

Salut i Força



El periódico que promueve la salud en Baleares [Síguenos @saludedediciones](#)



Año XXVII • Del 22 de marzo al 11 de abril • Número 441 • www.saludedediciones.com

ENTREVISTAS



Aina Calvo, delegada del Gobierno en Illes Balears



“Balears necesita más inversiones estatales, pero no un debate victimizante que enfrente a las CCAA”

Págs. 6-7

Expertos y científicos coinciden en la seguridad y la necesidad de vacunarse

Pág.21



El Ibsalut retoma la vacunación con AstraZeneca tras dictaminar la Agencia Europea que es segura

Pág.7

Xisco Marí, gerente del Hospital Universitari Son Llàtzer

“Tras un año de pandemia agotador, tenemos la esperanza de ver la luz al final del túnel”



Págs. 12-13

TEMA CENTRAL

Dr. José Reyes, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Inca y vicepresidente de la AECC en Balears

El Govern premiará a los profesionales por su esfuerzo durante la pandemia con “más de 2 millones de euros”



Pág.10

“Hemos de trabajar para que la sociedad se conciencie sobre la importancia del cáncer de colon”



Págs. 18-20

Editorial

Vacunémonos contra los alarmismos

La detección de efectos adversos entre los usuarios a los que se ha administrado la vacuna comercializada por el laboratorio anglosueco AstraZeneca está originando preocupación entre los ciudadanos. Y es lógico que sea así, pero, a la vez, es necesario situar las cosas en su punto y desde la perspectiva adecuada. Centrándonos en el caso de Baleares, el pasado viernes, la Conselleria de Salut, en un ejercicio de transparencia verdaderamente digno de elogio, comunicó que una paciente de Menorca, de 38 años de edad, había ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) días después de que se le inoculara el producto de AstraZeneca.

La mujer había acudido unas fechas atrás al Hospital Mateu Orfila, en Maó, aquejada de una cefalea intensa, una sintomatología que mejoró con la administración de analgesia.

Cuatro días después, la usuaria fue atendida de nuevo en el servicio de Urgencias tras experimentar un empeoramiento de su estado de salud, manifestando dolor cervical y lumbar y debilidad en las piernas.

La paciente ingresó en la planta de Neurología, donde le fue diagnosticado el Síndrome de Guillain-Barré y, posteriormente, se ordenó su traslado a la UCI.

Para quien no lo sepa, el Síndrome de Guillain-Barré es un trastorno poco frecuente caracterizado por la circunstancia de que el propio sistema inmunitario de una persona lesiona las capas protectoras de los nervios y causa debilidad muscular.

La ciencia todavía desconoce hoy en día la causa exacta de este síndrome, si bien se sabe que es un trastorno que aparece días o semanas después de una infección respiratoria o digestiva. En cualquier caso, en raras ocasiones puede ser provocada por una cirugía, y, según la explicación facilitada por el Govern, la asociación con un proceso de vacunación es extremadamente rara.

Desde la dirección del Área de Salud de Menorca han indicado que están estudiando en profundidad el caso de esta paciente para determinar el origen de este cuadro médico. No obstante, han aclarado que, por el momento, no hay establecida una relación de causa-efecto directa con la dosis de AstraZeneca que recibió esta mujer de 38 años de edad.

En este sentido, el Govern ha realizado un llamamiento a la calma y ha recordado que, apenas un día antes del ingreso en la UCI de esta paciente en Menorca, el jueves 18 de marzo, un informe elaborado por la Agencia Europea del Medicamento apuntó que la vacuna de AstraZeneca es eficaz y segura, razón por la cual España ha decidido retomar la vacunación con este producto, concretamente el miércoles de esta semana

La salud comunitaria en esta pandemia

Tres eran tres las personas expertas en salud comunitaria que entrevisté en la revista Gaceta Sanitaria. Bueno también entrevisté a **Rafa Cofiño**, Director General de Salud Pública en Asturias y también a la consejera de salud de Baleares, **Patricia Gómez**, que ha planteado y puesto en marcha en Baleares medidas con una visión comunitaria.

Estas tres salubristas que entrevisté son Jara Cubillo, médica de familia, que ahora trabaja en el Ministerio de Sanidad, **Javier Segura** médico de familia que trabajaba en el Ayuntamiento de Madrid y que ha participado en el comité de desescalada y **Mariano Hernán** que es profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública y buen amigo. Son tres personas clave del ámbito de la salutogénesis, de los activos en salud o de la salud comunitaria. Y aquí algunas ideas que nos contaron:

Javier Segura nos cuenta: "Ha sido tan bestial que lo que ha hecho la crisis es poner en evidencia todas nuestras vergüenzas y también ha puesto en evidencia el modelo que tenemos de respuesta a las situaciones más graves. A pesar de todos los avances que hemos intentado hacer desde atención primaria, salud comunitaria, es fundamental poner el foco en la equidad, en los determinantes sociales de salud. Y trabajar en los barrios, en la salud comunitaria, implica identificar aquellas poblaciones que están sufriendo y que van a sufrir más todo el impacto del confinamiento y del paro laboral. Y lo que nos encontramos es que aquellos sectores que estaban peor pagados como las cajeras, las reponedoras, los raiders, los recolectores, para lograr en lo posible mitigar toda esta ola que se nos viene encima que puede ser terrible".

Jara Cubillo explica: "Creo que se ha intentado poner el foco en un primer momento en lo urgente, había una urgencia que nos ha pillado a todos de nuevo, nadie habíamos vivido esto y se ha centrado poniendo el foco en el hospital y en la uci y lo importante se ha dejado un poco más invisible. Creo que ahora hay que incidir con lo importante ya que sin la atención primaria que tenemos no habríamos podido llegar hasta aquí,

sin las redes comunitarias que estaban en marcha y todas las que se han ido creando, tampoco estaríamos aquí y donde no ha llegado la institución se ha movilizó la ciudadanía para cubrir esos huecos que se estaban dejando".

Mariano Hernán dice: "Yo al principio me quedé un poco sorprendido que es el efecto de los vecinos y las vecinas con necesidades y con fortalezas organizándose. No sé si es fruto de eso de la alarma, de la tensión, del hay que hacer, algo hay que hacer y entonces este es un fenómeno interesante y es que ante la escenografía clínica necesaria, la gente se organiza, los miles de ejemplos que hay en todo nuestro territorio, en todo el mundo, desde los chicos en China ayudando a hacer las comidas de los hospitales, a la radio albaicenera aquí en el Albayzín o las monjas haciendo mascarillas. Hay quienes se dedican a hacer listas de quién necesita qué y cómo organizarse para hacer la compra para subir a no sé quién, para visitar a María... creo que este fenómeno, es muy interesante. Y ante ello, que hará el Estado con todo esto?".

Es evidente que los problemas sociales no se resuelven con una PCR, un paracetamol o una vacuna. Es importante tener en cuenta las condiciones de vida de la gente para abordar la pandemia, y valorar la importancia de cuidar la narrativa para no culpabilizar ni estigmatizar.

Y en el grupo de personas vacunadas esenciales, de nuevo, se han olvidado aquellas ocupaciones cuya esencialidad, cómo dice **Javier Segura**, cómo personas con trabajos en la economía sumergida, personas que viven en viviendas precarias, o personas sin hogar o en situaciones económicas precarias o que viven en barrios menos favorecidos, que tienen mayor incidencia.

Por tanto, la gente que ya era vulnerable ahora lo es más y por eso se necesita abordar la pandemia desde un enfoque social y comunitario, no solo clínico. Visibilicemos a las personas invisibles. Lo necesitan. Lo necesitamos



Joan Carles March
Codirector de la Escuela de Pacientes de Andalucía

Era cuestión de tiempo que llegara. Después de la viremia sólo podía llegar la guiremia, la nueva enfermedad política que consiste no sólo en encerrarte, no únicamente en arruinar y en expropiarte, sino en añadir a todo ese tipo de afrontas la del insulto, la de llamarte apeestado. Acaba de ocurrir. La consellera Gómez abre no sólo las fronteras y los límites de su inteligencia, abre de par en par los límites de nuestra encerrada tolerancia. Justifica la masiva llegada de turistas al grito publicado de que "es más probable la transmisión del virus entre los residentes que entre los extranjeros que visitan Mallorca". Se lo recordaremos en la cuarta ola.

De los autores de "te encierro en tu casa y después te la expropio", estrenamos su peor secuela, "encima contagias", una nueva forma de incriminación, la manera de evitar sus responsabilidades recurriendo únicamente al viejo truco del encierro. Estaríamos buenos que las exponenciales tasas alemanas no tuvieran un origen en la cepa Santanyí, estaríamos buenos que al final la cepa brasileña no tuviera su origen en Cas Concos, que no fuéramos para nuestros gestores unos mandriles de roca, unos pringados que además de ruina y desprecio recogen el cacahuete alemán infectando la mano que le da de comer.

La guiremia es el proceso de no haber entendido el verdadero sentido de la pandemia, el hecho de ahogar cual-

quier tipo de relación personal y comercial en nuestras islas por minúscula que fuera (Madrid), y abrir la puerta después y de repente a lo masivo, algo, por cierto, de lo que serás debidamente culpabilizado.

Mientras nuestras autoridades siguen entreteniéndote con expropiaciones, con que Sánchez te regala mentiras valoradas en 900 millones de euros para empresas (y autónomos) que repartidas no tocan, siendo falsas, ni a 7000 euros, mientras llega todo eso, tú no te estás preguntando quién de tu familia sigue sin vacunar. Mientras la guiremia sigue su curso hacia ti, inexplicable e indefectible, ahora siguen entreteniéndote con la noticia de controles aeroportuarios masivos a todos los visitantes, con el descojono de controles en los hoteles. Y mientras pasa la guiremia, con controles aleatorios y temporales, selectivos para estas semanas de honor a nuestra Santa paciencia, te preguntas dónde estará tu dosis.

La guiremia es la nueva modalidad política en la que mientras tú eres responsable, mientras cumples con las directrices absurdas y acientíficas que te imponen con una tasa de contagio nula, mientras gestionas tu vida y tu ruina de la mejor manera posible con todo tipo de restricciones,

los otros, los guiris, los que llegan, lo hacen sin controles, sin limitaciones de convivientes y con las tasas de contagio que sueñas en tus peores pesadillas. Y lo hacen en virtud de unas autoridades sanitarias que, además de acojonadas, además de únicamente haber encontrado el atajo a su nula gestión mediante una herramienta llamada cautiverio, te insultan tratándote como un apeestado.

La guiremia es la pionera forma de este govern de progreso de acometer la inmunización turística, la vacunación del rebaño por contagio directo alemán-balear y sin agujas ni viales que tengas que pagar de tu propio bolsillo, nuestra verdadera aportación a la pandemia.

La guiremia es recordar aquellos insultos de la enfermera y directora general **Maria Antonia Font**, cuando los sanitarios éramos responsables del contagio por no sabernos poner un EPI.

No preguntes si ha llegado la cuarta ola, la cuarta ola eres tú.

La guiremia



Dr. Fco. Javier Alarcón de Alcaraz
Médico-Forense.
Especialista en Medicina Legal.
@Alarconforense

La Comisión Europea ha aprobado su propuesta legislativa para introducir un certificado o pasaporte de vacunación, con el que se espera poder agilizar los desplazamientos en condiciones de seguridad dentro de la Unión y recuperar la actividad en los sectores más afectados por la pandemia.

El «pasaporte Covid» será un documento, digital e impreso, gratuito, universal y no discriminatorio, en el sentido de que contará con la misma información independientemente de la nacionalidad de su poseedor y proporcionará los mismos derechos a todos sus titulares. Este Certificado Verde Digital contendrá información sobre si una persona se ha vacunado, si tiene anticuerpos por haber superado la Covid o una prueba PCR negativa. Así, no solo podrán desplazarse libremente por el territorio europeo las personas inoculadas, sino también quienes acrediten una prueba negativa o aquellos que tengan anticuerpos. Estará en inglés y en el idioma nacional de cada Estado miembro y será válido en los Veintisiete países de la UE.

En cuanto a la privacidad y seguridad de este documento, debemos avanzar que este certificado respetará la protección de datos, de modo que solo contendrá la

El pasaporte de vacunación

información limitada y necesaria para identificar al titular, que no podrá ser, en ningún caso, conservada por los países visitados. A efectos de verificación, solo se comprobará la validez y la autenticidad del certificado, permaneciendo en el Estado miembro que expidió el certificado todos aquellos datos sanitarios.

Los Estados miembros deberán aceptar certificados de vacunación para las vacunas que hayan recibido la autorización de comercialización dentro de la Unión. A día de hoy, esto lo cumplen únicamente cuatro farmacéuticas: Pfizer, Moderna, AstraZeneca y J&J.

La iniciativa legislativa responde a las demandas de países como el nuestro, que cuentan con un importante sector turístico y reclaman medidas para poder reactivar esta industria, si bien recalca el Ejecutivo europeo que no debe entenderse como un «pasaporte» como tal, sino como un documento con información médica. La Comisión prevé que esté listo para ante del verano, pero lo cierto es que primero debe pasar el visto bueno del Parlamento y los Estados Miembros.

En este sentido, el pasaporte de vacunación ha causado cierta controversia en Europa, que se encuentra dividida entre sus ventajas e inconvenientes. La idea de que se vincule la vacunación al derecho fundamental a la libre circulación ha despertado críticas en otros países como Francia o Bélgica. Sin embargo, la Comisión aclara que el pasaporte incide positivamente en el derecho a la libertad de circulación y residencia, al poder eximir a sus titulares de las restricciones a la libre circulación debidas a la pandemia.

En definitiva, deberemos estar a lo que determine el Parlamento Europeo y los Estados miembros para su aprobación definitiva, sin olvidarnos de que, como ya anticipa la propia Comisión, se trata de una medida temporal que se suspenderá una vez que la Organización Mundial de la Salud declare el fin de la emergencia de salud pública internacional por la Covid-19.



Marta Rossell
Socia Directora
Bufete Buades

The News Prosas Lazarianas

Los MIR's de las Baleares en pie de guerra

Los casi 450 mires de nuestra comunidad están en fase prebélica y han planteado al IbSalut la negociación de un convenio autonómico, que les iguale a los mires de otras comunidades y que sirva para captar y fidelizar mir's. He aquí las REIVINDICACIONES RESIDENTES ISLAS BALEARES JORNADA / ORGANIZACIÓN

- Que se dicten las instrucciones oportunas para que se cumpla con carácter general en todos los centros sanitarios el descanso obligatorio diario tras la realización de una guardia.

- Que el exceso de horas de trabajo genere descansos compensatorios en jornada laboral. Que esta compensación sea como mínimo del 175% en tiempo libre, es decir, que por cada hora de exceso se disfrute una hora y cuarenta y cinco minutos libres.

- Obligación diaria de fichar.

Si se tienen que hacer horas extras que quede constancia de estas y se paguen o generen descanso compensatorio.

- Que se reconozca el derecho a disfrutar de un descanso ininterrumpido semanal de 36 horas, de forma que si se tiene guardia durante el sábado el descanso sea de domingo y lunes. FORMACIÓN

- Publicar un calendario de cursos obligatorios del Plan de Formación Transversal de Formación Sanitaria Especializada al inicio de cada año de residencia para poder organizarse con antelación la asistencia a los mismos teniendo en cuenta otros aspectos del residente (guardias, cursos, congresos, rotaciones externas, etc.).

- Velar para que el residente disponga al menos el 10% de la jornada ordinaria semanal para la realización de actividades docentes y científicas (p.ej. diseño y ejecución de sesiones clínicas, ensayos clínicos, proyectos de investigación básica o aplicada, publicación de trabajos científicos, etc.). Este periodo de la jornada

laboral se disfrutará el mismo día de forma continua.

- Ampliar los días dedicados a formación a 20 días anuales, con la única autorización necesaria del tutor responsable. RETRIBUCIÓN

- Que las pagas extraordinarias se perciban en

los meses de junio y diciembre como reglamentariamente está establecido y sean por un importe igual a la suma del sueldo mensual y el complemento de grado de formación.

- Equiparación del complemento de grado de formación con el conseguido tras el acuerdo del Comité de Huelga MIR de la Comunidad de Madrid con el Gobierno Autonómico. En concreto, se ha acordado un incremento de 120 euros en dicho complemento para todos los residentes de primer a quinto año.

