalties, des de la visió del mateix pacient i de la família que pateix també la malaltia. Tots els organismes internacionals i nacionals

avalen la dimensió i la complexitat d'aquesta problemàtica i des de la FECAFAMM (Federació Catalana de Familiars de Persones amb Malalties Mentals) es van explicar les diferents línies de treball que s'estan duent a terme de manera transversal amb l'administració, els proveïdors, els professionals i les associacions d'usuaris i familiars, per tal de trencar aquest cercle viciós que retroalimenta l'estigma i genera prejudicis al col·lectiu i al seu entorn, tot perpetuant l'autoestigma.

Se'ns va fer reflexionar sobre el nostre món, dominat per les incerteses, on el pacient acut a la nostra consulta amb l'esperança que l'escoltem, el confortem i li oferim certeses. L'estat del benestar s'està reinventant, atès el canvi social al qual estem assistint, dominat per la crisi econòmica i la precarietat laboral, l'envelliment de la població, les noves cultures que s'han incorporat a la nostra societat... A més a més, sembla que el patiment i el dolor, fins ara naturals i cosubstancials a la mateixa vida, ja no són "naturals" i busquem en la farmacologia, la medicalització, inclosa la descripció de noves malalties sindròmiques, i la psicologització la solució de tots els problemes. Però s'ha demostrat abastament el poder curatiu de l'escolta i la paraula, que tant dominem des de l'Atenció Primària i de la Salut Mental. En paraules de F. Torralba, "la comunicació interpersonal és una eina clau per alleugerir el patiment" i "l'acompanyament i l'escolta no són psicològics, és humà", diu M. Esquerda.

Vam parlar de competència cultural, necessària per treballar amb eficiència independentment de l'origen ètnic o cultural de qui tenim assegut al davant. Molts són els metges que encara sobreestimen la freqüentació de la població immigrant quan la majoria no tenen malalties rares, sinó que tenen una manera diferent d'expressar el que senten, el seu patiment. Acudeixen a nosaltres amb la idea que la carismàtica "tècnica" del món occidental els salvarà quan el primer pas, nostre i d'ells, serà entendre què passa dins seu, quines són les seves pors i neguits. Això només ho aconseguirem sent respectuosos i tolerants, si evitem els prejudicis, els estereotips i, en definitiva, el propi etnocentrisme per tal d'establir ponts de diàleg i d'intercanvi cultural.

Amb tot això s'aposta per recuperar la promoció de la salut (millor, la PROMOCIÓ) entesa com l'autocura (i sentit comú) que ja tenien les nostres àvies i que hem anat perdent en part amb el pas del temps, tot emmirallant-nos en el progrés científic exclusivament. S'aposta per fer participi el pacient del seu propi procés curatiu, tot fent exercici de la seva autonomia en un model de relació assistencial deliberatiu. Entès el pacient com un ésser que

pateix i ens demana ajut, i que, per tant, es mostra vulnerable, necessitarà paciència fins a arribar al correcte diagnòstic i tractament i, com a agent actiu i corresponsable, assumirà la seva competència en la presa de decisions. Per tot plegat caldrà fer pedagogia social del que esperem els uns dels altres, amb competència i responsabilitat.

El Dr. G. López Casasnovas ens va proposar pensar més en la solvència de l'actual sistema sanitari més que no pas en la seva sostenibilitat. Passar de l'un a l'altre amb possibilitat d'adaptació al canvi, en lloc de mantenir una consolidació crònica de les prestacions. Pensar en l'equitat enfront de l'universalisme i identificar els *trade-off* en salut pública i prestacions amb cost-efectivitat, així com en la prioritització necessària, amb rendiment de comptes i, si cal, amb finançament complementari. Amb autonomia i responsabilitat, tot deixant la perspectiva individual per la col·lectiva.

Finalment, només assenyalar que es va presentar la *Guia de Maneig de Depressió en Atenció Primària* i que el Dr. Tizón ens va parlar de la por, del seu poder, com una emoció primària dominant en la societat actual. Amb lucidesa i un cert vertigen, es va abordar la naturalesa i el poder de la por des de diferents moments transcendents de la història humana fins a la quotidianitat, amb l'objectiu d'abordar-la a la consulta des de la intel·ligència emocional.

No voldríem acabar sense agrair als membres del comitè organitzador i científic la feina feta durant el darrer any. Ha estat un plaer treballar amb vosaltres. Als diferents col·legis de professionals sanitaris de Lleida (Col·legi de Metges, d'Infermeria, de Psicòlegs i de Treballadors Socials de Lleida); a l'ICS i l'IRB per la seva inestimable col·laboració i suport; a la Universitat i l'Ajuntament de Lleida; a Actel, Mutual Mèdica i la Cooperativa d'Oli de Maials i, per acabar, a la secretaria tècnica de la CAMFIC, que sempre ha estat present i ha ajudat que aquest congrés hagi estat un èxit.

Dra. Teresa Vilà Parrot
Presidenta del comitè organitzador
Dr. Josep Pifarré Paredero
President del comitè científic

Congrés de la CAMFIC a Lleida

El proper Congrés de la Societat Catalana de Metges de Família (CAMFIC) se celebrarà a Lleida a finals de l'any 2013 i la Dra. Tere Vila en serà la presidenta. La CAMFIC i la seva vocalia territorial de Lleida organitzen aquest congrés.

Sección Colegial de Médicos Residentes

Es posible que la constitución de esta Sección de Residentes del Colegio de Médicos sea una de las escasas consecuencias positivas de la crisis económica que atraviesa la sanidad catalana y, por extensión, la clase médica. Es necesario retroceder la vista un año atrás para entenderlo. Somos el resultado de un grupo de residentes que optó por aunar esfuerzos, movilizarse ante la incertidumbre y establecer relaciones institucionales con nuestros homólogos de otros centros hospitalarios de la comunidad autónoma o del resto del Estado. Personas que, en definitiva, se comprometieron con el momento actual e intentaron aportar soluciones. Para ellos, todo nuestro agradecimiento y afecto, ya que sin su vocación de servicio y entusiasmo nosotros no existiríamos como colectivo. El Colegio siempre ha manifestado su apoyo y solidaridad, y prueba de ello ha sido su beneplácito para la creación de esta sección. Esperamos ser dignos de su confianza y estar a la altura de las circunstancias. Somos un grupo variado de ocho residentes en el que hemos intentado representar las

distintas especialidades e incluso los dos grandes hospitales de la ciudad. Los cargos se distribuyen de la siguiente manera: María Irigoyen R3 Psiquiatría, presidente; Núria Múñiz R3 Ginecología, secretaria; Mario Sirat R2 Medicina de Familia, tesorero y Pedro Gormaz R4 UCI, Marta González Duaigües R3 Cirugía General, Laia Jareño R3 Ginecología, Desirée Campoy R2 Hematología y Cristina Solé R2 de Medicina Interna, vocales. Nuestro compromiso es claro y firme. Prometemos prudencia, transparencia, capacidad de trabajo, responsabilidad y organización para hacer de esta sección un espacio de referencia para los residentes, un lugar de formación y de encuentro en el que se puedan manifestar inquietudes y dudas. Sabemos que tenemos el apoyo de nuestros mayores, ellos son nuestro ejemplo para continuar dignificando la profesión y seguir formándonos en otra parcela que va más allá de la clínica, la investigación o la docencia. Quedamos a la disposición de todos los colegiados de este Ilustre Colegio de Médicos.

Dra. María Irigoyen Otiñano
Presidenta de la Sección de Residentes del COMLL



Junta de la Sección de Metges Residents

Celebració de les Segones Jornades Farmacrítiques a Lleida

Les Segones Jornades Farmacrítiques de Lleida van tenir lloc l'11 i el 12 d'abril a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida. L'organització va anar a càrrec de l'Associació d'Estudiants de Ciències de la Salut (AECS).

Roi Villar, biotecnòleg del CSIC, va parlar sobre la relació entre la indústria farmacèutica i els centres sanitaris, i la seva repercussió sobre la societat a través de malalties falses o aliments medicaments. Josep Maria Meler, metge de Família, naturista, homeòpata i acupuntor, va mostrar un tractament alternatiu a la indústria farmacèutica. Montse Esquerda, psicòloga, va tractar sobre la medicalització de la societat. Així mateix,

representants de Farmamundi van explicar l'accés als medicaments, les patents i la seva propietat intel·lectual.

Les Segones Jornades Farmacrítiques van continuar la tasca d'informació i denúncia iniciada amb les primeres jornades, que es van celebrar a Lleida l'any 2011. La idea d'organitzar aquests actes va sorgir de l'associació Drets Humans i Pau de l'AECS, que promou combatre la injustícia de la manca d'investigació de les malalties oblidades, els assaigs clínics no ètics i la desigualtat en l'accés a medicaments que també denuncien organitzacions que treballen en països subdesenvolupats com Metges sense Fronteres i Farmamundi, entre altres.

L'AECS forma part de la Federació Internacional d'Associacions d'Estudiants de Medicina (IFMSA), que desenvolupa diferents projectes a escala internacional amb finalitats socials relacionats amb la medicina.

Ana Muñoz
AECS

Assemblea del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida va celebrar el 27 de març de 2012, a la seu col·legial, l'assemblea anual ordinària de col·legiats. Després d'aprovar l'acta de l'assemblea anterior, els assistents van guardar un minut de silenci en record dels companys traspassats.

A continuació, la Dra. Rosa M. Pérez Pérez i la Dra. Núria Nadal Braqué van presentar, respectivament, l'informe de presidència i la memòria d'activitats que van merèixer l'aprovació dels assistents. Seguidament, es van sotmetre a l'aprovació de l'assemblea les propostes següents:

1. Aprovació del balanç i liquidació del pressupost de l'exercici del 2011.
2. Aprovació del pressupost del 2012.
3. De les seccions col·legials actual-

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL), en les sessions del 27 de març, 10 i 24 d'abril i 8 de maig de 2012, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- Amb motiu d'haver estat nomenat director territorial del Departament de Salut a Lleida i l'Alt Pirineu i Aran, el Dr. Josep Pifarré Paredero ha presentat la seva renúncia al càrrec de tresorer del Col·legi i a altres càrrecs representatius. D'acord amb els estatuts col·legials, ha estat designat per ocupar aquesta vacant el Dr. Eduard Solé Mir.

- Ha finalitzat el procés de creació de la Secció Col·legial de Metges Residents amb la celebració de les eleccions a la seva Junta, que ha quedat formada per María Irigoyen Otiñano, com a presidenta; Núria Muñoz López, com a secretària; Mario Sirat Castillo, com a tresorer, i Cristina Solé Felip, Desirée Campoy Castaño, Maria Lour-

Resum del pressupost 2012

INGRESSOS	
Venda d'impresos	27.920,00
Subvencions	1.000,00
Altres ingressos de gestió	718.634,26
Ingressos financers	29.636,74
Beneficis/ingressos excepcionals	100,00
Total ingressos	777.291,00
DESPESES	
Adquisició d'impresos	9.000,00
Variacions d'existències	4.000,00
Serveis exteriors	429.208,18
Tributs	39.300,00
Despeses de personal	264.282,82
Dotació amortitzacions	31.500,00
Total despeses	777.291,00

El tresorer, el Dr. Josep Pifarré, va informar del contingut dels documents anteriors, amb el lliurament previ als assistents de la còpia del balanç de situació, del compte de pèrdues i guanys i de la liquidació pressupostària del 2011, així com del projecte de pressupost per al 2012.

3. De les seccions col·legials actual-

des González Duaigües, Laia Jareño Vicens i Pedro José Gormaz Torres com a vocals.

- Amb motiu de la celebració, el passat 22 de març, del Dia Nacional contra les Agressions en l'Àmbit Sanitari s'ha fet públic el manifest elaborat pel Consejo General de Colegios Médicos.

- Amb la publicació del Reial Decret Llei 16/2012 de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del SNS, s'han celebrat al Col·legi sessions informatives per als col·lectius de metges afectats (metges titulars APD i de contingent i zona) amb el concurs de l'assessoria jurídica col·legial. A més, representants col·legials han assistit a assemblees d'àmbit nacional sobre aquest assumpte.

- S'ha designat la Dra. Ana Belén Vena Martínez com a representant col·legial al Consell Municipal de la Gent Gran.

- S'ha assistit a la reunió del grup de treball per a la validació periòdica de la col·legiació per a la seva progressiva implantació en l'àmbit nacional.

- Els serveis fiscals col·legials han iniciat la campanya de les declaracions sobre la Renda de les Persones Físiques.

ment en funcionament, es van tractar els assumptes següents:

- Aprovació de la liquidació del pressupost del 2011
- Aprovació del pressupost de l'any 2012

4. Aprovació definitiva, després dels corresponents tràmits estatutaris, de la Secció Col·legial de Metges Residents del COMLL.

També es va autoritzar la Junta de Govern per aprovar definitivament la Secció Col·legial de Metges Cooperants actualment en tràmit.

Tot seguit, es va procedir al lliurament del diploma col·legial i del Consejo General i la insígnia als col·legiats presents que havien assolit la condició de col·legiats honorífics des de la darrera assemblea i que han estat els següents:

Luis Pérez Ruiz, Carlos Rivas-López Pinto, Julio Rada Iguzquiza, Maria del Carmen Solana Martínez, Daniel Gros Rodés, Antonio Michans Quinquillá, Josep Maria Font Rossó, José Plasencia Palomares, José Luis Barco Abán, José Luis Soares Calzada, Fernando Sáez Aragonés, Antonio Massó Badia, Ángel Mena Gómez i Manuel Pampols Giménez.

Finalment, es va lliurar el Premi a la Solidaritat en l'àmbit sanitari 2011 a l'associació Misión y Desarrollo para Goundi pel seu projecte *Mantenimiento de l'internat per a estudiants del darrer curs de la Facultat de Medicina de l'Hospital de Walia, N'Djamena, República del Txad. Àfrica.*

Moviment col·legial dels mesos de març i abril del 2012

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat disset altes durant els mesos de novembre i desembre de 2012: Alejandro Esmatges Guasch Roberto Carlos Orellana Guzmán, Maria Àngels Curto López, Laia Molina Castellà, Mihaela Cozar, César Enrique Pardos Molina, Mercè Júlia Escuer Morell, Núria Visa Reñé, Núria Mesures Petit, Ainara Larrea Menika, Laura Iserte Terrer, Amanda Cercós López, Estíbaliz Corral Armas, Mariano de Miguel Artal, Felipe López Hernández, Mireia Martínez Sancho i Cristina Serra Centelles.

El Col·legi ha registrat nou baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes del mes de març figura la del Dr. Francisco Izquierdo López (2501078), que ho ha estat per defunció.

Total col·legiats el 30/04/2012: 1.696

CANVIS DE SITUACIÓ
Passen a la condició de col·legiats honorífics els Drs. Manuel Pàmpols Giménez, Narciso Aylón Ruiz i Ana María García de Soares

La prevenció immunitària i les actituds antivacunes

És un fet històric que les vacunes han eradicat malalties mortals. Malgrat això, hi ha pares que es neguen a vacunar els seus fills. Pere Godoy, Francesc Domingo, Josep Corbella, Mariola Espejo i Elena Simó opinen sobre la bondat de les vacunacions i la manera d'afrontar l'actitud antivacunes.

