

Lliurament d'orles a la XXVIII Promoció de Llicenciats en Medicina de la Universitat de Lleida



La seva solució professional

La nostra experiència en el sector assegurador sanitari ens permet oferir el millor assessorament integral per a vostè, el seu consultori i els seus col·laboradors.

- Multirisc de la clínica o consultori.
- Responsabilitat Civil per a Administradors i Directius (D & O).
- Responsabilitat Civil Professional per a Societats Mèdiques.
- Cobertura de Responsabilitat per Protecció de Dades.
- Assegurances col·lectives per als treballadors.
- Assegurança de baixa diària per a metges.

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

www.med.es



BUTLLETÍ mèdic

Número 82, maig del 2010

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
e-mail: comll@comll.es
http://www.comll.es
butlletimedic@comll.es

Consell de Redacció:

Tomás Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Miquel Buti Solé
Manel Camps Surroca
Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esqueda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Xavier Matias-Guiu Guia
Jordi Melé Olivé
Àngel Pedra Camats
Josep Pifarré Paredero
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:
Baldo Corderroure

Correcció: Torsitrad

Publicitat: COML

Fotomecànica: Euroscript, SL

Impressió: Artgràfic 2010, 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 fotolits van a càrrec del client.
Aquests preus no inclouen el 16% d'IVA

EDITORIAL

Carrera professional, sí, però amb igualtat i equitat

La majoria dels professionals sanitaris estan d'acord que la Carrera Professional (CP) és un reforç econòmic i un reconeixement a la seva tasca. Tanmateix, hi ha discrepàncies si la CP és realment una eina de reconeixement professional i un estímul o, en canvi, és la compensació d'un deute històric de l'Administració i la societat envers els professionals del sector sanitari.

Evidentment, els metges han d'evolucionar d'acord amb una formació continuada en coneixements i en habilitats. Així mateix, han d'exercir un mestratge de cara als professionals més joves i dedicar temps a la recerca. Això no obstant, estan tots els metges en disposició d'assolir aquestes tasques? La pressió assistencial deixa temps per desenvolupar-les?

Per exemple, un metge d'un nucli rural del Pirineu té les mateixes oportunitats d'investigar que el d'un gran hospital amb residents i una Facultat de Medicina veïna? La qüestió bàsica i primordial és, però, si els directius que valoren la dedicació a l'empresa, la docència i la recerca tenen en compte la diferència d'oportunitats.

Benvingudes siguin les eines d'incentivació, sempre que evitem idealitzar la situació real de la praxi mèdica. Emperò, l'Administració, els col·legis professionals i les societats científiques haurien de dir la seva i aconseguir que la CP arribés a tothom amb igualtat i equitat.

SUMARI

XII Jornada de Residents de Medicina Familiar i Comunitària

Un total de 113 metges residents van assistir a la XII Jornada de Residents de la CAMFIC, celebrada a la Universitat de Lleida **9**

El tractament de la pandèmia del virus de la grip A(H1N1)

Cinc experts presenten una sessió clínica del tema i l'epidemiòleg Pere Godoy en fa una actualització **21**



Fotografia portada: LAURENT SANSEN

El Dr. Anton-Robert Gomà va apadrinar la XXVIII Promoció de Llicenciats en Medicina

El Dr. Anton-Robert Gomà Brufau, professor de Medicina i pediatre emèrit de l'Hospital Arnau de Vilanova, va apadrinar la XXVIII Promoció de Llicenciats en Medicina de la Universitat de Lleida (UdL). Aquesta promoció està formada per seixanta nous llicenciats i llicenciades. L'acte de lliurament d'orles va tenir lloc a la Sala Ricard Vinyes de La Llotja de Lleida el 14 de maig.

El Dr. Anton-Robert Gomà va pronunciar un discurs sobre els valors humans i socials de la professió mèdica i els seus reptes de futur. Van assistir a l'acte la presidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, Rosa Maria Pérez; el president del Consell Social de la UdL, Ramon Roca; el rector de la Universitat de Lleida, Joan Viñas; el degà de la Facultat de Medicina de la UdL, Joan Ribera, i el secretari de la Facultat de Medicina de la UdL, Javier Trujillano.

Discurs del Dr. Anton-Robert Gomà

No tinc paraules d'agraïment per haver-me escollit per apadrinar la vostra promoció de Medicina. Els que en el seu moment m'ho van proposar sabeu la cara de sorpresa que vaig posar aquell matí. Sincerament, no m'esperava aquest honor en aquest moment de la meua vida professional en què he entrat a formar part del que s'anomena "classes passives", encara que tinc la sort de seguir en actiu com a facultatiu emèrit del Servei de Pediatria de l'HU-AV. Sincerament, gràcies!

Com cada començament de curs, el primer dia de classe hi ha neguit per la responsabilitat de presentar l'assignatura, presentar-se el professor i tenir un primer contacte amb els alumnes. Aquesta vegada no es tracta de la primera, sinó de l'última classe de la meua vida acadèmica, i us asseguro que el neguit i el grau de responsabilitat són els mateixos que la primera classe que vaig impartir ara ja fa uns quants anys.

Sempre m'he presentat a la primera classe, i ara també ho faré, encara que alumnes i professors ja em coneixeu, no pas la resta del públic. Em vull presentar com un metge pediatre que ha tingut la sort de poder treballar en el que sempre m'ha agradat: l'atenció al nen malalt i el seu entorn. A més, he intentat transmetre els coneixements adquirits als companys i a la joventut universitària i de postgrau, els quals m'han estimulat com a professional, com a universitari i com a persona.

Com en totes les classes, hi ha uns objectius, i aquesta, encara que sigui l'última, també els ha de tenir. L'objectiu serà comentar-vos alguns aspectes no tècnics de la nostra professió que de vegades no he pogut donar-vos a través del curs, atapeït de dades, xifres, lliçons, presentacions de casos, etc.

Avui no dedicaré la classe a comentar observacions i reflexions sobre la pediatria, sinó sobre la vida de metge que comenceu amb il·lusió. Qui us la imparteix està acabant ja la vida professional. Sóc a la part final de la corba de Gauss de la professió, al contrari de vosaltres, que la comenceu. Tot i així, em sento amb ganes d'intentar transmetre valors humans i socials que afloren en la nostra tecnificada i estimada professió, així com aspectes que he observat a través del contacte amb els pacients i les seves famílies en els meus anys de vida professional.

El primer objectiu és felicitar-vos i animar-vos per la decisió que heu pres de ser metges, un objectiu que heu aconseguit amb el vostre treball i esforç. Vull transmetre la felicitació també als vostres pares, que estan orgullosos del primer pas professional que heu fet, i a tots els professors i el personal de la universitat que han col·laborat en aquesta tasca.

Us vull animar perquè hi ha moltes frases fetes que de vegades diem, que repetim i passem de generació en



generació, com "Ara comença la veritat", "Ara arriba el més fort", "No saps quina te n'espera", "El que us queda encara...", etc. Caram, això sembla més una lletania del desconsol en comptes de l'alegria d'haver obtingut un èxit!

Jo vull veure en tots vosaltres i en la joventut l'ampolla que es comença a omplir i que s'ha d'omplir de mica en mica, pas a pas, i vull ajudar-vos a fer-ho veient que és el que han fet els vostres companys al llarg d'aquests anys, des que hi ha la Facultat de Medicina aquí, a la nostra ciutat.

El canvi que ha suposat per a Lleida la posada en marxa de la Universitat ha estat, crec jo, juntament amb l'entrada de la democràcia, el factor dinamitzador més important que ha pogut passar a les nostres terres de Ponent. I, dins de la Universitat, la Facultat de Medicina ha estat, com no podia ser d'altra manera, el millor revulsiu que li podia passar a la nostra professió. Perquè això fos així, calia l'esforç i el treball abnegat de moltes persones, inclosos tots vosaltres, els que heu estat alumnes.

Penso en molts companys vostres d'aquesta facultat que han passat per la mateixa situació en què sou ara vosaltres, que estan ocupant llocs de treball

El Dr. Gomà va pronunciar un discurs sobre els valors humans i socials de la professió mèdica

La posada en marxa de la Universitat ha estat el factor dinamitzador més important a les terres de Ponent

pertot arreu i gaudint de la mateixa elecció que heu pres vosaltres. Pertot arreu de Catalunya i la resta d'Espanya, hi ha exalumnes d'aquesta facultat que ocupen llocs de treball i tenen responsabilitats als CAP, hospitals, unitats d'investigació, serveis de salut pública, etc. Alguns han marxat fora i s'hi han quedat totalment integrats i altres han tornat.

Penso també en els canvis que ha fet la nostra professió i que ens donen possibilitats de fer totes les especialitats medicoquirúrgiques aquí a Lleida o fora, a més de possibilitats d'investigació i recerca en les noves infraestructures creades, i possibilitats en l'àmbit de la salut pública, l'epidemiologia, la gestió sanitària, l'ètica mèdica, etc., que no són menys importants en la nostra estructura sanitària actual i en

la qual fan falta professionals mèdics ben formats que donin la perspectiva i la veu de la professió en la presa de decisions de cara a la població.

Per tant, i en conclusió d'aquest primer objectiu, el primer que us dic és: "Ànims!" Vosaltres també ho aconseguireu de la mateixa manera que ho han fet els vostres companys i ocupareu els llocs nous que es van crear i els que anem deixant. Estudieu, treballeu, poseu en pràctica el que us ensenyen i el que heu d'aprendre personalment amb el vostre esforç i segur que ho aconseguireu. Cadascú al seu ritme, no tothom ha de ser igual. Tots sabeu que, en el creixement del nen, hi ha uns paràmetres que en diem percentils o desviacions dins de la normalitat. No tots creixen al mateix ritme ni amb la mateixa intensitat. Que ningú es

desanimi! En la meua experiència, tots els que s'han proposat fer una cosa, s'hi han esforçat i han treballat, l'han aconseguida.

El segon objectiu és aconsellar-vos. Quins consells podria donar un pediatre que s'ha dedicat tota la vida a treballar a l'hospital? Intentaré fer una pinzellada d'alguns costums observats en la meua vida hospitalària. Alguns poden ser assistencials i d'altres, potser més de tipus conceptual sobre la professió que a partir d'ara comenceu.

El primer consell és el valor fonamental que continua tenint en medicina l'anamnesi detallada, l'exploració física acurada i l'orientació diagnòstica inicial derivada d'ambdues. El primer contacte del metge amb el malalt i el seu entorn es produeix en fer l'anamnesi i l'exploració clínica. És el moment de començar una bona empatia entre el metge i el pacient.

Senzillament, cal preguntar i escoltar el que diu el pacient, preguntar i tornar a escoltar tantes vegades com faci falta. Fer cas del que preocupa el pacient, veure, observar i valorar l'ambient que l'envolta. El segon pas és fer una exploració acurada que ens pot servir per contactar millor amb el malalt. Si és possible, ni l'ordinador ni el mòbil han de ser entremig. Quantes històries clíniques fetes mirant més l'ordinador que el pacient! I quantes explicacions dels pacients interrompudes per músiques histriòniques per escoltar qui sap què i a qui!

El pas següent és fer unes orientacions diagnòstiques aproximades segons les troballes de l'anamnesi i l'exploració i plasmar-ho en la història clínica per ordre cronològic d'aparició dels símptomes. Aquests tres passos són la primera i principal eina de treball que tenim els metges que ningú, ni cap aparell ni cap programa informàtic, per sofisticat que sigui, pot fer ni farà mai per nosaltres.

En la nostra medicina actual, accelerada, altament tecnificada, informatitzada (ja tenim la història clínica electrònica!) i protocol·litzada, sempre m'ha cridat l'atenció que, quan es comenten els protocols de treball, també anomenats *guidelines* o guies o pautes d'actuació, sempre posem en primer lloc l'anamnesi i l'exploració per passar ràpidament (vull recalcar aquest ràpidament) a tot un reguitzell de proves complementàries de tot tipus i condició: bioquímiques, immunològiques, bacteriològiques, radiològiques i un llarg etcètera, així com consultes a tots els especialistes que hi pot haver, per acabar en un famós arbre de decisions que, de vegades, us asseguro que, veient-los, no saps si ets davant d'un arbre o d'un veritable bosc del qual no hi ha manera de sortir per arribar al diagnòstic.

Bromes a part, i valorant els avenços que pot tenir una metodologia de treball seriosa, contrastada, acceptada i

demostrada efectiva, vull insistir que, una vegada més, el començament de tot és l'anamnesi i l'exploració clínica ben realitzada pel metge. Són la base inicial per pensar en unes possibilitats diagnòstiques i demanar, o no, les proves complementàries per confirmar o descartar el nostre diagnòstic inicial. És el començament per arribar al diagnòstic i tractament correctes i evitar l'acarnissament analític.

Considero que l'habilitat simple, però subtil, de fer una anamnesi detallada i una exploració clínica acurada només s'obté si s'està més a la capçalera del malalt i menys a la biblioteca. No us penediu mai d'haver vist bé molts pacients. Això té encara més importància al començament de la vida professional. Quan això s'ha fet bé moltes vegades, cosa que també requereix paciència i hores dedicades, acaba sent el millor començament per fer correctament els protocols de treball i les *guidelines*, que llavors sí que ajuden de veritat. Sense aquesta premissa, els protocols i les *guidelines* de vegades només serveixen per dir "jo ja he complert", deixar de pensar o fer medicina defensiva.

M'agradaria insistir-vos en la necessitat de ser respectuosos, afectuosos i preocupats en l'atenció al malalt. Us llegiré una reflexió de Sèneca sobre el metge: "Al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visitan prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo porque no ve en mi al amigo, sino al cliente... En cambio, para aquel que temió por mí, no por el prestigio de su arte, aquel que no se contentó con indicarme medicamentos, sino que me lo administró, aquel a quienes conmovieron mis gemidos y atendió a los otros en cuanto mi estado se lo permitió, con ese estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo."

És indubtable que la interacció entre el metge i el pacient és un dels pilars fonamentals en l'exercici de la medicina i que, en l'actualitat, està clarament en crisi. Hi ha molts factors, que ara no és el moment d'analitzar, però tot porta a la manca de confiança, comprensió i lleialtat en aquesta interrelació.

Vull insistir en els detalls humans que crec que tenen molt valor per a l'atenció al pacient i poden ajudar a millorar les relacions humanes amb els malalts i el seu entorn. No hem d'oblidar que quan s'està malalt el que es vol és, sobretot, que hi hagi un metge responsable, preparat, que sigui humà i es preocupi del pacient. S'ha d'insistir una vegada més en la importància que es mereix cada malalt i el seu entorn i que, en el procés interactiu, s'ha de ser molt empàtic amb la persona que busca i demana ajuda.

Gràcies a l'experiència que tinc, he observat a través dels anys treballs

S'ha de ser molt empàtic amb la persona que busca i demana ajuda

La interacció entre metge i pacient és un dels pilars fonamentals en l'exercici de la medicina

El començament de tot és l'anamnesi i l'exploració clínica ben realitzada

a l'hospital amb els pacients pediàtrics (incloc el binomi pares-fill) que cal fer coses tan senzilles i elementals com presentar-se com a responsable d'atendre el fill durant l'hospitalització, donar la benvinguda també als nens, un "bon dia" dit de veritat cada matí en passar la visita, parlar i interactuar amb el nen i els pares, donar-los les explicacions intel·ligibles, no anar amb presses, transmetre serenitat i, a la vegada, interès pel pacient i, en els pacients més afectats, pels quals els pares estan més preocupats, en arribar a l'hospital a primera hora del matí, el primer que s'ha de fer és atansar-se a l'habitació per preguntar, veure com està el nen i com ha passat la nit. Aquests detalls tranquil·litzen molt els pacients i augmenten la confiança en la interrelació amb ells. Hem de transmetre aquesta manera de fer a la resta de personal sanitari que treballa amb nosaltres, atès que és la manera de tenir una bona empatia, imprescindible per al bé del pacient, del metge i de les institucions.

És responsabilitat nostra, i això també s'aprèn fent-ho a tots els pacients, des del primer moment i cada dia, com una manera de treballar. Només així aconseguirem que els pacients i la societat es facin les mateixes reflexions de la part positiva del pensament de Sèneca.

Sobre la intimitat, confidencialitat i secret, alguna cosa no estem fent bé. Tots els que estem ací estarem d'acord en el secret professional i el dret a la intimitat i confidencialitat dels pacients, però si poso aquest punt sobre observació és perquè sempre m'he preguntat si realment ho complim. Tenim veritable mentalitat de mantenir la intimitat, confidencialitat i secret professional en la nostra pràctica diària?

Tothom coneix l'estudi fet als ascen-

sors de quatre centres hospitalaris de Pittsburg sobre les converses i els comentaris inadequats del personal sanitari que atemptaven contra aquest punt en el 16% dels trasllats interns d'aquests hospitals.

Quantes vegades no sentim confidències, incidències, comentaris de factors socials sobre pacients hospitalitzats, vistos a les consultes o bé als CAP? Quantes vegades no les sentim pels passadissos, passant visita, als ascensors, a la cafeteria, etc.? És a dir, pertot arreu. Hi ha moltes situacions en què és fàcil fer comentaris frívols o lleugers sobre pacients i les seves circumstàncies i donar un ambient d'indiscreció en el qual no hi falta l'ajuda de la resta de personal sanitari que treballa en les institucions. Comentaris per als quals no és aliena la burocratització de la gestió sanitària.

La trivialització de la intimitat aliena i l'excés de loquacitat del personal sanitari i no sanitari que treballa a les institucions són factors que produeixen esquerdes en l'exercici de la intimitat, la confidencialitat i el secret mèdic. És un dret del pacient i un deure dels metges i tots els professionals vers els pacients.

En la infraestructura actual de l'atenció sanitària, pública o privada, els metges hem de ser molt curosos en allò que parlem i diem sobre els pacients i el seu entorn. Tenim l'obligació de passar aquesta actitud a tots els que treballen i depenen de nosaltres. Hem de transmetre-la a les direccions i gerències de la institució on treballem, on seria bo promoure-hi campanyes de mentalització. Tanmateix, l'existència d'un codi ètic compartit per tots els components d'una institució en què es faci públic el compromís i el respecte vers els pacients és una eina per a la bona pràctica dels hospitals i els CAP al segle XXI, per al bé dels pacients, de la societat i per mantenir el prestigi de la nostra professió i les nostres institucions.

Vull recordar-vos, i cal dir-ho, que la professió que heu escollit és preciosa. Crec que és capaç d'omplir una part important de la vida de les persones que l'exercim. La professió en si mateixa és un estímul constant. El contacte amb la persona que no es troba bé i el seu ambient, el fet de mirar de poder millorar-los i que això repercuteixi en benefici de tots dona moltes satisfaccions, sobretot quan la resposta és un somriure sincer i agraït.

Com a metges, podem treballar per viure, tenir un sou i mantenir una família. Podem afegir-hi la carrera professional i/o el currículum acadèmic més o menys brillant a ulls de les persones i els qualificadors, i hi hem d'afegir la combinació ideal de treball, activitats i caràcter, que fa que la feina sigui inseparable de la vida. És a dir, la vocació adquirida o, en alguns casos, innata.

Com a metges, tenim la responsabilitat de no defraudar la confiança que

la societat i les persones han dipositat en nosaltres. No n'hi ha prou amb un treball, no n'hi ha prou amb un currículum. Espero i desitjo que a tot això s'hi afegeixi la vocació, el caràcter.

La nostra professió pot omplir, com he dit, una part més o menys important de la nostra vida. Cadascun de nosaltres ho ha de decidir. Això és personal, però crec que el més important és evitar els enemics de la tranquil·litat d'esperit professional: l'ambició, l'orgull i l'enveja. Són els responsables de la indiferència i la desesperança professional.

Ningú no ens deu res, ni el món ni les persones ens deuen res. Per molt que ens agradi i estíem la nostra professió, no hem de caure en l'actitud orgullosa d'estar per sobre la resta. Els pacients ho noten, i tant que sí! Qualsevol·l professional és igual de digna que la nostra, i això ens ho hem de creure. Esperar que les persones ens tractaran bé perquè som nosaltres i estem ocupant aquest o aquell lloc és estar per damunt de la resta i tenir la supèrbia de la professió. No siguem arrogants vers els pacients. No siguem superbs amb la nostra professió vers els altres ni ho siguem en les nostres especialitats vers els companys.

Així doncs, treballem, seguim estudiant i complim el nostre deure com a professionals de la medicina, al servei dels pacients i la societat, i evitem caure en la indiferència i el passotisme, perquè no es compleixen les meves o les nostres perspectives. La professió exigeix seguir sent universitaris tota la vida, i això vol dir estar al dia, seguir estudiant, seguir formant part activa de la nostra societat i seguir aprenent dels pacients i del seu ambient per millorar-los a tots i millorar-nos a nosaltres.

El tercer objectiu és reflexionar sobre alguns reptes de la medicina actual. És difícil preveure com serà la medicina del futur. Probablement sereu, i ja en sou ara, testimonis dels canvis epidemiològics, demogràfics i socials que influiran sobre la nostra professió, de la mateixa manera que ho faran els nous avenços moleculars, genètics i tecnològics en el diagnòstic, tractament i prevenció de malalties congènites i adquirides.

La nostra professió avui dia està sotmesa a complicades forces polítiques, socials i de mercat. Els metges hem d'estar preparats per als canvis i reafirmar allò que és fonamental. Aquests canvis exigeixen que els metges expressem clarament els principis ètics que guien la nostra conducta, sigui en l'atenció clínica, la investigació, la docència i/o com a ciutadans. És important que s'escolti una perspectiva mèdica responsable a mesura que van sorgint nous reptes i decisions sociopolítiques que afecten els pacients i les persones.