- Que los residentes puedan acceder al programa de Acción Social del IBSALUT. Este programa engloba las ayudas para la compensación parcial de los gastos

derivados de asistencia sanitaria y farmacéutica, así como para estudios universitarios oficiales que haya tenido que realizar el personal estatuario del Servicio de Salud de las Islas Baleares para él mismo o para sus hijos.

- En caso de baja laboral por contingencias comunes o profesionales, los residentes recibirán desde el primer día de la misma el 100% del total de su retribución en la jornada ordinaria junto a la media de las retribuciones devengadas en concepto de jornada complementaria en los 3 últimos meses (guardias).

- Que los residentes que trabajen en zonas COVID-19 cobren un complemento por el riesgo especial para su salud al que se encuentran expuestos.

- Los residentes podrán percibir los trienios que adquieran a lo largo de su periodo de residencia.

- Los residentes percibirán un plus de residencia para compensar la insularidad e incentivar el acceso a las plazas ofertadas por la CAIB equiparado con el que recibe el personal estatuario A1 de la Comunidad Autónoma de Canarias. FIDELIZACIÓN

- Realización de contratos de interinidad a los residentes que finalicen su periodo formativo como mecanismo óptimo de fidelización que permita conseguir una estabilidad laboral y el compromiso con el Sistema de Salud de las Islas Baleares. COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

- Constituir una Comisión de Seguimiento en la que participen representantes del IBSALUT, de las diferentes unidades docentes y del SIMEBAL para el seguimiento de los compromisos firmados en el acuerdo.

El apoyo de Simebal es total. La pelota está en el tejado del IbSalut. En derrota transitoria pero nunca en guerra.



Miguel Lázaro *
Psiquiatra HUSE
Coordinador del
Centro de
Atención Integral
de la Depresión.



AINA CALVO / DELEGADA DEL GOBIERNO EN ILLES BALEARS

Balears necesita más inversiones estatales, pero no un debate victimizante que enfrente a las CCAA

Independientemente del acuerdo o rechazo que sus políticas suscitaban, pocos negarán que Aina Calvo Sastre (Palma, 1969) ha sido una de las alcaldesas más queridas por la población. Su paso, hace poco, por una dura enfermedad, de la que salió victoriosa, supuso, primero, momentos de tristeza para la familia socialista y palmesana y, segundo, de alegría y de reivindicación para quienes proclaman que nunca hay que perder la esperanza. Hoy, Aina Calvo, Dra. Europea en Ciencias de la Educación por la UIB (1997), de la que es profesora titular, autora y coautora de diversas publicaciones e investigaciones sobre educación ambiental, interpretación del patrimonio, ocio, animación sociocultural y cooperación cultural, es en estos momentos la delegada del Gobierno en Baleares, tras una amplia experiencia de gestión política y docente. Éste es un resumen de su paso por el plató de Salut i Força TV, con Joan Calafat y sus conftertulios habituales, en este caso Margalida Gili, Pere Riuford y Antoni Bennasar.

J. RIERA ROCA/J. CALAFAT

P.— Tras algo más de un año como delegada del Gobierno, con la responsabilidad de participar en la gestión de la pandemia, ¿ha sido el reto mucho mayor de lo que esperaba?

R.— Supongo que sí, que ha sido más complicado para todos. Nadie esperaba esto. Nos sorprendió no solo a los que estábamos en la Delegación del Gobierno, sino al conjunto del país y de la comunidad internacional. Ha sido repentino, preocupante, intenso... Ha sido un aprendizaje y también algo apasionante, en cierta manera.

P.— ¿Considera que se está cumpliendo uno de los objetivos en los que tiene competencias, como la vigilancia y seguridad para que se cumplan todas las medidas contra el COVID19?

R.— Creo que por lo que se refiere a la coordinación de las tareas de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, pese a que el reto era complicado, lo hemos conseguido y con nota. Hemos desarrollado una tarea de mucha coordinación institucional, sobre todo con las policías locales, lo que es imprescindible. Tenemos unos cuerpos policiales cada vez más formados de Policía Nacional y Guardia Civil, donde el trabajo coordinado y cooperativo es cada vez algo más habitual. Cuerpos

éstos que tienen unidades muy especializadas. No hemos tenido grandes problemas y sí una colaboración extraordinaria.

P.— ¿Hay un buen nivel de entendimiento y de coordinación con la Administración autonómica para el desarrollo de las tareas comunes durante la pandemia?

R.— La coordinación con el Govern balear es máxima y también con los 'consells insulars' y con una figura que nos ha sorprendido a todos para bien durante esta pandemia, como es la Federación de Entidades Locales de las Islas Baleares (FELIB), cuyo cuerpo directivo y en especial su presidente, han desarrollado un trabajo extraordinario que nos ha facilitado mucho la colaboración con las entidades locales y que ha tenido un papel nuclear en la gestión de esta pandemia. Tenemos muy buena comunicación. De otro modo sería imposible responder, primero, a la autoridad sanitaria autonómica, que determina qué medidas hay que implementar y por cuyo cumplimiento tenemos que velar nosotros.

P.— ¿Cuál es el perfil competencial moderno de una delegada del Gobierno, de una figura heredera de aquellos gobernadores civiles de antes?

R.— Mucho más trabajo de coordinación y de gestión que de representación, algo que antes era habitual pero que ahora se ha reducido muchísimo porque por la pandemia se hacen muchos menos actos institucionales. La situación de pandemia ha cambiado radicalmente la agenda de la Delegación del Gobierno. Aún así, se hacen audiencias, se atiende a las instancias sociales, a los representantes del tejido económico. Hace

poco recibimos el Manifiesto del Círculo de Economía, con diferentes entidades de las Islas Baleares, que me trasladaron a mí para que yo le diera traslado al Gobierno de España. Pero el trabajo, básicamente, es de gestión: Por un lado con el control de la pandemia, que es capital en estos momentos; por otro, con un fenómeno, que será en un reto importante en los próximos años, como es el de la migración y, en nuestro caso, la gestión de la llegada de inmigrantes ilegales a nuestras costas. Todo esto es lo que ha marcado este año de la Delegación del Gobierno de Baleares, el año que he vivido yo.

P.— ¿Está de acuerdo en la queja de que faltan inversiones de Madrid a Balares y qué cree que puede hacer para acercar posiciones?

R.— Ésta y cualquier otra Delegación del Gobierno tiene la posibilidad de trasladar una visión enraizada en la realidad del territorio en cual representas al Gobierno de España. Y eso ayuda a acompañar la mirada a Baleares desde Madrid. Y eso, entre otras cosas, porque yo también soy ciudadana de las Islas Baleares. Respecto a la primera parte de la pregunta, es una evidencia que necesitamos más inversiones [estatales]. Con lo que no estoy tan de acuerdo es con este continuo lamento, en una carrera de todos contra todos.



En las listas de CCAA aparecemos al final en lo que se refiere a inversión directa y no seré yo quien diga que el Estado podría invertir más, pero somos los segundos en la previsión de inversiones de fondos europeos o los quintos en materia de vivienda. ¡Claro que hay muchas cosas a mejorar! Entiendo el debate y lo suscribo, pero no comparto cómo se formula. Sería como pensar que en la dinámica balear Formentera está siempre contra Ibiza, las Pitiusas y Menorca contra Mallorca, en Mallorca la Part Forana lamentándose por el protagonismo de Palma, etcétera. Yo soy más partidaria de las negociaciones duras pero constructivas y con ganas de ganar, no de victimizarnos.

P.— ¿Considera que las limitaciones que se han impuesto contra el COVID19 están justificadas y son efectivas, especialmente lo que tanto está afectando a la restauración?

R.— Lo primero que pienso es que ni el Gobierno de España, ni el de Baleares, ni ningún ayuntamiento, ni consell insular, tienen ningún interés en amargarle la vida a nadie, ni en tomar estas medidas restrictivas que tienen consecuencias económicas y sociales duras. En el caso de las últimas medidas, hay que recordar que

quién las determina es la autoridad autonómica. En el primer estado de alarma, que gestionó el Gobierno central, fue diferente, todo muy taxativo. Ahora, pese a las restricciones, se pueden hacer muchas cosas. Respecto al sector de la restauración, el problema no es el sector, el problema lo tienen los ciudadanos que no respetan las medidas. Y en algunas ocasiones, también, algunos empresarios que —y yo lo entiendo perfectamente— que se animan a intentar ingresar cuanto más mejor, acercando las mesas un poco más. Lo que está demostrado es que los aerosoles constituyen una amenaza con este virus y ha sido esta actividad la que, por ello, ha tenido que sufrir esta fuerte restricción, igual que los gimnasios. Ahora que se vuelve a abrir la restauración, aunque sea en un horario restringido, tenemos que ir vivos, pensar si queremos tener temporada turística,

■ “El problema ante el COVID, no lo tiene la restauración, sino quienes incumplen las normas”

■ “Entiendo que un joven esté harto de restricciones, pero ha de pensar en los demás, en su futuro”

■ “Tenemos unos cuerpos policiales cada vez más formados, con un gran trabajo colaborativo”

ENTREVISTA

si queremos que miles de trabajadoras puedan volver a los hoteles y podamos tener visitantes. Nos jugamos muchísimo si no lanzamos un mensaje claro de destino seguro. Hemos de lograr una complicidad entre todos. Comprendo que un joven, o alguien que no lo sea tanto, esté harto, pero la reflexión la hemos de hacer pensando en nuestros vecinos, en si tendrán ingresos para el año que viene, en cómo han de alimentar a sus familias.

P.— ¿Cree que se tendría que con la temporada turística a las puertas se tendría que priorizar la vacunación en nuestra comunidad autónoma para hacer posible esta reactivación de, como mínimo, una parte del tejido productivo?

R.— Creo que tenemos que procurar ir muy deprisa en la vacunación. Y eso significa que cuanto antes lleguen las vacunas, mejor. Creo

que es positivo y que nos protege el hecho de estar dentro de un Plan de Vacunación de la Unión Europea, pese a que cuando hemos tenido un acuerdo cerrado las farmacéuticas nos hayan dicho que cambiaban las reglas del juego. No me quiero imaginar lo que pasaría si esa negociación fuera país a país. Y los criterios conjuntos nos hacen ser más justos. El primer criterio que se ha acordado es el de la edad, el de la vulnerabilidad de las per-

sonas, el de la mayor exposición. Cuando todo eso esté cubierto, espero que en la Comisión Interterritorial se decidirá qué márgenes de maniobra podrá tener cada una de las CCAA, si es que lo ha de tener, o cómo se irá marcando el calendario de vacunación. Será muy importante alcanzar ese 70% de inmunización, pero también comenzar a trabajar con los corredores turísticos y tener garantías de hacer buenos controles sanitarios. Lo que nos pase no

depende solo de que nosotros estemos vacunados, sino de que lo estén quienes vengan a visitarnos. El Certificado de Vacunación nos dará garantías y nos tendremos que plantear si una persona que no se haya podido o no haya querido vacunarse puede viajar. O lo ha de hacer con una PCR y eso signifique que haya varios tipos de control. Todo eso aún se está debatiendo.

P.— ¿Cómo cree usted que será el día de mañana, cuando esta pandemia haya pasado, cree que nosotros, mediterráneos, volveremos a ser como siempre?

R.— Creo que una parte de nuestra esencia se mantendrá y confío que hayamos aprendido a hacer de forma diferente otras cosas, lo que también será positivo.



“No cambiaría por nada mi paso por la Agencia de Cooperación Internacional, con Josep Borrell como ministro”

J. R. R. / J. C.

ANTONI BENNASAR.— ¿Usted, que conoce tantos estamentos de la Administración Pública, en cuál se ha sentido mejor?

AINA CALVO.— Desde el punto de vista de aportar algo, de cosas tangibles, de percibir que tiene sentido lo que haces, de que sirve, incluso desde una perspectiva de inmediatez, de estímulo y respuesta, sin duda fue mi paso por la Alcaldía de Palma. No es un tópico la idea de proximidad de las alcaldías. Y es igual que sea un municipio pequeño o que sea uno de 400.000 habitantes. El principio de proximidad se impone. Tienes ese feeling y también esa presión, todo es mucho más intenso. Desde un punto de vista estrictamente personal, ser alcaldesa de tu ciudad es maravilloso. Pero la experiencia en el Ministerio de Asuntos Exteriores, en la Agencia de Cooperación Internacional, primero en una subdirección, relacionando el desarrollo de la cultura con el desarrollo humano, luego dirigiendo la Agencia, y con un ministro como Josep Borrell, desde un punto de vista profesional fue una experiencia que no cambiaría por nada.

MARGALIDA GILL.— Recuerdo que como estudiante ya estuvo ligada a los movimientos estudiantiles, pero ¿en qué momento decide que quiere par-



icipar en la política con mayúsculas?

AINA CALVO.— Yo siempre he pensado que todo lo colectivo es político, y he hecho política toda la vida, desde cuando me presenté a delegada de la clase. Siempre la he vivido la política como una parte natural de mi forma de ser y estar. Fui delegada de la clase, estuve en la Federación de Asociaciones de estudiantes cuando se creó. Fui presidenta del Consell de la Joventut de les Illes Balears. Luego di el salto a la militancia en un partido político. Antes, el PSIB-PSOE me ofreció la posibilidad de ir en su lista al Parlament balear, siendo su candidato Francesc Antich, y acepté. Fue precisamente en 2003, cuando se perdieron las elecciones tras el primer Govern del Pacte de Progrés. Entonces pensé que si había un momento para militar en un partido era precisamente

entonces, cuando venían mal dadas. Fue cuando me hice militante. Nunca hubiera imaginado que militaría en un partido político, pero siempre me he identificado con la práctica política. Creo que se hace política desde una asociación de vecinos, desde un centro cívico, desde una asociación de escultismo...

PERE RIUTORD.— ¿Le ha costado mucho dejar su carrera universitaria para dedicarse a la política a tiempo completo?

AINA CALVO.— Cuando en 2003 acepté ir en la lista del PSIB-PSOE era profesora titular de Universidad. Y me fui con un primer sexenio de investigación que jamás pude

aprovechar. Pero fue una opción de la que no me arrepiento. Creo que la vida también es cambio. Lo que me ha permitido tener esta carrera profesional es saber que no me dedicaría a la política para siempre, algo que me ha dado un margen de libertad que procurado ejercer. Pero debo decir que no nos hemos de poder dedicar a la vida política solo los funcionarios. Ha de haber mecanismos para que quienes vengan del mundo privado puedan luego volver a ejercer sus profesiones. Personalmente no lo he vivido como una renuncia. Me costó volver, 12 años después: Ponerme al día, una formación on line que no había hecho nunca, había pasado la reforma de Bolonia y no me sabía ni los acrónimos, habían cambiado mucho las reglas del juego. En el campo de las Ciencias Sociales había cambiado mucho la investigación. Pasamos a tener revistas indexadas. Pasé un año muy intenso adaptándome.

Acceda a la tertulia completa escaneando este código QR



La pandemia no quiere irse de Baleares

Pese a la caída de la curva, alejándose de las terribles cifras de principios de año, se registra una leve tendencia al aumento de casos desde que se comenzó con la desescalada de la tercera oleada

JUAN RIERA ROCA

La alegría con la que se recibía hace dos semanas la caída en el número de contagios diarios de COVID19 en Baleares se ha visto empañada en los últimos días por un aumento leve pero sostenido de esa tendencia, aunque aún muy lejos de las terribles cifras de Navidad y enero.

El viernes 19 de marzo –fecha del cierre de esta edición– la incidencia de nuevos casos en las Islas comenzaba a declinar de nuevo con 47 nuevos casos, que siendo 12 menos que la víspera fueron significativamente más que hace dos semanas justas: 35 casos, 2 menos que la víspera.

Repunte leve

El gráfico diario de la incidencia del COVID19 en Baleares bajó hasta el pasado día 15, fecha en el que comenzó a subir hasta el día 18. Ese mismo día la consellera de Salut, Patricia Gómez, admitía que la ten-



dencia había cambiado en las Islas hacia un nuevo repunte, aunque más leve.