Nou mil·lenni, noves vacunes i nous desafiaments

Les vacunes constitueixen una de les mesures preventives amb major cost-efectivitat que posseeix la medicina moderna¹. El seu ús de forma estratègicament planificada ha permès l'eradicació de la verola, l'eliminació de la poliomielitis de la major part dels països i la dràstica reducció d'altres malalties infeccioses com el xarampió, la rubèola, la diftèria, el tètanos i la tos ferina. La biotecnologia moderna està facilitant el desenvolupament de noves vacunes per a malalties que abans eren inabordables i la millora de vacunes contra malalties per a les quals ja es disposava de vacunes llicenciades. La versatilitat de la biotecnologia, en teoria, permetria el desenvolupament de qualsevol vacuna si es disposés dels recursos econòmics suficients. D'altra banda, es necessita una gran quantitat de recursos financers per demostrar de forma adequada la seguretat, la immunogenecitat i l'eficàcia d'una nova vacuna abans de poder ser comercialitzada, i això comporta que les noves vacunes tendeixin a ser més costoses².

Per això, s'han de considerar els recursos disponibles per a cada nova vacuna, com s'avalua la seva efectivitat i com poden ser adaptades per al seu ús massiu en la població. També s'ha de valorar la pressió de l'opinió pública basada en la percepció del risc associat amb la malaltia o la vacuna i la

informació epidemiològica disponible sobre la incidència i prevalença de la malaltia^{1,2}. Cada any, el Departament de Salut, juntament amb l'assessorament del Comitè d'Experts en Vacunes, actualitza les recomanacions del calendari de vacunacions (taula 1). Aquest article revisa les darreres recomanacions del calendari vacunal, les novetats en vacunes de la darrera dècada, els efectes sobre l'epidemiologia de les malalties i les perspectives futures.

Algunes novetats de la darrera dècada

Durant la primera dècada del segle XX s'han presentat noves vacunes, com l'antipneumocòccica conjugada 7 valent (VPnC7), la VPnC10, la VPnC13, l'antimeningocòccica C conjugada, la del tètanos-diftèria-pertussis acel·lular (dTpa de l'adult), la del rotavirus, la vacuna del virus de papil·loma humà (VPH) i la vacuna del zòster. Les indicacions per a la vacunació antigripal han augmentat i algun país, com els EUA, ha adoptat la política de vacunació universal per a tota la població.

Les vacunes comercialitzades han estat globalment més costoses, i això ha comportat que l'anàlisi cost-efectivitat per a cada nova vacuna sigui un element clau per decidir sobre la seva possible inclusió en el calendari de vacunes^{1,2}.

A més, en aquesta dècada s'han aconseguit unes reduccions notables de la incidència de les malalties immunoprevenibles en el grup de població diana per a cada una de les vacunes i també en població no vacunada gràcies a la protecció indi-

recta de la immunitat de grup com en el cas de la vacuna antipneumocòccica conjugada i l'hepatitis A. També cal assenyalar que les cobertures vacunals per a la sèrie de vacunes recomanades a *Salut per a tots l'any 2010* (DTPa-VPI-TV-Hib-Hepatitis B) han estat per sobre del 90%.

L'epidemiologia canviant de les malalties prevenibles amb vacunes

Les malalties immunoprevenibles s'estima que causen cada any 1,5 milions de morts en els menors de 5 anys i són responsables del 17% de la mortalitat en aquest grup d'edat (figura 1). A Catalunya i a l'Estat espanyol encara són responsables d'un nombre important de casos (taula 2) i s'han de renovar els esforços per assegurar l'eliminació de malalties com la poliomielitis, la diftèria o el xarampió. Malgrat la reducció generalitzada observada en la darrera dècada, algunes malalties immunoprevenibles han experimentat brots importants en alguns grups de població, com en el cas de la tos ferina, el xarampió i la parotiditis.

La reducció de la immunitat per a la tos ferina observada amb el pas del temps va impulsar el desenvolupament de vacunes que es poguessin administrar en tots els grups d'edat. Actualment, disposem de la vacuna dTpa, que està indicada per al personal sanitari, dones embarassades en el tercer trimestre i adults en contacte amb lactants. Així, molt probablement, a mitjà termini s'indicarà per a tota la població adulta, tal com ja s'ha fet en altres països^{3,4}. En la darrera convocatòria del Fons d'Investigació Sanitària (FIS) s'ha aconseguit el finançament d'un projecte per estudiar la transmissió intrafamiliar de la tos ferina a Catalunya i Navarra, i estimar l'efectivitat de les diferents vacunes que aportarà coneixement sobre les polítiques de vacunació més adequades.

Catalunya va ser un territori pioner a Europa en l'eliminació del xarampió l'any 2000. Tanmateix, des d'aquest any, a partir de la importació de casos, es van experimentar diferents brots que van comportar importants problemes de salut pública i dificultats notables per ser controlats per les Unitats de Vigilància Epidemiològica. La parotiditis és un altra malaltia per a la qual es vacuna amb la TV. La vacunació de la parotiditis amb la soca Rubini, d'efectivitat reduïda, durant l'any 1994-1996 va comportar una reducció de la

immunitat i protecció de les cohorts de nens vacunats en aquell període. Això explica la presentació de diferents brots arreu de Catalunya en els darrers anys. Actualment, a les comarques de Girona s'ha decidit revacunar de parotiditis aquestes cohorts de nens, atesa la dificultat de controlar un brot que afecta diferents comarques. També s'han observat brots d'hepatitis A en homes que tenen sexe amb homes (HSH) i en famílies amb nens escolaritzats que pateixen la malaltia de forma asimptomàtica i que la transmeten als adults en l'àmbit familiar, com en un brot recent a la localitat d'Almacelles, que ha comportat un programa general de vacunació.

Les vacunes sistemàtiques, indicades per a grups de risc i vacunes recomanades

Els calendaris oficials de vacunació inclouen les vacunes sistemàtiques, que són les que hauria de rebre tota la població. Les vacunes s'inclouen al calendari segons criteris d'efectivitat i seguretat, càrrega de la malaltia, eficiència i disponibilitat financera dels governs¹⁻⁴. A la taula 1 es presenta el calendari del Departament de Salut. També hi ha les vacunes per a grups de risc dirigides a persones en situacions epidemiològiques o personals que incrementen el risc de presentar les malalties o formes més greus si les pateixen. I, finalment, també hi ha un grup de vacunes recomanades per societats científiques, però que no han assolit la prioritat suficient per ser incloses als calendaris, com és el cas de l'antipneumocòccica conjugada o la vacuna del rotavirus segons els criteris mencionats anteriorment.

Les immunitzacions sistemàtiques han d'arribar a tots els nens, amb independència de la seva ètnia, situació familiar, classe social o econòmica. També s'ha de considerar un objectiu prioritari actualitzar el calendari dels nens immigrants o d'aquells amb un calendari incomplet, no només per aconseguir la seva protecció individual, sinó també per evitar grups de població susceptibles de facilitar la presentació de brots. Qualsevol contacte esporàdic d'un pacient amb els serveis de salut (urgències, ingrés hospitalari, pediatres, metge d'Atenció Primària o infermera) s'hauria d'aprofitar per actualitzar el seu calendari de vacunació.

Vacunació contra la diftèria, el tètanus, la tos ferina, la poliomièlitis, l'Haemophilus influenzae tipus b i

Taula 1. Calendari de vacunacions sistemàtiques. Catalunya 2011

Vacunes	Edat
DTPa(1), VPI (2), VHB (3), Hib (4), MCC (5)	2 mesos
DTPa, VPI, VHB, Hib	4 mesos
DTPa, VPI, VHB, Hib, MCC	6 mesos
TV (6)	12 mesos
MCC	15 mesos
DTPa, VPI, Hib	18 mesos
TV	4 anys
dTpa (7) o DTPa	4-6 anys
VHA+B (8), VVZ (9), VPH (10)	11-12 anys
Td (11)	14-16 anys i cada 10 anys
G (12), Pn23 (13)	a partir dels 60 anys

(1) DTPa: contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina acel·lular. (2) VPI: antipoliomielítica inactivada. (3) VHB: antihepatitis B. (4) Hib: contra Haemophilus influenzae tipus b. (5) MCC: antimeningocòccica conjugada. (6) TV: contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis. (7) dTpa: vacuna de càrrega reduïda contra la diftèria, el tètanus i la tos ferina acel·lular. (8) VHA+B: antihepatitis A i B combinada. Programa pilot vigent fins al curs escolar 2013-2014. (9) VVZ: contra la varicel·la. (dues dosis) (10) VPH: contra el virus del papil·loma humà. (tres dosis només a les noies) (11) Td: antitètanica i antidiftèrica tipus adult. (12) G: antigripal. (13) Pn23: antipneumocòccica 23-valent.

Taula 2. Malalties prevenibles amb vacunes (casos i taxes per 100.000 habitants). Catalunya i Estat espanyol 2010

Malaltia	Catalunya		Estat Espanyol	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Malaltia meningocòccica	106	1,4	552	1,2
Varicel·la	51.534	705,6	157.914	347,1
Diftèria	0	0,0	0	0,0
Poliomièlitis	0	0,0	0	0,0
Parotiditis	258	3,5	2705	5,9
Rubèola	0	0,0	12	0,1
Xarampió	42	0,6	302	0,7
Tètanus	-	-	11	0,1
Tos ferina	328	4,5	884	1,9
Hepatitis A	159	2,2	1023	2,2
Hepatitis B	97	1,3	865	1,9
Grip	33639	460,6	224011	492,3

l'hepatitis B

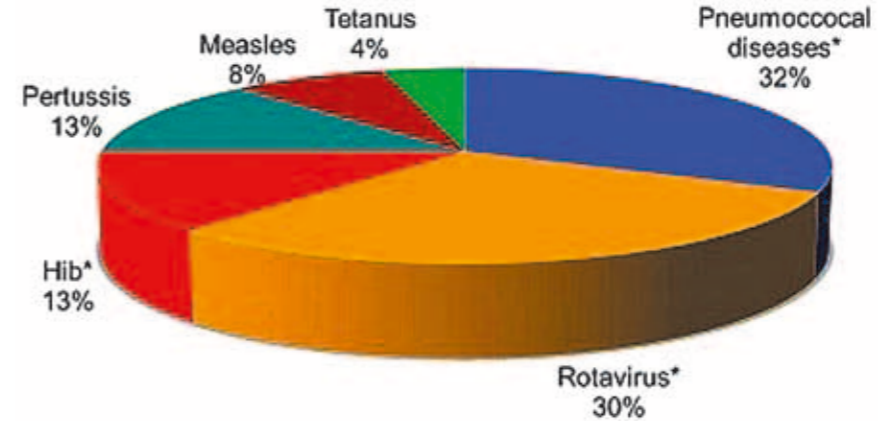
Les vacunes combinades faciliten l'administració conjunta de diverses vacunes al mateix temps, redueixen les injeccions i el temps d'administració, eviten errors i simplifiquen el calendari. Per això, és altament recomanable la utilització de les vacunes combinades hexavalents (DTPa-VPI-HB-Hib) per a la primovacunació als 2, 4 i 6 mesos, o pentavalents (DTPa-VPI-Hib), per a la dosi de reforç als 15-18 mesos^{5,6}.

A Catalunya, i també a la resta de l'Estat, l'administració de la cinquena dosi es realitzava amb la vacuna DTPa. Tanmateix, des de l'any 2010, es recomana l'ús de la dTpa (amb baixa càrrega antigènica per a diftèria i tos ferina) per la seva

menor reactogenicitat. A més, atès que es continuen presentant casos de tos ferina en lactants, nens i especialment en adults joves, seria recomanable vacunar els adolescents també amb dTpa en lloc de la Td que s'administra actualment, tal com ja es fa als EUA^{4,6} i a diferents països europeus. També seria recomanable l'adopció de l'estratègia coneguda com la "vacunació del niu" que consisteix a vacunar amb la vacuna dTpa tots els adolescents i adults que siguin convivents de nadons, la qual també s'ha posat en pràctica, amb bons resultats, en diferents països⁵.

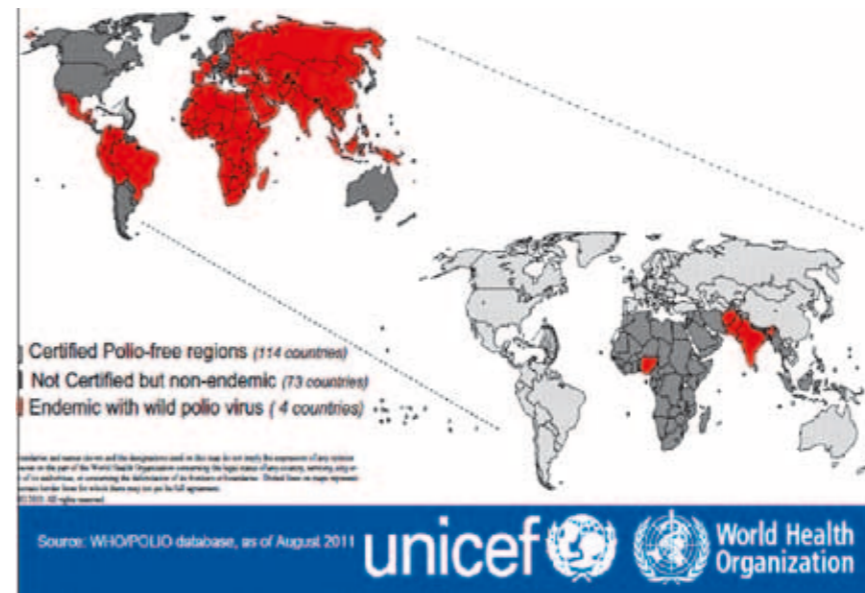
La vacunació en front de l'Haemophilus influenzae tipus b s'administra a partir de les sis setmanes

Figura 1. Morts per malalties immunoprevenibles en nens < 5 anys en el món (1,5 milions de morts; 17% de la mortalitat total en < 5 anys)



Source: Black RE et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Lancet. 2010 Jun 5;375(9730):1969-87. Epub 2010 May 11. * WHO/IVS estimates

Figura 2. Eradicació de la poliomièlitis. 1988-2010



de vida. Es recomanen tres dosis en els primers anys de vida en intervals de 4-8 setmanes (2, 4 i 6 mesos d'edat) en forma de vacuna hexavalent (DTPa-VPI-HB-Hib). Als 15-18 mesos s'administra una dosi de reforç en forma pentavalent (DTPa-VPI-Hib) i s'aconsegueix una eficàcia pròpera al 100%⁷. En els nens entre 12 i 15 mesos no vacunats prèviament es recomanen dues dosis, i a partir dels 15 mesos una dosi de la vacuna monocomponent. En els nens immunocompetents no és necessària la vacunació a partir dels 59 mesos, només caldria vacunar els nens amb factors de risc per a la infecció invasora per Hib⁷.