D'entre molts reptes, n'he escollit dos: el canvi demogràfic i la immigració i les edats poblacionals més dèbils en la

nostra societat del benestar.

Més de quatre milions de persones d'altres races i cultures conviuen amb nosaltres. En pocs anys, ens hem trobat a les mans aquest repte cultural, demogràfic i social que representa la immigració.

Això ha portat a diverses respostes enfront d'aquest repte. La primera ha estat d'acolliment i intent d'integració dels immigrants com un fet de dret i justícia, i la segona, la situació contrària, de rebuig total o parcial, culpant-los d'abusos i tot tipus de mals i perills sobre la nostra societat i acusant de *buenismos* (per cert, paraula que no existeix al diccionari de la Real Academia de la Lengua), en sentit pejoratiu, i il·lusos els primers.

Sobre això, m'agradaria comentar el document elaborat per la Creu Roja de Madrid denominat *Argumentari de sensibilització intercultural sobre els prejudicis contra la immigració*. Desmunta els mites que sentim entre la població, entre el personal sanitari, inclosos els metges, i entre articulistes i locutors de ràdio, als qui escolta i segueix molta gent. A través d'articles científics, d'opinió i estudis de societats professionals, desmunten un per un els dotze mites més estesos i que sentim cada dia, com: "Los inmigrantes van más al médico y son fuente de enfermedades raras, se apoderan de nuestros recursos sociales, son responsables del aumento de la delincuencia, del deterioro de la enseñanza, etc." I així fins a dotze. Els el recomano per la

i econòmica.

Jo he viscut directament la revolució de la medicina al nostre país en la dècada dels setanta, quan es van crear els primers hospitals infantils, els MIR, els serveis jerarquitzats, etc. Tot això va representar el canvi cap a la medicina pública a l'abast de tothom i de la qual ara en podem gaudir tots.

Qui us penseu que ingressava desnodrits, deshidratats, raquitics, anèmics, i amb infeccions més greus? Molt senzill: les classes socials més baixes. Per definició, vivien en pitjors condicions higièniques, tenien menys cultura i el seu estat nutricional també era pitjor. Per tant, anaven més al metge, anaven més a Urgències i ingressaven amb més freqüència i més greus. Heus ací l'explicació del perquè de tot plegat. No ens en recordem? Fa quatre dies, senyors. Ara està passant el mateix amb aquest nou grup poblacional que necessitem. Això s'estudia a la carrera: la relació entre malaltia i pobresa. Les nostres classes socials autòctones més desfavorides també segueixen anant més al metge, estan més malalts i ingressen amb més freqüència.

Quina ha estat la resposta global de la medicina i les institucions sanitàries i socials als nous reptes que ens ha plantejat la immigració? Sincerament, crec que hem aprovat amb nota alta. Ens hem posat al dia en el diagnòstic, profilaxi i tractament d'aquestes malalties importades. Hem creat programes d'acollida i seguiment, a través dels quals molts dels immigrants s'integren

La nostra professió avui dia està sotmesa a complicades forces polítiques, socials i de mercat

És important que s'escolti una perspectiva mèdica responsable a mesura que van sorgint nous reptes

serietat del document i les referències bibliogràfiques, científiques, tècniques i d'opinió que demostra que hi ha una part de la població i professionals sensibilitzats favorables a solucionar problemes en lloc de crear-ne més.

Quina experiència personal us puc transmetre? He viscut el *boom* de l'augment de la natalitat a partir dels anys noranta. Actualment, al voltant o més del 30% dels naixements són fills d'immigrants. A les plantes d'hospitalització de pediatria, prop del 25% o més de nens ingressats són fills d'immigrants i la utilització de l'àrea d'urgències de pediatria és semblant a la dels autòctons. En general, i deixant de banda casos puntuals, la conflictivitat i agressivitat d'aquesta població és inferior a l'autòctona, independentment del fet que hi poden haver problemes relacionats amb la seva situació cultural

en la nostra societat.

Quin repte tindreu vosaltres amb aquesta població? En primer lloc, hauré de seguir amb la feina iniciada, mantenir-la i continuar atenent les seves necessitats mèdiques (semblants a les nostres), psicològiques i socials, i transmetent missatges d'integració. Aquí hi ha camp per treballar i millorar. Espero que amb els anys veureu controlada la malària i altres infeccions produïdes per virus i bacteris, però, sobretot, la fam i la incultura, la gran pandèmia del nostre món.

El segon repte escollit són les edats poblacionals més dèbils en la nostra societat del benestar. El nen i el vell. De la pediatria a la geriatria.

És lògic que en una xerrada un pediatre parli de nens. Sempre he pensat que en la nostra societat hi ha nens i nens grans. Als pediatres sempre ens han fet

estudiar i valorar el desenvolupament del nen des del moment del naixement fins a l'edat adulta, de manera que un infant que no es pot valdre per si sol en els primers anys de la seva vida acaba sent un ésser totalment autònom i independent.

Això no obstant, hi ha una altra infantesa que va en sentit contrari: és la dels nostres nens grans, que són el nostres vells i padrins o avis. És la persona que passa de ser totalment independent a dependre cada vegada més dels altres fins a arribar a ser pràcticament com un infant. Ambdós són els grups poblacionals més dèbils de la nostra societat per la seva dependència.

La importància de la població d'ancians en els països desenvolupats és cada vegada més gran. L'OMS i l'ONU han donat orientacions i recomanacions als estats a fi d'obtenir un envelliment digne de la població.

L'estudi de l'envelliment (gerontologia) i dels aspectes clínics, preventius i socials de l'ancià (geriatria) són també paral·lels a la pediatria, encara que en sentit contrari. Els canvis estructurals, fisiològics i físics secundaris de l'envelliment donen lloc a expressions clíniques pròpies de l'edat. Tanmateix, com en el nen, en la valoració de l'ancià es fan servir escales com a instruments per valorar el grau de dependència des del punt de vista físic, motor, mental, cognitiu i afectiu. És el que fem els pediatres quan valorem el desenvolupament físic i psicomotor dels nostres infants.

Hi ha també una patologia social comuna: el maltractament físic, psíquic i l'abandonament, així com els problemes ètics d'ambdues edats referits als debats sobre l'inici i el final de la vida, diagnòstic prenatal, qualitat de vida, cures paliatives, cures intensives neonatals i pediàtriques, etc.

Plantejo aquest repte per recordar

La professió exigeix seguir sent universitaris tota la vida

La importància de la població d'ancians en els països desenvolupats és cada vegada més gran

que és un camp de la medicina de gran interès en investigació i en assistència clínica. Es troba en vies de desenvolupament en el nostre país (només hi ha 24 unitats docents acreditades MIR) i, a més, és un camp en què la implicació i les opinions mèdiques basades en l'ètica professional tenen molt a dir a la societat.

Bé, podríem parlar de molts altres reptes en totes les especialitats, de present i de futur, però una classe de mitja hora no dona per a tant.

M'agradaria acabar recordant-vos que, en el jurament hipocràtic que ara fareu i en la pregària del metge de Maimònides, hi ha la síntesi del que ha de ser el metge. Aquí hi afegiria: com ha de ser el metge del present i del futur. Al blog del professor Ciril Rozman del 2009 es comenta l'opuscle *Médecin del futuro*, de la Fundació Educació Mèdica, presidida pel professor Albert Oriol. A la pregunta de quins tipus de metges volem, els autors de l'opuscle responen amb un decàleg, al qual el professor Rozman s'hi afegeix amb totes les conviccions:

1. Un metge que tracti pacients, no malalties. És a dir, que adapti les entitats nosològiques al context individual

del pacient i el faci participar en les decisions relatives al tractament de les seves malalties.

2. Un metge que adopti una aproximació crítica i sigui capaç d'exercir la professió en circumstància d'ambigüitat i incertesa.

3. Un metge comunicatiu, empàtic i capaç d'establir una excel·lent relació amb el malalt i guanyar-se la seva confiança.

4. Un metge responsable individualment i socialment, conscient de les limitacions de la medicina i capaç de comunicar als seus pacients l'inevitable de la malaltia i de la mort.

5. Un metge capaç de prendre bones decisions, tant per al malalt com per al sistema sanitari, és a dir, que sàpiga conciliar costos i beneficis.

6. Un metge capaç de liderar un equip mèdic i que eviti la fragmentació de l'atenció sanitària.

7. Un metge competent, capaç i segur.

8. Un metge honest i digne de confiança que, mitjançant l'adequada transparència, solucioni els conflictes d'interessos derivats de les influències externes.

9. Un metge compromès tant amb els pacients com amb les organitzacions sanitàries.

10. Un metge que sigui exemple de professionalisme. És a dir, que, sense renunciar al dret de gaudir d'un merescut descans i d'una vida familiar digna, assumeixi la seva professió amb sentit vocacional que impregni totes les facetes de la seva vida.

Crec que és un decàleg que tots podem firmar.

Bé, amb això acabo l'última classe, felicitant-vos una vegada més i desitjant-vos tots els èxits, però, sobretot, un: l'èxit com a persones, que voldrà dir que també ho heu estat com a professionals.

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les sessions ordinàries entre el 6 d'abril de 2010 i el 4 de maig de 2010, ha acordat i/o tractat, entre altres, els assumptes següents:

- S'ha acordat custodiar al Col·legi la documentació de l'antic Sindicat Provincial de Metges Titulars, creat l'any 1988 i que es va dissoldre el 2000, com ara el llibre d'actes, atès el seu valor històric.
- S'ha obert el termini per sol·licitar ajuts econòmics que concedeix el COMLL a persones i institucions per a l'organització de cursos, congressos, jornades, etc., amb càrrec al pressupost col·legial. Fins al 20 de juny.
- S'ha signat un conveni de col·laboració entre el COMLL i el Fòrum Empresa en matèria de formació continuada en els àmbits de la gestió de l'empresa i de les habilitats personals, amb un 15% de descompte sobre el preu de mercat.
- També s'ha signat un conveni de col·laboració amb l'Institut Europeu de Salut

- i Benestar Social per a la formació de postgrau, amb oferta de programes màster i experts, amb un descompte del 50% aproximadament en el preu, en la modalitat a distància amb suport presencial. També es contempla, entre altres, l'elaboració i l'edició de publicacions conjuntes, traducció i divulgació de llibres de l'OMS, etc.
- Per sentència del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, s'ha declarat la nul·litat dels articles 33 i 59 del Codi de Deontologia Mèdica de Catalunya.
- La societat professional Ginelleida, SLP ha estat inscrita al Registre de Societats Professionals del Col·legi.
- EL COMLL formarà part de la comissió de coordinació en l'àmbit de Catalunya sobre l'aplicació del reial decret pel qual es regulen les condicions per al reconeixement d'efectes professionals a títols estrangers d'especialista en Ciències de la Salut obtinguts en estats no membres de la UE.

Moviment col·legial dels mesos de març i abril

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat, durant el mes de març i abril de 2010, dotze baixes i setze altes: Omar Palma Ampuero (n. 4334), Roser Viladot Pachón (n. 4429), Alejandro Víctor Abad Farré (n. 4430), Marc Bois Codony (n. 4431), Laia M. Pérez Tapia (n. 4422), Francisco Javier Matias-Guiu Guia (n. 4432), Jorge Enrique Aparicio Peña (n. 4433), Maria Yrigoyen Otiñano (n. 4434), Laia Jareño Vicens (n. 4435), Sílvia Martín Berdagué (n. 4436), José Antonio Latorre Laborda (n. 4437), Ana Isabel Abo Rivera (n. 4438), Meritxell Moya Oró (n. 4439), Marta L. González Duaigües (n. 4440), Helena Palau Gispert (n. 4441) i Laura Martí Cosconera (n. 4442). També hi ha hagut un canvi de situació: el Dr. Braulio Teixidó Fo (1091) passa a ser col·legiat honorífic. El COMLL tanca el mes d'abril amb un total de 1.672 col·legiats.

Un total de 113 metges residents a la XII Jornada de Residents de la CAMFiC

Un total de 113 metges residents van assistir a la XII Jornada de Residents de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), que es va celebrar el passat 9 d'abril a la Universitat de Lleida.

Xavier Gómez Arbonés, vicerector d'Estudiants de la Universitat de Lleida, va presidir la taula inaugural. La resta de participants a la taula van ser Josep Maria Alonso, cinquè tinent d'alcalde i regidor d'Esports de l'Ajuntament de Lleida; el Dr. Sebastià Barranco, director dels serveis territorials a Lleida del Departament de Salut; la Dra. Dolors Forés, presidenta de CAMFiC, i la Dra. Carmen Ioana Jarca, vocal de residents de la CAMFiC.

La jornada va comptar amb diverses activitats. S'hi van celebrar dues taules rodones: *L'abordatge del pacient somatitzador* i *La recerca per al metge resident, present i futur*. També s'hi



Ponents de l'acte de clausura i assistents a la jornada

van desenvolupar quatre tallers: *Consulta i consum d'alcohol*, *Urgències McGiver*, *Com utilitzem els recursos socials?* i *Entrevista motivacional breu en Atenció Primària*. Durant la jornada es va celebrar una assemblea de residents i, finalment, van tenir lloc les comunicacions orals i el lliurament de premis.

La Dra. Rosa Maria Pérez, presidenta del COMLL, va presidir la taula de clau-

sura, que va comptar amb la presència del Dr. Sebastià Juncosa, coordinador de les Unitats Docents de Catalunya; el Dr. Eduard Peñascal, cap d'Estudis de la Unitat Docent de Lleida; la Dra. Àngels Mollo, presidenta del Comitè Organitzador, i la Dra. Maria Torres, presidenta del Comitè Científic.

Dr. Josep Maria Sagrera
Vicepresident de la CAMFiC

Visita dels metges jubilats a Guimerà i Montblanc

La Secció de Metges Jubilats del COMLL va realitzar una visita guiada a la població de Guimerà i a l'església de Santa Maria. Posteriorment, els assistents van fer una calçotada a Montblanc, on també van recórrer les muralles de la ciutat. La sortida va tenir lloc l'11 de febrer.



La carrera professional i la promoció personal

Quins són els objectius de la carrera professional? Quins són els mèrits justos que ha de preveure l'avaluació del professional mèdic? Quins criteris ponderaran aquests valors? Nou professionals aporten el seu punt de vista sobre aquest tema en el debat proposat per BUTLLETÍ MÈDIC

A tall d'introducció

Es pot anomenar Carrera Professional (CP) el conjunt de factors variables que condicionen cronològicament l'activitat professional del metge i que impliquen la capitalització d'experiències i coneixements que li serveixen de plataforma per a la seva realització i promoció.

Sovint, el concepte de carrera professional és sinònim de triomf en la professió, és a dir, d'haver arribat a l'excel·lència. Tanmateix, com es pot arribar a aquesta excel·lència? Quins mecanismes cal utilitzar que a la vegada siguin justos i equitatius? Segurament no tothom comparteix el mateix punt de vista sobre aquest aspecte tan important. Aquesta diversitat d'opinions és la que pretem copsar en aquest debat. Com a punt de partida, tenim la situació actual, que resumim breument.

Segons estableix la llei, els funcionaris de carrera tenen dret a la promoció professional. La carrera professional és el conjunt ordenat d'oportunitats d'ascens i expectatives de progrés professional conforme als principis d'igualtat, mèrit i capacitat. Amb aquest objecte, les

administracions públiques han de promoure l'actualització i el perfeccionament de la qualificació professional dels seus funcionaris de carrera. La carrera professional i la promoció del personal laboral s'ha de fer efectiva a través dels procediments previstos en l'Estatut dels Treballadors o en els convenis col·lectius.

La llei estableix que dins els mèrits es valorarà l'activitat assistencial o altres, com la formació, la recerca, la docència i el compromís amb l'organització.

La valoració de cadascun d'aquests factors es farà segons els crèdits de la manera que s'indica a la taula adjunta. Amb la finalitat de facilitar-ne l'estructura, plantegem el debat en un format de qüestions que exposem a continuació i que us convidem a desenvolupar amb profunditat:

1. Què hem d'entendre per carrera professional?
2. Quina hauria de ser la finalitat fonamental de la carrera professional?
3. Quins valors, virtuts o mèrits ha de contemplar la carrera professional?
4. Com caldria ponderar aquests valors, és a dir, quin pes específic

ha de suposar cadascun en el còmput total?

5. Formes de mesurament dels mèrits obtinguts i responsables o responsables de l'avaluació.
6. Els nivells de carrera aconseguits cal que siguin consolidables independentment del lloc de treball o institució on es treballa?
7. Cal utilitzar la carrera professional per accedir a llocs de gestió clínica, d'universitat o altres entitats?

"Nuestra aspiración no es saber qué es la justicia, sino ser justos." (Aristòtil, Ètica a Eudemo).

Drs. Joan Clotet Solsona i Jorge Soler González

Metges de família i membres del consell de redacció del BM

Formació mèdica contínua / Desenvolupament professional continu

Entenent que la formació mèdica és un procés que s'inicia al pregrau, la fase de formació contínua és el període que segueix la formació MIR. Comprèn tota la vida laboral del metge, és a dir, tota la seva carrera professional.

En els darrers anys, s'ha tendit a reemplaçar el terme Formació Mèdica Contínua (FMC) per Desenvolupament Professional Continu (DPC), amb la intenció de traslladar al metge i als seus representants la responsabilitat de la seva pròpia formació. El DPC és un imperatiu professional i, al mateix temps, és un requisit imprescindible per millorar la qualitat del sistema sanitari. Amb el DPC s'intenten actualitzar i assolir noves competències en resposta al desenvolupament científic de la medicina. A diferència de la formació de pregrau i del període MIR, que són activitats regulades per llei, el DPC és un aprenentatge autodirigit, basat en la pràctica i sense lleis, professors ni tutors. Fins i tot als països on les activitats de FMC són imprescindibles per a la recertificació, la seva regulació està poc desenvolupada.

Ara bé, el principal objectiu del DPC ha de ser que la cura del pacient sigui apropiada, efectiva i compassiva. Amb el DPC els metges milloren la pràctica, tant pel que fa a coneixement clínic, com d'habilitats i actituds, però, al mateix temps, el DPC ha de garantir la qualitat del sistema sanitari i del mateix metge, mantenir la satisfacció a la feina i prevenir

el *burn-out*, a més de contribuir al desenvolupament de la carrera professional.

En el DPC, és el professional qui detecta i escull què necessita aprendre. Pot preparar un pla de formació individual anual que s'ha de pactar i completar amb el pla de formació de l'empresa contractant (ICS i GSS, en el nostre medi).

Els continguts del DPC han de ser amplis i flexibles perquè els horaris puguin ser adaptats i han de servir especialment per a la millora de la pràctica clínica i de la professionalitat. Entenem com a professionalitat el conjunt de coneixements, habilitats, actituds, valors o conductes que s'esperen de l'individu durant la pràctica de la seva professió: manteniment de les competències, educació sanitària, conductes ètiques, integritat, honestedat, altruisme, adherència als codis professionals, justícia i respecte pels altres.

Alguns dels continguts han de ser transversals: habilitats de comunicació amb el pacient, amb l'equip de treball i amb la comunitat científica, ètica mèdica, epidemiològica i bioestadística, lideratge i treball en equip. Altres han de ser específics: actualització de la clínica, de les ciències bàsiques pròpies de l'especialitat (patologia, genètica, biologia molecular) i de la terapèutica mèdica i quirúrgica.

Amb el DPC també s'han de potenciar la capacitat d'aprenentatge de per vida i una mentalitat oberta per a la tutorització d'estudiants i residents, i la formació dels companys, la capacitat de contribuir en la recerca i, a més, s'han d'adquirir coneixements de salut pública i política sanitària, economia de la salut i pràctiques rendibles.

Per assolir els objectius d'aprenentatge, s'ha de planificar l'assistència a activitats reglades: cursos específics, reunions de societats i de grups de treball i congressos nacionals i internacionals, però sobretot voldríem destacar la participació en sessions clíniques als CAP i als serveis hospitalaris: sessions bibliogràfiques d'actualització, tallers de tècniques diagnòstiques i terapèutiques, sessions de revisió de temes de formació contínua, etc. Un altre mètode de formació reglada són les estades clíniques als hospitals. Ara bé, atès que les activitats de formació contínua són principalment d'aprenentatge autodirigit sobre la pràctica diària, una de les maneres més habituals d'aprendre són les activitats no reglades, com les reunions al servei

en què tots els membres de l'equip donen l'opinió sobre com millorar aspectes de funcionament general i es produeixen converses informals amb la resta de companys: "Aquest matí he vist un pacient que tenia tot el cos ple de taques. Què creus que podria tenir? Què li hauries demanat? Què li donaries?" Els metges ens trobem sovint en situacions paradoxals amb elevats nivells d'incertesa. En aquestes circumstàncies, l'experiència del contacte previ amb pacients ens permet elegir què és millor en cada cas concret en lloc de decidir-nos per allò que és més correcte en termes absoluts. Aquesta és una decisió automàtica basada en la reflexió sobre la pràctica prèvia. En els primers anys del DPC, és important l'adquisició d'una visió general, capacitat per a la improvisació i un bon judici professional. Aquest tipus de converses faciliten l'assoliment d'aquestes competències. Avui dia també s'utilitza molt l'aprenentatge en xarxa. Quasi tothom ha integrat la tecnologia de la informació i la comunicació a la seva pràctica, tant en l'aprenentatge autodirigit com per a la comunicació amb els companys.

les inquietuds formatives del mateix metge. Aquesta formació hauria de ser obligatòria i estar planificada i pressupostada per mantenir la independència en la prescripció i evitar que sigui la indústria farmacèutica la que cobreixi aquest dèficit. També el col·legi de metges hauria de tenir un pressupost específic de formació per deixar de ser una estructura merament administrativa. El col·legi s'hauria de responsabilitzar de la formació en temes professionals: competències ètiques, professionalitat, lideratge i treball en equip. D'altra banda, el col·legi és el lloc de trobada entre l'Atenció Primària i l'hospital i, per tant, hauria d'organitzar reunions entre les dues estructures per definir els rols que s'han d'assolir, facilitar un millor coneixement de la professió per part del públic general i liderar reunions entre polítics, metges i pacients en què es recullin idees per millorar el sistema sanitari local i s'hi exposin els plans de salut.

