Malalties del futur

Autors: Josefina Pagès / Antoni Ferret

Seguint de prop el llibre “Las enfermedades infecciosas en 2050”, de la Sociedad española de enfermedades contagiosas y Microbiología clínica

Introducció

Hem viscut unes èpoques optimistes sobre el futur de la salut. Les vacunes (de la verola, el 1796, la penicil·lina, el 1929) acabaven amb l’actuació dels principals gèrmens de malalties, com la verola, la tuberculosi, i altres, sobretot les de tipus respiratori. Lluitàvem (i encara ho fem) per erradicar el càncer, l’Alzheimer... Eren els darrers punts a conquerir. Vivíem amb confiança en el nostre futur.

Tot d’un cop, se’ns va abatre una malaltia nova, d’un nou tipus d’agent contaminant, que ens ha causat una terrible mortaldat, que s’ha anat estenent amb diferents variants i que encara no la tenim controlada, tot i que sí posada a ratlla, gràcies a les noves vacunes que s’han hagut d’anar inventant sobre la marxa.

Seguint, en la seva major part, el criteri i les informacions del llibre “Enfermedades infecciosas en 2050”, opinem que la Còvid19, no solament ha causat una gran mortaldat i ens ha obligat a dur una vida summament desagradable per tantes precaucions. A més a més, i sobretot, ha obert un ampli corrent de nous agents patògens, que, amb possibilitats d’engendrar variants de la manera més impensada, han tirat per terra les nostres confiances en una salut generalitzada, i ens han destinat, probablement per molt temps, a una situació d’inseguretat permanent.

I les perspectives són que aquesta situació pot empitjorar. Per diverses raons. La immigració de persones del sud cap al nord, incapaces de trobar feina i de viure a les seves terres, i la cada cop més gran aportació de productes de qualsevol país del món a qualsevol altre, amb barreja de productes i de persones que els transporten, i de les persones que, abans, els han tocat, seran factors que augmentaran la barreja, i el difícil control de noves variants de patògens. Concretament, es pot dir que, malalties típiques dels països del Sud global, com el dengue, el zika o el chikungunya, que les farmacèutiques del nord (lladres!) mai s’han preocupat seriosament per fer desaparèixer, ara pujaran cap al nord. (Dengue: Infecció vírica benigna que dona febre alta, erupció cutània i forts dolors al cap i als membres, DIEC.)

I... lo que diem sempre, però com si ho diguéssim a la paret: la destrucció dels hàbitats de la selva, per fer-hi carreteres, per cultivar-hi soja, etc. I els bitxos (insectes, virus), que hi vivien sense molestar ningú, ara s’escampen i acaben filtrant-se cap als nostres hàbitats.

Però aquesta qüestió no és pas la més important. La por més gran de cara al futur és deguda al nombre creixent de virus que, de tant lluitar-hi, s’han arribat a fer resistents als antibiòtics. Pot arribar un moment (es creu que arribarà) que malalties respiratòries que es curaven, i es curen, fàcilment, tornin a ser difícils i llargues de curar amb mètodes antics.

No volem estendre’ns més en les consideracions negatives, però creiem que cal que tots/es les tinguem ben clares al cap. I, doncs, com ens ho hauríem de prendre, col·lectivament, perquè no torni a passar lo que ha passat?: agafar els serveis mèdics per sorpresa, res preparat, corredisses, morts i més morts, i anar provant, si l’encertes l’endevines.

Moltes persones creiem que tot ha de ser, i ha de ser fet, de manera molt diferent. Però... abans d’anar dient generalitats, creiem que s’ha de dir lo més fort: que lo que ha passat no torni a passar només pot ser gastant-hi molts i molts diners. Per exemple: tots els que ara es gasten en armes i en la guerra, sobretot en la seva preparació, encara que no n’hi arribi a haver.

Molts diners per tenir permanentment contractats molts científics, que estudiïn els virus. Tots els que es puguin arribar a estudiar. Que tants virus com sigui possible arribin a tenir una fitxa i a ser ben coneguts. I quan un d’ells hagi afectat un grup de persones, que ja se sàpiga per endavant què cal fer, quines són les seves condicions i els seus punts flacs, en què ha de consistir la vacuna que s’ha de fer d’immediat.