La consellera dijo en ese momento –presentación de una jornada sobre la vacunación– que el aumento de casos coincidía los 15 días de la reducción de las restricciones para frenar la tercera ola. Por ello enfatizó que la nueva desescalada debería ser

“estratégica, lenta y segura”.

Lo cierto es que en los 15 días que median entre la salida a la calle de este número de Salut i Força y del anterior, queda claro que la pandemia de COVID19 no quiere irse aún de las Islas y que el inicio de la campaña de vacunación no ha logrado aún frenar en seco los contagios.

Hace 15 días los casos conocidos de COVID19 en Baleares eran 56.347 y los fallecidos 732. El viernes 19 de marzo, los casos conocidos acumulados ascendían ya a 56.882 y –lo que es más lamentable– el número de personas muertas por el coronavirus, alcanzaba las 757, 23 más.

No todos los indicadores son

negativos. En el mismo momento en el que la consellera admitió los repuntes añadió que Baleares era en ese momento la comunidad autónoma española con menos casos por 100.000 habitantes (cuando meses atrás había sido la que más tuvo).

Tasa de positividad

Por otra parte, la tasa de positividad, que según la OMS no ha de superar el 3% para mantener la pandemia a raya, era el viernes 19 del 1,74%, aunque hace 15 días era del 1,40%. En los hospitales la presión ha bajado significativamente, tal como se detalla en la página 8 de esta edición.

Las autoridades sanitarias están muy pendientes de la evolución de la pandemia, en una carrera contrarreloj en la que se espera que la vacunación juegue un papel determinante, como lo ha hecho en el ámbito de los geriátricos, donde las contagios y las muertes han parado en seco.

Los viajeros de todas las CCAA deberán acreditar una prueba diagnóstica negativa

Entre tanto, se estudian corredores seguros con Europa para hacer viable la temporada turística

J.R.R.

Las Illes Balears exigen desde el 18 de marzo, pruebas negativas de infección por coronavirus SARS-CoV-2 a los viajeros que lleguen de cualquier región de España independientemente de la incidencia acumulada a 14 días por 100.000 habitantes que tenga ese territorio.

Este endurecimiento de las limitaciones se mantendrá hasta el 11 de abril, puente de San José y las vacaciones de Semana Santa. Hasta ahora, se pedía la prueba a los pasajeros, tanto por vía aérea como marítima, de las regiones con una IA14 superior a los 100 casos.

Sanidad Exterior reforzará los controles del COVID19 a los viajeros llegados desde el extranjero y efectuará la doble verificación a todo el pasaje de los vuelos proceden-



tes de otros países clasificados como de riesgo que aterricen en alguno de los tres aeropuertos baleares.

Entre tanto se está estudiando cómo implantar corredores seguros con los países emisores de turistas para hacer posible la temporada turística del próximo verano. Desde el Govern se ha advertido que el peligro de contagio no está hoy en los posibles turistas sino en los baleares.

Aunque parezca un contrasentido que pueda molestar a algunos, los turistas que vendrán lo harán con pruebas PCR u de otro tipo que garanticen que no están infectados al pisar Baleares. Sin embargo, la mayoría de los habitantes de las Islas no saben si están infectados y son por ello grupo de riesgo de contagio, sobre todo si se desplazan mucho e interactúan sin seguridad.



El Ibsalut retoma la vacunación con AstraZeneca tras dictaminar la Agencia Europea que es segura

Balears dispone de 19 líneas abiertas en Mallorca: 10 en Son Dureta y 7 en el polideportivo Germans Escales (Palma), 2 en el polideportivo Mateu Cañellas (Inca), 4 líneas en Menorca (2 en Mahón y 2 en Ciutadella), 2 en Eivissa (recinto de Ferias y Congresos) y una en Formentera (en el hospital)

JUAN RIERA ROCA

Tras unos días de incertidumbre por el parón en el proceso de vacunación que hubiera supuesto no poder utilizar la fórmula de AstraZeneca (suspendida por la Agencia Europea del Medicamento, la EMA, hasta que se ha determinado que no era causante de una serie de problemas vasculares detectados en personas que se la habían puesto) Baleares retomará la vacunación con esa marca el miércoles 24 de marzo.

Patricia Gómez, consellera de Salut dio la noticia, esperada tanto por quienes quieren vacunarse lo antes posible como por quienes ya se habían puesto esa vacuna y temían por su salud, tras la reunión extraordinaria desarrollada con ese motivo por Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) tras conocerse las conclusiones de EMA en la que tras examinar los casos, aseguran que el fármaco es «seguro y eficaz».

Activar las instalaciones

La reanudación de la administración de la vacuna AstraZeneca permitirá activar las instalaciones para la vacunación masiva contra el COVID19 que el Ibsalut mantiene el momento en que pudiera retomarse la actividad, tras la suspensión temporal de la vacunación con AstraZeneca, con la que se esperaba poder inmunizar a muchos colectivos po-

blacionales de menos de 55 años.

En el marco del Plan de Vacunación autonómico, Balears dispone de 19 líneas abiertas en Mallorca: 10 en Son Dureta y 7 en el polideportivo Germans Escales (Palma), 2

en el polideportivo Mateu Cañellas (Inca), 4 líneas en Menorca (2 en Mahón y 2 en Ciutadella), 2 en Eivissa (recinto de Ferias y Congresos) y una en Formentera (en el hospital). Todos los operativos han continuado instala-

dos a la espera de poder retomar la actividad.

Entre tanto se ha continuado con la vacunación a personas mayores de 80 años, con las vacunas de Pfizer y Moderna, tanto en los centros de salud como en las líneas habilitadas

en el antiguo complejo hospitalario de Son Dureta, ahora reconvertido en centro que alberga unidades de coordinación de diversas acciones contra la pandemia y a la espera de su transformación en un centro sociosanitario.

El Ibsalut, en el marco del Plan de Vacunación, había puesto en marcha la semana pasada, en el polideportivo Mateu Cañellas (Inca), dos líneas para poner 450 vacunas diarias contra el COVID19. También se habían puesto en marcha los puntos de vacunación de Menorca, Ibiza y Formentera y unos días antes, en el Polideportivo Germans Escales, de Palma, además de las instalaciones de Son Dureta.

Desde el día 8 de marzo en el Polideportivo Germans Escales (Palma) se ha puesto en marcha 7 líneas para poner hasta 800 vacunas al día, dentro del marco del Plan de Vacunación implementado por el Ibsalut contra el COVID19. En estas instalaciones se continúa con la vacunación de docentes, fuerzas y cuerpos de seguridad y emergencias. Con la llegada de más dosis, estas instalaciones pueden doblar el número de líneas.



INFORMACIÓ VACUNA ASTRAZENECA

T'HAS VACUNAT AMB ASTRAZENECA I TENS DUBTES?
TELEFONA

971 211 998

PLA DE VACUNACIÓ
DE LES ILLES BALEARS
COVID-19



Los hospitales de Balears recuperan la actividad quirúrgica con la desescalada

Todos los centros de las islas siguen reservando camas UCI y en planta para pacientes con covid-19 pero el descenso en los casos permite también las visitas de familiares a pacientes ingresados

CARLOS HERNÁNDEZ

La tregua que da la curva epidemiológica y la bajada en la propagación del virus también supone una desescalada o vuelta a la normalidad en lo que hace un año era una 'rutina quirúrgica' pre-pandemia en la red hospitalaria pública. Los hospitales de las Islas Baleares comienzan a recuperar la normalidad tras el azote de la tercera ola de la pandemia. Los quirófanos ya acogen operaciones de diversas patologías, no solo oncológicas y preferentes, y las consultas externas y los gabinetes vuelven a atender presencialmente.

En estos momentos la actividad quirúrgica es la siguiente:

- **Son Espases:** siguen haciéndose intervenciones oncológicas y preferentes y se han recuperado operaciones que no requieren ingreso posterior. La apertura de quirófanos en Verge de la Salut ha permitido recuperar intervenciones a pacientes con patologías menos prioritarias que llevaban meses esperando
- **Son Llätzer:** las intervenciones se están incrementando progresivamente. Actualmente los quirófanos funcionan al 70%. Las operaciones oncológicas son las que tienen prioridad absoluta.
- **Hospital Comarcal de Inca:** los quirófanos funcionan al 100%. Se hacen todo tipo de intervenciones y en todos los servicios.



Imagen de archivo de una operación.

- **Hospital de Manacor:** los quirófanos funcionan al 80%; cuatro de los cinco que tiene el centro ya están en marcha

- **Can Misses:** esta semana ya están operativos seis quirófanos de los nueve con los que cuenta el centro; cuatro de ellos acogerán actividad programada, uno, actividad quirúrgica urgente y otro, actividad obstétrica urgente. Las intervenciones menores ambulatorias se hacen al 100%.

- **Mateu Orfila:** los quirófanos funcionan al 100%.

Las consultas externas y gabinetes vuelven a ser presenciales, con las excepciones siguientes:

- **Son Espases:** durante la ter-

cera ola las consultas han funcionado de manera normal, excepto las de cardiología, neumología y digestivo, que han reducido la actividad al 50%.

En el resto de hospitales las consultas funcionan al 100%, aunque se mantienen algunas medidas de seguridad: más tiempo entre cita y cita para que no haya aglomeraciones en las salas de espera; control de temperatura en la entrada, y recomendación de acudir solo a las consultas (excepto en pediatría y los que necesiten acompañamiento).

Las visitas a pacientes también vuelven a permitirse, aunque con algunas restricciones:

- **Son Espases:** un acompa-

ñante por paciente, una hora por la mañana y una por la tarde.

- **Son Llätzer:** un acompañante por paciente.

- **Hospital Comarcal de Inca:** un acompañante por paciente, entre las 12.00 y las 15.00 h y entre las 18.00 y las 21.00 h.

- **Hospital de Manacor:** un acompañante por paciente.

- **Can Misses:** solo se permiten visitas a pacientes con dependencia y a pacientes COVID, bajo el protocolo de visitas COVID.

- **Hospital Mateu Orfila:** se permiten dos visitas por paciente al día.

La situación ha mejorado considerablemente, pero cada centro si-

gue tomando medidas y sigue reservando camas en UCI y en planta para pacientes COVID-19:

- **Son Espases:** mantiene 16 camas en críticos y 15 en planta.

- **Son Llätzer:** 10 camas en UCI y 12 en planta.

- **Hospital Comarcal de Inca:** se mantiene la UCI COVID (6 camas) y 6 habitaciones en la M1.

- **Hospital de Manacor:** se mantiene la UCI COVID y 9 habitaciones en planta.

- **Can Misses:** 15 camas UCI y 97 camas en hospitalización.

- **Mateu Orfila:** 17 camas UCI disponibles (7 en la UCI actual y 10 en el Hospital de Día) y 26 camas en la planta de Medicina Interna.

Memoria. El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) recordó el pasado 18 de marzo, a los 112 médicos fallecidos el último año en el ejercicio de su profesión y a causa del COVID19, "una cifra triste y estremecedora que refleja el esfuerzo, sacrificio, profesionalidad y vocación de todos los facultativos de España por hacer frente a una pandemia sin precedentes". Se cumplía un año del fallecimiento del Dr. Francesc Collado en Barcelona. Desde la declaración del Estado de Alarma, cada 72 horas la profesión médica ha perdido a un compañero por hacer frente a la pandemia desde su puesto de trabajo, la más alta entre todos los profesionales sanitarios de España. Desde el CGCOM "queremos resaltar la labor y compromiso de estos 112 profesionales y mandar el mayor de los abrazos a sus familias". De igual manera "queremos que este recuerdo y cariño vaya también a los cientos de compañeros que aún siguen luchando con las complicaciones de esta enfermedad y por los miles que están dando lo mejor de esta profesión en estos momentos. Se lo debemos a los que ya no están con nosotros". Desde el CGCOM, corporación que representa a todos los médicos de España, se incide en la demanda para que la profesión médica sea declarada profesión de riesgo en nuestro país, una medida que la organización viene reclamando desde el mes de mayo de 2020.



CARLOS HERNÁNDEZ

Coincidiendo con el primer aniversario de la declaración del estado de alarma, la consellera de Salut, **Patricia Gómez**, quiso poner en valor la capacidad de adaptación del sistema sanitario y de todos los profesionales que lo conforman. Ha sido la clave para superar las dificultades de la pandemia y para dar una respuesta efectiva a las necesidades de la población, según la consellera. Así lo expuso en una comparecencia parlamentaria, donde Gómez manifestó que, sólo gracias a la capacidad de adaptación de los profesionales de la salud de Balears y del sistema mismo, ha sido posible reorganizar completamente la asistencia sanitaria.

Flexibilidad

Esta flexibilidad permitió que durante los primeros días de la pandemia el 061 diera respuesta a decenas de miles de llamadas de la ciudadanía sin dejar de atender otras emergencias vitales. También hizo posible que los hospitales transformaran las plantas, multiplicaran la capacidad de las UCI y fueran capaces de atender miles de enfermos de

Patricia Gómez hace balance del primer año de pandemia, destacando la capacidad de adaptación del sistema sanitario



Patricia Gómez, en una comparecencia en el Parlament.

coronavirus y, a la vez, mantener la actividad no aplazable, como las urgencias, la atención a los enfermos oncológicos y los trasplantes.

Desde que se detectó el primer caso, recalcó **Gómez**, se han producido múltiples cambios en la organización de la atención, entre los que ha des-

tacado la creación, en la atención primaria, de circuitos separados para poder atender a los pacientes de coronavirus y mantener las consultas ordinarias. En este ámbito, la innovación y la incorporación de las consultas virtuales han jugado un papel relevante. Asimismo, se han puesto en marcha las unidades volantes de atención al coronavirus, para poder visitar los afectados en los domicilios, las **Covid-Express** y los **KID Covid**.

Centro de Coordinación

Gómez insistió en la tarea que ha llevado a cabo el Centro de Coordinación de Coronavirus, al que se han incorporado 400 rastreadores que han detectado miles de casos positivos y contactos estrechos, y han contribuido así a cortar cientos de cadenas de transmisión.

También gracias a la capacidad para adaptarse a las circunstancias, se ha podido crear

el servicio de INFOCOVID, el cual ha dado respuesta a decenas de miles de llamadas, y el servicio de EDUCOVID, que ha sido muy bien valorado por la comunidad educativa.

Además, destacó la labor de los laboratorios de Balears, que se han esforzado y tienen capacidad para hacer hasta 20.000 PCR diarias, y de los Servicios Centrales del Servicio de Salud, que han hecho posible la llegada de cientos de toneladas de material de protección para los profesionales.

Patricia Gómez manifestó que también que el sistema se ha tenido que reorganizar para recuperar la actividad ordinaria en los hospitales y para abordar una campaña de vacunación no exenta de dificultades. Gracias a ello, una de cada 16 personas ya ha recibido la vacuna en Balears, que tienen capacidad para poner hasta 260.000 vacunas por semana, contando con la colaboración de las clínicas privadas.

DEPILACIÓN
Laser de Diodo
DE ALTA POTENCIA

m | Tcuida
Marimón | Farmaestética & spa

**¡ SE ACABARON LOS BONOS!
EL MEJOR PRECIO DESDE LA 1ª SESIÓN**

MUJER



ZONA MINI

Axilas, Entrecejo, Pies, Nuca, Ingles Normales, Cuello, Mejillas, Labio Superior, Areolas, Sienes, Escote, Mentón, Línea Alba, Pálidas, Manos

6'00€

ZONA PEQUEÑA

Hombros, Ingles Brasileñas, Pubis, Línea Interglútea-Perianal, Facial Completo, Antebrazos

14'00€

ZONA MEDIANA

Brazos, Glúteos, Abdomen, Lumbosacra, Zona Íntima Completa, Medias Piernas

24'00€

ZONA GRANDE

Piernas Completas

39'00€

HOMBRE

ZONA MINI

Sienes, Entrecejo, Nuca, Axilas, Manos, Labio Superior, Pies, Pálidas, Línea Alba, Ingles Normales, Mentón, Mejillas

9'00€

ZONA PEQUEÑA

Ingles Brasileñas, Hombros, Perfilado de la Barba, Línea Interglútea, Pubis, Antebrazos

19'00€

ZONA MEDIANA

Brazos Completos, Tórax, Abdomen, Glúteos, Lumbosacra, Zona Íntima Completa, Medias Piernas

29'00€

ZONA GRANDE

Espalda Completa, Piernas Completas, Pecho Completo

49'00€

Más información en www.marimontcuidaonline.com o pide cita al 971 26 76 60

C/Trafalgar 23, 07007 (Coll d'en Rabassa) - Abierto de Lunes a Sábado de 9 a 22h

El Govern premiará a los profesionales por su esfuerzo durante la pandemia con “más de 2 millones de euros”

La consellera de Salut, Patricia Gómez, promete en el Parlament un complemento de productividad que Simebal aplaude a la vez que exige que se consolide también en este 2021

CARLOS HERNÁNDEZ

Finalmente, sí habrá una compensación económica que premie un año cuidando de los demás y dejándose la piel para salvar vidas. La consellera de Salut, **Patricia Gómez**, anunció el pasado 9 de marzo en el pleno del Parlament que el Govern tiene una propuesta para incrementar el importe destinado al complemento de productividad variable del personal sanitario que está afrontando la pandemia.