Per poder dur a terme el seu DPC, els metges han de poder dedicar temps al seu propi pla de formació, incloent-hi temps per reflexionar i dialogar sobre la pràctica, per fer

El col·legi s'hauria de responsabilitzar de la formació en termes professionals: competències ètiques, professionalitat, lideratge i treball en equip

Qui no ha entrat al Medline per fer alguna consulta? Per millorar aquest aspecte, els cursos sobre cerca bibliogràfica són importants. Finalment, no ha deixat de ser imprescindible l'estudi individual sobre problemes de la pràctica diària en llibres i revistes.

Els representants de la professió mèdica, entenent-ho com els col·legis de metges, les acadèmies i les societats científiques, tenen l'obligació de proporcionar formació contínua i vetllar per la millora de les condicions perquè el DPC sigui efectiu. Les societats i acadèmies organitzen sessions mensuals, cursos i congressos per mantenir les competències tècniques i de coneixements específics propis de cada especialitat. També els CAP i els hospitals docents universitaris són responsables de la formació dels seus metges en les tasques en què s'han detectat mancances, en les novetats tècniques necessàries per al desenvolupament normal de la institució i en

estudis i tenir accés a la literatura professional, i temps per a l'entrenament de les habilitats.

La possibilitat de beneficiar-se del DPC en el dia a dia depèn sobretot de l'ambient de treball. És molt més difícil a les àrees rurals que enmig d'un hospital amb tecnologia avançada i en un ambient de recerca clínica que fomenta el contacte entre col·legues. A les àrees rurals es pot suplir en part amb les TIC, però no hi ha l'ambient propici per relacionar-se i comunicar-se.

En altres països, els responsables de la planificació i coordinació del DPC són les mateixes organitzacions mèdiques professionals (col·legis de metges i societats científiques) i, fins i tot, del registre i l'acreditació de les activitats. Els col·legis de metges del nostre país també s'haurien de professionalitzar i tenir una influència més gran en l'organització i implementació del DPC, sense menystenir els interessos i el paper de les altres organitzacions i institucions i de les

Factor	Nivell 1	Nivell 2	Nivell 3	Nivell 4	TOTAL Facultatius	TOTAL Dip. Infermeria
Activitat					70 crèdits	75 crèdits
Formació					15 crèdits	20 crèdits
Docència					10 crèdits	10 crèdits
Recerca					20 crèdits	10 crèdits
Compromís organització					20 crèdits	20 crèdits
Total facultatius	40 crèdits	65 crèdits	90 crèdits	110 crèdits	MÀXIM 135	MÀXIM 135
Total ATS/DUI i altres diplom. sanitaris	40 crèdits	55 crèdits	70 crèdits	90 crèdits	MÀXIM 135	MÀXIM 135

autoritats sanitàries i la societat.

Per tal que siguin útils per a la carrera professional, s'ha d'intentar que totes les activitats de formació contínua estiguin acreditades. El programa dels continguts, juntament amb el professorat de jornades i cursos, ha de servir per demanar l'acreditació al Consell Català de Formació Contínua, que depèn actualment de l'IES.

La formació contínua hauria de servir per recertificar i reacreditar. Com en totes les activitats formatives, l'avaluació és imprescindible per millorar. Un cop definits els objectius d'aprenentatge d'una determinada activitat, s'haurien d'avaluar els coneixements i les habilitats adquirides i les actituds adoptades mitjançant exàmens periòdics, revisió sistemàtica de la pràctica i reflexió sobre els errors, anàlisi d'incidents crítics i auditories.

D'altra banda, l'avaluació ha de servir per identificar les necessitats de formació i monitoritzar els resultats i les millores. Sempre que es pugui, les activitats del DPC hauran d'anar adreçades a aquestes necessitats.

Finalment, cal comentar la necessitat de disposar de recursos d'aprenentatge que també s'han d'avaluar periòdicament. S'ha de disposar de l'espai físic adient per a la formació amb aules i laboratoris d'habilitats per a l'aprenentatge de tècniques i d'una planificació exhaustiva per dur a terme les activitats del DPC.

Dr. Josep M. Casanova

Cap de la Unitat de Dermatologia de l'HUAV

Coordinador de Docència de l'HUAV

Una carrera professional única o diverses condicions professionals

Por todos es conocido que las retribuciones de los médicos no han estado al nivel que sería deseable dada la formación precisa para el ejercicio de la profesión y la responsabilidad derivada del acto médico. Para mejorar nuestro poder adquisitivo, en lugar de luchar por conseguir una adecuación salarial con los conceptos básicos, hemos recurrido a realizar guardias, hacer peonadas, buscar una segunda actividad, etc.

Esto no deja de implicar más horas de trabajo, con lo cual se reduce el tiempo para conciliar la vida familiar, a la que se tiene derecho. No hace

falta recordar también que cada día hay más médicos mujeres, así que este es un tema en el que no podemos ceder y tenemos que exigir los mismos derechos que cualquier trabajador.

Dentro de los apartados para mejorar los salarios aparecieron las DPO y las llamadas carreras profesionales. Los modelos de carrera profesional son diversos en el conjunto de las autonomías. En Cataluña tenemos dos: uno que sería la carrera profesional del ICS y otra que no es propiamente una carrera profesional, ya que es un sistema de incentivos —el SIPDP del Convenio XHUP. Las características de las mismas se exponen en los acuerdos firmados, fácilmente accesibles y conocidos por los profesionales, con diferente remuneración económica en ambos sistemas, por lo que no hay más que decir.

El concepto genérico de carrera profesional sería "el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada, del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, y experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación, así como a nivel de compromiso con la organización en la que presta sus servicios y de cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores, y con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad asistencial".

La carrera profesional es un sistema de promoción independiente del sistema de promoción jerárquico (carrera jerárquica) vigente. Hay que distinguir entre categoría (propia de la carrera profesional) y cargo (propio de la carrera jerárquica). Precisamente, otro de los motivos de su creación fue el de incentivar a los profesionales que veían frustrada su mejora profesional y económica por las jefaturas vitalicias, sobre todo en centros donde la edad de los profesionales era muy similar.

La carrera profesional debe tener un tratamiento individualizado, de manera que cada trabajador pueda determinar su ritmo de crecimiento en los distintos niveles. Es por ello que ha de ser voluntaria y debe ser

La categoría adquirida debe conllevar un reconocimiento profesional y un incremento retributivo

solicitada personalmente por el interesado. No ha de existir numerus clausus ni se han de proponer por parte de las organizaciones porcentajes anuales de acceso.

Una vez obtenido un nivel, ha de quedar consolidado. Para optar a los diferentes niveles debe ser preciso acreditar un período mínimo de permanencia en cada nivel, que no tiene por qué ser el mismo en cada uno de ellos.

La categoría adquirida debe conllevar un reconocimiento profesional y un incremento retributivo consolidado. El cambio de nivel no implica necesariamente un cambio del puesto de trabajo ni en la actividad que desarrolla el profesional. La carrera profesional es independiente del nivel jerárquico de responsabilidad.

Las variables a valorar son: actividad asistencial, formación, actividad docente, actividad científica y compromiso con la organización. Ha de existir un reglamento claro y objetivo donde consten los criterios, parámetros y méritos mínimos para alcanzar cada nivel profesional.

Un comité específico creado en cada centro o institución llevará a cabo la evaluación. El comité tendría que estar integrado por profesionales de la misma profesión sanitaria que el evaluado, con una composición paritaria entre representantes designados por parte de la empresa y representantes designados por los órganos representativos de los trabajadores.

Metges de Catalunya defendemos la existencia de un convenio único para los facultativos que trabajan dentro del SISCAT, por lo que la carrera profesional tiene que ser única y propia de cada facultativo. Es incongruente que, en la época en que vamos a compartir historia electrónica única y se está trabajando en la cooperación entre varios centros, el tiempo trabajado en un centro del SISCAT no cuente para la carrera profesional de otro centro de la misma entidad, aunque los dos sean públicos. Conseguir las cosas está en nuestras manos.

Secció Sindical

Hospital Santa Maria de Lleida

La carrera profesional a Europa

Per arribar a l'excel·lència professional en l'àmbit dels països del nostre entorn, els mecanismes de progrés dels metges estan relacionats amb

l'activitat assistencial desenvolupada i la qualitat dels serveis prestats. Els sistemes sanitaris dels països del nostre entorn tenen diferències importants en relació amb el nostre model organitzatiu. Les relacions dels metges amb el sistema sanitari s'efectuen mitjançant contractes laborals o societats professionals, que presten serveis als ciutadans que pertanyen a asseguradores públiques o privades. Pel que fa al progrés professional, les organitzacions professionals estan evolucionant, atès que es doten d'instruments relacionats amb la formació continuada i la recertificació com a elements transparents que permeten evidenciar el progrés.

L'objectiu d'aquest text és proporcionar informació de caràcter general sobre la situació del desenvolupament professional dels metges en alguns països de la Unió Europea, tenint en compte la relació que poden tenir les institucions europees amb la formació mèdica continuada i els processos de recertificació o revalidació que s'han introduït en alguns països durant els darrers anys.

Inicialment, cal aclarir la diferència entre els conceptes teòrics de desenvolupament professional i de carrera professional al nostre país, que no són homologables als països del nostre entorn. Per això, escollirem el marc legal vigent:

Desenvolupament Professional Continuado (DPC)*: reconeixement públic, individualitzat del desenvolupament d'un professional sanitari quant a coneixements, experiència en les tasques assistencials, docents i de recerca, així com en el compliment d'objectius de l'organització a la qual presta els seus serveis.

Carrera Professional (CP)**: dret dels professionals a progressar, de forma individualitzada, com a reconeixement del seu desenvolupament professional.

En definitiva, la carrera professional és l'adaptació que fan les diferents organitzacions sanitàries del desenvolupament professional que permet el progrés dels seus professionals.

Tot i les definicions teòriques, existeixen diferències conceptuals sobre el DPC i la CP que fan molt difícil homogeneïtzar els conceptes quan en parlem. Existeixen evidents diferències a escala local entre diferents proveïdors sanitaris, autonòmics i amb més rellevància en els diferents països del nostre entorn.

*Ley 44/2003 de 22 de noviembre de Ordenación de las Profesiones

No existeix encara un enfocament unificat en el tema de la formació mèdica continuada a Europa

Sanitarias. Artículos 37, 38 y 39.

**Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. Artículo 40.

Progrés professional a Europa

Atesa la dificultat de poder comparar amb els països del nostre entorn, farem una petita reflexió sobre com avancen els sistemes de DPC al Regne Unit, França i Alemanya, amb diferents aplicacions pràctiques en els seus sistemes retributius que es mouen per paràmetres diferents, sobretot en el cas francès i alemany.

D'altra banda, i també de forma general, es pot afirmar que actualment a Europa la Formació Mèdica Continuada (FMC) és una part fonamental del Desenvolupament Professional Continuado (DPC). A data d'avui, no existeix encara un enfocament unificat en el tema de la formació mèdica continuada a Europa i la provisió d'aquesta està molt fragmentada, ja que cada país segueix una normativa diferent. Tot i que no existeix una organització central europea que sintetitzi els estàndards de la FMC, l'European Union of Medical Specialists, a través de la secció European Accreditation Council for CME (EACCME), s'estableix com a responsable d'establir les normes per a l'acreditació de la FMC a Europa, un procés que està resultant de gran complexitat i molta lentitud.

Finalment, cal comentar que alguns països de la Unió Europea han introduït o estan introduint sistemes de recertificació professional que afectaran, de forma positiva, i en principi, la regulació i el desenvolupament de la FMC i el DPC dels professionals mèdics, en el sentit que ajudaran aquests professionals a presentar evidències de la seva actualització. Això pot derivar en la millora de la seva carrera professional.

Regne Unit Antecedents

La carrera professional a Anglaterra ha estat històricament relacionada amb l'adquisició de nous coneixements a través de la FMC i amb

l'avaluació anual (*appraisal*) per part dels superiors als professionals, mitjançant la qual es valorava l'experiència, l'adquisició de nous coneixements i el desenvolupament de les tasques al lloc de treball per aconseguir progressar professionalment.

Tanmateix, aquesta última part del sistema (*appraisal*) no estava regulada formalment, ja que aquest és un dels motius pels quals el National Health Service (NHS), partint del projecte Modernising Medical Careers (MMC), ha creat una normativa per recategoritzar les categories professionals mèdiques existents.

L'objectiu d'aquesta recategorització és que totes aquelles categories intermèdies (Associate Specialists, Staff Grade) situades entre el grau de residents (*training grades*) i caps de servei (*consultants*) puguin ser correctament reconegudes professionalment. Aquesta mesura està molt lligada al DPC, en el sentit que la seva normativa específica insta els centres sanitaris a la realització de la descripció dels llocs de treball, regula i formalitza l'avaluació anual dels professionals i introdueix la necessitat de dissenyar la planificació de la carrera professional dels metges de l'NHS, per part també dels centres sanitaris. Aquest procés ofereix la possibilitat d'augmentar de categoria professional, ja que objectivitzava com es pot progressar professionalment de forma més clara, alhora que sustenta el nou procés de recertificació, que serà explicat més endavant.

El paper dels 'royal colleges'

La institució reguladora nacional del DPC al Regne Unit és la Academy of Medical Royal Colleges, constituïda per quinze *colleges* i *faculties* que tenen un director de DPC. Aquests directors formen un grup propi a l'acadèmia, que té la responsabilitat de supervisar els requeriments, la qualitat i l'adequació del DPC a tot el Regne Unit. Els programes de cada *college* difereixen en aspectes concrets, però tots comparteixen uns principis bàsics i les mateixes normes de qualitat. A més a més, el grup de directors mencionats inclou representants del General Medical Council (GMC) i manté contacte amb l'organització reguladora europea European Accreditation Council for CME (EACCME).

Alguns *royal colleges* han creat guies i directrius sobre el DPC, amb l'objectiu de fomentar-lo i regular-lo. D'altra banda, The Academy of Medical Royal Colleges ha publicat un protocol o guia per involucrar els *royal colleges* en el DPC.

A partir de l'any 2001, es va establir un nou sistema que incloïa una base de dades en línia de les activitats de FMC acreditades, un sistema uniforme per a les acreditacions i un diari en línia a càrrec dels participants en les activitats. En aquest context, qualsevol activitat formativa sotmesa a reconeixement o acreditació per part d'un director de DPC o d'algun representant regional ha de complir les recomanacions estipulades. Els participants, en assistir a una activitat acreditada, obtenen els crèdits adjudicats. Els metges han de complir un requeriment mínim de crèdits estipulat per tots els col·leges, que correspon a 50 crèdits anuals.

El paper del General Medical Council (GMC)

Pel que fa al GMC, aquesta institució fa una sèrie de recomanacions sobre el DPC:

- El DPC ha de cobrir tots els camps de la pràctica professional.
- El DPC ha de cobrir tots els aspectes que constitueixen la bona pràctica mèdica.
- Les organitzacions han d'assessorar sobre els continguts i confirmar la participació dels metges en programes de DPC.
- L'avaluació anual ha de servir per assegurar l'existència d'un Pla de Desenvolupament Personal (PDP).
- El metge ha de reunir un pla de DPC suficient per superar els requeriments de la revalidació.

El DPC i l'avaluació anual estan estretament relacionades. El metge ha de reunir i arxivar el seu propi pla de DPC, que formaria part de l'avaluació anual. A partir d'aquest pla personal, s'han de poder identificar les necessitats individuals que constitueixen la base del Pla de Desenvolupament Personal (PDP). La participació en activitats de DPC constitueix la base del PDP.

El GMC assenyala com a responsable de mantenir les aptituds necessàries per exercir la pràctica de la medicina els metges i, a la vegada, relaciona aquest desenvolupament professional al procés de revalidació ja iniciat.

La revalidació i la recertificació

D'altra banda, i en certa mesura amb referència al tema de la carrera professional dels metges, s'està introduint al país el procés de revalidació (*revalidation*) per part del GMC. Per exercir la medicina al Regne Unit, tots els metges han d'estar registrats i, des de fa poc, tenir una llicència (*licensing*) per treballar. La llicència és el primer pas cap a la introducció

de la revalidació i estarà sotmesa a una renovació periòdica mitjançant la demostració al GMC que s'està exercint d'acord als seus estàndards. Serà cada cinc anys quan s'haurà de renovar la llicència (*relicensing*). Per tal de fer-ho, els metges hauran de recopilar documentació sobre la seva pràctica que inclourà, per exemple, informació sobre:

- L'avaluació anual.
- El DPC cursat durant el període.
- *Feedback* provinent de pacients, col·legues i superiors.

Aquest procés estarà implementat a partir de l'any 2011. A més a més, els metges amb llicència que estiguin al registre d'especialistes hauran de recertificar (*recertification*) la seva titulació d'acord amb als estàndards establerts a la seva especialitat o àrea de pràctica, implementats pels corresponents *royal colleges* o *faculties*.

Així doncs, a partir d'ara està previst que el General Medical Council i els *royal colleges* passin a ser

hospitals, un per a metges autònoms que treballen al sector ambulatori i un per als metges assalariats) i un comitè de coordinació, que està format pels representants dels sindicats de metges, col·legis de metges, facultats de medicina i associacions de FMC. El comitè de coordinació coordina les activitats dels tres comitès mencionats i defineix prioritats comunes nacionals per a l'educació continuada.

Als metges que participen en aquests programes de FMC se'ls atorguen punts. Per aconseguir la llei, un metge ha d'acumular cada cinc anys 250 crèdits en diferents categories de formació. Els crèdits estan subjectes a un 20% de bons si les activitats estan relacionades amb els temes de prioritats fixats pel comitè nacional. Si un metge no compleix amb la llei, el comitè regional haurà d'informar el col·legi professional un cop passats sis mesos de la data límit legal. El col·legi de metges serà el responsable de proposar un programa formatiu que ajudi el metge a

en atenció ambulatoria no estan subjectes a una regulació detallada sobre els temes que ha de cobrir la FMC que segueixen. En canvi, els especialistes que treballen en hospitals han de demostrar que el 70% de la seva formació ha estat sobre aspectes relacionats amb la seva especialitat.

Aquests programes són voluntaris per a metges que treballen en el sector estrictament privat. Pràcticament totes les regions d'Alemanya han implementat un sistema de registre informàtic per a la FMC.

Conclusions

Existeix diversitat de criteris en els països del nostre entorn en l'establiment de sistemes de DPC i de CP. En qualsevol cas, els sistemes vigents estan molt vinculats a la FMC degudament acreditada, que permet revisar de forma objectiva l'evolució del professional. D'altra banda, els diferents països analitzats evolucionen per incorporar, impulsats per les organitzacions professionals, els sistemes objectivables que permeten la recertificació periòdica (anàlisi de l'evolució professional relacionada amb l'activitat, la formació i la recerca). Amb la recertificació, les organitzacions professionals es doten d'instruments que permeten el progrés professional i incorporen elements de millora de contraprestacions econòmiques pel servei prestat, sigui en forma de salari, pagament per càpita o pagament per acte mèdic.

Dr. Marc Soler

Dra. Mari Ortiz*

Dr. Berenguer Camps*

Membres del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

**Gabinet d'Estudis del COMB*

La carrera professional com a instrument motivador

Des dels darrers anys, estem presenciant una transformació de la manera d'exercir la medicina dins la comunitat. Els CAP s'han ampliat i el metge de família s'ha afegit als recursos humans i materials i ha passat a ser una peça més de l'engranatge d'una àmplia organització. La missió d'aquesta organització és tenir cura de la salut dels ciutadans.

La tecnificació, especialment la informatització, la gestió i la quantificació s'han convertit en factors decisius en la nostra manera de treballar. El registre de múltiples variables s'ha

convertit en l'ocupació principal del dia a dia. La formació continuada és reconeguda per l'organització, assumida com una necessitat i facilitada per l'accés a Internet i a nombroses publicacions on line. Progressivament, s'està establint una infraestructura, que també és desitjada per part del sector de la recerca des de fa temps.

Els canvis no només han estat en l'àmbit del funcionament intern de la institució, sinó també en l'àmbit personal. I, encara que la nostra feina sigui en la majoria dels casos estrictament vocacional, també existeix la creixent sensibilització per part dels metges de conciliar les hores dedicades a la professió amb la vida privada. En aquest escenari s'ha establert la llargament esperada carrera professional, un sistema d'incentius lligat al temps de treball en l'organització i l'excel·lència. És difícil opinar sense tenir una informació adequada. Per tant, repassaré allò que les escoles de *management* ens diuen.

La motivació es defineix com l'activació o reforç d'una conducta orientada a aconseguir uns objectius. Entre els incentius hi ha els de caire monetari, dels quals se'n distingeixen:

- a) Els bons (quantitat monetària) relacionats amb les prestacions, que no vénen consolidats al sou del treballador. Un exemple és el *management by objectives* o actuals DPO.
- b) L'augment del mèrit, que són increments de les retribucions assignades d'una manera estable i, per tant, consolidats. Això dona lloc a la progressió retributiva horitzontal, en contraposició a la progressió vertical, que està representada pel canvi de categoria.