També hem de saber tots/es que la malaltia més o menys passada, la Còvid, porta cua: una petita part dels qui l’han patida, que estan teòricament “curats”, en continua tenint molèsties. El fenomen s’anomena Còvid persistent. Ja fa temps que se sap, però ara (agost de 2022), la Universitat de Groningen (Països Baixos), en un estudi d’àmbit europeu, estableix que un de cada vuit pacients, ja curats, desenvolupa símptomes i molèsties entre tres i cinc mesos després de la curació. (No sabem encara la màxima durada total.)

Les molèsties poden ser molt variades, però s’assenyala com a possibles variants: dolors al tòrax, dolor muscular, cansament general, dificultat per respirar, dolor al respirar, pèrdua de gust i olfacte, sensació de calor i fred (cadascú el símptoma que li toqui).

I quan diem que el Còvid “ha obert un ampli corrent de nous agents patògens”, no estem fent cap profecia, sinó que és una cosa ja constatable: encara no superat del tot el Còvid, ja tenim una forta extensió de l’anomenada Verola del mico, amb la trista circumstància que Catalunya sigui el país més afectat del món: al voltant del 7 d’agost de 2022, el Departament de Salut constata 1.558 casos confirmats i 2.248 sospitosos.

I, pensem una cosa: la Verola del mico no és cap malaltia desconeguda, fa molts anys que es coneix, a l’Àfrica. Però a les farmacèutiques del nord global (lladres!), i... als dirigents polítics del nord (??), què els importava l’Africa i els africans i africanes???

El futur sanitari és difícil de predir, ja que, amb les dades de què disposem actualment, moltes malalties són fonamentalment afectades per l'estil de vida (tabac, alcohol, nocturnitat, menjar de caprici, sedentarisme, etc., etc.).

Relacionem les malalties que han augmentat en els darrers anys:

L’obesitat, la diabetis, l’arterioesclerosi, la hipertensió, les malalties cardiovasculars. Pensem que aquest tipus de malalties pot augmentar.

Per un altre cantó, tenim el càncer. Hem de pensar que, pel que sabem actualment, el càncer està relacionat, d'una banda, amb la càrrega genètica, i de l'altra, i molt important, amb el medi ambient i, per tant, tornem a estar amb l'estil de vida. Reduir els hàbits tabàquics, reduir la contaminació actual, reduir l'ús de gasoil i altres contaminants, pot reduir molt la incidència de càncer en el futur.

I, per una altra banda, hi pot haver la tercera gran malaltia que ens podria afectar, i que està relacionada amb l'envelliment, i també amb l'estil de vida, que és el conjunt de les malalties neurodegeneratives i les malalties respiratòries i al·lèrgiques.

Aquestes són les que creiem que suposaran el 80% de totes les malalties del futur.

Els tres patògens que més morts causen cada any actualment són:

VIH

Tuberculosi

Malària.

També, al llarg de la història, una de les malalties més letals ha estat la verola humana. I ara tenim la verola del mico, que no és un virus nou i que és de la mateixa família, però que no és tan letal.

Pel que fa a les malalties del futur, estarem a les portes de noves pandèmies?

**Amenaces invisibles**

La grip. La grip, que sona com una cosa tan comuna i tan estacional de cada any, té un potencial pandèmic immens, amb una capacitat letal, en alguna de les mutacions, que podria ser terrible.

Què podria passar amb la grip, perquè ens enfrontéssim a una nova pandèmia?

Els virus necessiten molt poques mutacions per adaptar-se als nous hostes, i els virus són molt llestos. Aleshores, amb unes poques mutacions de la grip aviària, que pogués assaltar un humà i aquest contaminés un altre humà, ens enfrontaríem a una epidèmia terrible. Ens enfrontaríem a un altre Covid. Hem d'estar preparats. La qüestió no és de si hi haurà una altra pandèmia, sinó quan i quina.