Tras una pregunta de la diputada del PP, **Tania Marí, Gómez** no ofreció una cifra, pero sí dijo abiertamente que la cuantía será “muy superior a los dos millones de euros” que planteaba el PP en una enmienda a los presupuestos para una ‘paga COVID-19’. Es más, la consellera aprovechó su intervención para ser explícita: “la cantidad será muy muy superior”, insistió. Este periódico ha contactado con fuentes de la Conselleria de Salut, quienes han reconocido a **Salut i Força** no poder dar más detalles de la cantidad, ya que la propuesta debe llevarse a la Mesa de Empleo Público.

Cantidad

Algunas fuentes, como **Simebal**, apuntarían a una supesta cantidad de unos 10 millones de euros, pero falta que Salut publique la cifra exacta final. Sea como fuere, el Govern sí premiará el gran esfuerzo ti-



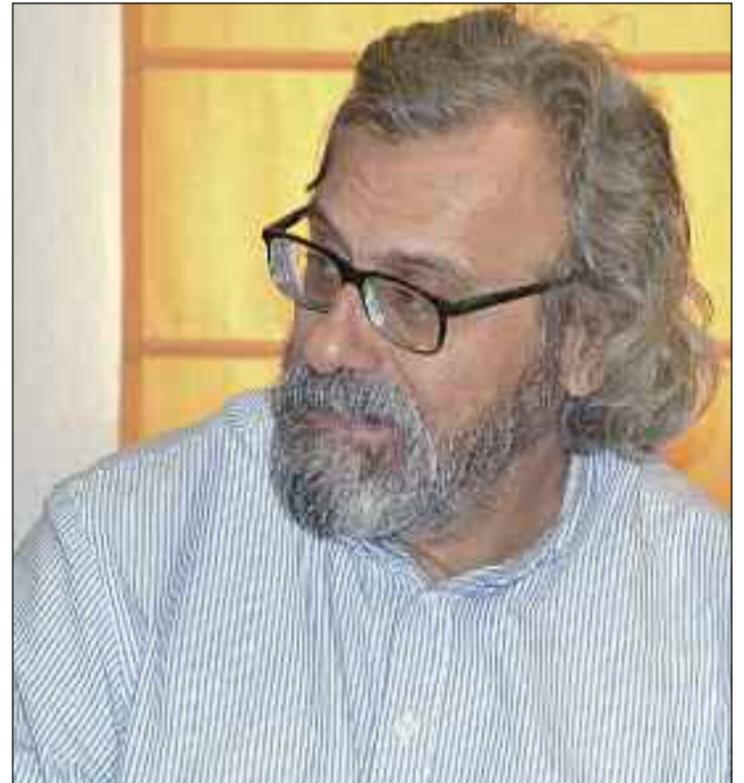
Patricia Gómez.

tánico de los sanitarios para atendernos a todos.

En declaraciones a **Salut i Força**, el presidente del Sindicato Médico de Baleares, **Simebal**, el prestigioso psiquiatra, **Dr. Miguel Lázaro** se mostró satisfecho, pero con matices: “Ese plus lo han reformulado. Nos parece bien, se ha pagado en casi todas las CCAA en una productividad variable. Digamos que a esos dos millones se les suman 8 millones más para hacer la productividad variable para los médicos con servicios específicos que han tenido contacto estrecho con pacientes co-

vid. Nos parece bien porque es una forma de gratificar la entrega, la dedicación, el trabajo, el riesgo, el

► **A esos dos millones se les suman 8 millones más para hacer la productividad variable para los médicos con servicios específicos que han tenido contacto estrecho con pacientes covid**



Miguel Lázaro.

esfuerzo y la sobrecarga. Hay servicios que esta productividad variable es justa. Ahora bien, Simebal hizo dos contrapropuestas: una que la productividad variable ascendiera a 3.000 euros mínimo, del año 2020. Y que esa productividad del año pasado queremos que se extrapolara y consolidara en 2021 y recordar que es un derecho que el Pacte de Progrés no recuperó y que llevamos cuatro años con una productividad baja. Queremos que se recupere como un derecho que nos quitó el Govern de José Ramón Bauzá. Estamos de acuerdo, por tanto, en ese aumento hasta los 10

millones, aunque en CCAA ha habido las dos cosas: plus y productividad variable. Queremos que sea para cada médico que ha estado en primera línea: Primaria, UCI, Microbiología, Radiología, Urgencias, Neumología, Medicina Interna, Anestesia, etc”.

Lázaro explicó que su sindicato se había solicitado al Govern un plus de 1.500 euros para los médicos que habían estado en la primera línea de la lucha contra el covid, una cantidad menor para el resto de médicos y un plus extra para los que habían sido contagiados.

Especialistas en Ortodoncia

Estética y salud para tu sonrisa



971 767 522



udemax.com



Farmacia Abierta



Una secció del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears y de Cooperativa d'Apotecaris

Un año de pandemia en las Islas Baleares: la distribución farmacéutica y sus retos

REDACCIÓN

Febrero 2020. Las constantes noticias relacionadas con la pandemia que llegan de China empiezan ya a tener efecto directo sobre aspectos concretos de la sociedad española. Las primeras alarmas sanitarias llegan también a las Islas Baleares, empezando por los incipientes rumores que alertan a la población insular sobre la necesidad de disponer de determinados artículos (mascarillas, guantes, geles hidroalcohólicos...) destinados a protegerse de un virus hasta entonces desconocido, haciendo para ello uso de productos que hasta ese momento apenas tenía presencia en las farmacias isleñas.

El problema de los proveedores fue, de hecho, el primero realmente importante al que hubo de hacer frente la Cooperativa d'Apotecaris durante aquellas primeras semanas de emergencia sanitaria (meses de marzo y abril) cuando los suministradores habituales se quedaron muy pronto sin stocks de productos relacionados con la prevención de la Covid-19 y, por tanto, sin capacidad real para poder atender las necesidades de suministro, cada vez mayores, de las farmacias de las Islas Baleares.

En consecuencia, la distribuidora balear tuvo que gestionar la brusca irrupción en el mercado de nuevos proveedores, que pretendían ofrecer una aparente solución a los picos puntuales de desabastecimiento y solventar de ese modo los problemas derivados de los consiguientes roturas de stock. Estos nuevos agentes no siempre reunían las garantías legales pertinentes, por lo que fue necesario llevar a cabo un exhaustivo y minucioso trabajo de verificación para impedir actuaciones de mala praxis o incluso directamente fraudulentas por parte de proveedores que, surgidos de repente en plena eclosión de la pandemia, pretendían hacer negocio por métodos claramente inaceptables.

El importante incremento de la demanda de artículos Covid-19 por parte de las farmacias (que aumentaba en paralelo con la extensión de una cierta psicosis en el seno de una sociedad cada día más atemo-



rizada) tuvo un doble efecto: por una parte, el notable incremento de los precios de unos productos que pasaron, en cuestión de semanas, de tener un estatus de casi irrelevancia desde el punto de vista comercial a ser considerados prácticamente artículos de primera necesidad. Y, en segundo lugar, la dificultad real de dar una respuesta inmediata a los pedidos de este tipo de artículos que realizaban unas farmacias presionadas por una fuerte demanda, provocando de este modo que, en determinados momentos, se registrara un moderado incremento de faltas en la cadena de suministro.

Aumento de stock

Para la Cooperativa d'Apotecaris, la creciente demanda de productos directamente relacionados con la Covid-19 implicó la necesidad de un mayor control de artículos que hasta ese momento apenas tenían salida comercial (el caso de las mascarillas es el más paradigmático), habilitando nuevos espacios en el almacén para su ubicación y realizando inventarios diarios para optimizar un control vital sobre unos productos que, de la noche a la mañana, se estaban viendo sujetos a una fortísima demanda



por parte de las farmacias. Este hecho, a su vez, obligó tanto a racionar esos artículos y garantizar un suministro equitativo al conjunto de las oficinas de farmacia -a fin de evitar eventuales acaparamientos- como a mantener un stock suficiente para un mínimo de 90 días, como medida de precaución destinada a descartar que pudieran darse roturas de stock en unos momentos de tanta presión de la demanda.

Prevención y planes de contingencia

En el plano logístico, garantizar un adecuado suministro a las farmacias de Mallorca, Ibiza y Formentera fue el principal objetivo del Plan de Prevención

y Contingencia implementado por la Cooperativa d'Apotecaris desde el principio de la crisis sanitaria, un plan en el que se incluyeron medidas encaminadas a facilitar la conciliación familiar de los trabajadores de la entidad y la implantación de turnos en los departamentos de la empresa -a fin de fomentar la distancia social-, así como la introducción del teletrabajo en aquellas áreas de gestión que, por sus propias características, permitían esa modalidad, tomando siempre en consideración aquellas situaciones personales -perfiles de riesgo por razón de edad o patologías previas- en las que no resultaba aconsejable la presencia física del empleado en su puesto de trabajo habitual.

Idénticas precauciones se

aplicaron al funcionamiento diario del almacén de la cooperativa, restringiendo al máximo su acceso, incorporando la segmentación de horarios para el personal o apostando por la implementación de severas medidas de carácter higiénico, incluyendo una especial atención a los transportistas de la entidad (quienes, por razón de su labor diaria, están más en contacto con otras personas).

Capacidad de respuesta

A lo largo de estos últimos doce meses la Cooperativa d'Apotecaris ha hecho frente, pues, a una situación de crisis sanitaria de primera magnitud y sin precedentes, durante la cual ha tenido que garantizar, en unas circunstancias especialmente difíciles, tanto la disponibilidad de stocks de productos anti-covid como la capacidad para hacerlos llegar a las farmacias de Mallorca, Ibiza y Formentera, siguiendo para ello criterios estrictamente sanitarios y basados únicamente en parámetros de equidad y no especulativos. Una labor que -conviene recordarlo una vez más- hubiese resultado del todo punto inviable sin el sólido compromiso demostrado por la plantilla de trabajadores de la entidad cooperativa, cuyo esfuerzo, implicación y rigor profesional hacen posible afrontar, cada día, los enormes desafíos que sigue planteando la crisis sanitaria derivada de la pandemia.

Y todo ello con el problema añadido de no poder contar, llegado el caso, con el apoyo logístico de otros distribuidores, como en cambio sí ocurre con los almacenes ubicados en territorio peninsular, donde la continuidad geográfica permite una interacción que puede resultar potencialmente muy fructífera en situaciones de excepcionalidad y que resulta inviable en el caso de la distribución farmacéutica balear, que se ve obligada a suplir esta vulnerabilidad derivada de su condición insular con una dosis extra de previsión, cautela y sentido de la responsabilidad, tanto ante las oficinas de farmacia de la comunidad como ante el conjunto de sus usuarios.

XISCO MARÍ / GERENTE DEL HOSPITAL SON LLÀTZER

“Tras un año de pandemia agotador y de experiencias intensas, tenemos la esperanza de ver la luz al final del túnel”

El Hospital Universitario Son Llàtzer atiende a una población de casi 270.000 usuarios. Al frente de esta dinámica organización hospitalaria de casi dos décadas de trayectoria, se encuentra Xisco Marí. Nacido en Ibiza, se licenció en Ciencias Económicas por la UIB en 1993, es también diplomado en Ciencias Empresariales. Completó su formación con un Máster en Dirección de Hospitales, que desarrolló en la Escuela de Negocios de Barcelona; un curso de Logística y Gestión Contractual en Servicios Sanitarios en la Universidad Autónoma de Madrid; y una diplomatura de especialización en gestión logística. La trayectoria profesional de Xisco Marí es densa y prolífica, y ha estado ligada en su mayor parte al sector hospitalario y asistencial. Entre otros cargos públicos y privados, asumió la gerencia de la Fundación Hospital de Manacor en 2007. Posteriormente, en 2012, Marí tuvo la ocasión de vivir una experiencia profesional increíble cuando fue nombrado director gerente del Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo. Desde 2015, es gerente de Son Llàtzer.

J. CALAFAT/C. HERNÁNDEZ

P.- El Hospital de Son Llàtzer está plantando batalla al coronavirus, pero todavía no se puede bajar la guardia, ni mucho menos. ¿Qué balance hace de este año de pandemia?

R.- Ahora mismo, ya hace un año del inicio de esta pesadilla. Hace unos días analizábamos las cifras y son más de 1.100 pacientes diagnosticados de coronavirus en nuestro hospital. De entre ellos, cerca de 150 ingresados en la UCI. En lo que respecta a estancias medias en UCI en las primeras olas fue de cerca de 27 días de media y, ahora, en la tercera ola, ha podido reducirse hasta los 20 días. En planta, también las estancias han pasado de una media de 12 a 6 días. Hemos aprendido a gestionar mejor esta enfermedad y lo que ha supuesto ha sido cambiar el hospital de arriba abajo. Pararlo todo, focalizarlo todo en la pandemia, crear dobles circuitos, separar espacios en las áreas de urgencias, plantas dedicadas a covid, dividir el personal, insistir en que el personal venga vestido de calle al hospital, se cambie y deje la ropa en el hospital para limpiarla. Todo el tema de gestión de las epi's... al principio hubo escasez, después se fue normalizando. Ha sido un año agotador, de experiencias muy intensas, los profesionales lo han hecho muy

bien y con la esperanza de ver ahora la luz al final del túnel.

P.- Además, el Hotel Palma Bay, del Palacio de Congresos, fue una actuación coordinada desde Son Llàtzer, en una relación de colaboración cuyo responsable durante unos meses fue el Dr. Cote Aguilar. ¿Cómo fue?

R.- En aquel momento, a principios de abril de 2020, vimos que se podían saturar los hospitales, había un nivel de enfermos que no eran para estar hospitalizados y que tampoco podían estar en su casa. El Servei de Salut negoció con el grupo Melià y se cerró un acuerdo. A mí se comunicó un viernes que el lunes siguiente debía abrirse un hotel medicalizado. Podía tener hasta 250 camas y era para todos los pacientes de Mallorca, no sólo de Son Llàtzer. Medicalizamos el hotel, con médicos 24 horas y con enfermería y el responsable fue el Dr. Cote Aguilar, quien hizo una gran labor. Llegamos a tener cuatro plantas

► “En un año de pandemia ha habido 1.100 pacientes diagnosticados de coronavirus en nuestro hospital. De entre ellos, cerca de 150 ingresados en la UCI”



del hotel con cerca de 60-70 pacientes al mismo tiempo y, por suerte, no lo llegamos a ocupar entero. Estuvo abierto hasta el mes de junio y después se reabrió en el mes de octubre. Fue una experiencia muy positiva.

P.- ¿Cree que habrá un antes y un después de la Covid-19, también en el caso de Son Llàtzer? Y si es así, ¿qué aspectos caracterizarán este futuro de la asistencia hospitalaria post-pandemia?