La motivació pot ser intrínseca o externa. La carrera professional com a model motivador correspondria al tipus extern. La psicologia social ha descrit dos problemes de la motivació externa.

El primer és l'anomenat efecte sobrejustificador, pel qual un incentiu extern, com els diners, disminueix la motivació intrínseca per realitzar un treball. Això explica que les per-

sones atinguin més l'incentiu que la satisfacció interna a l'hora de realitzar aquesta activitat.

Per pal·liar aquest inconvenient, es diu que els incentius monetaris han de ser com a màxim d'entre el 5 i el 10% del total dels ingressos. Els percentatges inferiors els tornen ineficaços i els superiors fan que el treballador se centri totalment en els incentius i obliidi aspectes qualitius que no s'incentiven.

L'altre problema està relacionat amb la utilització d'incentius únicament monetaris. Encara que majoritàriament els participants d'un programa d'incentius prefereixen els diners, algun estudi ha demostrat que les recompenses monetàries tendeixen a ser percebudes com a part del total del sou. D'altra banda, es diu que els diners perden el valor trofeu.

Malgrat tot, la valoració que la majoria de nosaltres fem de la carrera professional continua sent positiva perquè suposa un reforç econòmic i un reconeixement. Un sistema incentivador s'ha de basar en criteris objectius i, a més, ha de ser fruit d'un consens entre els experts. Cal que hi hagi *feedback* entre el sistema incentivador i el sistema de valoració.

Hi ha molta informació a la bibliografia sobre els sistemes de valoració de personal que es basen principalment en les habilitats que suposen tres aspectes: saber, saber estar i saber fer. Per posar-ho a la pràctica del dia a dia del nostre sistema actual, s'estableixen quatre nivells unidireccionals. Per accedir a cada nivell es requereixen anys d'antiguitat i superar un barem que puntua a partir d'un sistema de portafoli, que consta de cinc apartats:

1. Activitat assistencial (70 crèdits).
2. Formació (15 crèdits).
3. Docència (10 crèdits).
4. Compromís amb l'organització (20 crèdits).
5. Recerca (20 crèdits).

En cada carpeta, especialment per assolir els nivells tercer i quart, s'ha de puntuar per sobre d'un mínim. La idea és aconseguir crèdits en tots els àmbits. D'altra banda, cada apartat té un màxim de crèdits. Penso que això converteix el portafoli en un obstacle, ja que no afavoreix gens l'excel·lència individual. Es pot donar el cas que una persona molt brillant en un àmbit no pugui compensar puntuacions més baixes en altres apartats. Per als metges d'Atenció Primària, l'actual barem resulta difícil d'assolir, sobretot el quart nivell (110

Un sistema incentivador s'ha de basar en criteris objectius i ha de ser fruit d'un consens

punts de mínim, sobre un màxim de 135), atès que al personal amb més de 25 anys treballats li falta la tradició docent i investigadora, antigament lligada de forma exclusiva a l'àmbit hospitalari i universitari.

Entenc que és difícil establir un barem que valori la competència personal i sóc conscient que l'actual ha estat consensuat i implementat. La meua opinió és que, per definició, és bàsic que els nivells que ja s'han assolit es consolidin i no s'hagin de sotmetre a una reavaluació periòdica. El que es pretén avaluar és el mèrit.

Dr. Manuel Pena

Metge de Família. ABS Pla d'Urgell

La carrera professional com a eina de motivació

Agraïxo l'oportunitat de participar en aquest debat obert. Hi intentaré

La longitudinalitat, la polivalència i la capacitat de resolució en els metges de família no estan ben avaluades o susciten problemes de mesura objectiva

adaptar ordenadament les meves opinions personals sobre les qüestions que tan bé ha plantejat Joan Clotet a l'escrit d'encapçalament, atès que ja s'hi informa de quins són, ara per ara i en l'organització que jo represento, els factors que es valoren per l'actualment reconeguda carrera professional a l'ICS. Cal entendre les meves opinions de la visió individual sobre un instrument que necessita un millor afinament en la seva implementació.

Definició? Sempre és difícil. Tanmateix, cal considerar la Carrera Professional (CP) "un instrument de reconeixement públic i explícit i, alhora, individual del desenvolupament i les habilitats d'un professional, així com del seu compromís amb l'organització a la qual presta els seus serveis". Implícitament, comporta la mesura i el reconeixement del grau d'experiència, coneixement i maduresa professional i ajuda a la seva realització professional. Formalment, la CP és un projecte voluntari en què les habilitats es poden desenvolupar o es poden aprendre, en un creixement continuat com a professional qualificat.

És un sistema de promoció? En tot cas, serveix per a la promoció professional clínica (categoria), independentment de la promoció jeràrquica (càrrec)

com a responsable de gestió. Alguns autors i entitats sanitàries proposen vincular les dues carreres, o almenys supeditar la segona a un mínim bàsic de la primera. Penso que són aspectes independents i no haurien de ser necessàriament vinculants. Tot i això, existeix certa meritocràcia corporativa, acceptada pels professionals mèdics i reconeguda per diferents administracions sanitàries i que requereixen un mínim de la primera (carrera clínica) per desenvolupar la segona (carrera de gestió).

Fonamentalment, la CP és un instrument de garantia del sistema sanitari públic. D'una banda, de garantia d'un dret universal del professional: el reconeixement del seu nivell d'expertesa i, en una dimensió més àmplia i col·lectiva, el reconeixement del nivell de qualitat dels professionals més qualificats del sistema sanitari. De l'altra, i a títol individual, és un dels incentius més importants, ja que legitima el nivell d'expertesa professional assolit pel

portador davant de qualsevol entitat sanitària. Com a finalitat clara, la CP ha de motivar els professionals, atès que es premien els seus mèrits (assistencials, docents, de recerca), es reconeix socialment la seva tasca i, a més, es genera una competència professional que trenca la desincentivació instal·lada del "café per a tothom" tan arrelat en la cultura de les institucions/empreses públiques.

La CP, com a instrument de garantia, ha de tenir determinades característiques: voluntària, ja que ha de ser d'interès per a qui vol desenvolupar-la; dinàmica, perquè ha de reconèixer i mesurar els elements que integren el desenvolupament professional continuat i individual al llarg de la trajectòria d'un professional, i consolidable i també irreversible en els nivells assolits, sigui quin sigui el format de mesura. A més, afegiria que ha de ser transferible quan el professional canvia d'empresa o institució, pel fet que és i ha de ser un reconeixement públic, exprés i individual.

En la meua opinió, la CP té dos tipus de components fonamentals. Alguns van lligats íntimament al desenvolupament individual professional continuat que, per tenir reconeixement inalienable

i universal, necessiten d'una validació mitjançant una agència independent i acreditada, reconeguda i probablement avalada pel món professional. Per tant, els resultats de les seves avaluacions són reconeguts per qualsevol empresa, independentment del període de vinculació del professional amb aquesta. Els altres components de la CP han d'anar vinculats al desenvolupament professional compromès corporatiu i, per tant, al compromís amb la institució en la qual es treballa. Entenc que tant els uns com els altres són o poden ser font de polèmica a l'hora d'avaluar. Els primers necessiten objectivitat manifesta i poden obviar el que difícilment es mesura. Els segons tenen molt d'intangible en termes universals, tot i que si l'avaluació la fa l'empresa, òbviament hi ha una responsabilitat avaluadora al darrere.

Assolir un determinat nivell de desenvolupament individual professional continuat en la CP requereix obtenir un mínim d'unitats en un sistema de mesura. Què es pot mesurar? Quins criteris hi ha establerts? Quins requisits previs? Quin sistema de meritació? Quins són els calaixos que cal avaluar?

Actualment, les diferents institucions sanitàries a Espanya que apliquen la CP tenen com a requisit, en cadascun dels nivells en què la divideixen, un període mínim de temps exercit per poder accedir-hi. Superat el requisit, es valoren diferents components: activitat, formació, docència, recerca, compromís amb l'organització, etc. Com es pondera?

En general, l'activitat professional o activitat clínica es valora com el component més important en el si de la CP i oscil·la entre el 55 i el 70% de la ponderació global. Entenc que ha de ser així. La CP és o ha de ser fonamentalment clínica. Una altra cosa és com s'avalua aquest apartat. Aspectes com, per exemple, la longitudinalitat, la polivalència i la capacitat de resolució en els metges de família no estan ben avaluats, o almenys plantegen problemes de mesura objectiva. Aquest apartat, és a dir, l'activitat clínica o assistencial, hauria de comptar almenys amb un 60% de la ponderació global.

La formació, entesa com un element capital en la millora de les habilitats i els coneixements, és un altre dels components fonamentals que garanteixen qualitat i expertesa. Al meu entendre, pesa relativament poc en la ponderació global (oscil·la entre el 10 i el 15% en funció de quina sigui la institució; a l'ICS és de l'11%). Existeixen elements de mesura objectius que faciliten minimitzar errors. També caldria potenciar-ne la ponderació, atès que la formació continuada ha de ser una exigència

professional individual i empresarial. Segons la meua opinió, aquest component hauria de suposar almenys el 20% de la ponderació global.

La docència i la recerca per si mateixes poden constituir una CP paral·lela. El sistema actual de valoració i ponderació de la CP les incorpora de manera inequívoca a la CP individual dels metges (i també de les infermeres). És cert que poden complementar i ajudar a definir al llarg dels anys moltes trajectòries professionals. Són valors cada cop més arrelats entre els professionals des de les primeres etapes de la seva formació. Una trajectòria professional clínica adequada acostuma a anar acompanyada d'una important activitat docent i no tant d'una activitat investigadora. També és cert que la mesura d'aquestes activitats i dedicacions no sempre pot objectivar esforços i dedicacions.

A diferència de l'activitat clínica i la formació continuada, és discutible si més no que la recerca sigui un component inherent a l'obligació individual en el context de les professions sanitàries. Docència i recerca requereixen capacitat i voluntat. Ponderen més (sumades) en l'actual sistema de valoració de la CP de l'ICS i d'altres institucions que la formació i, a més, atès que són un valor i una habilitat que configuren la CP, de vegades poden desvirtuar (per absència de resultat o de mesura) una molt bona trajectòria clínica.

En tot cas, l'activitat docent, en una institució com la nostra, que és responsable important de la docència de pregrau i postgrau al territori, hauria de ponderar més que l'activitat investigadora i, en aquest ordre de coses, em semblaria una proposta més assenyada que l'actual d'establir el 12% de la ponderació global a la docència i el 8% a la recerca.

Finalment, la CP és un element d'incentivació i de motivació dels professionals, però no l'únic. En un sistema sanitari en què predominen les organitzacions públiques en un mercat d'oligopoli, les estructures productives s'adaptin malament als canvis i necessiten canvis per ser més eficaces i eficients. Canvis en els models d'organització que descentralitzin les decisions, facin participis els professionals i facilitin aliances entre proveïdors i estímuls per "fer-ho millor o com els millors"

semblen línies que cal explorar i desenvolupar en el model sanitari del país. Actuacions d'aquesta mena poden ser més incentivadores que les mateixes polítiques d'incentius (individuals o grupals) o que els sistemes salarials en boga, ja siguin aquests capitatius, per rendiment o per acte.

En el context de l'actual sistema de salut espanyol, la carrera professional, com a element de reconeixement i estimul professional, pot deixar de ser incentivadora per passar a ser un element compensatori del "deute que es té amb nosaltres", tan arrelat en un col·lectiu que oscil·la entre una ànima liberal i un credo funcional que sembla irrenunciable. Només treballant en un disseny de la CP universal (si més no entre les institucions públiques sanitàries de tot l'Estat) que no generi diferències entre les comunitats autònomes i les comprometi totes a implementar-la de la mateixa manera, es garantirà la preservació de l'esperit necessari d'aquest bon instrument, que no és perfecte i que pot deixar de ser-ho, tot just iniciada la seva existència.

Dr. Gerard Ferrer

Gerent Territorial ICS Lleida

Carrera profesional, ¿una esperanza?

[...] No me encuentro final ni derrotado y la esperanza aparece en mí cada mañana [...]

J. A. Labordeta

El Código de Deontología de los Colegios de Médicos de Cataluña, código que todos deberíamos conocer mejor, en vigor desde el 1 de abril de 2005, dedica una parte a lo que denomina "del ejercicio de la Medicina en las instituciones", que es la que corresponde a los artículos 83 al 91.

Y el artículo 85 reza así: "El médico asalariado no puede, en ningún caso, aceptar una remuneración basada exclusivamente en criterios de productividad o en rendimiento horario, ni ninguna otra disposición que pueda tener como consecuencia una limitación de su independencia o que afecte la calidad de su actividad profesional."

A mi entender, el artículo es suficien-

temente claro en sí mismo. Asimismo, deja abierta una puerta a uso libre de lo que prohíbe cuando dice: "[...] basada exclusivamente [...]" La palabra *exclusivamente* está estratégicamente colocada.

El Dr. Joan Clotet, en su excelente artículo para encabezar el debate, da una definición de carrera profesional "[...] al conjunt de factors variables que condicionen [...]" *Condicionar*, en el diccionario del uso del español, de María Moliner, dice en su primera acepción "hacer depender..."; en su segunda, "supeditar", y, en la tercera, "establecer una asociación entre un hecho que provoca una determinada respuesta y otro hecho, en principio neutro, de tal manera que el primero se convierta en el estímulo que genera la respuesta". Y en el *Diccionario de la Lengua Catalana* del Institut d'Estudis Catalans es en su cuarta acepción donde dice: "Modificar el comportamiento (d'un subjecte amb capacitat d'aprenentatge) a partir de les seves pautes i d'estímuls externs." Excelente.

¿Cómo será usada esa puerta abierta? ¿Haciendo depender? ¿Supeditando? ¿Sometiéndolo a condiciones?... Lo deseable sería, o es, que sea usada en las acepciones que a nuestro juicio le corresponden.

La ley que el ministerio realizó quiere basarse en cuatro principios estratégicos: garantía de igualdad, de no discriminación entre las administraciones, de libre circulación y de participación de los profesionales en la gestión de los centros. Pues bien, si para mí esta ley ya tiene lagunas, su aplicación deja en el aire la dificultad de ser justos o la posibilidad de ser arbitrarios, de promocionar a amigos o a "dóciles", etc. Aun a pesar de establecer unos parámetros, ¿cómo los valoramos?

La frase de Aristóteles que cita el Dr. Clotet es magnífica. Sin embargo, aun reconociendo a todos los miembros de una supuesta comisión de valoración, su aspiración a ser justos y su deseo de condicionar de forma adecuada creemos que es muy difícil de conseguir. "Todas las épocas de progreso son objetivas", dijo Goethe. Quizá, pero no sé si objetivables.

Por otro lado, es muy legítimo el deseo de promoción tanto vertical como horizontal del profesional, así como de que se le den los cauces para lograrla, si así lo desea y lo merece.

"La esperanza es un estímulo vital muy superior a la suerte", según Nietzsche. Esperemos...

Dr. José Barco
Vocal de la Comisión Deontológica del COMLL

Es muy legítimo el deseo de promoción tanto vertical como horizontal del profesional, así como de que se le den los cauces para lograrla, si así lo desea y merece

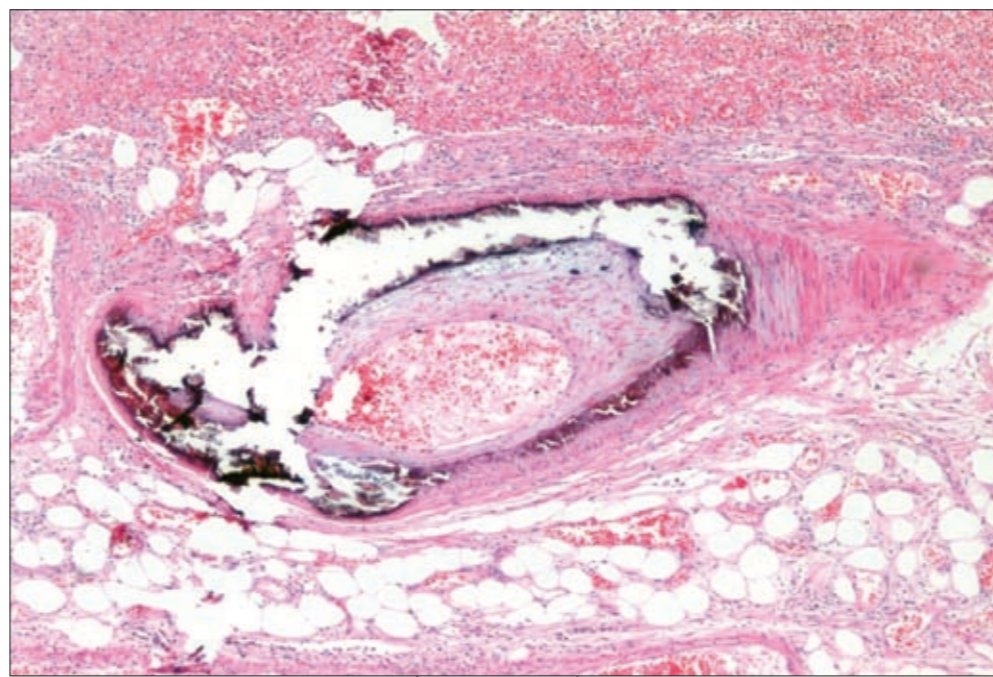
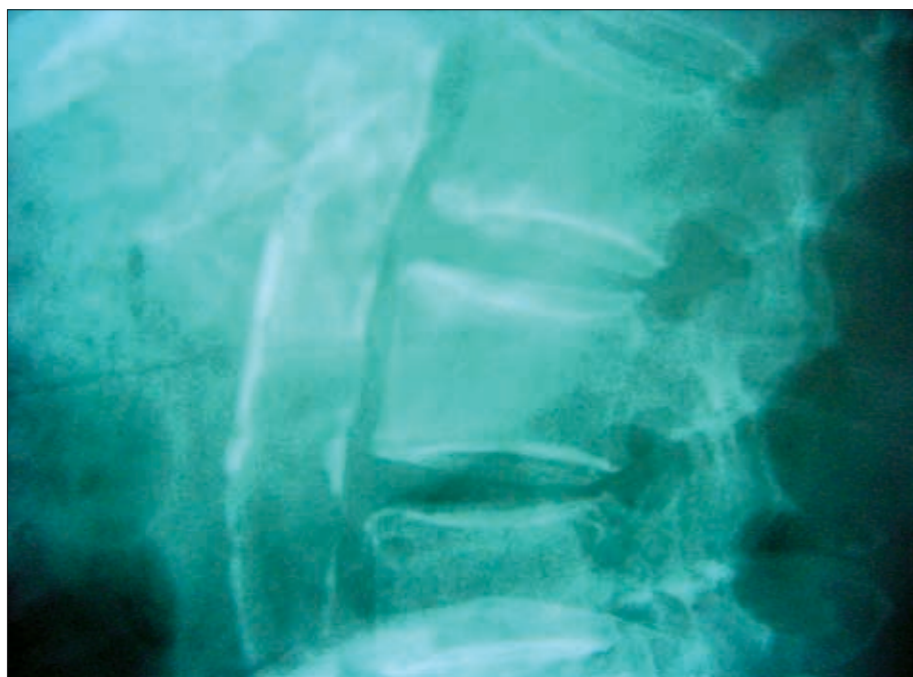


Figura 1. Osteoporosis vertebral. Figura 2. Calcificación de las arterias de la mucosa de colon

RANKL, el enemigo a batir para salvar el hueso y el vaso

Cómo matar dos pájaros de un tiro: la osteoporosis y la calcificación vascular

La osteoporosis y la calcificación vascular forman parte del proceso de envejecimiento. A medida que avanza la edad, se produce un fenómeno progresivo de desmineralización ósea (osteoporosis) y de mineralización del hueso (calcificación vascular). Si observamos una radiografía simple de abdomen de una persona en edad avanzada, tenemos la impresión de que el calcio ha pasado de su lugar natural, las vértebras, a la pared de la aorta (figura 1). Este proceso ocurre de manera más precoz y acelerada en pacientes con enfermedad renal crónica o diabetes. En ocasiones, la calcificación vascular acompaña a la fase final de la aterosclerosis y sus consecuencias son accidentes isquémicos en diferentes órganos (cerebro, corazón, etc.). En otros territorios del árbol vascular como la aorta, endurece sus paredes, aumenta la rigidez arterial e impide su adaptación al volumen que le llega del corazón. Ello repercute sobre la estructura cardíaca y aumentan el grosor del miocardio. En ambos casos aumenta el riesgo de padecer accidentes cardiovasculares.

Cuando se habla de órganos tan dispares como la arteria y el hueso, llama la atención que existan meca-

A medida que avanza la edad se produce un fenómeno de desmineralización ósea

La activación del receptor del RANKL induce osteogénesis en el vaso

La biología continúa deparando sorpresas

nismos que los interrelacionen. La biología continúa deparando sorpresas y una de ellas es la constatación de que el hueso y el vaso mantienen una conversación molecular cruzada con palabras (proteínas) que ambos interpretan, a veces en el mismo sentido y otras en sentido contrario. En este caso, el significado del RANKL (ligando del receptor del factor nuclear

kappa B) es interpretado en sentido opuesto por ambos tejidos diana. El hueso se descalcifica bajo su estímulo y el vaso, por el contrario, se calcifica. Expresado de otra manera, bajo su acción, en el tejido óseo se destruye hueso y en el tejido vascular se fabrica hueso.