Hi ha hagut moltes epidèmies de grip, amb milions de morts.

El 1918 es creu que, en algun lloc dels Estats Units, un humà amb grip i una au amb grip, van coincidir en una granja de porcs, i allà es va mutar i es va iniciar l'epidèmia, l’anomenada Grip Espanyola. El 1957 va deixar d'existir aquest cep. El 1977 aquest cep reapareix a Rússia, ningú sap com. Quan ens enfrontem al risc d’una epidèmia per un agent infecciós, podem estar parlant de l’evolució d’un virus, d’una mutació, o d’una casualitat de la natura.

Una novetat és la verola del mico. Què és realment aquesta malaltia, que és tan perillosa? Pot ser un problema mundial?

La verola del mico és una malaltia zoonòtica (utilitzem aquest terme per referir-nos a malalties que es poden transmetre d'animals a humans), encara que hi ha moltes malalties comunes que són zoonòtiques.

La malaltia va ser descoberta el 1958 en colònies de micos que s'utilitzaven per a tasques de recerca, per això el nom de “verola del mico”, però això no vol pas dir que el virus el tinguin naturalment els micos, ni que s'hi origini. El virus té, com a reservori natural, rates, esquirols i altres rosegadors. Els micos i els éssers humans ens infectem a través del contacte directe amb aquests animals.

El primer cas humà d’aquesta malaltia va aparèixer el 1970 a Bokenda, un llogaret de la República democràtica del Congo. L'infectat va ser un nen de nou mesos, que va ser portat a l'hospital amb sospites d'haver contret verola. La família del nen va dir que de vegades menjaven micos, encara que no podien recordar si havien menjat mico durant l'últim mes, o si el nen va estar en contacte amb micos abans de presentar els símptomes.

**Petita ressenya del llibre “Las enfermedades infecciosas en 2050”, publicat per la Sociedad Española de Enfermedades contagiosas y Microbiología clínica.**

**La grip i infeccioses**

Les malalties infeccioses han estat una de les més importants causes de morbimortalidad al llarg de la tota la història de l'espècie humana. Encara que, en alguns moments recents de la nostra història, els avanços científics en el camp del diagnòstic, el tractament i la prevenció de les malalties infeccioses han permès aventurar que les malalties transmissibles deixarien de suposar un problema important de salut, repetidament la realitat ha anat demostrant el contrari, diuen els autors del llibre “Las enfermedades infecciosas en 2050”.

Hi havia sensació de seguretat després dels èxits sobre la verola i la pòlio, i després es presentà la gran epidèmia de sida. També es confiava en els sistemes assistencials i en l'arsenal terapèutic antiinfecciós, i després feu la seva aparició el creixent problema de les resistències als antibiòtics. I més recentment… ja ho veiem.

La grip ha assolat la humanitat durant segles. Els virus de la grip A i B són endèmics en humans i són responsables d'epidèmies anuals a tot el món.

El virus de la grip A es dona i es fomenta entre ocells aquàtics, ocells de corral, porcs, gossos i cavalls.

Les infeccions respiratòries agudes d'etiologia vírica són les més freqüents en tots els grups d'edat a nivell mundial. La malaltia es limita principalment a les vies respiratòries superiors i és autolimitada, però pot progressar a infeccions del tracte respiratori inferior, i llavors apareixen les bronquitis i la pneumònia.

El gran i major problema de la grip és la gran variabilitat genètica dels seus virus causants. Estan en constant evolució. Cada any ens vacunen a les persones grans i gairebé ningú la sofreix, però el que moltes persones no saben és que cada any la vacuna és diferent, perquè el virus és un altre, cal estudiar-lo i elaborar una altra vacuna.

Aquesta enorme variabilitat, la gran presència dels virus entre animals domèstics, i la probabilitat de noves epidèmies, fan imprescindibles una gran cooperació entre la sanitat pública, amb la gran aportació econòmica necessària, els laboratoris, les facultats universitàries, la vigilància dels virus en els seus reservorios animals i les precaucions personals que s'aconsellin, amb la finalitat de superar una batalla que, en les condicions actuals, no es pot guanyar.