R.- Está claro que esta enfermedad ha venido a ser el catalizador del cambio. En sí, no es que haya impuesto los cambios porque ya estaban encima de la mesa. El objetivo de transformar la sanidad para que fuera

más transversal, que colabora mejor con Atención Primaria y la parte sociosanitaria, que se organizara no por servicios sino por patologías, por procesos. Una sanidad que incorporara la digitalización y la tecnología, que monitoriza a los enfermos en su casa, etc. Todo eso ya lo teníamos en la hoja de

► “En lo que respecta a estancias medias en UCI en las primeras olas fue de cerca de 27 días de media y, ahora, en la tercera ola, ha podido reducirse hasta los 20 días”

ruta del SNS antes de la pandemia. Y el covid lo que ha dejado claro es que el cambio es necesario y positivo y no hay que volver a la situación anterior. Los servicios han aprendido a ver que las cosas se pueden hacer de otra manera, incluso que hay algunas que hay que dejar de hacer. Por ejemplo, se han hecho consultas por teléfono. Ahora hay que incorporar todo eso a las rutinas porque se debe seleccionar cuándo y a qué tipo de paciente hay que hacerle la consulta telefónica. Se ha de escribir todo. Nos debe servir para, de una vez por todas, hacer el cambio que hace 10 años que los expertos lo han escrito. Ahora pongámoslo en práctica. Es el momento.

P.- ¿Qué balance hace de la campaña de la vacunación de la Covid en el Hospital?

R.- Empezamos a vacunar al personal el 13 de enero, igual que todos los centros públicos de Mallorca. En Son Llàtzer se ha inscrito para vacunarse el 93% de toda la plantilla. Un éxito. De 2.800 trabajadores en total, más de 2.500 han dicho ‘yo me quiero vacunar’. Y a día de hoy, de esos 2.500 profesionales, el 98% ya ha recibido la primera dosis de la vacuna y el que no la ha recibido es porque ha pasado el covid, está embarazada o tiene una enfermedad y ha elegido vacunarse más tarde. Y el 90% de ese 98% ya tiene las dos dosis recibidas. El balance es muy positivo, hemos animado a la plantilla a que se vacune. Quiero recordar que, al principio, en noviembre, la gente decía ‘no sé si se me vacunará’, en el momento que dijimos vamos a vacunar, hubo avalancha para inscribirse. Estoy contento del éxito de la respuesta por parte del personal.

P.- La Covid ha obligado a paralizar muchos proyectos y equipamientos asistenciales. En el caso de Son Llàtzer, ¿cuáles de las actuaciones previstas para este año continúan?

R.- Lógicamente, todos los proyectos del 2020, hemos intentado rescatarlos para el 2021.

Afortunadamente se han reactivado proyectos de mucho impacto. Hace unos días, empezó la instalación de la segunda Resonancia Magnética de 3 Teslas en el hospital. También el pasado 15 de marzo se inició la instalación del cambio de la sala de Intervencionismo Radiológico y Hemodinámica, que estará en marcha en el mes de junio. Proyecto, este último, que los profesionales de Son Llàtzer demandaban desde principios de 2009, tener Hemodinámica y ahora una vez adjudicado será una realidad este año. Otro proyecto importante, que estaba previsto en el Plan Director era ampliar la UCI, hemos adelante su construcción para dar respuesta a futuras olas de covid y tener espacio en intensivos. Porque algo que ha padecido Son Llàtzer es tener unidades de críticos en unidades de reanimación y tener que parar quirófanos. Esto no ha sido especialmente positivo, ya que detener la actividad quirúrgica, para todo aquello programable, sólo es aceptable para un periodo corto de tiempo. Con la ampliación de las UCI's tendremos ese espacio para no tener que ocupar las reanimaciones post-quirúrgicas.

P.- ¿Cómo ha vivido los cambios en la gestión?

R.- Mallorca fue pionera en el modelo donde se miraba toda España, eran los años 1997-98 con el inicio de las fundaciones sanitarias (nuevas fórmulas de gestión): Manacor, Alcorcón, Son Llàtzer, Calahorra, Verín. Cinco fundaciones que iban bien, resultados e indicadores buenos y gran nivel de satisfacción de pacientes y profesionales. Siempre pensamos que era el modelo del futuro y por los motivos que fueran, en 2009-10 pasan las fundaciones a ser estatutarias y el paradigma de cambio de finales de los 90 quedó en nada. Cuando hablo de cambios con los jefes de Servicio me dicen 'es lo que teníamos ya en 2006 que era gestionar los recursos humanos, la lista de espera, el presupuesto...'. Es pendular, no avanzamos. La gestión del mundo estatutario hace 20 años era igual, es algo decepcionante.

P.- ¿Hay que educar a los pacientes?

R.- Hay un dato objetivo: Son Llàtzer cada año asumía 105.000 urgencias. Cerramos 2020 con 70.000, más de un

30% menos. Por tanto, parece claro que hay una cantidad importante de urgencias que no son tales..., lo vemos en los niveles de triage, antes los niveles 4-5 significaban el 35% del total. Esto hace también que montes una estructura para atender 105.000 urgencias: boxes, enfermería, facultativos... Ya hace tiempo que trabajamos

► **"Son Llàtzer tiene más de 40 profesores asociados y 2 vinculados a la Facultad de medicina. Sin duda el futuro del hospital, era estar dentro de la Facultad"**

con la información y comunicación a los pacientes, como anunciar los tiempos de espera porque se atiende por gravedad, no por orden de llegada. Si usted es nivel 5 debe ir al PAC o centro de Primaria y es una educación en la que debemos insistir, si hacemos un buen uso del sistema evitamos malgastar recursos. Nos debe servir para poner orden.

P. ¿Qué opina de la Facultad de Medicina y cómo espera que nutra a Son Llàtzer de nuevos profesionales?

R.- Son Llàtzer entró de lleno cuando se creó la Facultad y fue declarado hospital universitario. En años anteriores, una Comisión trabajó para que tuviera los requisitos necesarios para ello. Estamos orgullosos de haber ayudado en el embrión de la Facultad de Medicina. Son Llàtzer tiene más de 40 profesores asociados a la Facultad y dos vinculados. Significaba el futuro del hospital estar dentro de la Facultad.

P.- ¿En qué proyecto está inmerso el hospital en cuanto a investigación?

R.- Desde 2015 hemos reconvertido el quirófano experimental en un quirófano para hacer formación. Lo más importante es que Son Llàtzer forma parte del IdISBa. El Dr. Fiol asiste cada mes a las comisiones de investigación del hospital. Un hospital de nuestro tamaño debe fomentar la investigación, complementa la docencia, y es necesario para captar a los nuevos residentes,

ahora te los debes ganar porque te visitan y piden 'usted qué ofrece' y debes ser atractivo porque si no, no vienen.

P.- ¿Qué recuerda de su paso por el Centre Nacional de Paraplégicos de Toledo?

R.- Luis Carretero me entrevistó y me explicó el proyecto. Pensaba que el proyecto fuerte era el hospital, pero realmente era la Fundación de Investigación, la encontramos bloqueada a nivel burocrático. Todos entendimos que como hospital de parapléjicos se debía potenciar su investigación porque se quería curar la lesión medular. No tiene cura aún, pero se debe buscar lo máximo, aunque parezca utópico, un objetivo: reestructuramos toda la parte de investigación con la colaboración de los profesionales, que fue máxima. En el mismo techo convivían clínicos, investigadores y pacientes. En la cafetería, los pacientes pedían 'pruebe lo que está investigando conmigo, tengo tiempo, pruebe conmigo por favor'. Era impresionante. Desgraciadamente aún no se ha encontrado la solución a la lesión medular.

“Entré en sanidad por casualidad en 1993”

Como siempre, nuestros tertulianos habituales, **Ramón Colom**, farmacéutico y tesorero del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Baleares; **Dr. Antoni Benassar**, jefe del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Comarcal de Inca y ex presidente del Colegio de Médicos de Balear además de director ejecutivo del Patronato Científico de dicha institución; y el **Dr. Pere Riutord**, especialista en Estomatología, profesor de la Escuela Universitaria ADEMA-UIB y miembro de la RAMIB.

Antoni Benassar, en su clásica pregunta, interpeló a **Xisco Mari** sobre cómo fueron sus inicios, a lo que respondió con sinceridad: “Me inicié en sanidad por casualidad. Trabajaba en una promotora inmobiliaria, tenía 24 años y me encontraba a gusto. Fue un compañero de facultad él que me dijo que en Atención Primaria iniciaban un proceso de selección, y buscaban un perfil similar al mío para encargarse de todas las compras. Me presenté, era agosto de 1993, el director del INSALUD era Ferran Moll y el ge-



rente de Primaria era Manel Del Castillo. Me encantó el proyecto: se transformaba el modelo de los ambulatorios para abrir centros de salud, la jerarquización de los equipos, la creación de los distintos programas de prevención de la salud... en definitiva la creación de la Primaria. Recuerdo la ilusión e intensidad con la que se trabajaba, montamos muchos centros de salud en pueblos, ayudar a descargar cajas..., la resistencia al cambio. Luego llegaría de gerente Josep Pomar. Me enganqué en

esto. Luego me marché a Menorca para ser director de Gestión porque me decían 'debes seguir creciendo'. Así empecé y luego seguí mi trayectoria de un ibicenco en Mallorca que se llama Mari Mari. Todos mis compañeros ibicencos de la carrera volvieron a Ibiza. Yo llevo 30 años levantándome a las 6 de la mañana cada día, nadie me ha regalado nada”.

Pere Riutord, le preguntó cómo incorporó los conocimientos médicos a la hora de conocer toda la información

necesaria como gestor, de formación economista, teniendo muy claro que este equilibrio “coste-salud”, no todos los facultativos lo tienen presente: “Tengo claro que no soy un clínico, cuando discutí con un facultativo que necesita recursos y me doy cuenta que no puedo valorarlo y sé de esa limitación que he compensado escuchando y leyendo mucho. Siempre he querido saber por qué en un proyecto X necesitábamos la aguja de un calibre X.

Siempre he escuchado, siempre me he esforzado en entender las cosas, para que sirvan y qué utilidad tienen, su concepto de coste-beneficio, con lo que tenemos hacer lo máximo. He encontrado una gran simbiosis con el ámbito científico porque he entendido que soy un facilitador pero que el médico debe rendirme cuentas y si nos entendemos, todos ganamos. Siempre me he encontrado respetado por los facultativos y jefes de Servicio y al igual que he ido creciendo, me he preocupado de que ellos todavía crecieran más. Y eso es lo que me ha llevado hasta aquí”.

Acceda a la tertulia completo escaneando este código QR



EULÀLIA JUAN PASTOR / LOGOPEDA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL SON LLÀTZER

“En Otorrinolaringología hemos hecho un muy buen uso de las mascarillas accesibles o comunicativas”

La pandemia ha complicado y mucho la comunicación en general de nuestra sociedad. Especialmente para todos aquellos pacientes con problemas auditivos o dificultades para comunicarse. Es el caso de los pacientes laringectomizados. Para saber cómo han aprovechado la tecnología para seguir con su terapia, conversamos con Eulàlia Juan Pastor, logopeda del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Son Llàtzer, firme defensora de las llamadas mascarillas comunicativas o accesibles, que permiten leer los labios.

CARLOS HERNÁNDEZ

P.- ¿Qué destacaría del trabajo que lleva a cabo con los pacientes laringectomizados? ¿Cómo ha afectado el tema de las restricciones a este tipo de pacientes?

R.- Estos pacientes tienen un tratamiento individualizado, justo después de la intervención. A partir de esos tratamientos individuales, se comparten unas sesiones de grupo. Esas sesiones grupales son fundamentalmente para apoyo emocional y porque contemplamos, desde nuestra Unidad, el concepto del paciente experto. Son pacientes que llevan tiempo con el proceso de su enfermedad y tienen una experiencia de vida muy favorecedora para los pacientes que empiezan. Estos grupos van más allá de la intervención logopédica y el terreno del apoyo emocional. Desgraciadamente, esos grupos hemos tenido que suspenderlos y pensar en alternativas. Es decir, tener un plan B. En ese caso, hemos organizado grupos de whatsapp, telerehabilitación individual y en grupo, etc.

P. ¿Cómo es la telerehabilitación en este tipo de pacientes? ¿Qué pautas da?

R.- Creo que la mayoría de nosotros nos hemos visto obligados a utilizar las plataformas de videoconferencia, tanto para la comunicación laboral, como familiar para mantener el con-



tacto. Y también para recibir educación. Sin embargo, el uso de plataformas de videoconferencia en rehabilitación ya estaba extendido en países como Canadá o EEUU, donde las distancias son tan grandes, que los pacientes residen a miles de kilómetros alejados del centro de referencia. En nuestro caso nunca fue así hasta la llegada de la pandemia. Ahora hemos utilizado esas plataformas de conferencia para mantener la relación con los pacientes, mantener su rehabilitación y mantener la colaboración del grupo. Lo mismo que nos sucede en

nuestra vida laboral, donde hemos tenido que entrenarnos en el uso de estas plataformas. En este grupo de pacientes, dependiendo de la edad, hay una minoría familiarizada con la tecnología. Pero desgraciadamen-

► “Un metro de distancia entre dos personas que se comunican suponen 6 decibelios menos. Cuanto más me alejo, más pierdo decibelios. Eso, para cualquier persona que tenga una pérdida de audición más allá de 40 decibelios, deja de percibir la mayoría de sonidos del habla”

te hay un grupo mayoritario de pacientes que lo máximo que había hecho hasta ahora era una llamada de teléfono móvil. Han tenido que entrenarse en el uso. Y, aun así, hay un peque-

ño grupo de pacientes que ni disponía de móvil. La franja de edad oscila entre los 55 años hasta los 86 años. Ha sido un proceso de aprendizaje y además en muchos casos han contado con la ayuda de algún familiar, que les ha podido ayudar en el entrenamiento. Por nuestra parte, hemos intentado facilitar lo máximo posible el aprendizaje de esta tecnología enviándoles documentos a través del teléfono, con pasos sencillos para poner en práctica. También se les ha ofrecido un concepto mixto de telerehabili-

tación que consiste en combinar, el grupo de pacientes que se conecta online desde casa, con un máximo dos pacientes presenciales en consulta, debido a las dimensiones de la sala y siempre manteniendo las medidas covid. A los pacientes presenciales se les ha podido introducir desde la consulta en el uso de la videoconferencia, en general, diría que las cosas han funcionado bien.

P.- ¿Son los resultados igual de buenos o no es lo mismo?

R.- La percepción es cualitativa, sin haberlo medido en encuestas de satisfacción. Lo digo porque yo también formo parte del grupo de whatsapp y compruebo cada día la cantidad de pacientes que se dan los buenos días, se transmiten una palabra amable, un meme o una historia que quieren compartir con el resto. Eso me hace pensar que tanta participación sirve para medir el grado de éxito o satisfacción. Del mismo modo, los pacientes que se han seguido operando porque la cirugía oncológica no se ha detenido en ningún momento, los pacientes nuevos se han ido incorporando al grupo y han sido recibidos de una manera calurosa y afectiva y reconocen sentirse acompañados.

P.- ¿Cómo les afecta el hándicap de la mascarilla?

R.- No solo afecta a los pacientes con problemas auditivos. Las mascarillas han puesto en evidencia la importancia de la labiolectura y de qué forma leemos e interpretamos el mensaje en las expresiones de nuestra cara. Eso nos ha afectado a todos, tanto a niños como a mayores y, por supuesto, a la población con una pérdida de audición. Ha habido varias iniciativas, desde el principio. Por ejemplo, la de la Federación de Implantados Cocleares de España, su campaña ‘10.000 sonrisas’. Consiguieron que un fabricante realizara unas mascarillas que reunían esas condiciones de mascarilla higiénica, pero con una pantalla transparente. Han sido llamadas mascarillas accesibles y han sido muchos colectivos y asociaciones de deficientes auditivos y e iniciativas personales quienes se han dirigido al Mi-



Un momento de la terapia gracias a las nuevas tecnologías de videoconferencia.



nisterio de Sanidad y Consumo para que se consiguiera una certificación que asegurara la calidad, esto es la respirabilidad y la barrera bacteriológica para su uso en ambiente hospitalario, educativo, etc. En este hospital ha habido la iniciativa de Neonatología porque es importantísimo cuidar el inicio de la comunicación entre bebés y papás y mamás

► **“El covid ha puesto de manifiesto el problema de la comunicación y la trascendencia que tiene en nuestras vidas. Son muchas las personas que transmiten su sensación de soledad”**

porque los recién nacidos necesitan aprender de las palabras sino también de la expresión facial. En Atención al Usuario, en un momento dado, ha tenido dificultades con los pacientes en general y ha podido emplear las mascarillas accesibles.

P.- Las mascarillas y la distancia de seguridad, ¿todavía aísla más?