Desde los trabajos del patólogo alemán Rudolf Virchow (1821-1902), en el siglo XIX, se sabe que el proceso de calcificación vascular es un mecanismo activo de formación ósea (osteogénesis) en el seno de la pared vascular, que se produce como consecuencia de una desregulación en el equilibrio de factores estimuladores e inhibidores de la calcificación vascular. En estudios histológicos se pueden apreciar verdaderas trabéculas óseas inmersas en la pared de la arteria (figura 2). La osteogénesis conlleva la puesta en marcha de una cadena de acontecimientos moleculares y la presencia de células formadoras de hueso (osteoblastos), que en condiciones normales sólo se encuentran en el hueso. Aquí reside una de las grandes riquezas biológicas de los seres vivos: la capacidad de algunas células (pluripotenciales) de transformarse en diferentes tipos celulares

según las circunstancias. Las células del músculo liso vascular propias del vaso, bajo estímulos favorecedores, se transforman en osteoblastos (células formadoras de hueso).

En el hueso, el RANKL está involucrado en el proceso de remodelado óseo, que es el proceso de formación y destrucción permanente a que está sometido el esqueleto de los seres vivos. Existían evidencias indirectas de que el RANKL en tejido vascular inducía la calcificación. Nuestro grupo en este trabajo¹, recientemente publicado, ha demostrado que la activación del receptor del RANKL induce osteogénesis en el vaso de manera directa. Para comprobarlo, manipulamos

genéticamente células de músculo liso vascular que no expresaran el receptor de RANKL y pudimos inhibir este proceso de calcificación. Además, encontramos que el mediador responsable de este efecto es una proteína formadora de hueso (BMP-4, bone morphogenetic protein-4).

Descifrar este mecanismo tiene implicaciones clínicas importantes. No podemos encontrar soluciones a los problemas clínicos si se desconoce el mecanismo íntimo (molecular) que lo provoca. En este caso, hemos podido contribuir a desenmascarar al culpable, lo que llamamos proporcionar una diana terapéutica, para que otros grupos especializados dirijan sus esfuerzos en desarrollar nuevos fármacos que anulen esta vía de calcificación vascular. La doble personalidad de esta molécula hace prever que al inhibirla podamos evitar simultáneamente su efecto nocivo sobre el hueso, es decir, inhibir o endentecer la osteoporosis.

¿Estamos muy lejos de obtener tratamientos capaces de inhibir el RANKL? Afortunadamente, no. Existe un fármaco, Denosumab (anticuerpo monoclonal anti-RANKL), que lo neutraliza. Este fármaco se está probando con éxito en ensayos en los que se valora especialmente su efecto sobre la osteoporosis y otras enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, metástasis óseas, etc.), que cursan con un aumento de reabsorción ósea. En el ensayo clínico, fase III, FREEDOM, llevado a cabo en 7.808 mujeres, se observó una disminución del 35% en el riesgo de fracturas vertebrales comparado con placebo. La clarificación de su efecto vascular, llevado a cabo por nuestro

grupo, permitirá plantearse su potencial efecto beneficioso evitando de manera simultánea la osteoporosis y la calcificación vascular.

La sociedad del bienestar ha logrado el gran objetivo de aumentar la esperanza de vida de la población. Ello significa que nos enfrentamos al reto de luchar contra las lacras que causa el envejecimiento. La osteoporosis y la calcificación vascular son características esenciales de la vejez. Amortiguar su progresión se traducirá en una disminución de las minusvalías y muertes provocadas por estas patologías, es decir, en calidad y cantidad de vida, con el paralelo coste sanitario que conllevan.

Dra. Elvira Fernández

Jefa del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova

Dr. José Manuel Valdivielso

Director del Laboratorio de Investigación de Nefrología del IRBLleida

BIBLIOGRAFÍA

1. Panizo S, Cardus A, Encinas M, Parisi E, Valcheva P, López-Ongil S, Coll B, Fernández E, Valdivielso JM. RANKL increases vascular smooth muscle cell calcification through a RANK-BMP4-dependent pathway. *Circ Res*. 2009 May 8;104(9):1041-8. Epub 2009 Mar 26.
2. Cummings SR, San Martín J, McClung MR, Siris ES, Eastell R, Reid IR, Delmas P, Zoog HB, Austin M, Wang A, Kutilek S, Adami S, Zanchetta J, Libanati C, Siddhanti S, Christiansen C. FREEDOM Trial. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2009;361(8):756-65; 2009.

PAIMM - Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals 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 36 24 92**

Telèfon Lleida: **973 27 38 59**

Medicina del Viatger, una eina de treball necessària en la prestació de serveis de salut

L'augment anual de turisme al món entre 1995 i 2004 va ser del 3,9%, però al Pròxim Orient va ser del 10,9% (13% el 2007), a l'Àsia i el Pacífic del 6,5% (10% el 2007) i a l'Àfrica del 5,7% (8% el 2007), segons l'Organització Mundial del Turisme (OMT). El pronòstic per a l'any 2020 és que Europa rebri 717 milions de viatgers, l'Àsia oriental i el Pacífic 438 milions, Amèrica 284 milions, l'Àfrica 75 milions, el Pròxim Orient 69 milions i l'Àsia del Sud 19 milions.

Si tenim en compte les últimes previsions, l'Àfrica, l'Àsia i el Pacífic i el Pròxim Orient, per aquest ordre, seran les zones que registraran un major creixement en el nombre i percentatge de viatgers amb taxes superiors al 5%, enfront de la mitjana mundial, que és del 4,1%. És a dir, entre els 40 països amb més recepció de turisme, en trobem almenys deu de considerats de renda baixa, on hi ha un risc sanitari més gran i on el risc de contreure alguna malaltia infecciosa és alt.

Els últims anys ha disminuït el turisme de plaer (del 56% al 51%), però estan creixent els viatges de negocis i de feina (del 14% al 16%), els viatges per motius religiosos (del 20% al 27%) i, sobretot, els VFR (Visiting Friends and Relatives): immigrants establerts que viatgen al seu país d'origen per visitar els seus familiars i amics.

Generalment, aquest col·lectiu viatja d'un país més desenvolupat a un país de menys recursos. Aquest grup representaria una minoria dins de la totalitat de la població, però és un grup que representa una proporció important dins dels viatgers internacionals, com demostren diversos estudis. Dels aproximadament 50 milions de persones que viatgen anualment a destinacions tropicals o subtropicals, els VFR suposen entre un 25 i un 40% del total d'aquests viatgers i es preveu, a més, que aquest col·lectiu segueixi augmentant. Els VFR tenen més risc de patir malària, hepatitis A i B, malalties de transmissió sexual, febre tifoïdal, malalties evitables per vacunes sistemàtiques infantils com el xarampió o la varicel·la, parasitosis intestinals i tuberculosi, per exemple, que altres viatgers internacionals.

Actualment, entre 12 i 13 milions de viatgers del nostre país es desplacen a l'estranger cada any, dels quals uns 950.000 (9%) ho fan cap a zones tropicals o subtropicals. Segons la Societat Internacional de Medicina del Viatger (ISTM), s'estima que per cada 100.000 viatgers als tròpics, 50.000 tindran algun problema de salut, 8.000 es trobaran prou malalts per consultar un metge durant el viatge, 5.000 passaran algun dia del viatge al llit a causa de malaltia, 1.100 patiran algun grau d'incapacitat durant o després del viatge, 300 seran hospitalitzats durant

el viatge o al retorn, 50 seran evacuats o repatriats i un morirà.

Els factors de risc més importants en l'adquisició d'una malaltia infecciosa durant un viatge són la inexperiència i la joventut, la malaltia crònica i/o pluripatologia, immunodepressió, embaràs o infància, viatges de motxilla i aventura, visites a zones rurals i fora de les rutes turístiques habituals, durada del viatge superior a quatre setmanes, viatge a l'Àfrica subsahariana i més en època de pluges, etc.

Estudis fets en diverses Unitats de Salut Internacional refereixen que les infeccions representen la primera causa de morbiditat al retorn d'un viatge al tròpic i un 2-3% de la mortalitat. A més, moltes d'aquestes infeccions són prevenibles. Els viatgers internacionals, per tant, estan exposats tant a les malalties infeccioses de distribució mundial, com als riscos específics derivats de les patologies pròpies de cada país on viatgen.

Tenint en compte aquesta realitat, s'ha constatat una demanda creixent de serveis d'informació i assessorament especialitzat en Salut Internacional per a persones que viatgen a països tropicals i una major consciència per part de la societat sobre la necessitat de vacunar-se i anar preparat abans i durant el viatge de destinació. Aquesta demanda és constant al llarg de l'any i especialment alta durant els períodes vacacionals, fet que ha comportat, entre d'altres, la necessitat i l'existència d'Unitats de Vacunacions Internacionals que ofereixen una atenció a l'usuari viatger molt més especialitzada i qualificada i, alhora, més propera i accessible al sistema sanitari actual.

L'assistència als viatgers, realitzada per un equip sanitari professional format i amb experiència en Medicina del Viatger, té l'objectiu principal de donar una atenció integral i personalitzada perquè els viatgers marxin amb les millors condicions de salut, seguretat i amb temps. Dependrà no només dels països que visitin, sinó també de l'edat i de les malalties de base que tinguin, de vacunacions prèvies, de l'època de l'any en què viatgin, així com del tipus i motiu de viatge que realitzin tenint en compte els riscos que podran assumir:

- Se'ls informará sobre les recomanacions i consells de salut que convé portar a terme abans, durant i després del viatge.

- Se'ls recomanarà i administrarà la vacunació pertinent segons les directrius de les principals institucions científiques relacionades amb la Salut Internacional.

- Se'ls recomanarà i subministrarà la quimioprofilaxi necessària per prevenir la malària.

La gran majoria dels viatgers es troben sans i asimptomàtics durant i després del

viatge. Tot i així, com hem comentat abans, els viatges a determinades àrees geogràfiques, així com altres factors que poden passar durant el viatge, comporten un risc major de patir certes malalties infeccioses, algunes de les quals tenen un període d'incubació o latència que pot ser d'anys, temps durant el qual la infecció és asimptomàtica (per exemple, l'esquistosomiasi o algunes malalties de transmissió sexual). Per aquest motiu, és important realitzar un examen mèdic al retorn d'un viatge al tròpic quan:

- Es pateixi una malaltia crònica.

- Sempre que es manifesti una malaltia en les setmanes següents al retorn (especialment si presenta febre, diarrea persistent, vòmits, icterícia, trastorns urinaris, malaltia cutània o infecció genital).

- Quan es consideri que s'ha estat exposat a una malaltia infecciosa greu.

- Quan s'hagi passat més de tres mesos en un país del tròpic i/o subtropical.

S'ha de realitzar una valoració individualitzada sobre riscos i beneficis per a la salut durant el viatge que es farà. Tanmateix, tot i que cada viatger és responsable de sospesar els riscos que comporta un determinat itinerari, és recomanable que sol·liciti consell de com protegir la seva salut a un expert en Medicina del Viatger.

La medicina dels viatges o la Medicina del Viatger, especialitat interdisciplinària que s'encarrega de la prevenció de les malalties infeccioses que es poden adquirir en un viatge, de la seguretat personal i dels riscos mediambientals, neix per donar una resposta a una necessitat generada per la nostra societat actual. Els professionals de la salut hem de fer front als problemes relacionats amb els viatges cada vegada amb més freqüència i complexitat dins del sistema sanitari: què s'ha d'aconsejar abans i durant el viatge, i com diagnosticar i com tractar el viatger malalt que torna d'una zona de risc sanitari alt.

Mariola Espejo Surós
Elena Simó Martínez de Guereño
Centre de Vacunacions Internacionals Eixample (CVIE)

BIBLIOGRAFIA

Alvar J. Viajes y Salud. Manual para el médico de Atención Primaria de Salud. Ediciones Mayo, 2002.
CDC. Health information for International Travel. The Yellow Book. Ed. Elsevier, 2010.
Enfermedades infecciosas importadas por viajeros internacionales a los trópicos. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
Enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes residentes en España que se desplazan temporalmente a sus países de origen (VFR's). Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.
Gascón J. et al. Manual de Medicina de Viaje 2009-2010. Ed. Travel Medicine Publishers. Sección Española, 2009.
International Travel Health 2009. World Health Organization (WHO).
López-Vélez R.. Malaria y viajes internacionales. Ed. Marcos Gráfico, 2002.

Gripe A(H1N1)

El virus de la gripa A(H1N1) no es un virus de aparició recent. La literatura ya reporta que en los años 1918 y 1919 se aisló el virus en cerdos. Posteriormente, en 1974 se identificó la infección en un ser humano. En el año 1976 murieron 13 soldados en Nueva Jersey (EE. UU.), quienes no habían tenido contacto con cerdos. Así pues, entre el año 1958 y el 2005 se identificaron 37 casos de personas infectadas por el virus de la gripa A(H1N1) alrededor de todo el mundo (EE. UU., Suiza, Hong Kong y Rusia), de los cuales el 17% murieron y el 44% tuvieron exposición a los cerdos.¹

En cuanto a la nueva etapa de aparición del virus, en marzo de 2009 se identificó la primera infección respiratoria en México. En junio de 2009, la Organización Mundial de la Salud avisó sobre una alerta pandémica, cuando la mayor parte de los casos eran únicamente sospechosos y no confirmados. Así, por ejemplo, en EE. UU. se previó que existían 140 veces más casos sospechosos que confirmados. En el período de abril a diciembre de 2009, hubo en EE. UU. 55 millones de casos sospechosos.² Comparando con lo que sucedió en nuestro medio, en el Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV), en el período de septiembre a diciembre de 2009, ingresaron en el Servicio de Medicina Interna 25 casos sospechosos de infección por gripe A(H1N1), de los cuales se confirmaron 19 casos.¹

Epidemiología

En cuanto a la epidemiología por la edad de los pacientes afectos, es conocido que el virus afecta en su mayoría a gente joven. Según la literatura norteamericana, la edad a la que se infectan en mayor parte es de 5 a 24 años (hasta un 26,7%). Esto se explica por un estudio realizado durante esta pandemia del año 2009 en EE. UU., donde se obtuvieron 222 muestras de sueros de pacientes infectados con la gripe A(H1N1). De estos pacientes, el 33% que habían nacido antes del año 1950 tuvieron anticuerpos contra el virus de dicha gripe, en comparación con aquellos pacientes infectados y que habían nacido después de 1980, de los que sólo el 4% tuvieron anticuerpos contra el virus.¹

En la figura 1 se muestra la gráfica de epidemiología presentada en el HUAV durante el año 2009². El pico de mayor incidencia durante el mes de noviembre del 2009 coincide con el pico de muertes ocurridas en toda España³.

Transmisión

Con respecto a la transmisión de la gripe A(H1N1), sabemos, pues, que los cerdos tienen en el epitelio de su tráquea dos tipos de receptores: receptores para el virus de la gripe humana. Por tanto, el cerdo es un medio de cultivo excelente, donde gema el virus de la gripe A(H1N1) a

partir de estos dos tipos de virus. Su transmisión se efectúa a través de sus secreciones hacia los humanos. El período de incubación es de cinco a siete días¹.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas son muy variadas, como fiebre, tos, cefalea, mialgias, artralgias, odinofagia, rinorrea, vómitos y diarrea. Sin embargo, hay situaciones que nos deben poner en alerta sobre la mayor gravedad que puede tener el paciente y que nos obligue al ingreso hospitalario. Así pues, estos criterios de ingreso son: radiografía de tórax compatible con neumonía y que ésta, a su vez, tenga una escala de gravedad (FINE \geq III y/o CURB-65 \geq 2), dificultad respiratoria grave (taquipnea $>$ 30 por min, SatO₂ $>$ 95%, tiraje intercostal), deshidratación grave o shock (TA $>$ 90/60 mmHg, oliguria) y nivel de conciencia alterado⁴.

Quimioprofilaxis y tratamiento

Con respecto a la quimioprofilaxis, se debe indicar a toda aquella persona que haya estado en contacto estrecho con el paciente, que debe tomarse desde un día antes que le aparezcan los síntomas hasta siete días después. Los fármacos a emplear serán oseltamivir 75 mg cada doce horas durante siete días o zanamivir 10 mg cada doce horas durante diez días. En las mujeres embarazadas se debe prolongar el tratamiento siete días más a partir del día en que haya enfermado el último caso, de haber más de un enfermo en una misma familia. El tratamiento de la gripe A(H1N1) es el oseltamivir 75 mg cada doce horas con entre cinco y siete días de duración, iniciando las primeras 48 horas desde el comienzo de los síntomas. Para las embarazadas se puede usar tanto el oseltamivir como el zanamivir, ya que ambos son de categoría C4. Hay que tener en cuenta que ya existen en el mundo algunos casos resistentes al oseltamivir (un caso en España), debido a una mutación detectada, la H275Y, por lo que debemos recalcar la importancia de no generalizar el uso de los antivirales.

Dra. Pamela Cabezas
Miembro de la Sección de Medicina Interna del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFÍA

1. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of pandemic H1N1 influenza ('swine influenza'), Anna R. Thoner, UpToDate 2010.
2. Servicio Estadística HUAV, 2010.
3. ©REMI, www.remi.uninet.edu, Noviembre 2009.
4. Protocolo manejo gripe A(H1N1) HUAV 2009.

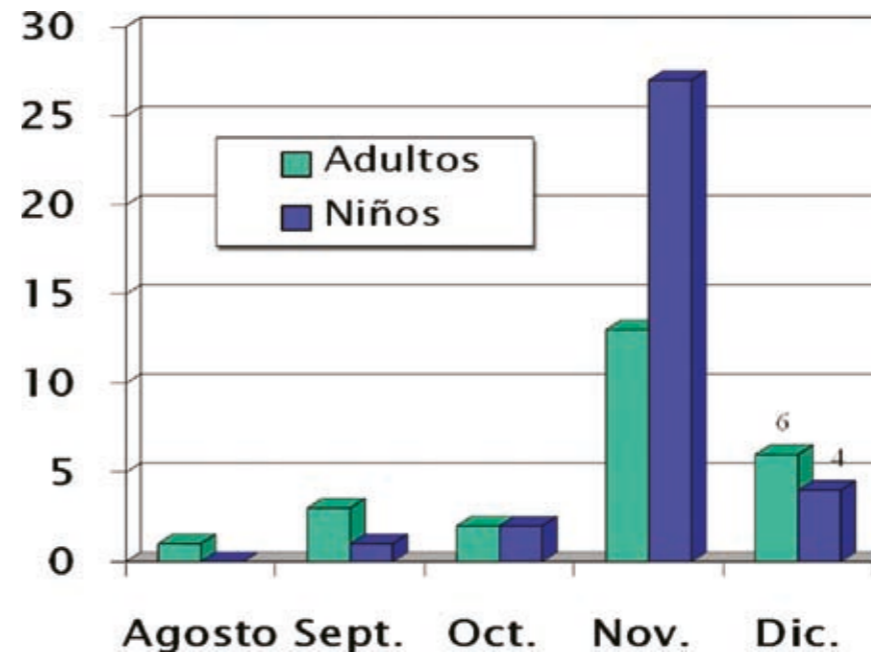


Figura 1. Gràfica de epidemiologia en el HUAV durant el 2009

Composició i detecció del virus de la grip A

Els virus gripals de tipus A es classifiquen en subtipus en funció de les diferents combinacions de les dues proteïnes de la superfície que presenten. Aquestes dues proteïnes són la hemaglutinina (HA) i la neuraminidasa (NA). Actualment, per l'ésser humà hi circulen les variants A(H1N1) i A(H3N2).

Els tipus de mostres utilitzades difereixen pel que fa al seu rendiment diagnòstic. Així, aconseguim un màxim rendiment diagnòstic en el cas de frotis nasofaringi o de rentat-aspirat. En canvi, obtenim un menor rendiment diagnòstic en el cas de frotis nasal o frotis faringi. Com a mostres inadequades, trobem el moc i la saliva.

Per obtenir la nostra mostra, utilitzarem un escovilló flexible especial amb un polímer d'alta capacitat d'absorció, amb un mitjà de transport inclòs (mitjà de transport de virus). Primer, introduïm aquest escovilló a la cavitat pertinent i el rotem dues o tres vegades, deixant-lo dins la cavitat durant un temps no inferior a cinc segons per assegurar-ne una òptima absorció. Finalment, el removem a l'interior del líquid (medi estabilitzador) per aconseguir una bona dispersió de l'exsudat obtingut. Per obtenir la mostra en el cas del broncoaspirat, utilitzarem els recipients i dispositius existents per a aquesta tasca.

Hi ha diferents tècniques per detectar les variants del virus gripal a les mostres. La primera que realitzem és la tècnica de detecció d'antígens. Amb aquesta tècnica intentarem trobar molècules que resideixen a la superfície del virus com l'hemaglutinina i la neuraminidasa. Aquesta prova comercial detecta els virus tipus A i B per separat dins del mateix kit. El tipus d'assaig que utilitza és una immunocromatografia capil·lar i el temps de realització va dels 15 als 20 minuts.

El rendiment d'aquest test varia segons el tipus de mostra. Pel que fa als rentats-aspirats nasofaringis o bronquials, la sensibilitat és del 86% i l'especificitat, del 99%. Quan la mostra és recollida per un escovilló nasofaringi, la sensibilitat és del 91% i l'especificitat és del 93%. Finalment, la recollida amb un escovilló faringi té una sensibilitat del 77% i una especificitat del 86%.

A més, trobem factors de variabilitat d'aquesta tècnica, com, per exemple, el tipus de mostra obtinguda i la seva qualitat (la mostra més idònia és l'aspirat nasofaringi). També depèn del

La tècnica de detecció d'antígens pot ser individual i pot servir de prova d'urgència

La prova de PCR en temps real és sensible, específica i ràpida, però requereix un equipament específic

fabricant, ja que no tots els sistemes són comparables. Això varia segons la detecció dels tipus A i B, l'experiència de cada laboratori i els pacients mostrejats. En èpoques d'epidèmia, aquestes proves arriben a la màxima sensibilitat i valor predictiu positiu.