La vacuna de la pòlio oral es va substituir als països occidentals per

la inactivada. La vacuna de la pòlio inactivada (VPI) forma part de la vacuna hexavalent i pentavalent. La pauta d'administració de la primovacunació és de tres dosis (2, 4, i 6 mesos) i una quarta de reforç als 15-18 mesos^{5,6}. També existeix una vacuna mono component que es reserva per a persones no immunitzades que hagin de fer un viatge a zones endèmiques de poliomièlitis.

La vacunació contra l'hepatitis B (HB) requereix tres dosis, que es poden administrar segons pautes equivalents: 0-1-6 mesos, 0-2-6 mesos o 2-4-6 mesos, totes adequades per a fills de mares seronegatives (HBsAg negatiu). Les dues primeres pautes també estan indicades per a fills de mares portadores

del virus de l'hepatitis B (HBsAg positiu), però han de rebre, a més, la gammaglobulina específica anti-HB, preferiblement en les primeres 12 hores de vida⁸.

Vacunació contra el meningococ C

Quant a les vacunes conjugades monocomponents contra el meningococ C, es recomana realitzar la primovacunació amb dues dosis en el primer any de vida (als 2 i als 4-6 mesos) i una dosi de reforç el segon any de vida, preferentment entre els 12 i els 15 mesos.

Des de l'any 2010 ja es disposa d'una vacuna conjugada tetravalent contra els meningococs dels serogrupos A, C, W135 i Y. Actualment, està autoritzada a partir dels 11 anys d'edat en cas de viatges a zones endèmiques de meningitis, com el cinturó africà de la meningitis.

Vacunació contra xarampió, rubèola i parotiditis: vacuna triple vírica (TV)

La vacuna TV és un preparat de virus hiperatenuats contra el xarampió, la rubèola i la parotiditis, molt immunogen i que aconsegueix seroconversions molt elevades (95-98%) després de l'administració de la primera dosi i gairebé del 100% després de la segona^{5,6}. Es considera que són necessàries dues dosis per obtenir una adequada immunitat de grup, atès que amb una sola dosi queden un 5-10% de nens sense protecció. La segona dosi de TV busca vacunar aquells nens que no es van posar la primera dosi i aquells que no van seroconvertir.

La vacuna TV s'administra en dues dosis: la primera als 12 mesos i la segona als 4 anys. Els immigrants que al seu país d'origen hagin rebut una dosi de xarampió (presentació monocomponent) també s'hauran d'administrar dues dosis de TV.

Catalunya va ser pionera a Europa amb l'eliminació del xarampió l'any 2000. Tanmateix, en els darrers anys s'han produït brots de xarampió a tota la regió europea i també a Catalunya, i de forma molt puntual a Lleida, que han afectat adults joves i nens per sota de 12 mesos. El xarampió és una malaltia sota vigilància i les accions que s'han de realitzar en cas d'alerta epidemiològica per un cas o un brot són les següents:

- Comunicació urgent del cas a la Unitat d'Epidemiologia per tal de confirmar la sospita mitjançant

determinació de l'antigen en mostra d'orina i/o anticossos IgM en sang i delimitar susceptibles.

- En contactes menors de 6 mesos s'administra 0,25 ml/kg de pes d'immunoglobulina polivalent en dosi única dins dels 6 primers dies post-exposició. En aquest cas, no està indicada la vacuna TV.

- En els contactes de 6 a 12 mesos s'administra una dosi de TV (dosi no computable) i es tornen a vacunar als 12 mesos amb un mes d'interval respecte a la primera dosi de TV. Si han transcorregut més de 72 hores, s'administra immunoglobulina polivalent en lloc de la vacuna i, posteriorment, al cap de 6 mesos, han de rebre la vacuna TV.

- Als nens majors de 12 mesos es revisarà l'estat vacunal i s'actualitzarà la vacunació en cas necessari.

- Les persones nascudes després de l'any 1966 s'han de considerar susceptibles si no han patit la malaltia i no han estat correctament vacunades, de manera que se'ls administrerà una dosi de TV dins de les primeres 72 hores de l'exposició. Les nascudes abans d'aquell any es consideren immunes per haver patit el xarampió.

Vacunació contra l'hepatitis A

La majoria de C.A recomanen la vacuna contra l'hepatitis A de forma selectiva als grups de risc, excepte Ceuta i Melilla, que la tenen incorporada al seu calendari de vacunacions. Catalunya, l'any 1998, va instaurar la vacunació universal de l'hepatitis A en els preadolescents als 12 anys, en forma d'un programa pilot, i el va aplicar a les escoles com a vacuna combinada A+B.

Això ha comportat una reducció del 97% en les cohorts vacunades i també de forma indirecta en les no vacunades, a través de la immunitat de grup, per la qual cosa s'ha mantingut el programa fins al curs 2013-2014. Aquest curs escolar arribaran les cohorts de nens que es van començar a vacunar d'hepatitis B en el primer any de vida. L'estratègia universal és l'única amb capacitat de reduir de forma important la incidència i, a més, en no existir reservori humà ni infeccions cròniques pel virus de l'hepatitis A, la vacunació universal té el potencial de l'eliminació de la malaltia.

També està indicada com a profilaxi preexposició per a aquelles persones amb elevat risc de la malaltia o complicacions: viatgers a països amb endèmia mitjana o alta per a



la infecció pel virus de l'HA (especialment si són nens immigrants que visiten els seus països d'origen), residents en institucions tancades i receptors d'hemoderivats de forma reiterada. Està especialment indicada en pacients amb major risc d'hepatitis fulminant en cas d'infecció pel virus de l'HA, com ara pacients en espera de trasplantament hepàtic o malalts amb qualsevol hepatopatia crònica o en aquells pacients amb serologia positiva pel virus de l'hepatitis B o C, o que rebin tractament crònic amb fàrmacs hepatotòxics.

Finalment, també està indicada com a profilaxi postexposició en els contactes íntims de casos aguts d'hepatitis A i per al control de brots en general, i de forma molt preferent, en els brots en llars d'infants. La pauta de vacunació és de dues dosis a partir dels 12 mesos d'edat, amb un interval de 6 mesos entre les dosis.

Per als viatgers es recomana que la primera dosi s'administri un mes abans del viatge a la zona endèmica⁴.

Vacunació contra el pneumococ

En els darrers anys han estat evidents alguns canvis en l'epidemiologia de la malaltia pneumocòccica invasora, probablement per causes multifactorials, com l'ús de la vacuna antipneumocòccica conjugada heptavalent (VPnC7) Prevenar®, la pressió selectiva dels antibiòtics i les característiques epidemiològiques pròpies de les diferents soques de pneumococ⁹⁻¹².

Després de la retirada comercial de la VPnC7 Prevenar®, actualment es disposa de dues vacunes antipneumocòcciques conjugades: la vacuna decavalent o VPnC10 i la tridecavalent o VPnC13. La VPnC10, a més dels serotips continguts en la VPnC7, n'incorpora tres més: l'1, el 5 i el 7F. La VPnC13 també incorpora els set serotips de la VPnC7 i sis serotips addicionals: 1, 3, 5, 6A, 7F i el 19A. Totes estan conjugades amb proteïnes que faciliten la resposta immunitària. Les dues vacunes estan aprovades per l'Agència Europea del Medicament i estan indicades per a la prevenció de la

malaltia invasora i d'otitis aguda mitjana causada pel pneumococ en nens de 6 setmanes a 5 anys.

Actualment, a l'Estat espanyol les vacunes contingudes en la VPnC7 causen menys del 10% de les malalties invasores en menors de 5 anys. Els serotips que han experimentat un augment més important han estat: 1, 19A, 5, 7F, 9, 10, 12 i 13. En algunes àrees el serotip 19A representa entre el 20% i el 30% de tots els casos de malaltia invasora^{9,10}. Recentment, s'ha constatat que els serotips 1 i 19A van ser globalment els responsables del 60% de tots els casos de malaltia invasora en menors de 15 anys. El canvi més important dels darrers anys ha estat l'augment del 19A^{9,10}, un serotip que en l'actualitat es considera responsable de la majoria de multiresistències.

Encara existeixen poques dades sobre l'efectivitat de la VPnC10 i VPnC13, atès el poc temps transcorregut. Tanmateix, el seguiment de gairebé 3.000 nens a Alaska vacunats amb la VPnC13 ha mostrat una efectivitat del 85% en la reduc-

ció de la malaltia invasora. Als EUA també s'ha constatat una disminució de més del 50% en els casos de la malaltia invasora per a qualsevol serotip i del 70% en els serotips de la VPnC13. Aquesta vacuna podria prevenir fins al 80% dels serotips responsables de malaltia invasora al nostre país⁹⁻¹², per la qual cosa es considera la vacuna que proporciona més cobertura.

Els nens que han començat una pauta amb una de les dues vacunes haurien de finalitzar amb la mateixa vacuna, atès que no existeixen dades sobre la seva intercambiabilitat. Actualment, el Departament de Salut indica la vacuna als pacients d'alt risc per la malaltia invasora, com immunodeprimits o nens amb asplènia orgànica o funcional, per als quals es recomana: 1) administrar pauta de 3+1; 2) dues dosis el segon any de vida si no han rebut almenys dues dosis el primer any de vida; 3) els nens de 2-5 anys sense cap dosi prèvia de VPnC13 han de rebre dues dosis separades per un

Pediatrics recomanen una pauta de vacunació amb dues dosis de vacuna de la varicel·la, la primera entre els 12 i els 15 mesos d'edat, i la segona entre els 4-6 anys. Els estudis de cost-efectivitat realitzats als EUA es mostren favorables a la vacunació^{13,14}. Tanmateix, atès que aquests estudis no són extrapolables d'un país a un altre, és desitjable la realització d'estudis al nostre medi per decidir sobre això. En cas que s'adoptés aquesta estratègia, es recomana administrar la vacuna al mateix moment de la TV. Hem de recordar que les vacunes vives atenuades es recomana que s'administren el mateix dia, en llocs anatómics diferents i, si no és possible, s'han de separar almenys un mes.

També s'ha apuntat que les altes cobertures vacunals redueixen la circulació del virus entre la població, i això comporta una reducció de l'estímul exogen que necessiten les persones que van patir la varicel·la en la infància per no presentar herpes zòster en la vida adulta. En

La vacunació és considerada una mesura preventiva fonamental contra el rotavirus, que causa una elevada mortalitat en països desfavorits

interval mínim de 2 mesos. A més, aquests nens a partir dels 2 anys han de completar la immunització contra el pneumococ amb l'administració de la vacuna antipneumocòccica polisacàrid (VPn23) amb un interval mínim de 2 mesos després de la darrera dosi de VPnC13. Després, al cap de 5 anys, han de rebre la segona i darrera dosi de la VPn23^{11,12}.

Vacunació contra la varicel·la

L'estratègia proposada pel Departament de Salut i el Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut és la vacunació sistemàtica de nens susceptibles als 10-14 anys d'edat, que permet evitar formes greus de la malaltia, que són més freqüents entre els adolescents i adults. Tanmateix, aquesta estratègia no prevé la majoria dels casos de varicel·la que són més freqüents, en nombre absolut, en la primera infància.

Des de l'any 2006, l'Advisory Committee on Immunization Practices i l'American Academy of

aquest sentit, alguna publicació ja proposa la vacunació contra el zòster a partir dels 50 anys per evitar aquest risc¹⁵.

Vacuna contra el rotavirus

El rotavirus és la causa d'una elevada mortalitat en països més desfavorits¹⁶. Les mesures de salut pública, com la higiene de mans, la depuració de les aigües i la millora del nivell socioeconòmic, redueixen la incidència de la malaltia¹⁶. Tanmateix, la vacunació es considera una mesura preventiva fonamental.

L'objectiu de la vacunació contra el rotavirus és protegir contra les formes greus de gastroenteritis aguda i prevenir les morts, les hospitalitzacions i les pèrdues de jornades de treball dels pares¹⁶. Els Centers for Disease Control and Prevention han incorporat la vacunació contra el rotavirus com a vacunació sistemàtica¹⁷ i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) també la recomana en els programes nacionals, especialment dels països més desfavorits¹⁸. El Consell Interterritorial del Sistema

Nacional de Salut¹⁹ encara no l'ha inclòs entre les recomanacions del calendari i tampoc es considera el seu finançament selectiu, atesa la manca de grups de risc específics per aquesta malaltia.

Existeixen dues vacunes contra el rotavirus, de les quals els assaigs clínics n'han demostrat l'eficàcia i immunogenicitat. Aquestes vacunes són RotaTeq® i Rotarix®.

RotaTeq® és una vacuna pentavalent de soques bovinohumanes atenuades i reordenades. La pauta de vacunació consta de tres dosis per via oral a partir de les 6-12 setmanes de vida, amb un interval mínim de separació de quatre setmanes. L'edat màxima recomanada per a l'última dosi és de 26 setmanes.

Rotarix® és una vacuna monovalent de virus atenuats, obtinguda d'una soca de virus d'origen humà. S'administra de forma oral a partir de les 6-12 setmanes d'edat, en dues dosis separades per un interval mínim de quatre setmanes, i s'ha de completar la pauta d'administració abans de les 24 setmanes d'edat.

Les dues vacunes indueixen una

les dues vacunes comercialitzades: la vacuna tetravalent Gardasil® i la bivalent Cervarix®. Després dels assaigs clínics amb un seguiment de 4 anys per a cada una de les dues vacunes amb més de 18.000 dones en cada estudi, es va constatar per a les dues vacunes una eficàcia superior al 98% per a la prevenció de les lesions preneoplàsiques d'alt grau [CIN2+ i adenocarcinoma *in situ* (AIS)] a causa dels VPH oncogènics 16 i 18. Amb la vacuna tetravalent, a més, es confirma una eficàcia del 100% en la prevenció de lesions preneoplàsiques vulvovaginals i del 99% per a les berrugues genitals associades amb el VPH de la vacuna²⁰⁻²².

Per a les dues vacunes també s'ha confirmat la presència de protecció creuada per a altres VPH oncogènics, no inclosos en les vacunes, per la qual cosa l'eficàcia protectora global contra les lesions preneoplàsiques pel VPH seria superior a l'esperada.

No es coneix la durada de la protecció. La concentració d'anticossos per a la vacuna bivalent es manté alta i estable per a un període de seguiment de més de 7 anys²².



En el cas dels sanitaris, no hi ha cap centre que presenti cobertures superiors al 40%.

En aquest terreny, és clau que el personal sanitari compleixi el seu rol exemplar i es vacuni anualment per evitar transmetre la malaltia als seus pacients. També es considera prioritària la implicació d'aquest personal sanitari, les autoritats sanitàries i tots els agents socials, per tal de transmetre missatges clars i sense contradiccions sobre la conveniència de la vacunació anual.