R.- Un metro de distancia entre dos personas que se comunican suponen 6 decibelios menos. Cuanto más me alejo, pierdo más decibelios. Eso, para cualquier persona que tenga



Eulalia Juan Pastor, con la mascarilla accesible.

una pérdida de audición más allá de 40 decibelios, que encima se aleje más y le restamos 6 o 12 más, deja de percibir la mayoría de sonidos del habla. Esa persona se apoyaría en la labiolectura en un contexto normal. Pero desde el momento que cubrimos la boca la labiolectura se pierde. Pensamos que recibimos el 100% de la información por audición y no es cierto. La información visual, el mensaje no verbal o labiolectura puede

llegar a suponer el 70% del mensaje y eso ha desaparecido. En nuestro Servicio de Otorrinolaringología hemos hecho un muy buen uso de las mascarillas accesibles o comunicativas.

P.- Algunos pacientes intubados por covid, aseguran que han tenido complicaciones para volver a escribir o hablar.

R.- Existe un grupo de pacientes a los que se les ha realizado una traqueotomía, que han sido

intubados y que, como consecuencia, pueden manifestar trastornos en la deglución y el habla. Estos pacientes son atendidos por la Unidad de Disfagia compuesta por 2 otorrinólogos y una logopeda, que se encargan de esa rehabilitación. Es importante actuar muy rápidamente, su proceso de recuperación logopédico debe ser rápido en el trastorno de deglución y habla.

P.- ¿Nos ha complicado mucho la comunicación el coronavirus?

R.- El covid ha puesto de manifiesto el problema de la comunicación y la trascendencia que tiene en nuestras vidas. Son muchas las personas que transmiten su sensación de soledad. Ya de por sí, las personas cuando están en un hospital ya está en una situación de vulnerabilidad o shock porque esperamos una mala noticia en alguna ocasión. Si además incluimos las dificultades de comunicación, la situación se agrava. Como logopeda en Son Llàtzer he intentado en lo posible concienciar sobre estas dificultades, promover el uso de las mascarillas comunicativas y, respecto a la atención concreta de los pacientes, la telerehabilitación ha supuesto una gran ayuda. Es cierto que tenemos la consulta telefónica, pero tiene sus limitaciones. Las plataformas de videoconferencia permiten ver y compartir materiales. Pero, sobre todo, permiten vernos. Vernos la cara. Y todo

ello ha sido posible gracias al apoyo técnico que dentro del hospital se nos ha facilitado, es decir, un departamento de Audiovisuales, Informática o Atención al Usuario porque los clínicos intentamos aportar nuestra experiencia en tu ámbito clínico, pero hay aspectos que no dominas bien y la ayuda de la organización del hospital ha sido importante.

► **“Estos pacientes laringectomizados tienen un tratamiento individualizado, justo después de la intervención. A partir de esos tratamientos individuales, se comparten unas sesiones de grupo”**

Acceda al reportaje completo escaneando este código QR



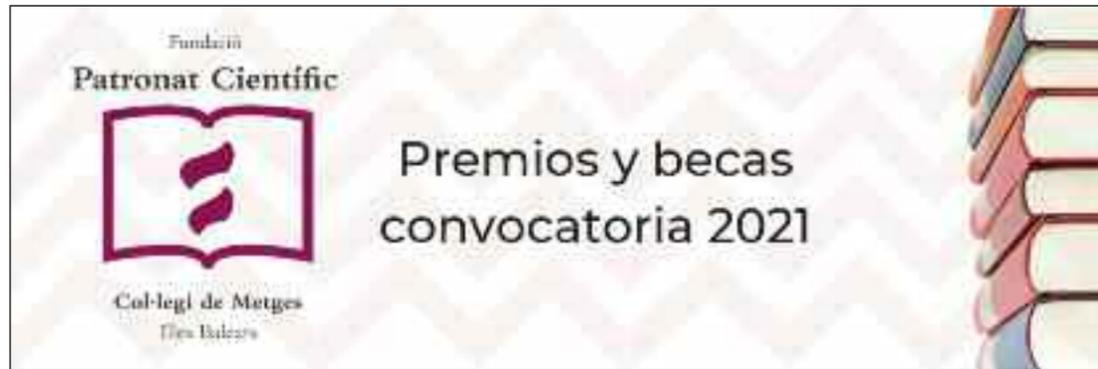
Premios y becas de la Fundació Patronat Científic del Col·legi de Metges | Convocatoria 2021

J.J.S. / C.H.

La Fundació Patronat Científic del Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears (Comib) abre la convocatoria de becas y premios de 2021. Se convoca un total de siete premios y ocho becas de seis categorías distintas, cuya dotación económica suma 27.500 euros.

Con esta nueva edición de los premios y becas de la Fundació Patronat Científic, el Col·legi de Metges pretende fomentar la vertiente investigadora y científica de los médicos de Balears y contribuir a la excelencia de los nuevos profesionales.

La convocatoria de premios y becas, un año más, cuenta con la colaboración de la Fundació Banc Sabadell, que patrocina las becas de rotación externa, y de la Fundació Mutual Mèdica, que patrocina el premio para la realización de tesis doctoral.



El plazo de entrega de trabajos a concurso finaliza el 30 de junio de 2021.

Premios de investigación científica

Premio Mateu Orfila: al que pueden optar trabajos científicos inéditos cuyo autor (o primer firmante) no supere los diez años de posgrado).

Premio Damià Carbó: para publicaciones científicas originales.

Premio Metge Matas: para

trabajos publicados en los últimos tres años y que no hayan sido premiados.

Becas Fundació Banc Sabadell de rotación externa para MIR

Se conceden para que médicos que realizan la residencia en hospitales de las Illes Balears realicen rotaciones en hospitales españoles (dos becas) y en hospitales extranjeros (dos becas).

Becas de innovación

Se conceden para que médicos -no residentes- de hospitales de las Illes Balears realicen estancias en centros sanitarios españoles (dos becas) y extranjeros (dos becas).

Premio Fundació Mutual Mèdica al mejor proyecto de tesis doctoral

Patrocinio para la obtención del título de Doctor.

Certamen de casos clínicos para médicos residentes

Para trabajos de médicos residentes colegiados (máximo

cuatro autores, los dos primeros de centros sanitarios de las Illes Balears) sobre casos clínicos de cualquier especialidad médica o quirúrgica.

Premio Camilo José Cela de humanidades médicas

Para trabajos de médicos colegiados en España (máximo cinco autores) sobre cualquier tema relativo a la relación de la Medicina con las Humanidades Médicas.

Más información y bases: www.comib.com/premios-becas-2021



Agenda docent

CONGRESOS

XXVII Congreso Nacional de Medicina General y de Familia

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Palacio de Congresos de Palma.

Modalidad mixta. Del 14 al 19 de junio

XII ISIN Conference on Immunonutrition

Sociedad Internacional de Inmunonutrición

Formato online. Del 14 al 16 de julio

CONFERENCIAS

"Coloquios contra el cáncer". La prevención del cáncer de colon en Baleares

AECC Baleares y CAEB

Formato webinar. 25 de marzo

CURSOS

Reciclaje en Soporte Vital Avanzado

Fundació Patronat Científic COMIB

COMIB. Palma, Ibiza. 23 de marzo

Curso de inglés médico

Fundació Patronat Científic COMIB

COMIB. Palma. Modalidad presencial y virtual. Del 12 de abril al 28 de junio

Entrenamiento en el cultivo de la compasión

Fundació Patronat Científic COMIB

COMIB. Palma. Del 26 de abril al 14 de junio

PREMIOS – BECAS

Premios a la Investigación Fundación Jesús Serra

Convoca: Fundación Jesús Serra-Grupo

Catalana Occidente

Plazo presentación candidaturas:

Del 11 de enero al 7 de abril

Premios y becas Fundació Patronat Científic COMIB

Convoca: Fundació Patronat Científic COMIB

Plazo presentación candidaturas:

Del 25 de febrero al 30 de junio

JORNADAS

Ciberseguridad

Fundació Patronat Científic COMIB

Formato webinar. 24 de marzo

Jornadas de Residentes y Tutores

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Modalidad virtual. Del 20 al 23 de abril

Jornadas Nacionales de Gestión del Medicamento, Inercia clínica y Seguridad del Paciente

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Modalidad virtual. 7, 8 y 9 de junio

www.comib.com/patronatcientific

Las agresiones a médicos en Balears se mantuvieron durante 2020 con 16 casos registrados

En el ámbito nacional, el número total de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos asciendió a 441 casos, un 35% menos que el año anterior debido a los meses de confinamiento

J.J.S. / C.H.

El Observatorio de Agresiones del Col·legi de Metges de les Illes Balears (Comib) registró 16 agresiones a médicos durante 2020, cifra inferior a la del año anterior, cuando se produjeron 20. En concreto, el 18,75% de los casos registrados corresponde a agresiones de tipo físico con resultado de lesiones, 31,25% a amenazas y el 50% a insultos.

Por género, las agresiones registradas en Balears a mujeres supusieron el 56,25%, mientras que el 43,75% de los médicos agredidos fueron hombres.

De este modo, la incidencia acumulada de agresiones a médicos en 2020 fue de 2,77 por cada mil colegiados en Balears, por encima de la media nacional, de 1,63 por cada mil colegiados.

De los casos registrados, el 50% se sitúan en la franja de edad de los 36 a los 45 años y el 18,75% en la de 46 a 55 años. El ámbito hospitalario, con el 43,75% de las agresiones registradas, es el que sufre una mayor incidencia, seguido por Atención Primaria, con el 37,75% de los casos registrados por el Comib. El 81,25% de los agredidos sufrió los ataques en el sector público y el 18,75% en el privado.

Datos nacionales del Observatorio de Agresiones de la OMC

- Atención Primaria acumula más de la mitad de las agresiones en 2020 (52%)

- El 90% de las agresiones en 2020 fueron en forma de amenazas e insultos, siendo esta última la que más crece

- En los años 2019 y 2020, seis de cada diez agresiones han sido sufridas por mujeres

- 2019 generó la cifra más alta de la última década, con un total de 677 agresiones

- Andalucía, Comunidad Autónoma donde se producen el mayor número de



Dra. Rosa Robles (secretaria general), Dr. José Manuel Valverde (presidente), Dra. Juana Mas (tesorera) y Dr. Carles Recasens (vicepresidente del Comib).

Observatorio de agresiones del Comib

La agresión a un profesional de la medicina rompe la confianza necesaria para garantizar una asistencia sanitaria adecuada. El Comib se personará como acusación particular en todas las denuncias relacionadas con agresiones, psíquicas o físicas, a los profesionales en el ámbito laboral y ofrece a todos los médicos de Balears asesoría jurídica inmediata y directa cuando sufren agresiones.

agresiones mientras que Cantabria y Extremadura registran el mayor índice de incidencia acumulada

- El Observatorio Nacional de Agresiones de la OMC ha registrado, en 10 años, 5.037 agresiones a médicos y médicas

En 2020, insultos y amenazas a médicas de Atención Primaria

De los datos presentados, se ha resaltado que, en 2020, el número total de agresiones comunicadas a los Colegios de Médicos ascendió a 441 casos lo que significa un descenso del 35% con respecto a las comunicadas en el año 2019, que había sido la cifra más alta de los últimos diez años, con un total de 677. La explicación es la situación vivida durante el primer Estado de Alarma y el confinamiento entre marzo y junio de 2020.

De todas las agresiones sufridas el 57% corresponde a mujeres frente al 43% de los hombres, un dato que consolida la tendencia de los últimos cinco años en los que las mujeres sufren la mayor parte de las agresiones.

Uno de los datos más relevantes de las estadísticas de 2020 es el importante aumento de las agresiones registradas dentro del ámbito de la Atención Primaria, que supone más de 50% de los casos (52%) frente al 43% del año anterior. Tras AP, les siguen el ámbito de los Hospitales (17%), Urgencias de Atención Primaria (10%) y Urgencias de Hospitales (9%).

Nueve de cada diez agresiones en 2020 se producen en forma de insulto o amenaza y un tercio de forma telemática

Respecto a los diferentes tipos de agresiones sufridas, en nueve de cada diez casos se produjeron insultos y amenazas, mayoritariamente a mujeres (60%), mientras que el 10% restante fueron agresiones que acabaron en lesiones físicas, sufriendolas a la par hombres y mujeres (50% vs 50%). Respecto a 2019 destaca el incremento de los insultos (+10%).

«Hemos de trabajar para que la sociedad se conciencie sobre la importancia del cáncer de colon»

El doctor José Reyes, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital de Inca y vicepresidente de la AECC en Baleares, habló en Salut i Força de las claves para la prevención de esta enfermedad

JUAN RIERA ROCA

El cáncer de colon es una enfermedad oncológica que afecta a la parte final del tubo digestivo y que suele iniciarse en el intestino grueso. La población de riesgo de esta afección, que es una de las principales causas de muerte prematura en nuestro entorno, se inicia a partir de los 45—50 años, aunque los más jóvenes no pueden descuidar los hábitos de vida ni los signos de alarma.

Es frecuente que este tipo de cáncer inicie su progresión a partir de pequeños pólipos o tumores que inicialmente son benignos que se forman en el colon y que, con el tiempo y en algunas ocasiones, pueden derivar en un pronóstico oncológico. Por todo ello es vital un tratamiento precoz, solo posible con un diagnóstico temprano de este tipo de enfermedad.

La detección precoz de esta enfermedad se llevará a cabo con una serie de pruebas que, sobre todo a partir de las edades de riesgo, se consideran muy aconsejables aún en pacientes asintomáticos. El sistema sanitario balear puso en marcha hace años un novedoso modelo de cribaje, consistente en realizar análisis de sangre oculta en heces a la población de riesgo.

En el caso de que se detecte esa presencia de sangre, que puede ser indicador de un problema oncológico o de otro tipo, se somete al ciudadano a

► «El cáncer de colon el primero en incidencia y muerte en el conjunto social»

una colonoscopia, prueba actualmente indolora, ya que se realiza con procedimientos muy avanzados y con sedación, que permitirá al médico especialista un examen de los intestinos y la detección precoz de un posible cáncer.

Este programa se inició hace unos años para la comarca de Inca (y aún se halla en fase de implantación en el resto del te-



ritorio balear) siendo uno de los protagonistas de su desarrollo el **doctor José Reyes Moreno**, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Comarcal de Inca y vicepresidente de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) en las Islas Baleares.

—**Dr Reyes, ¿cuál es la incidencia actual del cáncer de colon y hasta qué punto se puede decir que se trata de una enfermedad frecuente?**

—El cáncer de colon es en Baleares, en España y en conjunto de países occidentales uno de los tipos de cáncer más frecuentes, el segundo en los hombres, tras el de próstata y el segundo más frecuente en las mujeres en las mujeres después del de mama. Es, también, el segundo en mortalidad, tanto en hombres como en mujeres. En números absolutos es el cáncer con más diagnósticos al año y también en número de muertes al año. En Baleares se diagnostican 800 casos al año y fallecen por esa causa entre 320 y 350 personas. En el conjunto de España se diagnostican 35.000 casos anuales.

Una de las dificultades de atajar este cáncer, como explica el

especialista, es que los síntomas son muy inespecíficos. Es el caso de «pérdidas de sangre, dolor abdominal, síntomas que se pueden confundir con problemas más comunes, como son las hemorroides». Por lo que «hemos de trabajar para que la sociedad se conciencie de la importancia del cáncer de colon».

«Una reciente encuesta de la Sociedad Española de Gastroenterología —señala el especialista— reveló que el cáncer de colon es el séptimo en preocupación por parte de la sociedad española, después del cáncer de mama, del cáncer de

► «La detección de sangre oculta en las heces es la principal señal de alarma»

pulmón, de próstata, de hígado... y el colon quedaba el séptimo u octavo, lo cual no tiene sentido, porque es el más frecuente entre la población.»

—**¿Qué estrategias existen para prevenir y atajar el cáncer de colon?**

—Para empezar, lo que denominamos prevención primaria. Las medidas que van dirigidas a evitar que una persona desarrolle pólipos

o cáncer de colon. Estas medidas son de salud general. Hacer ejercicio. Evitar el sobrepeso y la obesidad. Evitar el tabaco y el alcohol. Evitar la ingesta de carnes rojas y de alimentos ricos en grasas. Es decir, llevar unos hábitos de vida saludables. Estas medidas, que son básicas y además reducen el riesgo de otras enfermedades, reducen de una manera muy significativa el riesgo de padecer cáncer de colon.