L'avantatge d'aquesta prova és que pot realitzar-se de forma individual i, a més, pot servir com a prova d'urgència. La tècnica també té una alta especificitat: en les circumstàncies epidemiològiques viscudes (pandèmia del juliol de 2009), la detecció positiva del virus *influenza A* tenia una elevada probabilitat que fos del nou virus A(H1N1), però s'havia de confirmar. La positivitat del virus *influenza B* en aquesta prova descarta raonablement una infecció pel virus A(H1N1).

Com a inconvenient en aquesta prova hi trobem una sensibilitat baixa pel que fa a la nova grip A(H1N1) i es considera que no serveix com a prova de cribatge. Si obtenim un resultat negatiu, aquest no exclou la presència d'un quadre clínic de grip. Actualment, els assajos existents amb aquesta tècnica no diferencien entre la grip A estacional i la nova grip pel virus A(H1N1), és a dir, que qualsevol positivitat ha de ser confirmada.

Després de la tècnica de detecció d'antígens, seguirem amb la prova de la PCR en temps real. Aquesta segona tècnica permet detectar en la mostra la seqüència d'àcids nucleics específics del virus.

La prova consisteix a afegir a la mostra els enzims inclosos en el ProFlu + kit de detecció (aquest kit conté els oligonucleòtids i les sondes específiques del virus).

Els encebadors són complementaris a les regions altament conservades de les seqüències genètiques dels virus respiratoris. Es realitza la transcripció inversa de l'ARN a l'ADN complementari (ADNc) i la posterior amplificació de l'ADN.

L'assaig ProFlu+ està basat en la química TaqMan, que utilitza l'activitat exonucleasa 5'-3' de la Taq polimerasa per trencar la sonda i separar, així, el reporter o iniciador (fluorescència) de l'amortidor. La quantitat de fluorescència en qualsevol cicle depèn de la quantitat de productes d'amplificació presents en aquell moment. La intensitat de la fluorescència es controla durant cada cicle del PCR amb l'instrument en temps real. El temps de realització de la prova és de dues hores, la sensibilitat del 97,5% i l'especificitat, del 100%.

Hi ha una sèrie de factors que influeixen en la seva sensibilitat, com el sistema d'extracció del material genètic del virus, la mateixa tècnica, l'experiència de cada laboratori, el patró de referència o la mostra que s'ha d'avaluar.

Aquesta prova té l'avantatge que és sensible, específica i ràpida. En canvi, té els inconvenients que requereix equipament específic, existència i disponibilitat de personal entrenat i que detecta el genoma viral, però no informa si existeix viabilitat del virus.

Per a la detecció del nostre virus, a part dels dos tests microbiològics comentats, també podem realitzar tests serològics. En aquests tests, es detecta la presència d'anticossos davant l'antigen hemaglutinina del virus gripal en el sèrum del pacient mitjançant la tècnica de fixació del complement al nostre laboratori. Aquesta tècnica es basa en la capacitat del complement d'unir-se als complexos antigen-anticòs.

D'altra banda, la prova inclou l'adició d'eritròcits sensibilitzats amb una hemolisina. Si el sèrum posseeix anticossos específics, es fixa al complement i no pot unir-se a l'hemolisina per lisar els eritròcits. Es tracta d'una prova molt específica que rarament utilitzem a la pràctica clínica habitual, però que ens serveix d'eina bàsica en la vigilància epidemiològica de la circulació dels virus gripals.

Pel que fa al diagnòstic serològic, cal avaluar mostres de sèrums en parelles (separades entre dues i quatre setmanes), en què s'ha de constatar un increment significatiu del títol d'anticossos. En situacions d'interès especial també es poden realitzar tests específics del serotip (proves de neutralització) en laboratoris de referència.

Dr. Josep Maria Ballester Bellmunt
Membre de la Secció d'Anàlisis
Clíniques de l'Hospital Arnau
de Vilanova de Lleida

La grip A(H1N1) a l'Atenció Primària

L'objectiu d'aquest apartat és aportar algunes reflexions sobre quina ha estat la repercussió de l'epidèmia de la grip A(H1N1), en les seves diferents etapes, en el dia a dia de les diferents Àrees Bàsiques de Salut.

Els inicis

En primer lloc, els professionals d'Atenció Primària ens vam plantejar quines eren les accions que podíem realitzar als nostres centres davant una epidèmia que semblava tenir una dimensió enorme, tenint en compte que pels centres d'Atenció Primària hi passa la major part de la població. La majoria de societats científiques, institucions sanitàries, etc., van crear protocols, decàlegs i mesures de protecció per tal de reduir el contagi d'aquesta grip, que semblava que era un dels seus punts forts. Per tant, havíem de preparar els centres de salut per reduir la contagiositat, però també per afrontar l'allau de consultes que es preveien, preparar equips d'atenció domiciliària, establir circuits d'atenció als pacients amb clínica compatible amb síndromes gripals, etc. Un dels objectius que teníem clars era que l'atenció havia de ser ràpida i eficaç, però sobretot segura per als professionals que cada dia ens exposaríem a molts i molts casos. A cada Àrea Bàsica de Salut (ABS) es van elaborar plans d'actuació i protocols per atendre els pacients al més ràpid possible. Es van habilitar sales d'espera diferents per als pacients amb símptomes gripals i es va dotar els professionals de mitjans de barrera.

Una de les tasques fonamentals que teníem a la primària, com és habitual, era la prevenció. Calia destacar que una de les maneres per evitar el contagi del virus era complir amb totes les mesures preventives i higièniques. Una bona neteja de mans podia reduir significativament la transmissió. Així, podíem aconseguir reduir la propagació del virus, tant als domicilis com als nostres centres. En el marc d'aquestes mesures preventives, cal incloure-hi els consells sobre la vacunació a tots els pacients de risc (MPOC, cardiòpates, etc.). A més, vam informar molts dels nostres pacients que preguntaven constantment sobre la seguretat de la vacuna i si calia administrar-la o no.

A les consultes vam fer difusió dels criteris diagnòstics del síndrome gripal, ja que no es podia fer frotis a tothom i, en la majoria de casos, el diagnòstic es va basar en criteris clínics i no de laboratori.

Tanmateix, si hem de destacar una activitat a l'Atenció Primària en relació amb la grip, aquesta és la de tranquil·

lització de la població. Hi havia multitud d'informacions que alarmaven els ciutadans i afavorien l'aparició d'un temor davant l'epidèmia. A les consultes es va fer una tasca de contenció i informació davant el gran nombre de dades.

Un abans i un després

A mesura que avançaven els mesos, hi va haver més informació sobre l'evolució de la grip. Es va observar que, tot i ser un quadre contagiós, no era un quadre greu. Al nostre país, la major incidència de casos es va donar des de mitjan mes d'octubre fins a mitjan mes de novembre.

Malgrat els múltiples intents dels científics, metges i administracions per explicar la benignitat de la grip, aquesta seguia sent un dels temes estrella dels mitjans de comunicació i persistia la voluntat de mostrar-la com una amenaça. Tot i això, van començar a proliferar a la xarxa múltiples vídeos, presentacions, etc. que posaven en dubte algunes de les mesures adoptades pels sistemes de salut.

Això, juntament amb el fet que la majoria de gent coneixia algú que havia patit la grip i l'havia superada sense problemes, va fer que la població canviés la seva percepció sobre el virus gripal. A més, la grip a l'hemisferi sud havia mostrat que l'hivern no havia exacerbat els casos i que la majoria no eren de gravetat. Aquests són alguns dels motius que van afavorir que la campanya de vacunació arribés davant un clima d'escepticisme generalitzat. Malgrat això, a Lleida es van administrar més de 5.000 vacunes fins al dia 10 de febrer.

A partir d'aleshores, la grip va començar a perdre el seu ressò mediàtic. Si mirem els casos de quadres

respiratoris a la ciutat de Lleida, en què van participar molts dels professionals d'Atenció Primària, hi va haver 7.264 casos de grip¹. Cal destacar que fins a la setmana 46 hi va haver 2.293 casos i que de la setmana 46 a la 49 (només en tres setmanes) va haver-n'hi 4.211. Això mostra un cop més que la majoria de casos es van concentrar en un període curt de temps i que durant l'època de la vacunació érem en el punt més àlgid.

El tractament

El tractament de la grip a les consultes no era gaire diferent de les gripes habituals. A aquells pacients que no tenien factors de risc i que presentaven símptomes gripals (suposaven el 90%), se'ls realitzava un tractament simptomàtic i un seguiment a la consulta. Si existien factors de risc, primerament es recomanava la vacuna. Tanmateix, si hi havia signes d'insuficiència respiratòria, persistència dels símptomes en el tercer i quart dia i empitjorament de l'estat general, es derivava el pacient a l'Hospital Arnau de Vilanova. Allí s'instaurava el tractament amb Tamiflu (vegeu criteris de tractament), tot i que sempre abans de 48 hores. Només així es podia aconseguir que fos més eficaç.

Per acabar, voldria aportar algunes reflexions. Realitzar un balanç un cop s'ha superat l'epidèmia i s'ha vist que la grip ha estat més benigna del que s'esperava és fàcil. No seria just no valorar la multitud de mesures i plans correctes que es van adoptar, així com la coordinació que va existir entre diferents organismes per reduir l'impacte de la grip i el treball conjunt per tranquil·litzar la població.

A més, aquesta grip servirà per establir mecanismes d'actuació en els propers anys i solucionar aquells punts en els quals s'hauria pogut actuar d'una altra manera. Dels milions de morts que es preveien, se'n van produir poc més de 300 al nostre país. La bona evolució de la pandèmia va ser gràcies a la correcta aplicació de les mesures preventives? Hauria estat igual si no s'hagués realitzat la tasca preventiva? Va ser adequada l'actitud de l'Organització Mundial de la Salut? I la dels mitjans de comunicació, ho va ser?

Dr. Oriol Yuguero
Resident de Medicina
Familiar i Comunitària

NOTES

1. Les dades han estat facilitades per la direcció d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut a la Regió Sanitària de Lleida.

La campanya de vacunació va arribar davant un clima d'escepticisme general

No seria just no valorar les mesures i els plans correctes adoptats

La tasca fonamental a la primària era la prevenció

Aspectes pediàtrics de la infecció pel virus de la grip A(H1N1) 2009

Revisió de l'experiència clínica d'aquest any

Des que l'abril del 2009 van aparèixer en nens els primers casos de grip provocada per un nou virus —*influenza A(H1N1) 2009*—, la infecció s'ha anat distribuint en pocs mesos per tot el món i ha estat declarada malaltia pandèmica per l'OMS el juny del mateix any.

La coordinació de les diferents estructures sanitàries a escala internacional (OMS, CDC, ECDC), nacional i local, així com la participació activa de les societats científiques a través d'informes, comunicacions, recomanacions i publicacions, ha fet que en molt poc temps es coneguessin els aspectes virològics, epidemiològics i clínics, els diagnòstics per noves tecnologies, l'evolució, els factors de risc, les complicacions i el tractament de la malaltia. Tanmateix, la profilaxi i, sobretot, la immunització han estat punts de controvèrsia, encara que s'hagin aclarit des del punt de vista mèdic i sanitari (una altra cosa són els aspectes socials i periodístics).

En els nens, la malaltia té algunes característiques pròpies que cal recordar. La Societat Catalana de Pediatria i la Asociación Española de Pediatría, coordinades i a través de documents consensuats, han fet recomanacions sobre la grip A(H1N1) 2009 en els nens que explicarem a continuació. També hi exposarem la nostra experiència.

En general, el virus de la grip A comporta una malaltia lleu en el nen, amb simptomatologia similar i indistingible

La profilaxi i, sobretot, la immunització han estat punts de controvèrsia

La febre, acompanyada de simptomatologia respiratòria, ha estat el símptoma més freqüent

La màxima incidència de la infecció és entre els nens i els adults joves

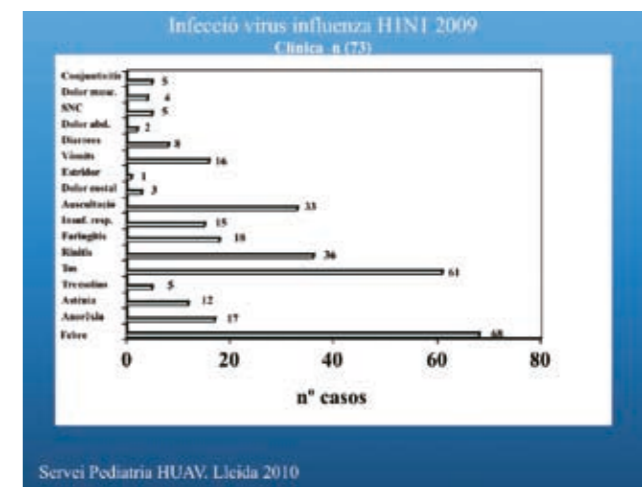
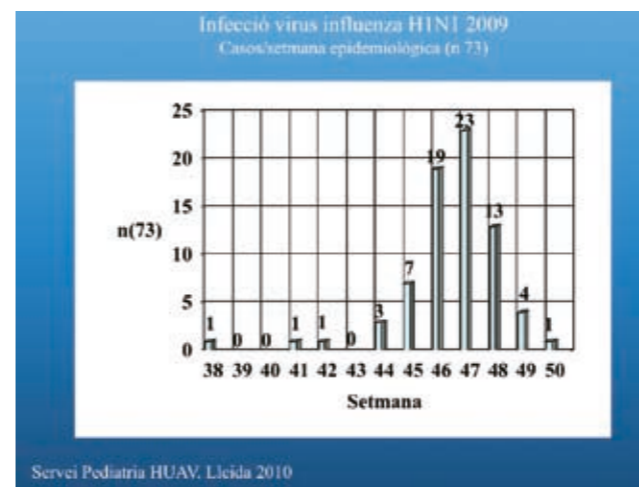
de la grip estacional i de les infeccions per vies respiratòries. La majoria de pacients es recuperen en pocs dies, i el temps d'incubació és d'un a set dies i en els infants pot arribar als deu dies. La màxima incidència de la infecció es produeix entre els nens i els adults joves, enfront d'altres edats. La morbiditat i mortalitat és inferior a l'esperada, excepte en els nens que ja pateixen una malaltia crònica de fons. La infecció pel virus de la grip A(H1N1) 2009 ha desplaçat aquest any el virus de la grip estacional.

El gràfic 1 mostra l'experiència d'enguany amb el virus de la grip A(H1N1) 2009 i indica que 73 dels 314 frotis nasofaríngics realitzats per la sospita de la infecció van ser positius. D'aquests, 34 pacients van ser hospitalitzats i 39 van tornar a casa, en funció de la situació clínica que presentaven i de la presència de factors de risc. Els 73 pacients són els que comentarem. Cal recordar que més del 50% dels aïllaments del virus gripal H1N1 2009 i el 59,8% dels pacients hospitalitzats per la infecció a l'Hospital Arnau de Vilanova van ser pacients en edat pediàtrica.

L'epidèmia del virus de la grip A(H1N1) d'aquest any ha afectat més els nens (61,6%) que les nenes (38,4%), i els pacients autòctons (78,1%) més que els immigrants (21,9%), encara que proporcionalment, la població immigrant. Només sis pacients (8,2%) estaven immunitzats de la grip estacional. Els gràfics 2 i 3 assenyalen algunes de les característiques de la mostra, en què el grup d'infants de menys de 24 mesos, que registra 25 casos, representa el 34,2% del conjunt del grup. La majoria dels casos s'han presentat entre les setmanes epidemiològiques 44 i 50. Curiosament, a partir de l'última setmana no s'ha aïllat cap cas més. El començament i, sobretot, l'acabament bruscat de la malaltia en els pacients en què s'ha aïllat el virus ha estat una característica de l'epidèmia d'aquest any. Ara caldrà veure si hi ha un rebrot de la pandèmia.

La simptomatologia clínica s'observa en el gràfic 4. La febre, acompanyada de simptomatologia respiratòria (tos, molèsties de faringe, rinitis i auscultació patològica) ha estat el símptoma més freqüent. Cal recordar la freqüència de la simptomatologia digestiva i també la de la simptomatologia neurològica, com indica el gràfic. La febre es presenta en l'infant més petit com a únic símptoma de la infecció, amb quadres semblants a sepsi (*sepsis-like*), que cal tenir presents. La conjuntivitis i el dolor muscular també apareixen en totes les sèries.

El nombre de consultes a Urgències



abans del diagnòstic ha estat de dos o menys en 71 dels casos (98,5%) i el temps d'evolució de la malaltia abans del diagnòstic ha estat inferior a tres dies en el 72,8% dels pacients. La infecció del virus de la grip ha estat més greu en determinades edats i situacions clíniques i sempre s'han considerat els factors de risc. Això ha definit també les situacions de risc en l'actual infecció del virus de la grip A(H1N1) 2009.

Els infants, els joves i els adults que pateixen malalties cròniques metabòliques, hereditàries, immunològiques, neurològiques, hematològiques, cardiopulmonars, renals i hepàtiques, constitueixen els pacients de risc. Aquests grups estan definits en totes les guies i protocols clínics de la infecció del virus de la grip A(H1N1) 2009. Això no obstant, cal dir que algunes guies clíniques inclouen tots els nens petits com a factor de risc. La dona embarassada, com en el cas de la grip epidèmica, segueix sent també un grup de risc.

El gràfic número 5 exposa els factors de risc de la sèrie que comentem. Un total de 37 persones (50,6%) tenien factors de risc. En 26 d'aquests casos no ha estat necessària l'hospitalització i han estat tractats i controlats amb tractament. En canvi, 11 persones sí que s'han hagut d'hospitalitzar. Com indica

el gràfic número 5, els problemes cardiopulmonars i neurològics i, sobretot, l'asma, han estat els factors de risc més freqüents en els nens que s'han hospitalitzat i en els que no.

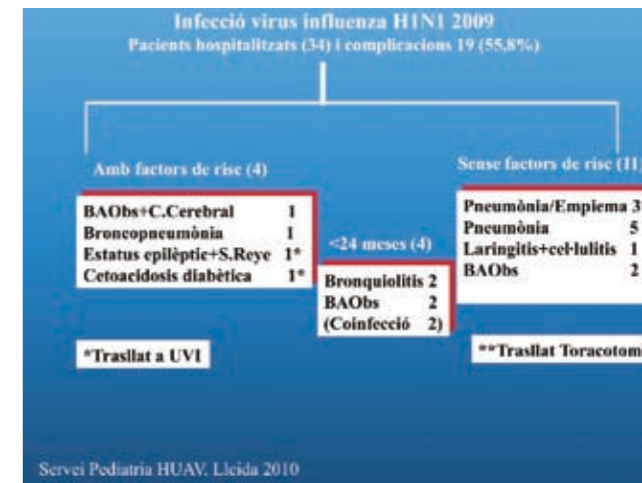
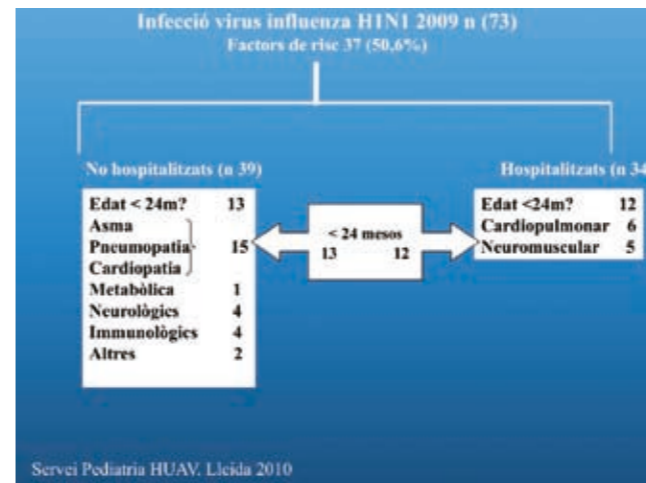
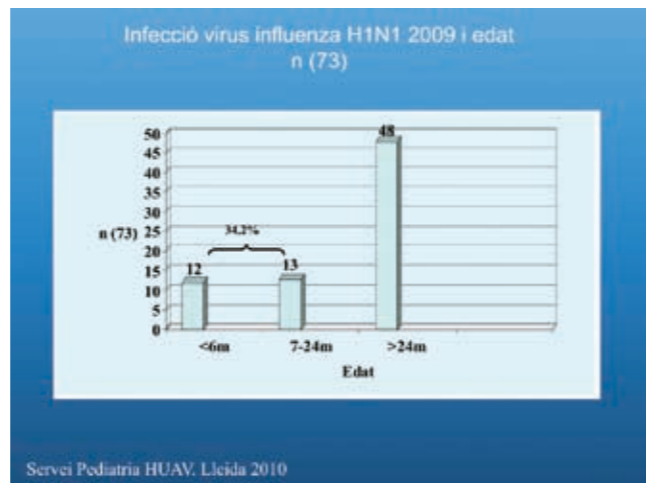
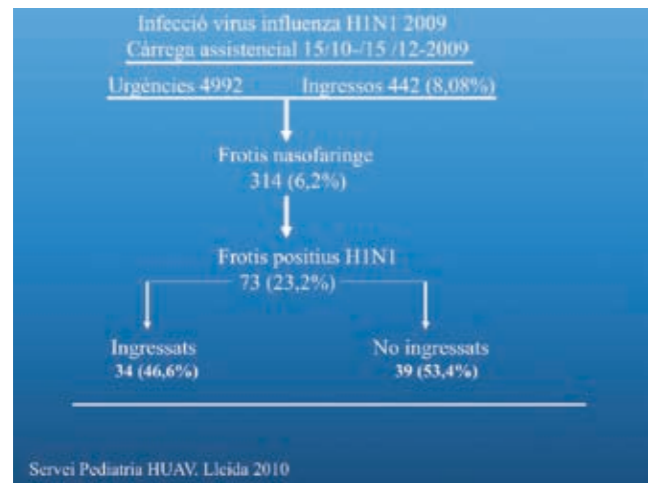
Les tècniques de diagnòstic basades en l'anàlisi per RT-PCR en temps real han permès identificar en poques hores el virus de la grip A(H1N1) 2009 en els pacients. Aquesta anàlisi és un test d'alta sensibilitat i especificitat que permet fer el diagnòstic, prendre decisions terapèutiques i conèixer l'evolució de l'epidèmia. El test s'ha de realitzar preferentment als nens que tenen factors de risc i que han d'ingressar perquè pateixen algun dels símptomes clínics del virus. Tal com ensenya el gràfic 1, tots els virus de la grip que s'han aïllat enguany han estat el virus de la grip A(H1N1) 2009. Aquest darrer ha desplaçat els virus gripals epidèmics, de manera que no s'ha aïllat cap altre tipus de virus de la grip. Aquest fet ha estat una constant comuna en tota la pandèmia.