Les vacunes: una estratègia global i de futur

En els darrers 50 anys les vacunes han permès l'eradicació mundial de la verola i l'eliminació, tot i que de vegades de forma intermitent, de malalties com la poliomièlitis, el xarampió, la diftèria i la rubèola. Tanmateix, moltes d'aquestes malalties demanen una estratègia internacional global i de futur per consolidar aquestes millores. En aquest sentit, l'OMS ha recomanat l'administració de la vacuna de l'hepatitis B per als països en vies de desenvolupament al més aviat possible després del naixement. En aquesta dècada, la iniciativa internacional contra el xarampió ha aconseguit reduir les morts per aquesta malaltia en un 90%. Aquesta fita s'ha aconseguit fonamentalment a través de l'administració d'una segona dosi a la regió de l'Àfrica. Després de més de 10 anys des del seu inici, l'eradicació mundial de la poliomièlitis es va reduir la transmissió a quatre països: l'Afganistan, el Pakistan, Nigèria i l'Índia (figura 2). Tanmateix, l'any 2003 Nigèria va interrompre temporalment la vacunació i es va produir un rebrot, tot exportant casos de pòlio a 20 països que estaven prèviament lliures de la malaltia. En els darrers mesos l'Índia i Nigèria han comunicat reduccions importants de la malaltia i sembla que es redreça el camí cap a l'eradicació mundial. També es reconeix que l'assoliment de l'objectiu de desenvolupament del mil·lenni, la reducció de la mortalitat infantil en dos terços entre 1990 i 2015, dependrà de la introducció de les vacunes del rotavirus i pneumococ als països subsaharians i a l'Àsia.

El futur dependrà del manteniment i la millora del sistema d'administració de vacunes a escala local, regional i internacional, de la vigilància epidemiològica de les malalties immunoprevenibles, que permet controlar i monitoritzar els progressos, i del registre electrònic de l'es-

tat vacunal de les poblacions que ajudi a aconseguir cobertures altes i a reduir les bosses de població susceptibles, que són les que permeten el manteniment de les cadenes de transmissió. En el futur s'ha de permetre la incorporació de noves tecnologies que facilitin una producció ràpida de vacunes per respondre de forma més eficaç a les futures pandèmies i a mitjà termini la generalització de la vacuna del VPH, als països en vies de desenvolupament, permetrà reduir la incidència a les àrees més afectades pel càncer de cèrvix.

De totes aquestes fites, l'eradicació de la pòlio, a través de l'eliminació de la malaltia dels països reservori (figura 2), serà el millor regal que, de forma definitiva i permanent, podrem deixar a les futures generacions a través de les vacunes.

Pere Godoy

Professor titular de Medicina Preventiva i Salut Pública

BIBLIOGRAFIA

1. Marès Bermúdez J, van Esso Arbolave D, Arístegui Fernández J, Ruiz Contreras J, González Hachero J, Merino Moïna M, et al. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2010. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72: 433 e1-17.
2. Godoy P. Vaccines: between new technologies and health policy. *Gac Sanit* 2001; 15 (5): 373-7.
3. Centers for Disease Control and Prevention. General Recommendations on Immunization. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2011; 60 (RR02); 1-60.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended Adult Immunization Schedule — United States, 2012. *MMWR* 2012; 61 (4): 1-7.
5. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de vacunaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2011. *An Pediatr (Barc)* 2011; 74: 132 e1-e19.
6. Centers for Disease Control and Prevention. Recommended immunization schedules for persons aged 0 through 18 years — United States, 2012. *MMWR* 2012; 61: 1-4.
7. Centers for Disease Control and Prevention. Licensure of a Haemophilus influenzae type b (Hib) vaccine (Hiberix) and updated recommendations for use of Hib vaccine. *MMWR* 2009; 58: 1008-9.
8. Centers for Disease Control and Prevention. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP); Part 1: Immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR* 2005; 54 (No.RR-16): 1-33.

Amb la vacuna tetravalent es manté una eficàcia protectora del 100% als 4 anys i el seguiment postcomercialització confirma la seva seguretat

elevada protecció per prevenir episodis de qualsevol intensitat de gastroenteritis aguda per rotavirus, amb disminució global de la incidència de la malaltia, de les taxes d'hospitalització i de les visites als serveis d'urgències.

En un estudi de seguretat postcomercialització sembla que es constata un increment del risc de fins a 6 vegades d'invaginació intestinal, en els 30 dies següents a la primera dosi, i s'aconsella continuar amb la vigilància d'aquesta vacuna.

Vacunes contra el papil·lomavirus humà

El Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut recomana la vacunació sistemàtica enfront del papil·lomavirus humà (VPH) de totes les nenes d'11 a 14 anys, com a forma de prevenció del càncer de cèrvix¹⁹.

En els darrers anys s'han publicat nous resultats sobre l'eficàcia de

Amb la vacuna tetravalent també es manté una eficàcia protectora del 100% als 4 anys. Per a les dues vacunes s'ha constatat inducció de memòria immunològica amb l'administració d'una dosi de reforç, però no s'ha comprovat la necessitat d'aquesta dosi.

El seguiment postcomercialització, amb més de 60 milions de dosis distribuïdes de vacunes tetravalents i 14 milions de la bivalent permet confirmar la seguretat d'aquestes vacunes. Els efectes adversos més freqüents són la reacció local i el dolor muscular generalitzat. També s'han comunicat algunes reaccions al·lèrgiques en pacients sensibilitzats a algun dels components i s'evidencia un increment de declaracions de síncope després de l'administració de les vacunes en adolescents i joves, que es consideren que es deuen a reaccions vagals que són més freqüents en aquest grup d'edat.

També s'ha constatat el paper dels homes en la transmissió del VPH. S'han observat prevalències d'infecció superiors a les de les dones i més mantingudes en el temps. La prevalença de berrugues genitals també és similar o superior a l'observada en la dona, i causada en més del 90% dels casos pels VPH 6 i 11. La vacuna tetravalent presenta una eficàcia del 90% en la prevenció d'aquestes berrugues, i és per això que l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) dels EUA ha inclòs en el seu calendari de vacunacions l'opció de la vacuna tetravalent del VPH en homes per reduir el risc de berrugues genitals^{4,23}.

Les vacunes del VPH, en ser inactivades, es poden administrar amb altres vacunes inactivades o vives atenuades. La vacuna tetravalent s'administra en 3 dosis: 0, 2 i 6 mesos i la bivalent als 0, 1 i 6 mesos. En cas de variacions

d'aquestes pautes han de respectar-se els intervals mínims entre dosis, que són d'un mes entre la primera i la segona, i de tres mesos entre la segona i la tercera, però amb un interval mínim de sis mesos entre la primera i la tercera dosi. S'ha d'utilitzar el mateix preparat comercial per a tota la pauta de vacunació.

Vacunació contra la grip

La vacunació de la grip és una estratègia molt útil per als grups de la població considerats de risc, que són els que inclouen els individus que, per la seva condició o patologia de base, poden presentar formes greus, complicacions i més mortalitat. Moltes persones d'aquests grups de risc no reben la vacuna per diferents raons. Les cobertures de vacunació en els majors de 60 anys no superen el 70% a Catalunya i també a la nostra Regió Sanitària, i encara és més baixa en els grups de risc.

9. Fenoll A, Granizo JJ, Aguilar L, Giménez MJ, Aragonese-Fenoll L, Hanquet G, et al. Temporal trends of invasive *Streptococcus pneumoniae* serotypes and antimicrobial resistance patterns in Spain from 1979 to 2007. *J Clin Microbiol* 2009; 47: 1012-20.

10. Muñoz-Almagro C, Esteve C, Fernández de Sevilla M, Selva L, Gene A, Pallarés R. Emergence of invasive pneumococcal disease caused by multidrug-resistant serotype 19A among children in Barcelona. *J Infect* 2009; 59: 75-82. Pubmed

11. Actualización en vacunación antineumocócica. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://vacunasaep.org/profesionales/calendario-vacunas>. Accés 10 d'abril del 2012.

12. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Licensure of a 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Recommendations for Use Among Children --- Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR* 2010; 59: 258-61. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5909.pdf>. Accés 10 d'abril del 2012.

13. Shah SS, Wood SM, Luan X, Ratner A.J. Decline in varicella-related ambulatory visits and hospitalizations in the United States since routine immunization against varicella. *Pediatr Infect Dis J* 2010; 29: 199-204.

14. Reynolds MA, Watson BM, Plott-Adams KK, Jumaan AO, Galil K, Maupin TJ, et al. Epidemiology of varicella hospitalizations in the United States, 1995-2005. *J Infect Dis* 2008; 197: S120-S126.

15. Chaves SS, Gargiullo P, Zhang JX, Civen R, Guris D, Mascota L, et al. Loss of vaccine-induced immunity to varicella vaccine over time. *N Engl J Med* 2007; 356: 1121-9.

16. Bernstein D.I. Rotavirus overview. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28: S50-3. Pubmed

17. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of rotavirus gastroenteritis among infants and children: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2009; 58 (RR-2): 1-25.

18. World Health Organization. Rotavirus vaccines: an update. *Wkly Epidemiol Rec* 2009; 84: 533-8.

19. Calendario de Vacunaciones recomendado. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/programa/vacunaciones.htm> Accés 10 d'abril del 2012.

20. Cervarix, GlaxoSmitKline. Ficha técnica. Actualización 8/08/2010. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/>. Accés 10 d'abril del 2012.

21. Gardasil, Sanofi Pasteur MSD. Ficha técnica. Actualización 14/09/2010. Disponible en: <http://www.ema.europa.eu/>. Accés 10 d'abril del 2012.

22. De Carvalho N, Teixeira J, Roteli-Martins CM, Naud P, De Borja P, Zahaf T, et al. Sustained efficacy and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-

adjuvanted vaccine up to 7.3 years in young adult women. *Vaccine* 2010; 28: 6247-55.

23. Centers for Diseases Control and Prevention. FDA licensure of quadrivalent human papillomavirus vaccine (HPV4, Gardasil) for use in males and guidance from the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59: 630-2.

Davant de les persones antivacunació: vèncer o convèncer?

Vull, d'antuvi, deixar clara la meua posició. Sóc un aferrissat defensor de les vacunacions i també una persona que procura respectar la diversitat d'opinions. Diuen que la democràcia real ve donada pel govern de les majories, però amb un profund respecte pels punts de vista de les minories. I en el tema de les vacunacions, i pels coneixements que els que en saben ens han mostrat, la frase també ens podria servir.

La meua formació en l'especialitat a la Clínica Pediàtrica de l'Hospital de Nostra Senyora del Mar de Barcelona (també anomenat llavors "d'infecciosos"), ara fa una quantitat d'anys, es va centrar, especialment, en dos aspectes: les malalties infeccioses i la pediatria social. Ambdós tenen molt a veure amb el tema que avui ens ocupa: les vacunacions o vaccins. Els vaccins, com tots els temes de pediatria social, segueixen el lema "les causes són socials i les conseqüències, pediàtriques".

En un tema que m'agrada (el de la infància maltractada), insistim que davant un infant que presenta lesions sospitoses de maltractament tenim dues tasques: assistència i protecció. En el tema dels vaccins jo diria que també. Com a pediatre he d'oferir a cada infant i família la millor opció vacunal que, ara i ací, a Catalunya, sigui possible. He de beneficiar l'infant amb la mesura més efectiva de salut pública (després de la potabilització de les aigües) i, a la vegada, he de beneficiar el conjunt d'infants del país, la infància catalana, mitjançant l'assoliment d'un percentatge de vacunació suficient per evitar la transmissió de les malalties evitables amb la immunització activa. Els protagonistes en aquest tema dels vaccins, els infants, no tenen ni veu ni vot i tenen mala peça al teler si els que, per definició, hem de defensar i ser advocats dels seus drets no exer-

cim el que ens pertoca, tant pel que fa al conjunt de la infància com pel que fa a cada família singular i única que en cada acte mèdic atenem.

En un excel·lent Editorial de *Pediatría Catalana*¹ Diego van Esso ens recorda que "la vacunació constitueix una de les eines més efectives de prevenció primària i és una estratègia de valor incalculable a la nostra societat". Des de fa més d'un segle el desenvolupament continuat de nous vaccins ha portat a avançar en l'eradicació i el control de malalties immunoprevenibles. L'alta valoració social que això comporta, l'elaboració i l'acceptació de calendaris adaptats a cada comunitat i llur gratuïtat han conduït a uns alts índexs de cobertura.

D'altra banda, hi ha qui diu que les vacunacions són víctimes del seu propi èxit. La desaparició de malalties greus fa que hi hagi qui (sense memòria històrica i col·lectiva) es preguntin per quina raó cal vacunar de quelcom que no està present. Ens ha sobtat, i evidencia aquesta afirmació, que determinats municipis (Girona, gener de 2012) facilitin a les plataformes antivacunes, en nom de

la defensa de la llibertat d'elecció, espais comunitaris per predicar la no vacunació. Com ens diu D. Van Esso, "els virus i els bacteris objecte de vacunació no han desaparegut del planeta. Simplement, la immunitat col·lectiva n'impedeix una propagació eficient". També el novembre passat l'Asociación Española de Vacunología i la Fundación Española de Vacunología van elaborar un document de consens de societats i associacions científiques davant la desinformació sobre les vacunacions que duia per nom *Hablemos de las vacunas desde la ciencia y el conocimiento* i que es va signar el 2 de desembre de 2011.

De fet, hi ha grups antivacunes des dels primers vaccins van aparèixer. I també, a casa nostra, ara i ací, hi ha famílies (sortosament encara poques en relació amb els països anglosaxons) que no volen vacunar llurs fills per motius diversos: la por als efectes secundaris; la possible sobrecàrrega del sistema immunològic a causa de l'elevat nombre de vaccins; la confiança en medicines alternatives; la creença que és bo passar la malaltia; el dret dels paci-

ents i de les famílies a ser protagonistes en les decisions sanitàries que els afecten; la baixa percepció del risc d'emmalaltir i l'alta percepció dels efectes secundaris (com en el fals cas de l'autisme per vacunació triple vírica) i, també, l'impacte social de la difusió exagerada en els mitjans de comunicació dels reduïts, però reals, efectes secundaris que apareixen.

Hem de promoure i aconsellar els vaccins que els que més ho han estudiat ens recomanen per a la població infantil del nostre país, i alhora hem de saber ser respectuosos amb els pares o mares que pensen d'una altra manera i que no volen, d'entrada, vacunar llurs fills. A la sortida de la consulta els hauríem d'haver fet, com a mínim, reflexionar. I com a màxim, haver-los convençut, en benefici del seu fill i de la comunitat en què vivim.

Això seria més fàcil si tinguéssim el temps suficient per explicar als pares cadascun dels actes mèdics que fem i aconsellem en benefici de llurs fills. Tanmateix, la manca d'aquest temps no és excusa per prendre posicions excessivament ortodoxes que, massa

vegades, només cerquen protegir-se d'una eventual complicació per excés o per defecte, amb la corresponent reclamació posterior.

Torno a insistir que ens cal esperar al màxim els índexs de vacunació per aconseguir uns percentatges de cobertura vacunal el màxim de propers possible al 100% i així trencar la possibilitat de transmissió, tot en benefici dels infants i dels adults. Els més ortodoxos dirien que cal no posar excepcions i que caldria obligar tots els pares a posar tots els vaccins que el departament de salut de llur país o comunitat autònoma recomana. Aquests farien un corró vacunal que arrossegaria tothom sense distinció.