**Infeccions per SARS-CoV-2**

Després de l'experiència d'una afectació mundial de 500 milions de persones, i uns 6 milions de morts, i… a més, els corresponents derivats de: Covid persistent, afectacions mentals, patologies oncològiques, cardiovasculars, ginecològiques, dermatològiques…, hem de dir amb tota cruesa que els sistemes de salut estan gairebé en fallida.

No obstant això, els dos doctors que signen aquesta part del llibre em sorprenen (Antoni F) al afirmar coses com:

\*L'agent causal es va identificar en temps rècord. Molt precoçment es van conèixer aspectes essencials de les característiques biològiques del virus, els seus mecanismes de transmissió, etc.

\*Així mateix, des de l'origen de la pandèmia es va disposar de dades del virus que van permetre desenvolupar protocols i mètodes diagnòstics segurs i ràpids.

\*0.23Es va desenvolupar un gran impuls en la tecnologia de seqüenciació de genomes complets, que està permetent monitorar les mutacions i els llinatges i subllinatges que van apareixent conforme el virus es replica.

No va ser aquesta la idea que vam tenir al principi molta gent corrent, quan ens semblava que s'estaven prenent mesures com en un procés de proves.

També afirmen que de manera molt ràpida es van fabricar vacunes que van tenir un gran èxit en la prevenció de la malaltia, sobretot de les seves formes més greus.

No obstant això, diuen que els tractaments de les persones afectades van ser molt lents i insegurs. Fins i tot va haver-hi fracassos en la utilització d'alguns fàrmacs.

Però afirmen de manera rotunda que hi ha hagut un gran èxit en la utilització de sistemes cooperatius per a realitzar assajos clínics, compartint de manera general proves i resultats entre hospitals, centres de detecció, etc.

El futur de la pandèmia diuen que depèn en gran manera de dos aspectes:

\*La durada de la immunitat adquirida a través de la vacunació, i fins i tot a través d'haver sofert la malaltia. Si sovint ens veiem obligats a revacunar tota la població, llavors el risc es va allargant, i mai ens en sortirem del tot.

\*L'aparició de noves variants, que pot significar haver de repetir els estudis bàsics d'aquest nou virus, o potser tornar a realitzar moltes proves abans de saber quines indicacions donar als pacients.

Avui dia, les persones que tenen més risc són:

Les no vacunades.

Les que, per qualsevol raó, tinguin un sistema immunològic més feble.

Persones grans que tinguin, a més, una altra malaltia important.

**Malaria**

El paludisme o malària és una malaltia parasitària provocada per protozous del gènere Plasmodium (P. falciparum), que es caracteritza per la presència de febre alta i anèmia. El paràsit es transmet a les persones per mitjà de picades de mosquits anòfels femelles infectats. En general, la malària és una malaltia curable si es diagnostica i es tracta immediatament i correctament.

La malaltia es troba estesa per la major part de l'Àfrica subsahariana, la part central d'Amèrica del Sud i el Pacífic oriental, però amb diferència és a l'Àfrica on es concentren més casos i més morts. Existeixen zones on tant els mosquits com els mateixos protozous presenten resistències als productes usats per al seu control o tractament. Això, juntament amb el fet que, des de fa anys, hi ha un augment de la resistència als medicaments antipalúdics, provoca que els programes destinats al control de la malaltia siguin cars, complexos i sovint amb resultats limitats.

**Transmissió**: La malària, com hem dit, es transmet per la picada de mosquits anòfels femelles infectats. En els humans, la forma infectant del paràsit (anomenada esporozou) migra cap al fetge, on madura i es converteix en merozoït, que penetra al torrent sanguini i infecta els glòbuls vermells. Els paràsits es multipliquen dins dels glòbuls i, en el termini de 48 a 72 hores, es trenquen i infecten més glòbuls vermells. La malària és una malaltia no transmissible i no es transmet per contacte humà. No obstant això, sí que es pot transmetre a través de la donació d'òrgans, també des de la mare al fetus i mitjançant transfusions de sang. Mitjançant l'ús de mesures de control adequades, aquestes transmissions es poden reduir considerablement.