A estas medidas le siguen las de prevención secundaria, en palabras del **Dr Reyes**, «las que van dirigidas a diagnosticar el cáncer de manera precoz o a diagnosticar las lesiones pretumorales, como son los pólipos de colon». También hay que tener en cuenta que «las personas con antecedentes familiares tienen un mayor riesgo de sufrir este cáncer.

»A este grupo —continúa explicando el especialista— tradicionalmente se le ha venido aplicando toda una serie de medidas de prevención, aunque en los últimos años se han visto cambios en las estrategias para con este grupo poblacional: en quienes solo tienen un antecedente familiar de primer grado, basta en muchos casos la prueba de sangre oculta en heces».

Ante una persona con más

de un antecedente de cáncer de colon en un familiar de primer grado, sí que se mantiene la indicación de realizar colonoscopias preventivas. Estas afirmaciones se hacen desde el conocimiento y desde el éxito de la puesta en marcha desde el Hospital de Inca del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Colon.

«El programa —explica el **Dr Reyes**— está funcionando a nivel de las áreas del Hospital de Inca, del Hospital de Eivissa (Can Misses) y Formentera y del Hospital Mateu Orfila, en Menorca, desde enero de 2015 con resultados muy positivos, detectando una media de 20 a 25 casos de cáncer en cada ronda (2 años) y 150 adenomas que se hubiesen convertido en cáncer».

La importancia de estas detecciones se expresa en el hecho de que el 80% de los cánceres detectados estaban el estadio 1 y 2, «es decir, cánceres que se curan mediante tratamiento endoscópico o quirúrgico, sin necesidad de recibir posteriormente radioterapia o quimioterapia, al revés de los cánceres que se diagnostican a través de síntomas».

«La detección precoz del cáncer de colon logra, por una parte, evitar la aparición de cánceres y, por otra, detecta cánceres en estadios mucho más iniciales, mucho más fáciles de tratar y por lo tanto con mucha menos repercusión para el sistema sanitario y para la persona», explica el **Dr José Reyes**, jefe de Digestivo del Hospital de Inca y vicepresidente de la

► «Los síntomas son muy inespecíficos, de ahí la importancia de los cribados»

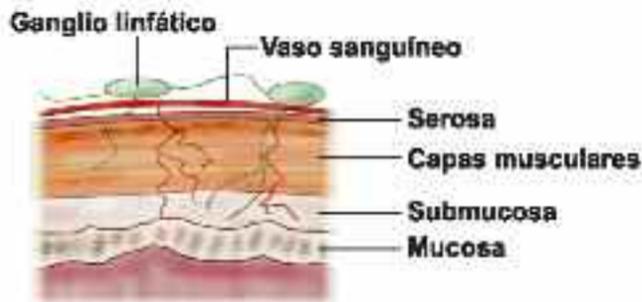
AECC de Baleares.

La AECC jugó un papel protagonista el desarrollo del programa piloto de este plan, entre 2013 y 2014. Desde entonces a AECC ha colaborado en todo lo que ha sido necesario para dar a conocer el programa. Al inicio de la segunda ronda se detectó una bajada de la respuesta. Fue gracias a la campaña de llamadas de los volunta-

CÁNCER DE COLON

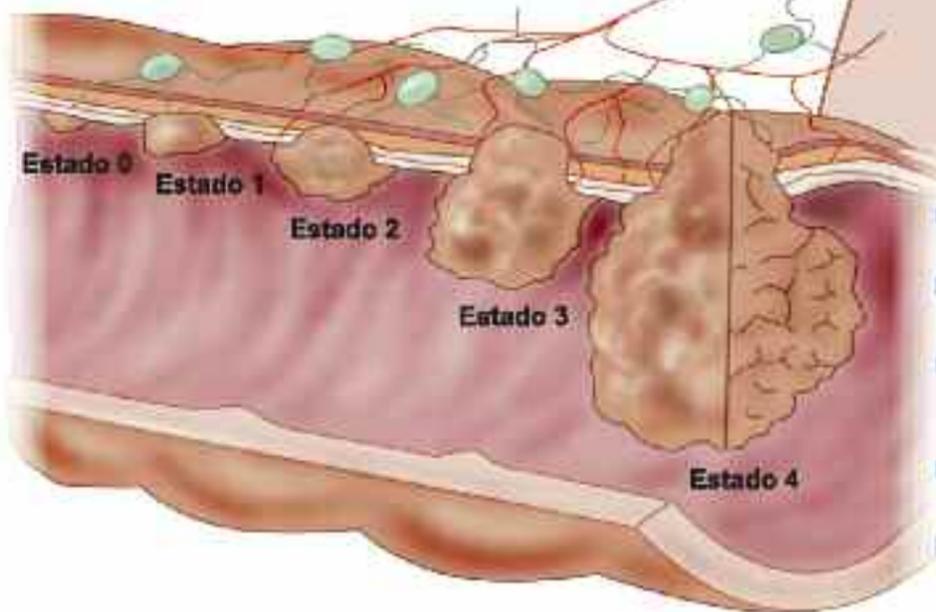
Se trata de una enfermedad en la que las células malignas se localizan en la porción intermedia y más larga del intestino grueso. Resulta fácil de detectar, tiene un alto grado de curación y tarda mucho en desarrollarse.

■ LAS CAPAS DEL COLON

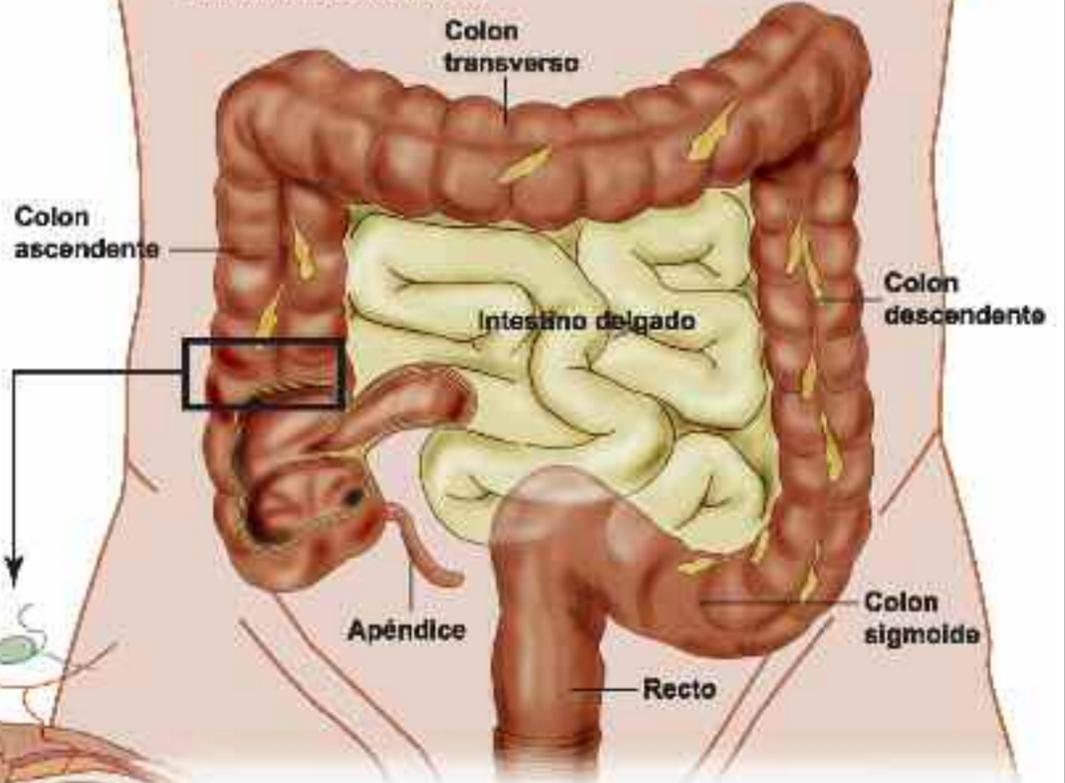


■ EVOLUCIÓN DEL TUMOR

Las células que forman el colon son muy activas. A veces se forman brotes conocidos como pólipos. Varias mutaciones genéticas pueden transformarlos en tumores cancerígenos



El colon, junto con el recto, es el lugar donde se almacenan las heces antes de expulsarlas. Debido a ello, acumula sustancias de desecho, por lo que es un lugar propicio para la aparición de un cáncer.



- Estado 0
El cáncer se encuentra en la capa más superficial del colon
- Estado 1
Se ha diseminado a la segunda y tercera capas. Mide menos de 2 cm.
- Estado 2
Se ha extendido a la capa más profunda del colon, pero no a los ganglios linfáticos. Mide más de 2 cm.
- Estado 3
Se ha extendido ya a los ganglios linfáticos, pero no a otros órganos
- Estado 4
Ha llegado a otros órganos del cuerpo (Hígado y pulmones principalmente)

JAVC / Salut i Força

rios que se logró una recuperación.

—Dr Reyes, ¿cuál es la realidad en este momento del programa y cuáles son sus expectativas?

—Hasta que llegó la pandemia de COVID19 el programa de cri-

► «El programa de cribado ha llegado a las Pitiusas, Menorca y Es Raiguer»

baje de cáncer de colon, en febrero de 2011, funcionaba en Menorca, en el Área de Salud de Ibiza y Formentera y en la Comarca de Inca. La pandemia nos paró durante unos meses y ahora lo hemos retomado desde noviembre en el Hospital de Inca y acabamos de recuperarlo para el área del Hospital de Can Misses (Ibiza).

»La idea —añade— es que los resultados que se han obtenido son

ya sólidos y contrastados tras varios años de funcionamiento del programa, perfectamente superpo-

nibles a los que se han dado en otros lugares y en otras CCAA, por lo que probablemente haya lle-

gado el momento de plantearse hacer una extensión del programa al resto de Baleares.»

El programa está dirigido a toda la población (de las áreas donde está implantado) que

De la campaña preventiva a la curación

Al colon le encargamos el importante trabajo de canalizar, hacia el exterior, todos los residuos que se producen en el organismo. Algunos se excretan de forma directa y otros son el resultado de procesos complejos destinados a producir energía y conservar nutrientes.

La absorción, transformación y síntesis de nutrientes básicos y vitales para la vida no se entiende sin el papel del colon. Equilibra los electrolitos y la hidratación del cuerpo para garantizar su buen funcionamiento, mientras los restos avanzan en el camino hacia el sumidero de residuos.

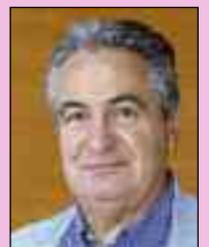
El permanente contacto con sustancias impuras, algunas directamente tóxicas, provenientes del exterior y el desgaste producido por la transformación de los alimentos en nutrientes activos, lo deja desprotegido ante la potencial teratogenia de las sustancias extrañas.

Es obvio entender que el colon es un órgano que maligniza con facilidad. A nuestro favor, el que las técnicas diagnósticas de laboratorio, las de imagen y el desarrollo de la tecnología endoscópica permite alertarnos en estadios tempranos. Nos informan

que el colon ha malignizado y ponemos en marcha la potente maquinaria terapéutica que lo neutraliza y en muchos casos lo cura. La precocidad en el diagnóstico marca el espacio que queda entre el control y la curación definitiva. Pueden entender que nos jugamos algo de mucho valor cuando se diseñan estrategias preventivas para localizarlo en un momento en el que es fácilmente vencible.

Numerosos estudios han demostrado la obtención de una disminución significativa de incidencia y mortalidad en poblaciones sometidas a pruebas de detección precoz de cáncer colorrectal y que estos beneficios superan los potenciales riesgos. La precocidad diagnóstica permite la curación definitiva

En España, este programa se incorporó a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el año 2014 (Orden SSI/2065/2014) especificando que las comunidades y ciudades autónomas tendrían 5 años para iniciar su implantación y 5 más para alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población.



Jaume Orfila
Asesor Científico
de Salut i Força

SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE COLON

Tiene una larga evolución. Las molestias más frecuentes aparecen en la fase avanzada de la enfermedad.

Cambios en los ritmos intestinales
Diarrea o sensación de tener el vientre lleno
Estreñimiento
Sangre en las heces
Cambios en la consistencia de las heces
Dolor o molestia abdominal
Pérdida de peso sin causa aparente
Pérdida de apetito o vómitos
Cansancio constante

JAVC / Salut i Força

CAUSAS DEL CÁNCER DE COLON

Edad
La mayoría de los casos en mayores de 50 años

Dieta
Rica en grasas
Pobres en fibra

Herencia
Predisposición genética

Estilo de vida
Obesidad
Sedentarismo
Tabaquismo

Historial médico
Quien as han tenido pólipos, úlcera, cáncer anteriormente

Parientes
Que también tengan cáncer de colon

JAVC / Salut i Força

TRATAMIENTOS

■ CIRUGÍA
Extirpación de la zona afectada
Colostomía: Apertura desde el colon hacia el exterior

■ RADIOTERAPIA
Antes de una operación, para reducir el tumor
Después, para eliminar las células malignas sin extirpar
Rayos de alta energía

■ QUIMIOTERAPIA
Fármacos
Insertando un tubo en una vena (catéter) o mediante sistema de bombeo

■ INMUNOTERAPIA
Estimular o restaurar las defensas inmunitarias del organismo mediante productos naturales de laboratorio

Efectos secundarios
La mayoría son temporales

- **Cirugía**
Dolor y debilidad en la zona afectada
Diarrea temporal
- **Quimioterapia**
Náuseas
Vómitos
Caída de cabello
Diarrea
Fatiga
- **Inmunoterapia**
Fiebre
Escalofríos
Debilidad
Náuseas

Finalizado el tratamiento, se realizan exámenes periódicos

JAVC / Salut i Força

tenga tarjeta sanitaria. Se envía una carta de invitación a quienes se considera que deberían realizarse las pruebas, por condicionantes derivados de la edad. Esta carta tiene un código de barras, con el que se puede acudir a las farmacias que colaboran con la detección.

En estas farmacias se recogen los kits de detección de sangre oculta en heces, claves de este programa. Con estos kits

la persona puede hacerse una recogida de forma muy cómoda de sus propias muestras. La entrega de los kits se hace en los centros de salud. En el caso de que el análisis muestre presencia de sangre se ofrece la posibilidad de realizarse una colonoscopia.

Ante un resultado positivo el paciente es sometido a una colonoscopia. Una colonoscopia –según recuerdan especialistas de la famosa Clínica Mayo de EEUU –es un examen que se utiliza para detectar cambios o anomalías en el intestino grueso (colon) y el recto. Durante una colonoscopia, se inserta un tubo largo y flexible (colonoscopia) en el recto desde el ano. Una pequeña cámara de video en la punta del tubo permite al médico ver el interior del colon.

Si es necesario, aunque esto ya sucede en otro momento, no en el primer examen, que suele ser exclusivamente diagnóstico, los pólipos u otros tipos de tejido anormal se pueden extirpar a través del colonoscopia durante una colonoscopia.

También se pueden tomar muestras de tejido (biopsias) durante este procedimiento.

Durante mucho tiempo el hecho de que al paciente se le tuviera que introducir un tubo con material médico por el ano y con él navegar por el intestino, supuso cierta molestia que generó una leyenda negra al respecto de este procedimiento. Hoy, sin embargo, se realiza con sedación, el paciente no siente prácticamente nada y no se dan dolores o molestias.

El cáncer de colon es una enfermedad oncológica en la que se forman células malignas en los tejidos del colon. En el caso de una detección precoz se puede evitar la diseminación de esas células por el resto del cuer-

po y con ello que la enfermedad sea irreversible. Los antecedentes médicos afectan el riesgo de presentar cáncer de colon.

Los programas de cribado se han revelado muy efectivos en la prevención de esta enfermedad en fases en las que el paciente tal vez no perciba los síntomas o signos que deberían ponerle sobre alerta para acudir a la consulta del médico. Los signos principales de la posible existencia de un cáncer de colon son la presencia de sangre en la materia fecal.