Els criteris de derivació i ingrés hospitalari són orientatius i es basen en dades clíniques. Els pacients amb afectació general, respiratòria i neurològica i amb estat d'hidroelectrolítica, siguin de risc o no, han d'ingressar de la mateixa manera que els pacients més petits amb infecció respiratòria de les vies baixes, amb dades clíniques de

severitat o mala evolució i amb afectació radiològica pleural, intersticial o multifocal.

El gràfic 6 mostra l'evolució i l'expressió clínica dels 34 pacients que han estat hospitalitzats. Un total de 19 persones (55%) han presentat complicacions. D'aquestes, quatre pacients tenien factors de risc. En aquests casos, la patologia predominant ha estat la respiratòria, després de la neurològica i la metabòlica. Dos pacients amb factors de risc, afectats per cetoacidosis diabètica i síndrome de Reye-like han requerit el trasllat a l'UVI i tres persones més, que no presentaven factors de risc però que estaven afectades per pneumònia amb empiema, han necessitat drenatge a l'hospital durant tres dies.

El tractament de la grip en els infants és simptomàtic. Els antivirals estan indicats en pacients de risc segons la situació clínica de la malaltia que presenten en casos greus i complicats. Aquests fàrmacs disminueixen la durada de la malaltia entre 0,5 i 1,5 dies. El virus de la grip A(H1N1) 2009 és sensible a l'oseltamivir i al zanamivir, tot i que se n'han descrit resistències esporàdiques. Els pediatres hi tenim poca experiència, però en aquesta epidèmia els hem d'utilitzar, tal com s'observa en el gràfic 7. L'oseltamivir l'hem utilitzat en més del 70% dels pacients,]]



Infecció virus influenza H1N1 2009
Tractament antiviral

Pacients hospitalitzats (34)	Pacients no hospitalitzats (39)
Antivírics 25 (73,5%)	Antivírics 30 (76,9%)

Servei Pediatria HUAV, Lleida 2010

Infecció virus influenza H1N1 2009
Administració d'antibiòtics 36 (49,3%)

Pacients hospitalitzats (34)	Pacients no hospitalitzats (39)
Antibiòtics 21 (61,7%)	Antibiòtics 15 (38,5%)
Amoxicilina 1	Amoxi-Clav 13
Amoxi-Clav 12	Macròlids 2
Cefalosporina 2	
Macròlids 4	
Altres 2	

Servei Pediatria HUAV, Lleida 2010

La pandèmia de grip A(H1N1)v a Catalunya 2009-2010: el seu impacte i control

missió a partir dels primers casos importats) amb una recerca detallada dels casos, el seu tractament, la investigació de tots els contactes i la seva quimioprofilaxi. Els pacients es van aïllar als hospitals o als seus domicilis i durant uns dies es va fer quarantena voluntària dels contactes als domicilis. Durant quatre setmanes es va aconseguir aturar l'augment de casos confirmats. L'OMS va recomanar utilitzar el terme retardament per a aquesta estratègia, ja que es va considerar que el procés d'expansió del virus ja no es podia aturar⁶.

A Catalunya, la detecció, la confirmació i l'aïllament dels primers malalts es va iniciar el cap de setmana del 24 d'abril del 2009 en diferents centres de la xarxa sanitària i va ser coordinat per les Unitats de Vigilància Epidemiològica (UVE). Aquestes unitats també van fer l'estudi, la quimioprofilaxi i la quarantena voluntària a domicili dels contactes amb la finalitat de retardar la transmissió d'acord amb les recomanacions de l'European Centre for Disease Control (ECDC) i el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministeri de Sanitat i Política Social. Tanmateix, el 29 de juliol ja s'havien confirmat 244 casos i es va considerar que ja no era possible fer la confirmació i el seguiment individualitzat de cada un dels casos que anaven apareixent (figura 1). En aquesta data, es va decidir detectar i confirmar només els casos greus hospitalaris amb la finalitat d'avaluar la gravetat de la pandèmia. En aquells moments, el Pla d'Informació Diària de les Infeccions Respiratòries Agudes a Catalunya (PIDIRAC) ja començava a detectar virus en l'Atenció Primària i es va considerar que aquest sistema ja podria informar del nivell d'activitat

El 24 d'abril del 2009, els Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dels EUA van publicar¹ la detecció de dos casos de malaltia respiratòria febril en dos nens que residien a dues províncies del sud de Califòrnia a causa d'un virus de la grip A(H1N1) d'origen porcí (A/California/4/2009) (H1N1). Els pacients no havien tingut contacte entre ells ni amb ramat porcí i la font d'infecció es va considerar desconeguda. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va considerar que aquesta variant antigènica podria ser un risc per a la població mundial² i va decidir declarar la fase 4 de pandèmia gripal. Posteriorment, el 29 d'abril, atès que hi havia dos països afectats (Mèxic i els EUA) es va passar de la fase 4 a la 5. Més tard, l'11 de juny de 2009, i atesa l'extensió de la infecció a diferents continents, es va declarar la fase 6. En aquest moment l'OMS ja no recomanava contenció, sinó que proposava estratègies de mitigació que incloïen també la reducció de la transmissió³.

L'objectiu d'aquest article és descriure l'activitat de la grip pandèmica a Catalunya, el seu impacte i les mesures de control endegades.

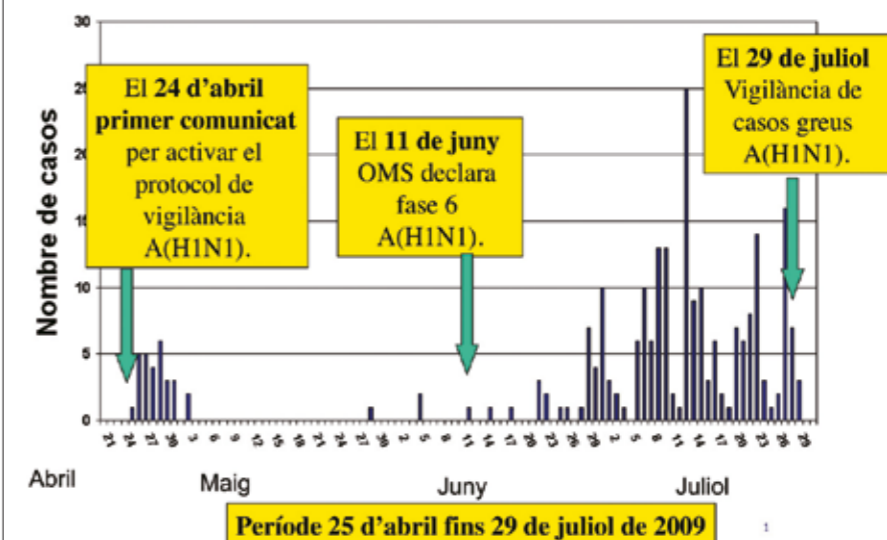
Arribada dels primers casos i el seu control

A finals del mes d'abril del 2009, la soca pandèmica A(H1N1)v es va estendre als sis continents. Malgrat la gravetat dels primers casos descrits a Mèxic, la majoria de persones infectades a Europa fins a aquell moment havien experimentat una malaltia lleu que no requeria tractament. Aquest fet en si mateix va dificultar la vigilància de la malaltia, atès que molts pacients no contactaven amb el sistema sanitari⁴. El nombre de persones afectades va resultar tan elevat que l'OMS va

considerar que el recompte de casos tenia poc valor i, fins i tot, va recomanar als països més afectats que no continuessin confirmant cada cas per a la seva declaració individualitzada⁵. Els grups de risc per la pandèmia, després de l'anàlisi dels casos inicials, eren similars als de la grip estacional, amb la peculiaritat que afectaven més els nens i els adults joves. Això va comportar l'elaboració de guies per al maneig de casos clínics i control dels brots de forma similar a la grip estacional. També va suposar reservar el tractament als grups de risc i als casos sense factors de risc però que requerien ingress hospitalari per la gravetat del quadre clínic.

A Catalunya, com a la resta d'Europa, la primera aproximació va ser la de contenció (intentar frenar la trans-

Figura 1. Nombre de casos confirmats de grip A(H1N1)v a Catalunya segons data d'inici de símptomes (N = 244)



hospitalitzats o no, i en totes les edats. En cap cas hem observat intoleràncies ni reaccions anormals.

Quan hi ha complicacions en el tractament de la grip, sobretot respiratòries i amb alteracions radiològiques i reactants elevades de fase aguda inflamatòria, cal pensar en la possibilitat que la malaltia es compliqui per una infecció bacteriana i llavors pot ser necessària l'administració d'antibiòtics, també en casos de coinfeccions. Tot i això, l'administració profilàctica d'antibiòtics per evitar complicacions no està indicada. En el gràfic 8 s'observa l'administració d'antibiòtics en els nostres pacients.

Els antibiòtics s'han administrat a 36 pacients (49,3%), predominantment en casos amb complicacions respiratòries o amb coinfeccions, sobretot en els pacients hospitalitzats. Entre els pacients no hospitalitzats, la proporció és més baixa. Això s'explica per la proporció de pacients amb malaltia de base i infeccions per vies respiratòries que no han necessitat ingress. Els antibiòtics més emprats han estat els betalactàmics i els macròlids.

L'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) i el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a Espanya recomanen la vacuna contra el virus de la grip A(H1N1) 2009 en els següents casos:

Pacients dins el grup de risc, de més de sis mesos d'edat, incloses les embarassades.

Professionals sanitaris, parasanitaris i treballadors públics de serveis essencials.

Aquestes són les recomanacions generals adoptades conjuntament entre totes les comunitats autònomes seguint les orientacions de l'ECDC, que té en compte la possibilitat d'ampliar i adaptar la vacunació en funció de les característiques de l'epidèmia a cada país. Altres institucions internacionals varien les recomanacions i amplien la cobertura de la vacuna entre la població sana, inclosos els nens.

Aquest any podem resumir sobre el brot pandèmic de grip entre els nens: El brot d'infecció pel virus de la grip

El tractament de la grip en els infants és simptomàtic

Els antibiòtics més emprats han estat els betalactàmics i els macròlids

El brot pandèmic ha tingut un començament i un acabament bruscs

A(H1N1) 2009 ha estat la causa de l'augment de consultes i de l'hospitalització pediàtrica en el nostre entorn.

- El brot pandèmic s'ha caracteritzat per l'aparició dels casos en poques setmanes i el començament i l'acabament bruscs del brot.

- L'expressió clínica de la malaltia ha estat lleu en general, inclosa entre els pacients amb factors de risc i exclosa dels pacients que han requerit hospitalització.

- La determinació per tècniques de PCR en temps real de la infecció ha estat un gran avenç en el diagnòstic etiològic i per al tractament de la malaltia.

- No hem observat complicacions en la utilització de l'oseltamivir en els nostres pacients.

- La coordinació assistencial, informativa i tècnica entre professionals a escala nacional i internacional, i estesa a la població, ha estat modèlica en aquesta pandèmia.

Dr. Anton-Robert Gomà Brufau
Dra. Elena Herrero Crespo
Servei de Pediatria de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Española de Pediatría (AEP), Grupo de Trabajo de Pediatría Basada en la Evidencia (GT-PBE). Informe técnico en pediatría sobre la gripe pandémica A(H1N1). Disponible en: <http://www.aeped.es/gripe/index.htm>
- Recomendaciones sobre el manejo de la gripe en pediatría 2009-10. Documento de consenso de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: http://www.aeped.es/gripe/pdf/recomendaciones_gripe.pdf
- Margaret C. Fisher, MD Novel H1N1 Pandemic. When Pigs Fly. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28:911-914.
- Romina Libster M.D and col. Pediatric Hospitalizations Associated with 2009 Pandemic Influenza A(H1N1) in Argentina. *N. Engl. J. Med* 2010; 362:45-55.
- Informació resumida del coneixement actualitzat sobre la nova grip A(H1N1) 2009 i recomanacions per als pediatres d'Atenció Primària. Societat Catalana de Pediatria. Secció d'Atenció Primària. Grup de Treball de Malalties Infeccioses. Dr. Carlos Rodrigo i Consell Assessor de la Grip A de la Generalitat. Disponible a: <http://www.scpediatría.cat/images/stories/pdf/informe>.
- European Centre for Disease Prevention and Control Pandemic (H1N1) 2009. Available at: <http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/Pages/home.aspx>
- World Health Organization Pandemic (H1N1) 2009. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance. Available at: http://www.who.int/csr/resources/publications/swine-flu/clinical_management/en/index.html
- Centers for Disease Control and Prevention. 2009mH1N1 Flu. Available at: <http://www.cdc.gov/h1n1flu>
- Henry H, Bernstein John S, Bradley and Joseph A, Bocchini Jr.: Update on H1N1 influenza vaccine issues. *AAP News* 2009; 30; 1.
- John G, Bartlett MD. 2009 H1N1 Influenza. *Just the Facts: Clinical Features and Epidemiology*. Medscape Infectious Disease. November 2009.

de la pandèmia.

L'activitat gripal detectada pels metges sentinella del PIDIRAC

Amb l'objectiu d'obtenir representativitat geogràfica i poblacional, s'han seleccionat un conjunt de 55 metges sentinella que treballen als CAP distribuïts per diverses comarques i que cobreixen un 0,9% de la població resident a Catalunya. Els metges sentinella, a més de registrar la morbiditat atesa per grip, han fet selectivament dos frotis (un de nasal i un de faringi als pacients nens i adults) a pacients que, coincidint amb un increment dels processos respiratoris aguts, presenten un quadre clínic compatible de grip o d'una infecció respiratòria aguda.

Cada metge ha recollit de forma sistemàtica les dues primeres mostres de síndrome gripal atesos entre dilluns i dimecres. Les mostres s'han analitzat al Laboratori de Microbiologia de l'Hospital Clínic de Barcelona, que és el Centre Regional per al Seguiment de la Grip de l'OMS per a aquests virus.

Amb una periodicitat setmanal, el PIDIRAC (Pla d'Informació Diària de les Infeccions Respiratòries Agudes a Catalunya) ha informat de la taxa de síndromes gripals, de les mostres respiratòries positives als diferents virus i de l'evolució de la mortalitat (a partir del nombre d'enterraments produïts setmanalment a Barcelona ciutat i a sis municipis de la província de Barcelona). Atesa l'especial situació generada per la circulació del nou virus de la grip A(H1N1)v, el sistema PIDIRAC va perllongar ininterrompudament la seva activitat durant el període interestacional fins a la setmana 40 del 2009, en la qual es va reiniciar la vigilància de grip estacional i està previst també que continuï funcionant durant tot l'any 2010. Els indicadors del PIDIRAC avaluats per al període que va des de la setmana 21 del 2009 fins a la setmana 13 del 2010 ens indiquen el següent:

- En el conjunt del període es van estudiar 1.552 mostres, de les quals el 59% eren mostres pediàtriques (figura 3). Un total de 916 (60,1%) mostres van resultar positives a algun dels virus respiratoris estudiats. Un 52,4% (477/916) van resultar positives a virus gripal: 456 (95,6%) a virus A(H1N1)v; 10 (2,1%), a virus de la grip C; 10 (2,1%), a virus A subtípus H3; i 1 (0,2%), a virus de la grip B. Un 47,6% a altres virus respiratoris (98 adenovirus, 82 virus respiratori sincicial, 186 rinovirus, 38 parainfluenza 1, 38 enterovirus, 33 parainfluenza 2, 10 parainfluenza 3 i 36 parainfluenza 4 i 55 coronavirus) (figura 3).

Els pacients amb aïllaments del virus A(H1N1)v van presentar una mitjana d'edat de 17 anys i una mediana d'11 anys (rang 2 mesos-64anys; DS ±15).

El pic màxim de visites per síndro-

me gripal a la pandèmia es va donar durant les setmanes 44 a 46 i va triplificar el nombre màxim de visites en comparació amb el pic epidèmic de la temporada anterior (figura 4). La taxa va ser molt superior en el grup de 5 a 14 anys i en els menors de 5 anys (taula 1). La taxa d'incidència de síndromes gripals registrada per la xarxa sentinella la setmana 13 del 2010 va ser de 14,98 per 100.000 habitants. Això va indicar que l'activitat gripal a Catalunya presentava una evolució decreixent amb intensitat baixa i per sota del llindar epidèmic. Aquest fet és coincident amb la manca d'aïllaments de virus gripal pandèmic.

Casos greus hospitalitzats, letalitat i mortalitat causada per la grip A pandèmica (H1N1)

Resulta determinant ajustar la resposta de salut pública al nivell de la gravetat de la pandèmia. Així, els CDC dels EUA i l'OMS classifiquen les pandèmies en cinc nivells de gravetat, segons la taxa de letalitat, i recomanen donar respostes no farmacològiques i de distanciament social (aïllament de malalts, promoció d'higiene respiratòria i de mans, tancament d'escoles o actes públics), graduals i proporcionades a la gravetat observada⁸.

Una gran dificultat per valorar la gravetat de les pandèmies rau en la naturalesa lleu de la malaltia que comporta que moltes infeccions no es detectin ni es registrin i, en canvi, els casos greus i les morts es detectin més fàcilment pels sistemes de vigilància epidemiològica. Això implica que les taxes de letalitat puguin estar sobreestimades. Un altra limitació, en sentit contrari, procedeix de la forma de comptar el nombre de defuncions. En la pandèmia actual es registren les morts confirmades, mentre que en les epidèmies de grip estacional les morts s'estimen indirectament a través de mètodes estadístics i, per tant, aquestes taxes de mortalitat no són directament comparables.

Taxes d'hospitalitzacions

Es va iniciar un registre de pacients greus hospitalitzats per grip pandèmica a tot Catalunya d'acord amb la definició internacional proposada per l'ECDC. La incidència acumulada en la setmana 13 del 2010 (després del pas de la primera onada) ha estat de 10,2 per 105 hab. (taula 2). Cal assenyalar que aquesta taxa ha estat molt superior en els menors de 5 anys (20,1 per 105 hab.). La setmana 46, amb 193 casos nous hospitalitzats, es va assolir el màxim d'ingressos (la mateixa setmana del pic de síndromes gripals registrats per la xarxa de metges sentinella) (figura 4). Els factors de risc més prevalents van ser l'asma i/o la

malaltia pulmonar obstructiva crònica (20,7%), l'embaràs (13,0%), les cardiopaties (10,4%), la diabetis (8,8%), les immunodeficiències (8,7%), l'obesitat (8,3%), la disfunció cognitiva (7,8%) i la malaltia hepàtica crònica (5,0%).

Les descripcions de les taxes d'hospitalitzacions a escala internacional són escasses i variables segons la capacitat hospitalària del sistema sanitari del país, el costum de la població d'anar directament als hospitals i també segons les definicions de cas utilitzades. Tenint en compte aquests factors, les taxes d'hospitalitzacions a l'hemisferi sud han variat de 9 a 25 per 105 hab.⁹⁻¹³. Als EUA, amb un sistema de vigilància poblacional, han notificat taxes acumulades molt superiors en els grups de 0 a 4 i de 5 a 17 anys fins al 28 de novembre del 2009¹¹ (9 i 3,5 per 105 hab., respectivament). També a Austràlia (Nova Gal·les del Sud) després de la primera onada han reportat 1.214 casos hospitalitzats, amb una incidència de 17,2 per 105 hab.¹².

Taxes de letalitat

Les taxes de letalitat poden variar en funció de com s'estimi el denominador (els casos clínics de grip). A Catalunya, a partir de l'estimació dels casos de grip a escala comunitària proporcionada pel metges sentinella, s'ha registrat una taxa de letalitat de 0,02%, amb una letalitat molt superior en el grup de 45 a 64 anys (0,11%) i, sobretot, en el de més de 64 anys (0,73%) (taula 3).

Les taxes de letalitat comunicades recentment pels països industrialitzats també han estat al voltant de 0,02%¹⁴⁻¹⁹. Anglaterra ha calculat una letalitat del 0,026% a partir d'una estimació de 540.000 casos de grip^{18,19} i, utilitzant un mètode similar, els CDC dels EUA han calculat una letalitat del 0,018%¹⁸. Atesa la immunitat observada per la soca pandèmica en els grups de més edat (on la malaltia és més greu i té més letalitat), es pensa que globalment la taxa de letalitat serà inferior a la causada per la grip estacional. En aquest sentit, Austràlia ja ha estimat que no hi hauria diferències en el nombre absolut de morts respecte a la grip estacional de la temporada anterior.