Anem a pams, però. Si acceptem que qualsevol vaccí ens pot donar complicacions, l'acte de vacunar individualment un infant concret genera en aquell infant un risc evident. La balança del risc-benefici ens pot semblar molt clara quan es tracta d'un vaccí amb benefici exclusivament individual per al subjecte que rep la immunització, com és el cas de la vacunació antitetànica.

Considerem mínim el risc davant l'experiència amb aquest vaccí i obtenim el benefici d'evitar un procés greu, com és el de la malaltia tetànica. En aquest cas, queda clar que el petit risc vacunal té un benefici individual de protecció i no implica gaire l'efecte comunitari de la protecció immunitària de grup. Un altre cas (semblant en unes coses però diferent en d'altres) és el de la vacunació davant el virus del papil·loma humà: un vaccí nou, amb pocs anys d'experiència, molt car i davant d'un procés que pot ser, en el nostre primer món econòmic, perseguit preventivament i controlat durant la vida reproductiva de la dona, per part dels serveis de ginecologia. No vull entrar ara en la discussió específica d'aquest vaccí. Allò que sí que em sembla és que cal saber aprofitar el moment de decidir si es posa o no el vaccí, per fer prendre a la noia consciència de la seva salut reproductora i sexual i deixar que també ella tingui un paper en la decisió. En aquests casos que acabem de comentar, doncs, el que aconsellem és el benefici individual d'un infant o d'una adolescent a partir de l'assumpció individual del risc d'efectes secundaris vacunals.

La situació és una mica diferent quan allò que fem és recomanar (no hi ha cap vaccí obligatori al nostre país, recordem-ho!) una immunització que genera un risc que cerca, d'una banda, i evidentment, un



esperat benefici individual i, de l'altra, un efecte de protecció de grup, un benefici per al conjunt dels infants —la infància— i la població catalans. En aquest segon grup de vaccins, el que cerquem amb la recomanació de l'assumpció d'un risc individual d'efectes secundaris vacunals (menys habituals que amb la malaltia salvatge, però reals!) és, a més del benefici individual cercat, l'efecte comunitari de la protecció immunitària de grup. És en aquests casos en què queda clar el nostre paper pediàtric de protectors de la salut pública i la generositat de les famílies envers la comunitat en què viuen en acceptar que el seu fill incorri en un risc en benefici propi, però també en els dels seus companys i dels seus conciutadans. Potser les famílies que accepten sense gaires problemes els vaccins que els suggerim, i els petits (o grans) problemes secundaris que de vegades els donen, no són conscients del benefici comunitari que la seva acceptació comporta. Potser hauríem de ser, més sovint, portaveus d'aquesta bona nova i felicitar les famílies que atenen d'aquest fet.

Així doncs, no es tracta de vèncer per anihilació els que pensen diferent. Amb quin dret podem decidir pels pares? Més d'una vegada hem insistit en el fet que la millor manera d'ajudar un infant és mitjançant l'ajuda als seus pares. Hem d'ajudar els pares a entendre el perquè del nostre consell. Es tracta de convèncer els pares, no de vèncer-los.

Arreu del món s'està intentant canviar la imposició pel convenciment. Ens cal tenir informació tècnica fiable sobre el producte per administrar i també ser conscients d'un altre vessant: el del benefici comunitari (protecció de grup per alta cobertura) a costa del risc individual de la vacunació. Compte, doncs, amb els provacunes radicals que imposarien que les famílies antivacunes han de ser forçades a vacunar-se, tant perquè no tinguin malalties infeccioses evitables com perquè no les transmetin. El fi, però, no justifica determinats mitjans estigmatitzadors. Hi ha companys i companyes lleidatans molt més experts que jo en la valoració ètica d'aquest aspecte de les vacunacions.

Recomanaria, pel que fa a aquests darrers conceptes, la lectura d'un il·luminador article de Juan Gervás² que m'ha servit força per a aquesta aportació, un fragment del qual diu: "Existeix un debat obert sobre les vacunes que, pels seus beneficis, està provocant situacions conflictives, especialment quan, enfront de la

Hem de promoure i aconsellar els vaccins recomanats i alhora ser respectuosos amb els pares i mares que pensen d'una altra manera

llibertat de triar, es miren d'imposar, el que comporta problemes ètics i que, en bona lògica, hauria de portar també al fet que fossin obligatòries determinades actuacions contra comportaments i actuacions nocives per a la salut. I és que, de vegades, determinades obligacions tenen molt a veure amb l'eugenèsia". I també: "Hi ha qui vol que tots siguem normals, hi ha qui desitja la millora de la raça. La teoria de l'eugenèsia va portar la normalitat a un impossible en què es va justificar la barbàrie de matar els minusvàlids físics i psíquics (incloent-hi entre aquests, a més, els jueus, homosexuals, republicans espanyols, gitanos i altres). Aquesta selecció artificial s'aconsegueix en l'actualitat amb el consell genètic prenatal, el diagnòstic prenatal (i l'avortament dels productes anormals), la selecció *in vitro* d'embrions i altres. Per exemple, en el seu extrem, a l'Índia, es permet eliminar els embrions femenins i als països occidentals les síndromes de Down. Entre les conductes sanes per promoure i imposar, les vacunes. A Austràlia, la ministra de Sanitat ha tirat endavant una norma per intentar que es vacunin l'11% dels nens de 5 anys mal vacunats en aquest país. Els pares que no tinguin completament vacunats els seus fills no tenen dret a un benefici fiscal que s'aplica a les famílies amb fills i que pot arribar als 2.100 dòlars australians (1.500 euros) per nen. Aquesta mesura entrarà en vigor el juliol de 2012."

D'altra banda, com podem convèncer si no n'estem nosaltres, de convençuts? Com fer-ho si, sovint, les informacions que ens arriben per l'experiència pròpia o de companys ens apunten certs efectes secundaris que redueixen massa el marge entre risc i benefici? Com fer-ho si els diferents agents que parlem amb els pares tenim criteris un xic o del tot diferents, fins i tot dins d'un mateix centre? Com fer-ho si l'administració penalitza i fa pagar als pares que han comprat i volen posar els vaccins que la mateixa administració pública no pot o no vol finançar però que altres administracions veïnes sí que costegen? Aquest darrer punt, per sort i sentit comú, s'ha eliminat darrerament a les nostres comarques

gràcies a l'esforç conjunt dels pediatres integrats al col·lectiu Pediatres de Ponent.

Com dèiem abans, la primera cosa que ens cal és tenir informació fiable i de confiança sobre el que aconseïm. Els conflictes d'interessos de determinades publicacions, els cercats beneficis de les companyies farmacèutiques, l'evidència que el que avui és veritat ja no ho és demà, els efectes secundaris banalitzats que l'experiència pròpia ens evidencia, la descoberta de vaccins per al món que els pot pagar i, en canvi, el poc interès en altres de menys rendibles econòmicament i altres petites coses. Tot això ens fa dubtar no tant dels vaccins que els anys d'experiència ens n'han demostrat l'eficàcia com dels nous preparats que, amb poc bagatge i experiència, ens presenten. I com és, d'altra banda, que es posa tant interès polític a imposar vaccins caríssims i no se'n posa tant a fer un calendari únic per a tot l'Estat espanyol? Com és que els infants de Fraga que s'atenen a Lleida tenen una calendari vacunal diferent als d'un infant de Lleida ciutat? Sembla que després del canvi de govern a l'Estat espanyol, els partidaris del calendari únic s'han trobat amb un petit regal: una de les primeres mesures de la nova ministra de Sanitat vol arranjat el tan demanat calendari únic arreu de l'Estat i no un calendari diferent per a cada comunitat autònoma³.

I torno a seguir l'article de Gervás: "Els provacunes haurem de mirar de convèncer i en últim terme ser solidaris amb els antivacunes. Si pretenem imposar les vacunes, acabarem trencant la tolerància social que permet la convivència. I és evident que la intolerància és cara, com l'eugenèsia. Als EUA hi ha molta exigència de responsabilitat personal individual i en sanitat es pretén que el que la faci, la pagui. Així s'aconsegueix l'únic país desenvolupat que no té sistema sanitari públic de cobertura universal, el de major despesa en salut i el de pitjors resultats en salut. Ser solidaris és més barat, i convenient.

Les vacunes plantegen problemes ètics que requereixen resposta prudent i pausada. No es tracta, doncs,

ni d'imposar ni d'obligar. Val més convèncer. És tasca dels que som provacunes convèncer els antivacunes. No són irracionals, ni antivacunes *sensu stricto*, sinó prolibertat de vacunació, i demanen coses sensates, com vacunes d'una en una (i no en injeccions agrupades en quintets i indivisibles) i una assegurança per danys. Una societat solidària i tolerant és més sana. Encara que hagi de conviure amb qui sigui imprudent, ja que tots ho som en algun grau."

No a les vacunes obligatòries (a casa nostra no ho són). Sí a la salut comunitària que l'aplicació dels calendaris vacunals recomanats ens permet. Sí a l'exercici humà de la pràctica mèdica amb aptituds i coneixements, i també amb actituds de servei i respecte per als infants i llurs pares. I sí a l'enriquiment de la convivència a partir de les actuacions del dia a dia, el fet de vacunar-se entre aquestes. Ens convé a tots.

Dr. Francesc Domingo i Salvany
Pediatre. Balaguer

BIBLIOGRAFIA

Van Esso. DL. La no-vacunació als infants: què en diu el pediatre?. Pediatría Catalana 2010; 70: 105-7.

Gervás, J. <http://www.actasanitaria.com/opinion/el-mirador/articulo-pro-vacunas-contra-anti-vacunas.html>.

De Arístegui Fernández, J. Vacunaciones en la infancia. Calendarios vacunales. En Tratado de Pediatría Extrahospitalaria – SEPEAP. Madrid. 2ª edició. Ed Ergon; 2011, vol. 2, cap. 95: 915-26.

Sobre el règim jurídic de les vacunacions

El títol que encapçala aquestes notes crec que és molt agosarat, atès que si en l'àmbit de la sanitat hi ha res fosc i indefinit és el règim jurídic de les vacunacions. Però calia posar-hi un títol i ha sortit aquest, encara que només sigui per cridar l'atenció.

Malgrat l'aparició d'algunes manifestacions aïllades, no podem posar en dubte que la gran majoria dels professionals sanitaris estan convençuts de l'eficàcia de les vacunacions i dels beneficis que comporten tant en l'aspecte individual com en el col·lectiu.

No obstant això, sempre hi ha peròs. Existeixen grups de persones, potser sense gaire connexió entre elles, que practiquen una mena d'apostolat actiu contra les vacunes partint de dos arguments principals:

- D'una banda, el respecte a la llibertat individual, a l'autodeterminació i al lliure desenvolupament de la personalitat que, com a drets fonamentals de la persona humana, estan recollits en la Constitució espanyola de 1978.

- D'altra banda, el convenciment que les vacunes no sempre són segures ni eviten la malaltia en tots els casos, i també per evitar els efectes secundaris que es deriven de la seva aplicació.

En el nostre sistema sanitari, les vacunacions no s'imposen de manera obligatòria i es presenten com una recomanació tenint en compte els beneficis que se'n deriven tant per als individus com per a la col·lectivitat. I aquí comencen els problemes.

En una ràpida recerca sobre les solucions jurisprudencials que s'han donat als conflictes relacionats amb l'aplicació de vacunes, hi podem trobar una mica de tot. Hi ha resolucions que condemnen l'Administració (STS 25/06/10) per no informar d'una campanya de vacunació contra la meningitis C, o bé per no informar de la necessitat de revacunació al cap de tres anys (STJ Madrid 15/10/09). D'altres, no estimen acreditats els danys.

També relacionat amb les vacu-

FERRERUELA
CUINA DE LA TERRA

Horari Restaurant
De dimecres a dissabte: migdies i vespres
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com

nes, el TSJ d'Andalusia (Sevilla) en sentència del 14/09/05, desestimava el recurs d'un funcionari de la policia sancionat per desobediència en refusar la vacuna prèvia a un viatge a Nigèria i Gàmbia per repatriar immigrants.

Tanmateix, segurament, les resolucions que més criden l'atenció són les que molt recentment (des del novembre de 2011 i fins al febrer de 2012) ha dictat l'Audiència Nacional en relació amb l'aplicació de la vacuna triple vírica (que incorpora un component anomenat "tiomersal") i l'autisme.

Sembla que tots els conflictes deriven de l'article que el Sr. Andrew Wakefield publicava el 1998 a la prestigiosa revista *The Lancet*, relacionant la vacuna triple vírica amb l'aparició de l'autisme en els nens. Posteriorment, es va demostrar que les dades publicades per Wakefield no eren certes i que les seves conclusions no tenien cap mena de suport. Va ser expedientat pel seu col·legi professional i expulsat.

Però, d'acord amb els arguments del Sr. Wakefield i d'altres, els pares de nens autistes han presentat reclamacions contra l'Estat i han demanat, alguns d'ells, la prohibició de vacunes amb mercuri, juntament amb una indemnització dels perjudicats per l'estat de la malaltia que pateixen els seus fills. S'argumenta que el "tiomersal" és un conservant amb un 50% de mercuri que té efectes neurotòxics, atès que lesiona les connexions neurològiques. El 1996 va ser retirat de la farmàcia veterinària i el 2000 dels col·liris i antisèptics.

Totes les sentències que he llegit de l'Audiència Nacional desestimen les demandes, amb l'argument que no és competent per prohibir les vacunes amb mercuri, que el "tiomersal" no porta metilmercuri (que és perillós), sinó etilmercuri (encara no se n'ha demostrat el grau de perillositat). Que, si es fa una ponderació del risc-benefici en l'aplicació de la vacuna, no se n'ha provat el risc i, per contra, sí que n'estan provats els beneficis. En alguns casos, la demanda també es desestima per prescripció de l'acció, atès el temps transcorregut en l'aplicació de la vacuna, el diagnòstic de l'autisme i la presentació de la demanda.

Vist que per aquesta banda no trobem una solució al problema plantejat, ens hem atansat a la recent Llei 33/2011, del 4 d'octubre, General de Salut Pública, promulgada amb l'objectiu d'articular tot l'àmbit del dret a la protecció de la salut previst en l'article 43 de la Constitució i de vetllar per la



salut col·lectiva, implantant accions de protecció de la salut en diferents àmbits.

La nova Llei General de Salut Pública defineix drets i deures dels ciutadans —entre els quals hi ha el de col·laboració amb l'Administració sanitària, com també les obligacions de les administracions—, defineix les actuacions en salut pública, fa esment especial a la prevenció primària i a la vacunació, i encomana al Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut la decisió d'acordar, en un futur indeterminat, el calendari únic de vacunacions per a tot el territori espanyol.