Després de la picada d’un mosquit infectat, hi ha un període d'incubació abans que apareguin els primers símptomes. En la majoria dels casos varia entre 7 i 30 dies. Els períodes més curts corresponen a infeccions causades per l’espècie *Plasmodium falciparum,* i els més llargs a les causades per *Plasmodium malariae*.

Els medicaments quimioprofilàctics antipalúdics que es prescriuen a alguns viatgers poden retardar l'aparició dels símptomes de malària setmanes i fins i tot mesos. Aquests retards entre exposició i desenvolupament dels símptomes poden causar l'error o el retard de diagnòstic.

**Símptomes:**  La malaltia pot provocar una àmplia varietat de símptomes (cansament, dolor ossi, vòmits, mal de cap, diarrea i altres), en què gairebé sempre sobresurt un període de febre alta precedit de calfreds intensos.

**Tractament**: La malària, sobretot la malària causada per *Plasmodium falciparum*, és una emergència mèdica que requereix hospitalització.

La cloroquina és un antipalúdic històric que s'havia utilitzat amb freqüència. Actualment, la presència de casos resistents freqüents ha portat a la introducció i l’ús d’una àmplia bateria farmacològica (artemèter, atovaquona, quinina), que admet combinacions. L'elecció del medicament depèn de l’origen geogràfic del cas i del criteri mèdic.

A banda dels fàrmacs, poden ser necessàries altres intervencions sanitàries de suport vital, incloent-hi líquids intravenosos, transfusions i mesures de suport hemodinàmic i respiratori.

Amb el tractament se solen obtenir bons resultats en la majoria dels casos de malària, però, davant la infecció amb *P. falciparum* amb complicacions, el pronòstic és greu.

**Vacuna**: La recomanació és per a RTS,S o Mosquirix, una vacuna desenvolupada pel grup farmacèutic britànic GlaxoSmithKline, i que és l'única aprovada fins ara per l’organisme sanitari internacional. Es tracta d'una vacuna amb una eficàcia moderada, que des del 2019 s'està utilitzant a diversos països africans (Ghana, Kenya o Malawi, entre d'altres), mitjançant un programa pilot coordinat per la mateixa OMS, amb el qual ja s'han vacunat més de 800.000 nens.

"Aquest és un moment històric. La vacuna tan esperada contra la malària per als nens és un gran avenç per a la ciència, la salut infantil i el control de la malària. L'ús d'aquesta vacuna, a més de les eines existents, per prevenir la malària podria salvar desenes de milers de vides joves cada any”, ha ressaltat el director general de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

La malària mata cada any gairebé un milió de persones a tot el món, el 90% a Àfrica. És una malaltia, que afecta sobretot nens menors 5 anys, però que es pot prevenir i tractar. Després d'una dècada de treball, a finals d'any, es presentaran els resultats de la darrera fase dels assaigs clínics de la vacuna contra la malària. Espanya ha tingut un paper fonamental en aquest avenç científic. De fet, l'equip que lidera Pedro Alonso va rebre el 2008 el premi Príncipe de Asturias de cooperació internacional.

Però ara, una inversió menor en recerca per causa de la crisi, amenaça el bon ritme dels estudis cap a una vacuna contra la malària segura i eficaç.

**Què és el VIH?**

El VIH (virus de la immunodeficiència humana) és un virus que ataca el sistema immunitari del cos. Si no es tracta, pot causar SIDA (síndrome d'immunodeficiència adquirida). Les persones amb SIDA tenen el sistema immunitari tan malmès que comencen a tenir una quantitat cada vegada més gran de malalties greus, les quals s'anomenen infeccions oportunistes. Les persones amb SIDA poden tenir nivells de càrrega viral elevats i ser molt contagioses.