Taxes de mortalitat

El càlcul de la taxa de mortalitat per grip en la població, atès que no es necessita estimar els casos simptomàtics de grip pel denominador, es considera més fiable i és l'indicador recomanat per l'ECDC per a la planificació. A Catalunya, la taxa acumulada fins a la setmana 13 ha estat de 0,7 per 105 hab. (taula 3). La taxa ha estat similar en tots els grups d'edat excepte en els majors de 65 anys, en què ha estat inferior (0,6 per 105 hab.), la qual cosa reflecteix la immunitat relativa d'aquest

Figura 2. Distribució de la totalitat de mostres positives en pacients atesos per síndromes gripals a la xarxa de metges sentinella a Catalunya. Setmanes 21 (2009) - 13 (2010)

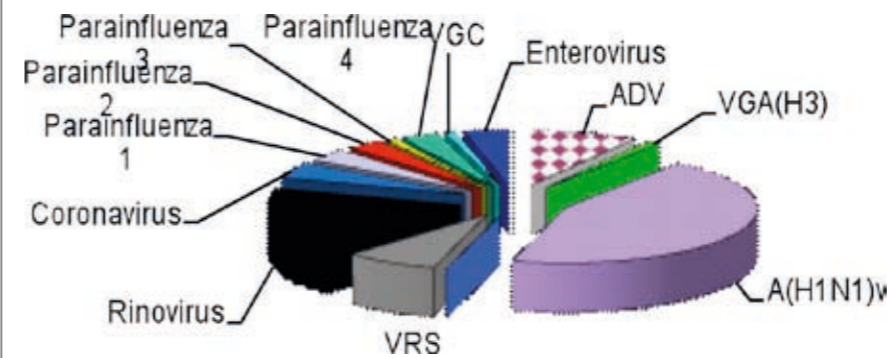


Figura 3. Taxa d'incidència de síndrome gripal i nombre d'aïllaments de virus de la grip A i B a la xarxa de metges sentinella a Catalunya. Setmanes 21 (2009) -13 (2010)*

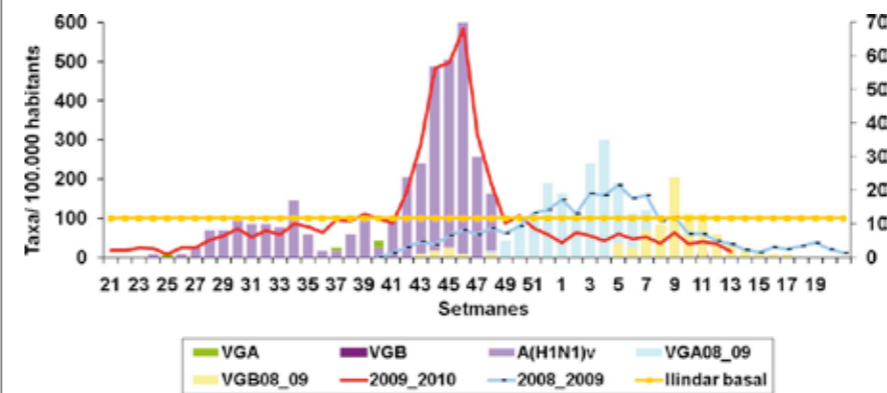
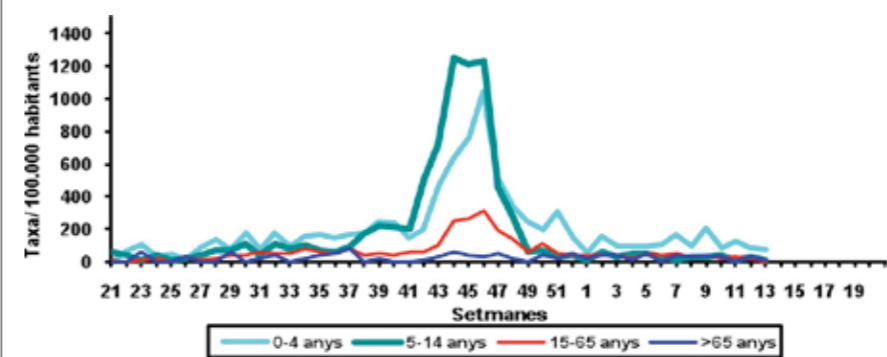


Figura 4. Taxa d'incidència de síndrome gripal per grups d'edat a la xarxa de metges sentinella a Catalunya. Setmanes 21 (2009) -13 (2010)*



grup d'edat. Tanmateix, cal recordar que quan aquest grup d'edat s'infecta presenta la major taxa de letalitat. Els factors de risc més prevalents han estat la disfunció cognitiva (26,9%), l'asma i/o la malaltia pulmonar obstructiva crònica (24,1%), l'obesitat IMC > 40 (22,2%), les cardiopaties (22,2%), la malaltia hepàtica crònica (13,2%) i la diabetis (13,0%).

Les dades de mortalitat de l'hemis-

feri sud s'han resumit en un editorial recent⁹. La mortalitat, amb una relativa estreta variabilitat, s'ha estimat en els diferents països entre 0,4 i 1,5 per 105 hab. Una revisió de l'OMS també subministra un rang de 0,2 a 1,4 per 105 hab., i les estimacions per a Anglaterra són de 0,27 per 105 hab.^{20,21} Recentment, també s'han començat a estimar les taxes de mortalitat pels casos greus. Austràlia i Nova Zelanda han

presentat taxes similars (14% i 17%, respectivament)^{22,23} i els EUA, en un estudi amb 272 casos greus hospitalitzats, van estimar una taxa del 7%²⁴. A Catalunya es podria calcular que aquesta taxa seria del 7,0% (54/771).

Grups de risc per hospitalització, malaltia greu i mort

Un volum important d'observacions indiquen que el 70-80% de morts es produeixen en persones amb factors de risc, malalties cròniques o embaràs. Tanmateix, existeix un únic estudi realitzat a Austràlia i Nova Zelanda que compara i valora la prevalença de factors de risc en casos greus ingressats a les UCI amb la prevalença d'aquests factors en la població general²⁵. En aquest estudi, es documenta que hi ha tres factors que són més freqüents en els casos hospitalitzats que en la població general: embaràs (9% vs. 1%), obesitat IMC > 35 (29% vs. 5%) i asma i altres malalties pulmonars cròniques (33% vs. 13%). Aquests resultats són coincidents amb els observats a l'hemisferi sud, els EUA i el Canadà, on, a més, s'apunta que en els menors de 5 anys el 92% dels que tenen factors de risc presenten problemes de desenvolupament neurològic amb comorbiditat respiratòria. En el cas de l'obesitat, el 90% presenta altres comorbiditats i els majors de 64 anys, que en la grip estacional són responsables de més del 50% de les hospitalitzacions, no superen el 10% de les hospitalitzacions en l'actual pandèmia. Tanmateix, quan resulten afectats presenten la major taxa de letalitat. També es confirma que un 20-30% dels casos no presenten cap factor de risc, especialment en adults joves.

Les mesures de prevenció i control de la pandèmia

Les mesures preventives adoptades des de la setmana del 24 d'abril del 2009 van anar dirigides a cinc àrees de treball:

1. Planificació i coordinació de la resposta. Es va realitzar a través de les reunions periòdiques del Comitè Executiu per la Pandèmia i, quan es va considerar necessari, també el Consell Científic Assessor va aportar el rigor i les evidències científiques en determinades actuacions. Aquests òrgans també van informar i validar els principals plans d'actuació i de contingència per a la pandèmia, especialment el relacionat amb el Pla de Protecció Civil de Catalunya (Prociat).

2. Vigilància i control epidemiològic. Les UVE van coordinar la detecció, confirmació i aïllament dels primers malalts que es van detectar. Posteriorment, també es van encarregar de registrar i fer el seguiment dels casos

greus amb la finalitat de valorar la gravetat de la pandèmia. De forma complementària, el PIDIRAC va informar de la taxa de síndromes gripals i les mostres respiratòries al virus pandèmic.

3. Reducció de la transmissió. Aquesta estratègia s'ha basat en la detecció i aïllament de malalts, i especialment en la promoció de la higiene respiratòria i de mans en la població, centres sanitaris, centres educatius i en l'àmbit laboral. Per això, es van elaborar els documents específics d'actuació en aquests àmbits, juntament amb els documents tècnics per al control de brots. A la vegada, es van posar a disposició dels centres sanitaris els antivirals per a la realització dels tractaments i les eventuais quimioprofilaxis que es poguessin plantejar (amb els corresponents protocols d'ús). A partir del 15 de setembre es va disposar de la vacuna de grip estacional. Es calcula que en els més grans de 60 anys es va aconseguir una cobertura del 60%. Tanmateix, cal recordar que es considera que aquesta vacuna no protegeix contra el virus pandèmic. Posteriorment, el 16 de novembre del 2009, ja en fase d'acceleració franca de l'onada pandèmica, es va disposar de la vacuna per als grups de risc (persones de més de sis mesos d'edat amb factors clínics de risc, embarassades, treballadors sanitaris, treballadors de serveis d'emergència i de seguretat) i s'estima que es va assolir una cobertura de vacunació del 19,0%. Cal assenyalar la baixa cobertura de la vacunació en el personal sanitari.

4. Atenció i resposta assistencial. Es va demanar a cada un dels centres sanitaris l'elaboració de plans de contingència per fer front a la pandèmia i, al mateix temps, es van elaborar els protocols per al triatge, l'assistència dels casos i el control de la infecció dins dels centres. També, a través de Sanitat Respon s'han orientat moltes consultes i s'ha intentat reduir la pressió sobre els serveis d'Urgències.

5. Comunicació. Ateses les àrees d'incertesa i la gran demanda d'informació en els mitjans de comunicació, aquesta ha estat una àrea molt rellevant. Setmanalment, s'ha fet una nota informativa basada en les dades del PIDIRAC amb informació actualitzada sobre l'activitat de la pandèmia dirigida a la població general i als mitjans de comunicació. Es van dedicar esforços a respondre consultes de professionals sanitaris, empresaris i representants d'altres departaments de la Generalitat com Interior (presons) o Treball. També s'ha mantingut un full informatiu dirigit als professionals i s'han realitzat seminaris de formació per als professionals sanitaris i els col·lectius estratègics, com ara educadors, de forma descentralitzada i en

Taula 1. Taxa de pacients hospitalitzats greus per grip pandèmica a Catalunya per grups d'edat. Setmanes 21 (2009) -13 (2010)

GRUP D'EDAT (ANYS)	POBLACIÓ ³	PACIENTS HOSPITALITZATS GREUS	TAXA/10 ⁵ HAB.
0-4	418.271	84	20,1
5-14	715.308	80	11,2
15-44	3.345.794	301	9,0
45-64	1.839.021	228	12,4
> 64	1.233.465	78	6,3
TOTAL	7.551.859	771	10,2

Taula 2. Taxa de letalitat per grip pandèmica a Catalunya per grups d'edat. Setmanes 21 (2009) -13 (2010)

GRUP D'EDAT (ANYS)	CASOS DE SÍNDROMES GRIPALS ATESES SEGONS XARXA DE METGES SENTINELLA A CATALUNYA	NOMBRE DE DEFUNCIONS (REGISTRE DE CASOS GREUS)	LETALITAT (X100)
0-4	22.820	4	0,02
5-14	54.212	5	0,01
15-44	79.615	23	0,03
45-64	13.670	15	0,11
> 64	953	7	0,73
TOTAL	278.364	54	0,02

Taula 3. Taxa de mortalitat per grip pandèmica a Catalunya per grups d'edat. Setmanes 21 (2009) -13 (2010)

GRUP D'EDAT (ANYS)	POBLACIÓ ³	DEFUNCIONS	TAXA/10 ⁵ HAB.
0-4	418.271	4	1,0
5-14	715.308	5	0,7
15-44	3.345.794	23	0,7
45-64	1.839.021	15	0,8
> 64	1.233.465	7	0,6
TOTAL	7.551.859	54	0,7

cada una de les regions sanitàries. Tota la informació per a la promoció de l'higiene respiratòria i de mans, protocols d'actuació i informació epidemiològica ha estat mantinguda en una web única (www.gripa.gencat.cat).

Conclusions

Les taxes d'hospitalitzacions a Catalunya, després de la primera onada, han estat de 10,2 per 105 hab., i s'han

de situar a la banda baixa del rang observat a l'hemisferi sud (de 9 a 25 per 105 hab.). També es confirma, com en altres països, que els menors de 5 anys presenten un risc molt superior d'hospitalització. Les taxes de letalitat (0,02%) també han estat molt similars a les estimacions més fiables a escala internacional, i es confirma un risc superior en el grup de 45 a 64 i, especialment, en els més grans de 64 anys. La letalitat global se situa en el nivell 1

(del cinc nivells possibles), similar a la grip estacional en la qual cal promoure la higiene respiratòria i de mans, la prevenció de la transmissió en els centres sanitaris, educatius i centres de treball i l'aïllament domiciliari de malalts, però no estarien indicades altres mesures de distanciament social més agressives com el tancament d'escoles o la suspensió d'actes públics. La taxa de mortalitat acumulada al final de la primera onada de 0,7 per 105 hab. és similar a l'observada a l'hemisferi sud (rang 0,4 i 1,5 per 105 hab.) i l'estimada recentment per l'OMS (0,2 i 1,4 per 105 hab.). Aquesta ha estat molt similar en tots el grups d'edat, excepte en els majors de 64 anys, que ha estat relativament inferior (0,6 per 105 hab.), la qual cosa tradueix probablement un cert grau d'immunitat contra la soca pandèmica en aquesta població. Tanmateix, cal insistir que aquest grup d'edat presenta la major taxa de letalitat i, per tant, el major risc de morir si resulten infectats. Un 70-80% de les hospitalitzacions, malalties greus i morts observades s'han presentat en persones amb factors de risc. Aquests factors són els observats a escala internacional i es confirma l'important risc observat en les embarassades, persones amb obesitat molt marcada (IMC > 40) i persones amb asma i malalties pulmonars cròniques, entre altres.

Valoració dels resultats del retardament i la mitigació de la pandèmia

En la fase 4, l'estratègia de retardament és la que estava indicada a Europa, atès que la fase inicial de la pandèmia havia començat al final del període de la grip estacional i s'esperava que la transmissió fos molt baixa. El raonament és que una estratègia agressiva pot reduir el nombre bàsic reproductiu (R) i retardar la inevitable acceleració de la pandèmia fins a la tardor i guanyar temps així per al desenvolupament de les vacunes. A més, amb aquesta estratègia es poden identificar els primers casos i documentar la seva presentació clínica i ajudar a reunir informació per a una avaluació precoç de les respectives estratègies. En el cas del retardament s'han d'estudiar de forma exhaustiva els casos i controlar contactes i brots i, per això, es necessiten unitats operatives els set dies de la setmana. En alguns països europeus, i també a Catalunya, aquesta estratègia ha estat possible per la dedicació de les Unitats d'Epidemiologia, la disponibilitat del SUVEC i la coordinació d'aquestes unitats amb la xarxa d'Atenció Primària. Tanmateix, en la fase d'acceleració i pic de l'onada, el nombre de persones, famílies i escoles afectades va ser tan elevat que aquesta estratègia també es va

haver de flexibilitzar. L'efectivitat de les actuacions és difícil d'avaluar i s'haurà d'esperar a estudis específics al final de la pandèmia. Tanmateix, s'ha de tenir en compte que la grip no és gaire transmissible (R = 1,5-2,0) en comparació amb malalties com la parotiditis (R = 4-7) o el xarampió (R > 10) i que, atesa l'efectivitat estimada de les mesures per reduir la transmissió com l'aïllament, tractament de malalts o el distanciament social, s'espera que aquest retardament hagi estat efectiu.

Pere Godoy
Cap de la Unitat d'Epidemiologia de Lleida
Professor Titular de Medicina Preventiva i Salut Pública

BIBLIOGRAFIA

- Center for Disease Control and Prevention (CDC). Swine influenza A (H1N1) infection in two children-southern California, March-April 2009. *MMWR* 2009; 58:400-402.
- Novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) Virus Investigation Team. Emergence of a novel Swine-Origin Influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med* 2009; 360:2605-2615
- World Health Organization. Pandemic influenza preparedness and response 2009. Recommended Actions in Phase 5 & 6. Available at: http://www.who.int/csr/disease/influenza/extract_PIPGuidance09_phase5_6.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control. Jakob Z. Pandemic 2009-10. ECDC's future look and risk assessment. Briefing to the Swedish Presidency Informal Council, Jonkoping, Sweden, 6 July 2009. Speaking notes and presentation. Available at: http://www.ecdc.europa.eu/en/files/Ppt/ZJ_Pandemic_2009_2010_Future_Look_and_Risk_Assessment.pdf
- World Health Organization. WHO Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 3. Changes in reporting requirements for pandemic (H1N1) 2009 virus infection. 16 July 2009. Available at: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_surveillance_20090710/en/index.html
- Department of Health, United Kingdom. A(H1N1) swine influenza: from containment to treatment. Available at: <http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Flu/Swineflu/InformationandGuidance/index.htm>
- World Health Organization. Global surveillance during an influenza pandemic. Geneva, 2009. Available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/surveillance/en/index.html>
- WHO. Pandemic influenza preparedness and response; WHO guidance document. Available at: <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pipguidance2009/en/index.html>
- Baker MG, Kelly H, Wilson N. Pandemic H1N1 influenza lessons from the southern hemisphere. *Euro Surveill*. 2009;14(42):pii=19370. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19370>
- WHO. Transmission dynamics and impact of pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus. *Weekly Epidemiological Report* 2009. Available at: <http://www.who.int/wer/2009/wer8447.pdf>
- CDC. Flu View, 2009-2010 Influenza Season, Week 47 ending November 28, 2009. Available at: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>

- New South Wales public health network, Progression and impact of the first winter wave of the 2009 pandemic H1N1 influenza in New South Wales, Australia. *Euro Surveill*. 2009;14(42):pii=19365. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19365>
- Oliveira WK, Carmo EH, Penna GO, Kuchenbecker RS, Santos HB, Araujo WN, Malaguti R, Duncan BB, Schmidt MI, on behalf of the Surveillance Team for the pandemic influenza A(H1N1) 2009 in the Ministry of Health. Pandemic H1N1 influenza in Brazil: Analysis of the first 34,506 notified cases of influenza-like illness with severe acute respiratory infection (SARI). *Euro Surveill*. 2009;14(42):pii=19362. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19362>
- Vaillant L, La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, for the epidemic intelligence team at InVS. Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1 influenza 2009. *Euro Surveill*. 2009;14(33):pii=19309. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19309>
- WHO. Situation Report No 58. July 7th 2009. [cited] Available at: http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html
- Mott J. Novel influenza epidemiology update - International. ACIP Meeting; July 31 2009; July 31 2009.
- ECDC. Analysis of influenza A(H1N1)v individual case reports in EU and EEA countries - ECDC surveillance report; June 2009.
- CDC Estimates of 2009 H1N1 Influenza Cases, Hospitalizations and Deaths in the United States, April - November 14, 2009. Available at: http://www.cdc.gov/h1n1flu/estimates_2009_h1n1.htm. 2009.
- Donaldson L. Mortality from pandemic A/H1N1 2009 influenza in England: public health surveillance study. *BMJ* 2009;339:b5213. Disponible a: doi:10.1136/bmj.b5213
- Castrodale L. Deaths Related to 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Among American Indian/Alaska Natives - 12 States, 2009. *MMWR*. 2009; 58(48):1341-1344.
- La Ruche G, Tarantola A, Barboza P, Vaillant L, Gueguen J, Gastellu-Etchegorry M, for the epidemic intelligence team at InVS. The 2009 pandemic H1N1 influenza and indigenous populations of the Americas and the Pacific. *Euro Surveill*. 2009;14(42):pii=19366. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19366>
- Kumar A, Zarychanski R, Pinto R, Cook DJ, Marshall J, Lacroix J, et al. Critically Ill Patients With 2009 Influenza A(H1N1) Infection in Canada. *JAMA*. 2009;302(17):1872-1879.
- Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, Brammer L, Bridges CB, Cox NJ, et al. Influenza-associated hospitalizations in the United States. *JAMA*. 2004 15;292(11):1333-40.
- Seema J, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al. Hospitalized Patients with 2009 H1N1 Influenza in the United States. *N Engl J Med*. 360:2605-2615.
- Baker MG, Wilson N, Huang QS, Paine S, Lopez L, Bandaranayake D, Tobias M, Mason K, Mackereth GF, Jacobs M, Thornley C, Roberts S, McArthur C. Pandemic influenza A(H1N1)v in New Zealand: the experience from April to August 2009. *Euro Surveill*. 2009;14(34):pii=19319. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19319>

L'OBSEQUIEM EN EL NOSTRE ANIVERSARI

Mutual Mèdica celebra el seu 90 Aniversari, durant el qual desitgem obsequiar-li amb allò en el que som especialistes: la seva previsió social

Assegurança de Jubilació 90 Aniversari li ofereix durant aquest any:

- Si contracta l'Assegurança de Jubilació 90 Aniversari amb una aportació de 100 € mensuals, Mutual Mèdica l'obsequiarà amb una aportació única de 90 € en el moment de la contractació.

A més de les condicions de sempre:

- 3% d'interès tècnic anual garantit durant tota la vigència del contracte, participació en els beneficis, possibilitat de cobrar en forma de capital o de renda i una desgravació fiscal de fins al 100% de les aportacions realitzades en l'IRPF. Truqui'ns i l'informarem.



MutualMèdica

De metge a metge

90 anys
de compromís
amb el metge

Benvingut a



MutualM