La nova llei també preveu mesures excepcionals i cautelars per salvaguardar la salut pública, com ara la immobilització de productes, la intervenció de mitjans materials i personals, el tancament preventiu d'instal·lacions, sens perjudici d'allò previst en la LO 3/1986, del 14 d'abril, de mesures especials en matèria de salut pública. I és justament aquesta LO 3/1986 la que ens pot donar la solució quan esclata el conflicte entre els drets individuals i els col·lectius. Quan les decisions individuals de

la persona col·lideixen amb l'interès general de la societat.

Permeteu-me només fer un esment a la indicació de LO (Llei orgànica), atès que és l'element diferenciador de la norma, que, a més, li confereix un rang superior. Per la seva naturalesa, les LO estan destinades a regular l'exercici dels drets fonamentals reconeguts a la Constitució, cosa que comporta que fixin límits a l'exercici del dret a la llibertat (les penes de presó que preveu el Codi Penal) o de la intimitat (LO de Protecció de Dades Personals).

Doncs la LO 3/1986 limita l'exercici de la llibertat individual en atenció a determinades situacions que afecten la salut pública per tal de salvaguardar-la i evitar-ne el deteriorament. Més concretament, l'Administració sanitària, d'acord amb la LO 3/1986, pot imposar reconeixement i tractaments obligatoris, així com mesures de control i d'hospitalització; també pot imposar mesures per controlar les malalties transmissibles, aplicant controls sobre els malalts, sobre les persones amb qui hagin estat en contacte i sobre el medi pel qual s'han mogut.

dels 35 nens sense vacunar, la Junta d'Andalusia va comparèixer al jutjat, on va demanar autorització per a l'aplicació forçosa de la vacuna.

El 24 de novembre el Jutjat del Contenciós Administratiu número 5 de Granada autoritzava la vacunació forçosa dels 35 nens, en un centre de salut o al seu domicili, per personal especialitzat, i sense que l'aplicació de la vacuna constituís, en cap cas, un tractament inhumà o degradant, i amb l'auxili de les forces de seguretat, en cas que fos necessari.

El jutjat de Granada fonamenta la seva decisió en els articles 2 i 3 de la LO 3/1986, que autoritzen les administracions públiques a aplicar mesures per controlar les malalties transmissibles, i tenint en compte que el xarampió és un malaltia greu i transmissible.

És el risc per a la salut pública, derivada de l'alta transmissibilitat del xarampió, el que justifica l'obligatorietat de la vacuna, però mentre no hi hagi una situació generalitzada de

Segons l'Organització Mundial de Turisme (OMT)¹, els primers mesos del 2011 els viatges internacionals van créixer gairebé un 5% arreu del món, amb excepció del Pròxim Orient i el nord d'Àfrica. L'Àfrica del Sud i l'Àsia Meridional van encapçalar el creixement (ambdues amb un +15%), seguides de l'Àfrica subsahariana (+13%) i l'Europa Central i de l'Est (+12%).

Tot i així, segons paraules de Carmen Amela, directora general de Salut Pública i Sanitat Exterior, el 2010² s'estima que el 80% dels espanyols no es vacuna quan es desplaça a zones de risc, especialment a destinacions tropicals o subtropicals. És a dir, haurien d'haver estat informats i tractats amb vacunes, a més de quimioprofilaxis de la malària i consells de salut, per adoptar mesures preventives abans, durant i després de realitzar viatges a països on les condicions higienico-sanitàries poden ser inaccessibles i deficientes. També hi ha alguns estu-

La nova Llei General de Salut defineix els drets i deures dels ciutadans i les actuacions en salut pública i fa esment especial a la vacunació

risc, fins que no aparegui un brot epidèmic, ens cal respectar les llibertats individuals.

Ara bé, si focalitzem l'aplicació de les vacunes en els menors, s'obre un senyal d'alerta. Cal respectar el menor i vetllar pel que s'anomena l'interès superior del menor, ja que és una persona en procés de formació i no pot decidir per ell mateix. No es poden tancar portes al camí que té davant un menor, i per això trobem moltes sentències que priven de la potestat paterna als progenitors amb l'argument que no atenen el desenvolupament del menor i, més concretament, que no s'han preocupat de vacunar-lo.

Dr. J. Corbella i Duch
Advocat

Viatges internacionals i vacunacions

"¡Triste época la nuestra! Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio."

Albert Einstein

dis realitzats a Europa que indiquen que una bona proporció de viatgers, a l'entorn d'un 30-40%, no sol·liciten consell sanitari abans del viatge en un centre especialitzat.

La vacunació en qualsevol àmbit de treball és l'estratègia de prevenció primària més efectiva i amb millor relació cost-benefici que podem utilitzar en salut pública. A més, també és una mesura de prevenció secundària dirigida a la població de risc per evitar complicacions. El seu impacte a la salut de les poblacions va produir, entre d'altres, una eradicació de la verola o la disminució de la incidència d'algunes malalties immunoprevenibles com el tètanus, la poliomièlitis, tot aconseguint i mantenint cobertures vacunals elevades³.

En el cas dels viatges internacionals les vacunes són utilitzades, entre d'altres mesures de prevenció sanitària, per evitar malalties que prevalen en altres països, on les infraestructures sanitàries i els recursos econòmics, materials i humans en salut són més precaris.

Dins del món dels viatgers, s'han de tenir en compte tres grups de mesures preventives: la primera fa

referència a l'estil de vida o pautes de conducta (higiene de l'aigua i els aliments, mosquits, sexualitat...); la segona és la potencial necessitat de profilaxi del paludisme o malària, i la tercera són les vacunacions que cal recomanar.

La recomanació o no de vacunar-se abans d'un viatge s'ha de realitzar de forma individualitzada i personalitzada a cada viatge internacional valorant i avaluant les seves necessitats en aspectes com el país de destinació, la durada, el tipus i el motiu del viatge, el tipus d'allotjament, la relació amb la població autòctona, l'edat, el gènere, el seu estat general de salut i els antecedents patològics, les al·lèrgies, les immunitzacions anteriorment rebudes i acreditades... De fet, encara que el risc en un viatge sigui baix, la seguretat i l'eficàcia que caracteritzen les vacunes actuals afavoreix que es recomani la vacunació com una mesura de prevenció fonamental^{4,5}.

La demanda telefònica o per Internet respecte a una visita al Centre de Vacunacions per part de viatgers internacionals de turisme, visites familiars i treball constitueix moltes vegades una excel·lent oportunitat per realitzar no només les immunitzacions directament relacionades amb el viatge en qüestió, sinó també unes altres, que, amb independència del viatge, no haurien estat administrades per diferents motius com el Tètanus-diftèria (Td) o la Triple Vírica (xarampió-rubèola-parotiditis).

Una altra proporció important de viatgers acudeix als centres de vacunacions internacionals amb poc temps d'antelació per aconseguir una immunització correcta de diverses vacunes recomanades i/o obligatòries que necessitin d'acord amb el seu itinerari. És aconsellable passar per un centre especialitzat en un termini no inferior a un mes per obtenir una correcta immunització i evitar possibles incompatibilitats amb un altre tipus de mesures preventives, com podria ser la quimioprofilaxi antipalúdica⁶.

Els professionals de la salut en viatges internacionals, de la mateixa manera que en l'Atenció Primària i l'Atenció Hospitalària, també contribueixen a la implementació i l'aplicació dels programes de vacunacions, ja siguin sistemàtiques i/o internacionals, tot coordinant la formació en vacunes dels professionals implicats i comentant les novetats respecte als calendaris vacunals, i elaborant protocols de vacunació internacionals.

Encara que el risc d'un viatge sigui baix, la seguretat i l'eficàcia de les vacunes actuals afavoreix la recomanació de la vacunació

Són un punt de referència per assessorar vacunes en viatges internacionals, gestionar comandes, existències i cadena del fred de les vacunes, actualitzar els sistemes de registre informatitzat, identificar grups de viatgers d'alt risc (immigrants i pacients crònics) per actualitzar vacunes³, etc.

En tots els àmbits, en especial el de l'Atenció Primària, ja que té accessibilitat i estret coneixement de la població adscrita als centres de salut, la formació i l'experiència de la Infermeria en les activitats que li són pròpies, que es desenvolupen i es registren en la seva pràctica assistencial infermera, com les vacunacions, hauria de facilitar per part de les autoritats pertinents el reconeixement i la normalització de la prescripció infermera com a rol propi, sigui una prescripció autònoma o de cooperació en vacunes protocolitzades, per reforçar i augmentar també així les diferents estratègies vacunals establertes pels diferents proveïdors de salut⁷.

Un altre punt necessari en l'actuació dels professionals sanitaris en viatges internacionals és l'educació sanitària de la població diana envers les vacunes. Com deia David Salisbury, director del programa d'Immunitzacions del Departament de Salut del Regne Unit i col·laborador de l'OMS: "Si es tem la malaltia però no les vacunes, l'argument provacunació és clar. Si no es tem ni l'una ni l'altra, la vacuna es pot rebre per inèrcia; però quan no es tem la malaltia però sí les vacunes, es rebutjarà la immunització."

L'acceptació de la vacunació per part de la població viatgera, donar a conèixer de forma objectiva els beneficis, els efectes secundaris i les falses contraindicacions de la vacunació, els riscos de la malaltia per no vacunar-se, desfer la desinformació i els falsos mites, no generar desconfiança o pèrdua de credibilitat davant els temes populars que sobrepassen la realitat científica, formen part de diverses eines de treball multidisciplinari i coordinat per aconseguir que la societat es vacuni amb autonomia, llibertat i responsabilitat individual i col·lectiva^{8,9}.

Tot i així, no ens hem d'oblidar d'informar i difondre rigorosament

les vacunes des del coneixement científic amb les agències de viatges que, a més de tramitar les gestions administratives relacionades amb els viatges contractats, haurien d'aconsejar els viatgers de la conveniència de contactar amb els centres de vacunacions internacionals per rebre assessorament especialitzat sobre vacunació i consells sanitaris. El mateix succeeix amb els mitjans de comunicació (premsa, ràdio i televisió).

Mariola Espejo Surós
Infermera. Coordinadora del Centre de Vacunacions Internacionals Eixample. Àmbit Atenció Primària. PROSICS Lleida - Institut Català de la Salut

Elena Simó Martínez de Guereño
Metgessa. Centre de Vacunacions Internacionals Eixample (CVIE). Àmbit Atenció Primària. PROSICS Lleida - Institut Català de la Salut

BIBLIOGRAFIA

- Organización Mundial del Turismo. Disponible a: <http://unwto.org/es>
- El País. Disponible a: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2011/05/26/actualidad/1306360801_850215.html
- De Aristegui Fernández J, Muñiz Saitua J. Vacunaciones en el n.º de la teoría a la práctica. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. 2006. Disponible a: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/absys/documento/vacunaciones.pdf>
- The Pretravel consultation, Chapter 2. Health information for International Travel. The Yellow Book. CDC; Ed. Elsevier, 2012.
- International Travel Health 2011. World Health Organization (WHO).
- Viajar sano.com. Disponible a: <http://www.viajarsano.com/>
- Grup Vacunes AIFCC. "El paper de la professió infermera en la prescripció de vacunes. 27 de gener de 2011". Disponible a: http://aifcc.cat/data/06grupsdetrebali/0603120725_110127elpaperde lainfermeraenlaprescripciodevacunes.pdf
- Kimmler SR, Burns IT, Wolfe RM, Zimmerman RK. Addressing immunization barriers, benefits, and risks. J Fam Pract. 2007 Feb; 56 (2): S61-9.
- AEV y otras sociedades científicas. "Hablemos de las vacunas desde la ciencia y el conocimiento". Documento de consenso de Sociedades y Asociaciones Científicas frente a la "desinformación" sobre las vacunas. 14 de noviembre de 2011.

Pediatria dels Pirineus, SCCLP, una cooperativa com a alternativa per garantir l'atenció pediàtrica a territoris amb difícil cobertura

Tot i el context de crisi actual, existeix un dèficit d'especialistes en pediatria que genera força dificultats per aconseguir cobertura pediàtrica en diferents zones del territori, fet que és especialment evident a les poblacions rurals, i sobretot a les comarques més allunyades dels grans centres hospitalaris. Aquest fet obliga a buscar noves iniciatives que incorporin al·licients suficients per aconseguir que els pediatres decideixin traslladar-se a treballar a aquestes zones¹.

L'octubre de 2009 es va posar en funcionament un model innovador d'autogestió creat per proveir l'assistència pediàtrica, tant d'Atenció Primària com d'Atenció Hospitalària, basat en una cooperativa de professionals. El projecte va lligat a un centre hospitalari universitari de Barcelona, referent en pediatria, i entenem que ha resolt els problemes de cobertura d'una comarca extensa i poc poblada del Pirineu català.

La comarca de l'Alt Urgell, al Pirineu lleidatà, és la segona comarca més gran de Catalunya, amb 1.447,48 km² de superfície, però una de les de més baixa densitat de població, amb 15,22 habitants/km², amb 80 km de longitud i molts nuclis rurals petits, molts d'aquests de difícil accés (Figures 1 i 2). La capital de comarca, la Seu d'Urgell, compta amb 13.060 habitants i es troba a només 10 km de distància de la frontera amb Andorra, a 136 km de Lleida i a 178 km de Barcelona.

Per tal de donar cobertura sanitària als 22.037 habitants (amb 3.700 nens) que resideixen a la comarca, així com als turistes que la visiten durant tot l'any, però especialment a l'estiu i durant la temporada d'esquí, disposa d'un hospital comarcal, la Fundació Sant Hospital (FSH) de la Seu d'Urgell, amb atenció pediàtrica i parts, i dos centres d'assistència primària (CAP) separats a 45 km de distància, que inclouen un total de 15 consultoris locals. La FSH és un hospital privat que

depèn d'un patronat local i forma part de la Xarxa d'Hospitals d'Ús Públic de Catalunya (XHUP), mentre que tota l'Atenció Primària de la comarca està gestionada per l'Institut Català de la Salut (ICS).

La FSH atén unes 16.000 visites d'urgències/any (un 18% pediàtriques), amb unes 2.700 altes/any (un 10% pediàtriques), i es realitzen uns 150-170 parts/any. Disposa d'atenció pediàtrica de presència els dies laborables de 8.00 a 15.00 h i de guàrdia localit-

zable la resta del temps. El CAP de la Seu d'Urgell és el més gran de tot el Pirineu i s'hi atenen uns 3.150 nens, repartits en 3 contingents pediàtrics; mentre que el CAP de l'Alt Urgell Sud, amb seu a la població d'Oliana, dona cobertura a uns 550 nens més, agrupats en el quart contingent pediàtric de la comarca.

El dèficit de pediatres que han d'afrontar molts hospitals (sobretot comarcals) i CAP es feia molt palès en aquesta comarca, allunyada dels grans centres urbans. A més, la presència de dos proveïdors diferents, per als dos nivells d'atenció, dificultava la coordinació entre els diferents professionals que depenien de diferents empreses, sobretot per a la cobertura de les vacances i/o eventuales baixes laborals, a més de dificultar la formació continuada dels professionals.