No hi ha actualment una cura eficaç, no obstant això, amb l’atenció mèdica adequada, es pot controlar. D'on prové el VIH? Els estudis mostren que el VIH podria haver passat dels ximpanzés d'Àfrica Central als éssers humans, ja a finals dels anys 1800.

Els símptomes possibles inclouen: febre, calfreds, granellada, suors nocturnes, dolors musculars, mal de coll, fatiga, inflamació dels ganglis limfàtics i úlceres a la boca. Tot i això, pot ser que, durant la infecció aguda pel VIH, algunes persones no se sentin malaltes.

Previsió de l'evolució fins al 2050: si continua la situació actual sense canvis, i amb una planificació adequada dels recursos, i una intervenció enèrgica amb mesures eficaces de salut pública i els progressos científics esperables (desenvolupament d'una vacuna preventiva eficaç) el VIH es podria situar en la via de l'erradicació com a infecció en els propers 30 anys.

Malauradament, la manca d'un abordatge global de la pandèmia, la manca d'inversió en investigació dirigida a la curació i el desenvolupament de vacunes, i les insuficients mesures de prevenció allunyen aquesta visió optimista. En el context actual, l'escenari més probable és el d'una situació d'endemicitat duradora, que es prolongarà durant les properes dècades, si no s'intervé a nivell global, tant als països industrialitzats com en països amb menys recursos.

Propostes d'acció i recursos necessaris: Ens trobem davant d'una disjuntiva radical: o eradicar la infecció per VIH en una generació, o mantenir la situació actual d'una infecció crònica, amb un increment lent però progressiu del nombre de pacients, i un important cost en salut, tant per als pacients com per al conjunt del sistema sanitari. La millora de la situació de la infecció pel VIH requereix intervencions dirigides a minimitzar les noves infeccions, així com a millorar la situació de les persones que viuen amb VIH.

**Tuberculosi**

La tuberculosi és una malaltia produïda per la infecció de l'ésser humà pel bacil de Koch (Mycobacterium tuberculosi), malaltia que, paradoxalment, és evitable i curable.

Cada any es produeixen al món 8 milions de nous casos, i moren anualment per aquesta infecció gairebé 3 milions de pacients. La majoria dels casos es produeixen en països en vies de desenvolupament, encara que, amb l'epidèmia de la SIDA, la incidència de la tuberculosi ha augmentat de manera considerable a tot el món. Espanya és un dels països occidentals amb més incidència de tuberculosi. És una de les malalties infeccioses més letals del món.

No tota persona infectada amb el bacil de Koch desenvolupa la malaltia tuberculosa. La gran majoria de les persones pateixen un quadre asimptomàtic o associat a símptomes lleus idèntics als d'una infecció respiratòria viral, que cedeix espontàniament, podent deixar alguna cicatriu al pulmó o en ganglis limfàtics. Aquest quadre s'anomena “primoinfecció o tuberculosi primària”. Només el 10% de les persones amb primoinfecció desenvoluparan finalment la malaltia tuberculosa; el 5% la desenvoluparan els primers mesos després de la primoinfecció; i un 5% la desenvoluparan més tardanament, fins i tot passades diverses dècades.

**Símptomes**: Els símptomes més habituals són: febre, afectació extra pulmonar, tos productiva, astènia.

Mai no hi havia hagut un esforç global tan gran per desenvolupar noves tecnologies en l'àmbit diagnòstic i noves combinacions terapèutiques per a persones amb tuberculosi. No obstant això, cal ser prudent en les expectatives, ja que l'experiència ens diu que generalment la realitat avança a un ritme més lent que aquell que nosaltres voldríem. A més, a diferència d'altres malalties, la tuberculosi depèn de factors que escapen al control dels actors involucrats.

**El tractament** de la TB es basa en una combinació d'antibiòtics desenvolupada fa més de quatre dècades, que s'ha mantingut sense canvis fins a l’actualitat. Durant els darrers anys, hem vist com el virus M. tuberculosi ha estat capaç de desenvolupar mecanismes de resistència als fàrmacs que componen la primera línia de tractament, cosa que n'ha dificultat el maneig.

Al mateix temps, gràcies a l'aparició de nous fàrmacs i a l’ús d’antibiòtics per a altres indicacions, han aparegut noves combinacions eficaces de tractament, tant per a TB sensible com per a TB amb resistències farmacològiques. S’amplia la farmacopea davant d’M. tuberculosi, i fins i tot s'ha aconseguit reduir la durada del tractament amb noves combinacions d’antibiòtics. D'altra banda, el tractament recomanat per la ITL (Information Technology Laboratory, una entitat científica) ha patit poques modificacions en els darrers 10 anys.

Els nous medicaments o l'optimització dels fàrmacs coneguts en l’àmbit del tractament de TB obren noves possibilitats per desenvolupar tractaments més curts i segurs per part de la ITL. De fet, recentment, s'ha aconseguit escurçar el tractament fixat per la ITL en persones coinfectades amb virus de la immunodeficiència humana (VIH).

Aquesta malaltia infecciosa sol tractar-se, però el tractament de la tuberculosi és llarg i una mica complex. Es basa en l’aplicació de diversos antibiòtics durant períodes de temps mai inferiors a sis mesos. Solen combinar-se dos antibiòtics durant els sis mesos (isoniazida i rifampicina són els més freqüents), però associant-hi un o dos antibiòtics més durant els primers dos mesos, perquè l'actuació sobre el bacteri sigui més agressiva des del principi.

**Infeccions per bacteris multiresistents**

La resistència als antimicrobians i les infeccions provocades per bacteris resistents i multiresistents han augmentat progressivament els darrers anys. Són molts els informes, inclosos els fets per agencies da salut pública, i de la mateixa OMS que alerten sobre aquest perill.

La conseqüència de l’augment de les resistències és la ineficàcia dels tractaments. El 2016 es va publicar un informe encarregat pel Govern del Regne Unit en què s’indicava que, si no es prenien mesures davant aquest problema, l’any 2050 hi hauria més de 10 milions de morts per aquesta causa. Xifres acusades primer d’alarmants, però confirmades per un seguit de publicacions que exposen que l’any 2019 hi va haver, en tot el món, 4’95 milions de morts relacionades amb aquesta causa.

Més a prop ens toquen xifres publicades en el sentit que, a Espanya, l’any2015 van morir 1.899 persones per aquesta causa. I l’any 2018 una experiència feta durant una setmana en 82 hospitals, incloent la mortalitat dels 28 dies següents, va donar un resultat que, extrapolant les dades com si fos tota la població espanyola, seria l’equivalent de 29.586 espanyols/es morets per la resistència dels bacteris.

I els qui tot ho calculen a través dels diners, com la inhumana entitat anomenada Banc Mundial, consideren que, si no hi ha solució a aquest problema, a partir de 2030, es perdrien, cada any, entre un bilió de dòlars, i un màxim de 3’4 bilions.

Deixem les xifres i vegem què proposen els doctors redactors d’aquest capítol. Com a mesura principal, que la lluita contra la resistència dels virus figuri en els pressupostos generals de l’Estat. – Implantació als hospitals, centres mèdics, etc., del Programa d’Optimització de l’Ús d’Antibiòtics, com un requisit de qualitat del centre. - Implantació de programes de diagnòstic microbiològic ràpid en tots els centres sanitaris. Amb els recursos tècnics necessaris. – Creació de l’especialitat universitària de malalties infeccioses, per tal que els equips multidisciplinaris disposin d’especialistes suficients.

No me n’acabo se sentir segur (Antoni F). Lo que serà important, sense tantes paraules difícils, serà que tots aquests programes comptin amb MOLTS diners, per fer les coses bé. Molts més diners per salvar vides i no per matar-les.

I, per acabar, saludem amb entusiasme la creació (aprovada el passat dia 23 d’agost) de l’Agència Estatal de Salud Pública (AESAP), amb l’objectiu d’estar més ben preparats i més protegits davant una possible nova pandèmia, en termes d’anticipació, gestió, coordinació, respostes...

Octubre de 2022

PagèsFerret

Escriptors