El mes d'octubre de 2009, amb l'objectiu de garantir la qualitat i la sostenibilitat de la prestació de l'atenció pediàtrica integral, es va signar un conveni entre els diferents proveïdors de salut (FSH i ICS) i l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (HSJD), sota la supervisió del Departament de Salut (CatSalut), per tal de prestar l'assistència pediàtrica (Primària i Hospitalària) a tota la comarca. Els professionals pediatres implicats es van constituir en un nou model d'Entitat

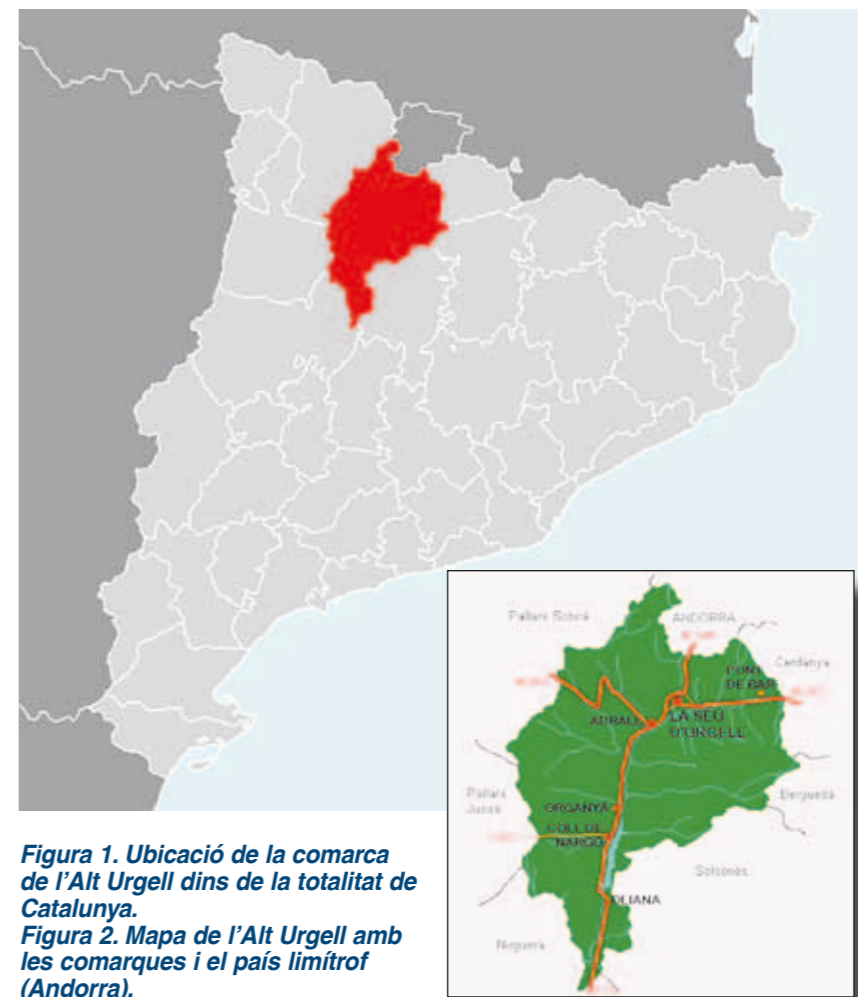


Figura 1. Ubicació de la comarca de l'Alt Urgell dins de la totalitat de Catalunya.
Figura 2. Mapa de l'Alt Urgell amb les comarques i el país limítrof (Andorra).

de Base Associativa (EBA) mitjançant la personalitat jurídica d'una Societat Cooperativa Catalana Limitada Professional (SCCLP), que s'anomenava Pediatria dels Pirineus, SCCLP, amb socis col·laboradors i socis treballadors, i assumia, a més de l'assistència pediàtrica, totes les decisions organitzatives, econòmiques i legals.

Amb aquest nou model, es va traspassar la gestió de la prestació pròpiament dita, tot emprant els circuits ja definits per a l'Atenció Primària i l'Atenció Especialitzada Hospitalària, tant per a la programació i el registre de l'activitat assistencial com la generació de peticions de productes intermediaris i la derivació de pacients, sense gestionar les despeses d'aquestes prestacions (proves complementàries, farmàcia, material sanitari i altres)^{2,3}.

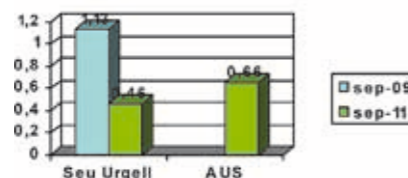
Actualment, després dels 2 primers anys de funcionament, creiem que és un bon moment per revisar els resultats, tant en àmbit assistencial com de millora professional.

Per tal de respectar els pediatres establerts al territori, es va comptar amb tots ells a la nova estructura. Els dos pediatres estatutaris de l'ICS no es van incorporar inicialment com a socis de la cooperativa, tot i que van passar a dependre'n funcionalment. D'aquesta manera, actualment l'estructura és de cinc socis de la cooperativa (l'HSJD és soci col·laborador), dos pediatres dependents laboralment de l'ICS i una pediatra de la FSH, però també dependent funcionalment de Pediatria dels Pirineus.

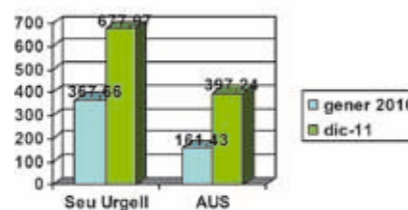
El model d'atenció actual es basa, per tant, en set treballadors, incloent-hi un director gerent (interlocutor amb les diferents institucions: CatSalut, FSH, ICS i HSJD; coordinador amb l'HSJD en temes de docència; responsable dels criteris de qualitat; director de la gestió de personal i del disseny i seguiment pressupostari; no realitza activitat assistencial), un director assistencial (responsable de l'organització del servei; monitoritza la qualitat i realitza el seguiment; gestiona les incidències i cobertures; referent pediàtric per a les direccions assistencials de l'ICS i la FSH; realitza activitat assistencial i assumeix el càrrec de cap de Servei de Pediatria de la FSH); els socis treballadors i professionals restants permeten donar la cobertura pediàtrica dels diferents contingents pediàtrics de la comarca i col·laborar amb el director assistencial en l'assistència a la FSH i en les possibles cobertures als dos ambulatoris.

Aquesta nova estructura ha permès doblar el nombre de pediatres que realitzen assistència a la comarca (de tres a sis), augment amb el qual s'ha aconseguit la cobertura del 100% de l'assistència pediàtrica, tant de l'Atenció Primària com de l'Hospitalària, incloent-hi totes les guàrdies hospitalàries,

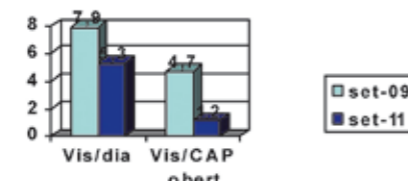
DIES DE DEMORA PER ACONSEGUIR CITA PRÈVIA A PRIMÀRIA



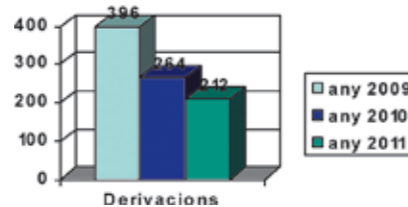
EQA PEDIÀTRIA



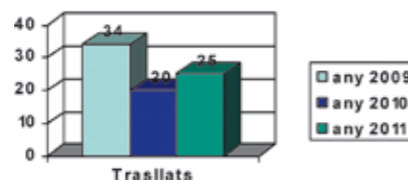
MITJANA DE VISITES PEDIÀTRIQES A URGÈNCIES DE LA FSH



DERIVACIONS FORA DE L'ALT URGELL



NOMBRE DE TRASLLATS PEDIÀTRICS DE LA FSH



Taula I. Principals indicadors assistencials dels dos primers anys de funcionament.

per donar d'aquesta manera cobertura pediàtrica totes les hores del dia i tots els dies de l'any.

La direcció assistencial de Pediatria dels Pirineus té la capacitat d'organitzar i prioritzar la tasca assistencial, i això li ha permès una reorganització de les consultes en funció de la conciliació de la vida laboral i familiar dels professionals. D'aquesta manera, tots els professionals tenen horaris establerts en tres matins i una única tarda, amb la inclusió de la tarda dels divendres en torns rotatoris, i s'aconsegueix la dedicació d'un 10-20% de la jornada laboral a la docència, amb quatre dies setmanals dedicats a l'assistència i un cinquè a la docència, amb rotacions periòdiques per especialitats pedià-

triques a l'HSJD. Malgrat que només quatre pediatres disposen de contingent pediàtric propi a l'ambulatori, entre els sis pediatres de la comarca es realitzen cobertures entre ells per tal de garantir l'adequada continuïtat (als dos CAP i a la FSH) durant el temps dedicat a la docència, als diferents cursos formatius, a les vacances i/o als permisos i en les eventuals incidències.

A escala assistencial s'ha realitzat la cobertura del 100% dels dies als CAP de la Seu d'Urgell i de l'Alt Urgell Sud, respectivament, tot implementant, a més, l'atenció amb visites pediàtriques al CAP de la Seu d'Urgell durant dues hores els dissabtes al matí (únic CAP de tot el Pirineu que realitza aquest servei). Així mateix, s'ha aconseguit el 100% de la cobertura hospitalària (torn de matí i guàrdies localitzables els 365 dies de l'any).

Amb aquesta cobertura de pediatria a l'Atenció Primària s'ha aconseguit un excel·lent nivell d'accessibilitat de la població, amb un 100% d'èxit en els intents d'obtenir visita pediàtrica en cita prèvia abans de 48 hores i amb 0,46 i 0,66 dies de demora per aconseguir cita prèvia a la Seu i AUS, respectivament (disminució del 54% respecte a l'estructura prèvia). Des del punt de vista de la qualitat assistencial d'aquestes visites, s'ha evidenciat un increment notable en els estàndards de qualitat assistencial (mesura emprada a nivell intern de l'ICS per monitoritzar la qualitat en l'assistència i estandaritzar-la en els diferents ambulatoris) als dos CAP de la comarca (del 55% a la Seu d'Urgell i el 165% a l'AUS).

Aquest fet ha repercutit, al mateix temps, en una disminució de les visites pediàtriques al Servei d'Urgències de la FSH en un 30%, més evident a les franges horàries en què el CAP de la Seu d'Urgell està obert (incloent-hi els dissabtes al matí), on la reducció ha estat del 66%. Aquesta redistribució del flux de visites del Servei d'Urgències Hospitalàries cap a l'Atenció Primària ha comportat, evidentment, una clara disminució del cost sanitari global⁴.

En l'àmbit hospitalari, comparant les dades de l'estructura prèvia amb les actuals, s'evidencia un lleuger increment de la complexitat (un 8,5%), però amb una major resolució dels casos (sobre una estada mitjana esperada l'any 2009 de 2,6 dies, la FSH tenia 2,94 dies; mentre que sobre una estada mitjana esperada l'any 2011 de 2,79 dies, amb el nou model s'observa una estada mitjana real de 2,34 dies). S'ha evidenciat una disminució del 33% de totes les derivacions en forma global a altres centres fora de la comarca, així com del 41% dels trasllats interhospitalaris realitzats des d'urgències o hospitalització de la FSH. S'ha millorat el *timing* de resolució de patologies, gràcies a una millor organització de

les visites dels pacients que es desplacen a l'HSJD per rebre valoració per part de les diferents subespecialitats pediàtriques, de manera que s'aconsegueixen minimitzar els viatges de la població de l'Alt Urgell, bàsicament en disposar de la participació activa de l'HSJD en el projecte. La Taula I recull els principals indicadors assistencials durant aquest període.

La relació docent amb l'HSJD ha implicat la incorporació de cada professional en un servei especialitzat en pediatria i ha permès la formació en subespecialitats pediàtriques, amb la consegüent realització de consultes de subespecialitats al territori. De moment s'ha consolidat la consulta de Pneumologia Pediàtrica i la de Seguiment Neonatal, i aquest any 2012 s'ha iniciat la consulta d'Endocrinologia Pediàtrica.

Quant a la docència dels professionals, s'ha implementat de forma notable la realització de sessions formatives i cursos, tant dins del territori com fora d'ell, fins i tot amb la incorporació de cursos realitzats via telemàtica. S'ha consolidat la sessió setmanal formativa amb l'assistència de la globalitat dels professionals pediatres i d'infermeria pediàtrica de la comarca (41 sessions durant l'any 2010 i 43 l'any 2011), tot convertint aquestes sessions durant l'actual any acadèmic 2011-2012 en el Curs de Formació Continuada en Pediatria de l'Alt Urgell, activitat acreditada pel Consell Català de la Formació de les Professions Sanitàries amb 5,7 crèdits de formació. Aquesta nova estructura ha permès més facilitat als professionals per assistir als diferents cursos de formació. Així, durant l'any 2010, s'ha participat en un total de 32 cursos diferents (6,5 cursos/professional), 7 de realitzats al mateix territori, dels quals han destacat 3 cursos de reanimació neonatal i/o pediàtrica. L'any 2011 s'ha participat en 35 cursos (5,6 cursos/professional), 6 d'ells dins del mateix territori.

Tanmateix, a principis de 2011, Pediatria dels Pirineus, SCCLP va organitzar, conjuntament amb CatSalut i

El nou model ha comportat una millor cobertura sense incrementar la despesa

L'experiència és reproduïble en tots els àmbits professionals

l'Institut d'Estudis de la Salut, el primer Curs d'Introducció a l'Assistència Pediàtrica per a metges de família i infermeria del Pirineu. De la mateixa manera, alguns dels nostres professionals participen activament en projectes de futur del CatSalut, com el Pla Director de les Malalties de l'Aparell Respiratori o bé el programa de seguiment de les infeccions respiratòries.

Conjuntament amb l'Aula de Pediatria de l'HSJD, des de novembre de 2010 es retransmeten via *webcasting* la majoria de cursos organitzats, fet que ha facilitat el seguiment per part dels nostres professionals, sense necessitat de desplaçar-se i adaptant el seguiment dels cursos a l'activitat assistencial.

Així mateix, s'han pogut realitzar diferents actes comunitaris per a la promoció de la salut al territori, amb un total de 22 actes l'any 2010 i 18 l'any 2011, entre els quals ha destacat la retransmissió de les Xerrades per a Pares i Educadors que organitza cada mes l'Aula de Pediatria de l'HSJD i que s'han seguit telemàticament a la Sala de Plens de l'Ajuntament de la Seu d'Urgell. Per finalitzar, i gràcies al conveni de col·laboració firmat per la RSAPiA amb la Universitat de Lleida (UdL), s'ha iniciat al gener de 2011 la rotació per als nostres serveis pediàtrics dels estudiants de Medicina de la UdL.

En l'àmbit econòmic, amb una despesa similar per part del CatSalut prèvia a la creació de la societat cooperativa, l'autogestió dels propis professionals ha permès establir un adequat salari vinculat a l'activitat assistencial, que conjuntament amb la flexibilitat laboral i la implementació de la docència ha estimulat aquests professionals a desplaçar-se a viure a aquesta zona allunyada dels grans centres urbans.

Podríem concloure que aquest nou model ha comportat, sense un increment de la despesa pública, una millor cobertura pediàtrica de tota la comarca, amb visió territorial, continuïtat en l'atenció, integració en el sistema de salut i sostenibilitat. El programa de formació continuada ha permès l'adhesió al territori de pediatres amb excel·lent formació, i aquest fet ha repercutit en els resultats assistencials a mitjà i llarg termini. Aquest model d'atenció professional en salut creiem que és reproduïble a pràcticament tots els àmbits professionals, així com en la majoria dels àmbits geogràfics.

Dr. Jordi Fàbrega i Sabaté
 Director assistencial de Pediatria dels Pirineus, SCCLP
Dr. Andreu Parareda i Sallés
 Director gerent de Pediatria dels Pirineus, SCCLP

BIBLIOGRAFIA

- Ledesma, A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit* 2005; 3 (1): 73-81.
- Llei 15/1990, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC) (DOG núm. 1324, de 30 de juliol de 1990, pàg. 3660-73).
- Llei 11/1995, de Modificació Parcial de la LLOSC aprovada pel Parlament de Catalunya el dia 29 de setembre de 1995 (DOG núm. 2116, de 18 d'octubre de 1995, pàg. 7538-40).
- De Pablo González, R. La culpa de que el sistema no funcione, ¿la tiene la atención primaria?. *FMC* 2007; 14 (4): 173-5.

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professional de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: 902 362 492

Telèfon Lleida: 973 273 859

Cinc anys del Servei de Valoració de la Dependència a Lleida

El 14 de desembre de 2006 s'aprova la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, més coneguda com Llei de la Dependència. Aquesta llei estatal té com a objectiu donar cobertura a les necessitats d'aquelles persones que, per raons lligades a la manca o pèrdua de la seva capacitat física, psíquica o intel·lectual, requereixen d'assistència i ajuda per a la realització de les activitats de la vida diària i, de manera particular, les referents a la seva cura personal.

Aquesta llei estableix els serveis i les prestacions a què es podrà accedir segons el grau de dependència obtingut de l'aplicació de l'eina de valoració: el barem de valoració de la dependència (BVD) aprovat pel Reial Decret 504/2007, del 20 d'abril, i modificat amb el Reial Decret 174/2011 de l'11 de febrer.

El desplegament de la llei ha estat gradual i progressiu des del 2007 i a Catalunya s'ha dut a terme des del Departament de Benestar Social i Família.

Amb la llei sorgeixen els Serveis de la Valoració de la Dependència (SEVAD), encarregats de realitzar les valoracions en l'entorn habitual del sol·licitant mitjançant l'aplicació del BVD. Actualment hi ha 23 SEVAD arreu del territori català.

L'any 2007, Gestió de Serveis Sanitaris assumeix la gestió dels dos SEVAD que hi ha a la província de Lleida:

- El SEVAD 17 Lleida, amb cobertura a les comarques del Segrià, la Noguera, l'Urgell, el Pla d'Urgell, les Garrigues, la Segarra i el Solsonès.
- El SEVAD 16 Alt Pirineu i Aran, amb cobertura a la Vall d'Aran, el Pallars Jussà, el Pallars Sobirà, l'Alta Ribagorça, l'Alt Urgell i la Cerdanya.

La població de referència dels dos SEVAD és aproximadament de 440.000 habitants.

La llei defineix:

- La dependència com "l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la manca o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, precisen de l'atenció d'altra o altres persones o ajudes importants per realitzar activitats bàsiques de la

preferències pròpies, així com realitzar les activitats de la vida diària".

- Les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), com "la cura personal, les activitats domèstiques bàsiques, la mobilitat essencial, reconèixer persones i objectes, orientar-se entendre i executar ordres o tasques senzilles". Exclou les activitats instrumentals de la vida diària (atendre un familiar, fer la compra...) i les activitats avançades de la vida diària (estudiar, treballar, vida social...).

A través de l'aplicació del BVD s'obté una puntuació entre 0 i 100 punts, que determina el grau i nivell de dependència seguint la següent classificació:

Grau I. Dependència moderada: quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD almenys una vegada al dia o té necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal. 25-49 punts (grau I nivell 1, entre 25 i 39, punts i grau I nivell 2, entre 40 i 49 punts).

Grau II. Dependència severa: quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD dues o tres vegades al dia, però no requereix del suport permanent d'un cuidador o té necessitats de suport extens per a la seva autonomia personal. 50-74 punts (grau II nivell 1, entre 50 i 64 punts, i grau II nivell 2, entre 65 i 74 punts).

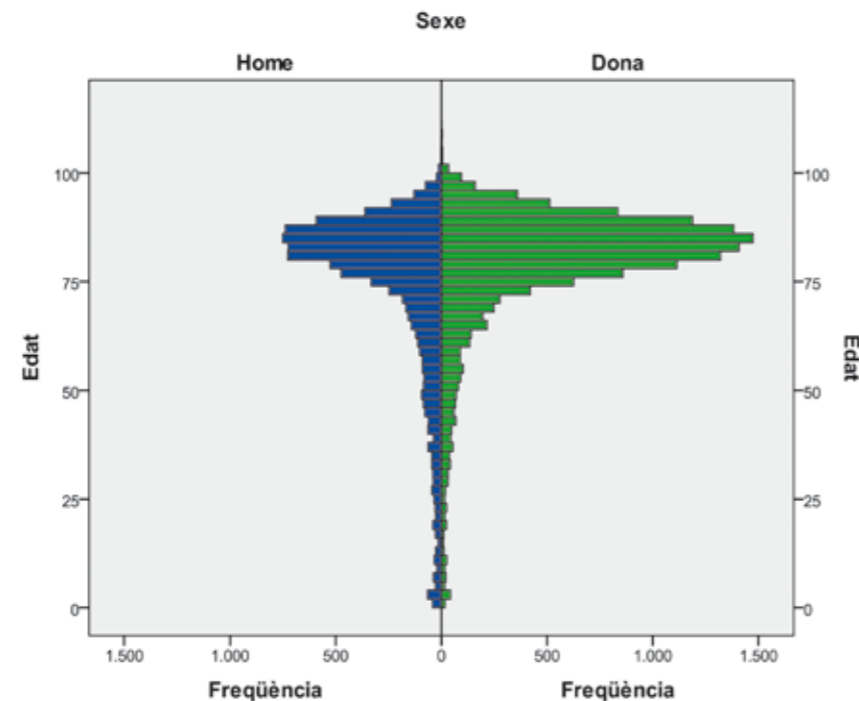
Grau III. Gran dependència: quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses ABVD diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia personal. 75-100 punts (grau III nivell 1, entre 75 o 90 punts, i grau III nivell 2, entre 90 i 100 punts).



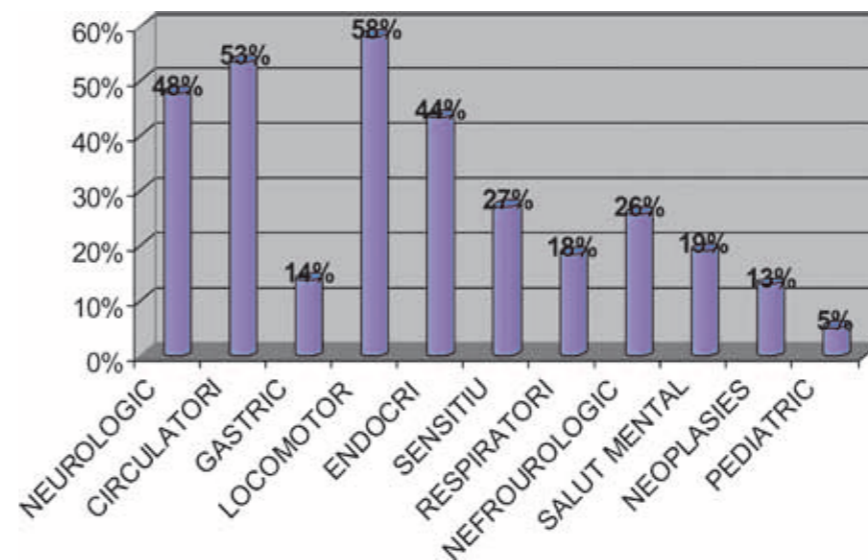
Fragment del BVD aplicat en la valoració de la situació de dependència

vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres suports per a la seva autonomia personal".

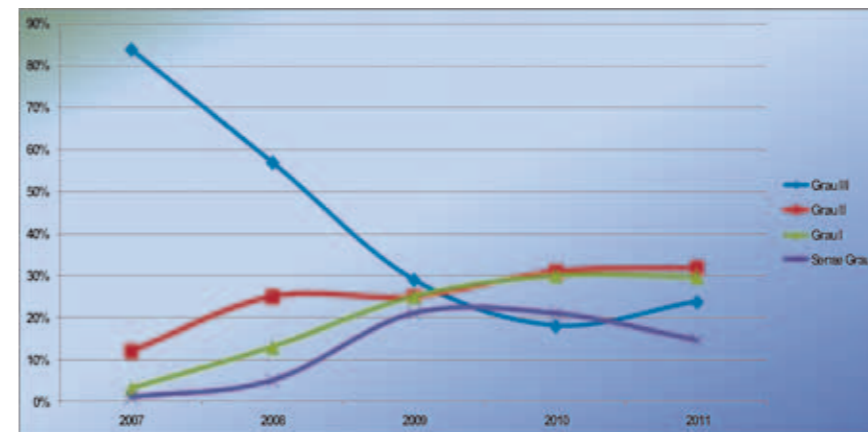
- L'autonomia com "la capacitat de controlar, afrontar i prendre, per pròpia iniciativa, decisions personals sobre com viure d'acord amb les normes i



Piràmide de la població valorada durant aquests cinc anys



Freqüència dels grups de patologies de les valoracions realitzades durant l'any 2011



Evolució de la resolució de grau i nivell

En el cas de menors de 3 anys, la valoració es realitza amb una eina especialment dissenyada per a aquesta franja d'edat anomenada EVE (Escala de Valoració Específica).

Totes les avaluacions que es realitzin a menors de 18 anys tenen un caràcter provisional i es fan noves valoracions per part del SEVAD als 3, 7, 11 i 18 anys.

Procés de valoració

El document de sol·licitud de reconeixement de grau i nivell de dependència s'acompanya sempre d'un informe mèdic en què ha de constar la informació referent als diagnòstics de les patologies i la data d'aparició. Aquesta és la documentació que rep el SEVAD per poder iniciar el procés de valoració.

El Servei de Valoració de la Dependència està format per:

- Equip de suport: compta amb metge/metgessa, psicòleg/-òloga i treballador/a social.
- Equip d'avaluadors: format per professionals de la fisioteràpia, infermeria i teràpia ocupacional.
- Equip administratiu.

Al SEVAD, li correspon revisar la

coherència i adequació dels informes de salut aportats, identificant aquelles patologies o diagnòstics susceptibles de generar dependència al sol·licitant i determinar si les limitacions que presenta són exclusivament físiques i mentals o ambdues. El SEVAD pot desestimar la valoració si els informes aportats no constitueixen una prova suficient de dependència.

Els diagnòstics que fa constar a l'informe mèdic el metge de família o especialista determinen la taula de pesos del BVD. Aquesta taula serà específica quan calgui valorar patologies que impliquen deteriorament cognitiu, malaltia mental, discapacitat intel·lectual i alteracions perceptives-cognitives. En la resta de casos la taula serà general.

El BVD determina que les limitacions de les patologies han de tenir un caràcter permanent. Per tant, aquelles que cursin amb brots s'han de valorar en el seu estat basal. Els processos de nova aparició amb possibilitats de millora s'han de considerar com a aguts, i no es poden valorar fins a la seva estabilització. Els processos aguts no seran avaluables fins passat un període d'entre 2 i 6 mesos. Aquestes mateixes

circumstàncies permeten a l'equip de suport del SEVAD fer proposta de dictamen de provisionalitat quan es preveu la millora de l'estat de salut.

Un cop determinada la tipologia de taula que s'ha d'aplicar, general o específica, es procedeix a la valoració, que sempre es realitza al domicili habitual del sol·licitant, tenint en compte l'entorn en el qual viu (s'identifiquen les possibles barreres arquitectòniques i facilitadors de l'entorn) i la necessitat de suport en les activitats vinculades a les àrees de menjar i beure, regulació de la micció/defecació, rentar-se, altres cures corporals, vestir-se, manteniment de la salut, transferències corporals, desplaçar-se dins de la llar, desplaçar-se fora de la llar, realitzar tasques domèstiques i capacitat de prendre decisions (només en el cas d'aplicar una taula específica).

Un cop aplicat el barem, el SEVAD emet un informe de proposta de resolució de grau i nivell que remet al Departament de Benestar Social i Família.

En cas que l'interessat presenti un agreujament del seu estat, pot sol·licitar una revisió, que ha d'acompanyar d'informes mèdics que reflecteixin l'empitjorament de la situació.

Activitat del SEVAD Lleida i Alt Pirineu i Aran

Al llarg d'aquests cinc anys el SEVAD Lleida i el SEVAD Alt Pirineu i Aran han realitzat prop de 30.000 valoracions a tota la província de Lleida.

El perfil de les persones valorades respon a una dona (63% dels casos) amb una mitjana d'edat de 77 anys.

Pel que fa a la tipologia de les patologies que originen la sol·licitud, un 80% són físiques i un 20% són mentals. En el gràfic s'observa la distribució.

Des del 2007 fins a l'actualitat la resolució de grau i nivell emesos ha anat variant: han disminuït de forma progressiva el grau III, molt elevat els primers anys, i han incrementat la resolució de la resta de graus, amb tendència a l'homogeneïtzació de la freqüència d'aquests i de l'estabilització del grau I i II.

Segons dades publicades pel Departament de Benestar Social i Família fins a l'1 de gener del 2012 a Lleida s'han beneficiat de la Llei de la Dependència 9.834 persones, la major part de les quals ha accedit a la prestació per cuidador no professional o a un centre residencial per a gent gran.

Dra. Núria Gracia Riu
Metgessa
Gerard Pedra Pagès
Psicòleg
Núria Barberà Rubió

Coordinadora i treballadora social
Equip de suport del SEVAD Lleida i SEVAD Alt Pirineu i Aran
Gestió de Serveis Sanitaris

Premis a la Investigació Mutual Mèdica

Amb tu, en el teu projecte de recerca

Si ets metge i ets jove, Mutual Mèdica és la teva mutualitat. Perquè Mutual Mèdica també és jove. Una mutualitat de previsió social, que treballa en exclusiva per al col·lectiu mèdic i que està compromesa amb el metge jove. Fes-te mutualista i gaudeix d'aquests avantatges:

- Ajudes per a la teva formació,
- Assegurança gratuïta d'Assistència en viatge durant un any,
- Accés als Premis a la Investigació.

Presenta ja el teu treball d'investigació i fes realitat els teus somnis. Entra al nostre web i accedeix a les bases.



MutualMèdica

La mutualitat dels metges