Esta presencia está a veces oculta, por lo que hay que realizar un análisis para detectarla— o cambios en los hábitos intestinales. Estos signos pueden serlo de otros problemas no tan graves, por lo que su aparición no debe alarmar al paciente, pero tampoco debe obviar la consulta inmediata al médico si se producen.

Para detectar y diagnosticar el cáncer de colon, se utilizan análisis de heces y pruebas que examinan el colon y el recto mediante colonoscopia. Los factores de riesgo de que aparezca un cáncer colorrectal incluyen tener antecedentes familiares de este mismo cáncer; haber padecido el mismo paciente ya anteriormente una cáncer de colon, de recto o de ovario.

También, tener antecedentes personales de adenomas de riesgo alto (pólipos colorrectales de más de un centímetro o con células sospechosas). Otro factor de riesgo es presentar anomalías heredadas en genes que aumentan el riesgo de poliposis adenomatosa familiar (PAF) o síndrome de Lynch (cáncer de colon sin poliposis hereditario).

► «La colonoscopia es hoy una prueba exenta de dolor para los pacientes»

► «Las personas con más de un antecedente familiar deben hacerse pruebas»

Acceda al reportaje completo escaneando este código QR





Foto de familia de los participantes en la I Jornada sobre la Vacunación COVID19 titulada "Éxito de la Ciencia y la Salud".

Expertos y científicos de la salud de Baleares coinciden en la seguridad y la necesidad de las vacunas para parar la pandemia de COVID19

La Real Academia de Medicina de las Islas Baleares fue escenario de la I Jornada sobre la Vacunación COVID19 titulada "Éxito de la Ciencia y la Salud" que se reunió a científicos de todos los ámbitos de la sanidad balear

JUAN RIERA ROCA

El pasado jueves, 18 de marzo, la Conselleria de Salut desarrolló la I Jornada sobre la Vacunación COVID19 titulada "Éxito de la Ciencia y la Salud" que se celebró reuniendo, por primera vez, a las principales entidades científico-sanitarias de las Islas Baleares. Participaron científicos de la Academia Médica Balear (AMB), de la Real Academia de Medicina de las Islas Baleares (RAMIB), del Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS-UIB) y del Colegio Oficial de Enfermería de las Illes Balears (COIBA).

También disertaron ponentes del Colegio Oficial de Farmacéuticos (COFIB), el Colegio Oficial de Médicos (COMIB) y el Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa) ofreciendo todos ellos un mensaje unánime sobre la importancia y seguridad de la vacunación contra el COVID19. En palabras del coordinador del acto, el **Dr. José Reyes**, jefe de Aparato Digestivo del Hospital de Inca y vicepresidente de la AECC en Balears, la jornada ha querido "mostrar cómo la ciencia y la sanidad son dos campos interconectados con un ejemplo claro: la vacuna del COVID19".

Retransmisión por streaming

La jornada se retransmitió por streaming a través del canal de YouTube de la Conselleria de Salut. Presentó las exposiciones el **Dr Macià Tomàs**, presidente de la RAMIB, en cuya sede se reunieron los ponentes bajo estrictas medidas de seguridad sanitaria. "Si 2020 fue el año de la pandemia y el colapso, también lo fue de la ciencia y la razón solidaria y 2021

ha de ser el año de la vacuna y de la recuperación", dijo el **Dr Tomàs** como mensaje al inicio del encuentro.

La consellera de Salut, **Patricia Gómez**, protagonizó la primera de las intervenciones, destacando que ante crisis como la del COVID19 "la investigación científica se ha revelado como la herramienta para combatir una pandemia que ha causado un gran impacto en el sistema sanitario y en la sociedad". **Gómez** destacó que "si ahora estamos esperando que lleguen más vacunas, nadie hubiera creído hace un año que en tan poco tiempo tuviéramos vacunas seguras."

La consellera hizo una mención especial a "dedicación y vocación" de los profesionales sanitarios "muchos de los cuales no han podido ni descansar en todo un año, dado que los grandes problemas se produjeron en fechas de vacaciones, como la Semana Santa, el verano o las Navidades" y aunque destacó que "hoy Baleares es la comunidad que tiene un menor índice de incidencia de contagios" la situación no permite aún volver a la normalidad.

Testimonios

El **doctor Javier Garau**, médico internista, infectólogo, académico y director médico de la Clínica Rotger, defendió ante el foro que la decisión de suspender provisionalmente la vacuna de AstraZeneca no ha sido socialmente entendida, ya que deriva de la detección de medio centenar de casos de trombosis venosa cerebral cuando es la tercera enfermedad vascular más frecuente, tras los infartos de miocardio y los ictus, con una incidencia normal de 100 casos por 100.000 habitantes.

Por su parte, el **doctor Javier Cortés**,

académico, presidente de la Asociación Española Contra el Cáncer en Baleares y reputado investigador en ginecología oncológica y en otros ámbitos de la investigación contra el cáncer, hizo especial hincapié en la sesión en que las vacunas disponibles contra el COVID19 son altamente seguras y recomendables para todos los pacientes que tienen o han tenido algún tipo de cáncer.

Testimonio impactante fue el de otros de los ponentes, el **doctor José María Valverde**, presidente del Colegio de Médicos de las Islas Baleares, quien habló de un año vivido en los centros de salud, marcado por la incertidumbre, "en el que era muy fácil cometer errores y criticarlos, en una situación marcada por una realidad muy cambiante" en un entorno en el que se pasó de atender de 30 a 35 pacientes diarios a 50 o 60, muchos además de otros centros de salud, desconocidos.

El **doctor Valverde** recordó que Primaria ha sido el recurso sanitario que ha enfrentado más de cerca el COVID19, que ha atendido más pacientes con síntomas y que ha visto con temor cómo se realizaban las desescaladas, viviendo ahora el reto de la vacunación, "en el que los pacientes nos venían a preguntar sobre las vacunas y ahora, tras haberles dicho que se podían poner tranquilos la de AstraZeneca se ha parado... cuando no hay motivos documentados para no poner esa vacuna".

El **doctor Jaume Giménez**, del Grupo de Investigación en Salud Pública del IdISBa, habló en su ponencia los mitos y falsedades sobre las vacunas contra el COVID19 "desde algunos que son verdaderas mentiras e invenciones, como que Bill Gates

dijera que había que inocular un chip con las vacunas, al caso de la vacuna australiana que se ha desechado por mostrar anticuerpos que podrían confundirse con los del VIH y llevar a realizar segundas pruebas para confirmar."

El **doctor Sebastián Albertí**, catedrático de Microbiología de la UIB e investigador del IUNICS, mostró una investigación mediante la cual se concluye que el análisis mediante espectrometría de masas del suero sanguíneo de los pacientes, estudiando la presencia de determinadas proteínas en pacientes de COVID19 permite avisar 48 e incluso 72 horas antes, si se iba a producir un empeoramiento de grave a crítico o una mejoría en sentido inverso.

Concha Zaforteza, profesora universitaria y directora de Enfermería del Hospital de Inca destacó que en un hospital como en el que ella trabaja la crisis generada por el COVID19 "ha hecho que se perdieran 1.500 días de hospitalización" y que por lo menos "no han faltado espacios de UCIs u hospitalización, como se temía". "Con todo, la población debe ser consciente de la necesidad de vacunarse y estar sana porque la capacidad de amortiguación ante el COVID no es infinita".

La **farmacéutica Ana Gómez**, vocal de Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Baleares, habló sobre el impacto de la pandemia en la farmacia hospitalaria, destacando la falta de medicamentos de eficacia probada en la primera etapa de la pandemia, las necesidades logísticas de organizar los carros de medicamentos adecuados o las novedades de control de higiene y seguridad sobre los fármacos en el entorno hospitalario.

Test Covid-19 de saliva

Hospital Parque Llevant incorpora la PCR con muestra en saliva para detección de Covid-19.

- Más cómodo
- Máximo nivel de fiabilidad
- Sin cita

TU CONFIANZA
NUESTRA FORTALEZA

 C. Escamarlà, 6 - Portocristo
971 82 24 40

HOSPITAL PARQUE LLEVANT
Portocristo www.hospitalparque.es

Remodelación corporal combatiendo la celulitis

Ahora es posible gracias al dispositivo BTL Unison, el único que trata las cinco causas que producen la celulitis

REDACCIÓN

El departamento de Medicina Estética del Centro Médico Laserclinic, del grupo Hospitales Parque, con el Dr. Jaime Rodríguez a la cabeza, pone a nuestra disposición el único dispositivo que trata las cinco causas que producen la celulitis. Una de las demandas más recurrentes en la consulta.

Son ya numerosos los estudios científicos que demuestran la efectividad de las ondas de choque en el tratamiento de la celulitis y de la radiofrecuencia para mejorar la flacidez de la piel.

BTL Unison es un dispositivo médico que aúna las dos tecnologías que combaten estos dos problemas: las ondas de choque para eliminar la celulitis y la piel de naranja, y la radiofrecuencia para luchar contra la flacidez y estimular la producción de colágeno.

Este equipo es una combinación de energía térmica y mecánica; el aparato utiliza simultáneamente la radiofrecuencia y la energía de presión microfocalizada para tratar eficazmente las cinco causas principales de la celulitis y combatir la piel de naranja, así como para luchar contra la flacidez y recuperar el tono y textura de la piel.



Mejora cualquier tipo de celulitis, y está especialmente indicado en aquellas blandas, edematosas y flácidas.

Las zonas del cuerpo a tratar con esta técnica son abdomen, glúteos, muslos, flancos y brazos.

¿Qué causas de la celulitis combate?

Como hemos dicho, las cinco principales que la producen:

- Cámaras de grasa ampliadas

- Fibras de colágenos dañadas
- Pérdida de elasticidad cutánea
- Mala circulación sanguínea
- Acumulación de residuos metabólicos

¿Cómo desaparece la celulitis?

Las ondas de choque se encargan de romper la fibrosis existente bajo la epidermis, una especie de malla por la que la grasa de la celulitis empuja



El Dr. Jaime Rodríguez.



hacia el exterior hasta el punto de dibujar en la piel unas prominencias que forman la llamada piel de naranja.

Al fracturar esa fibrosis con las ondas de choque, el aspecto de la celulitis o piel de naranja se suaviza de manera notable debido a que el tratamiento acaba con la malla por la que antes empujaba la grasa. Tras el tratamiento, la disminución del tamaño de los depósitos de grasa es evidente, así como la mejora de la irrigación sanguínea y la mayor eliminación de residuos metabólicos. Pero no sólo eso, sino que el aspecto de la piel es aún mejor debido a que el

dispositivo permite la aplicación simultánea de ondas de choque y radiofrecuencia para combatir la flacidez, por lo que el colágeno aparece remodelado y la epidermis recupera la elasticidad.

¿Cuáles son los beneficios del tratamiento?

- Disminución de las cámaras de grasa
- Remodelación del colágeno
- Recuperación de la elasticidad cutánea
- Mejora la circulación sanguínea
- Aumento de la eliminación de residuos metabólicos

Para obtener más información sobre el tratamiento o solicitar una cita, puede hacerlo llamando al 971 84 48 44 o enviando un correo electrónico a sentirsemejor@hllevant.com. La primera visita informativa es gratuita.

AECC Baleares reclama extender el programa de detección precoz del cáncer colorrectal

REDACCIÓN

La Asociación Española Contra el Cáncer en Baleares (AECC) manifiesta su preocupación por la escasa cobertura del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal en las islas, que no permite el acceso de todos los ciudadanos de riesgo, hombres y mujeres entre 50 y 69 años, a esta medida de prevención.

Los programas de cribado se incorporaron a la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en 2013, pero su implantación ha sido desigual a lo largo de estos años, generando inequidades en España. Así, había personas que no podían acceder a un programa de cribado, y, por tanto, tenían mayores posibilidades de detección precoz, solo por el hecho de vivir en una Comunidad u otra.

Inequidad entre los municipios

En Baleares, esta situación es incluso peor, ya que la inequidad se da entre municipios vecinos. En los sectores sanitarios de Ponent, que dispone del Hospital Universitario Son Espases y las zonas básicas de salud de Andratx, Banyalbufar, Calvià, Esporles, Estellencs, Puigpunyent, Valldemossa y Palma; de Migjorn (Hospital Universitario Son Llàtzer y las zonas básicas de salud de Alaró, Algaida, Binissalem, Bunyola, Consell, Deià, Fornalutx, Lluçmajor, Marratxí, Santa



Eugènia, Santa Maria del Camí, Sencelles, Sóller y Palma), y Llevant (Hospital de Manacor y las zonas básicas de salud de Ariany, Artà, Campos, Capdepera, Felanitx, Manacor, Montuïri, Petra, Porreres, Ses Salines, Sant Joan, Sant Llorenç des Cardassar, Santanyí, Son Servera y Vilafranca de Bonany), que abarcan el 70 por ciento de la población de riesgo en Baleares, ni siquiera ha comenzado la implantación del Programa.

En cada ronda del programa

que no se está llevando a cabo en estos tres sectores se podrían detectar hasta 368 diagnósticos de cáncer y 1.522 pólipos de alto riesgo. Solo en Palma, las cifras son muy preocupantes: 193 cánceres y 801 adenomas de alto riesgo.

Día Mundial del Cáncer de Colon

Por todo ello, y con motivo del Día Mundial Contra el Cáncer de Colon, que se celebra el 31

de marzo, la AECC Baleares está recogiendo firmas para el Manifiesto por la Prevención del Cáncer de Colon en la comunidad autónoma, solicitando a las personas entre 50 y 69 años que tienen derecho a participar en este programa de prevención que reclamen a la Conselleria de Salut i Consum del Govern balear su compromiso firme para que extienda la cobertura del programa al 100 por ciento de la población de riesgo en los próximos cuatro años.

Esta cobertura que está estancada desde 2015 en el 30 por ciento correspondiente a los sectores sanitarios de Tramuntana (Hospital Comarcal de Inca), Menorca, Eivissa y Formentera y sus correspondientes zonas básicas de salud.

Reuniones con Ayuntamientos

También se ha iniciado una ronda de reuniones en los Ayuntamientos de aquellos municipios afectados por esta situación para conseguir su apoyo institucional y que puedan reclamar a las autoridades pertinentes la implantación del programa en su sector sanitario correspondiente.

El objetivo último es acabar con la inequidad que provoca la desigual implantación de estos

programas de cribado y que todas las personas tengan las mismas oportunidades de enfrentarse al cáncer.

El derecho a participar en esta medida preventiva solo estará garantizado cuando los programas de cribado poblacional de cáncer colorrectal alcancen una cobertura, esto es, que se reciba una invitación a participar, cercana al 100 por ciento, y en Baleares solo alcanza al 30 por ciento de la población de riesgo.

Para conseguir el verdadero impacto positivo de los programas de cribado es necesario alcanzar una participación de la población diana superior al 65 por ciento.

Si tienes entre 50 y 69 años, únete al Acuerdo Contra el Cáncer en www.aecc.es



El 70 por ciento de la población de riesgo está fuera del programa

En los sectores sanitarios de Ponent (Hospital Universitario Son Espases), Migjorn (Hospital Universitario Son Llàtzer) y Llevant (Hospital de Manacor), que abarcan el 70 por ciento de la población de riesgo de las islas, hombres y mujeres entre 50 y 69 años, ni siquiera ha comenzado la implantación de este programa.

En cada ronda que no se está llevando a cabo en estos tres sectores se podrían detectar 368 diagnósticos de cáncer y 1.522 pólipos de alto riesgo.

La cobertura del Programa está estancada desde 2015. Se puso en marcha en los sectores de Tramuntana (Hospital de Inca), Menorca, Eivissa y Formentera, que, tras la pandemia, están retomando la actividad a diferentes ritmos.

En Baleares, el cáncer de colon es el segundo con mayor tasa de mortalidad. Según los datos del Observatorio del Cáncer de la AECC, 320 personas murieron por esta causa en nuestra comunidad en 2020.

Los programas de cribado poblacional de cáncer de colon, mediante una sencilla prueba de sangre oculta en heces, permiten evitar o detectar precozmente este cáncer. Si se detecta a tiempo, se puede curar al 90 por ciento de los pacientes.

La AECC Baleares está recogiendo firmas para que la Conselleria de Salut i Consum del Govern balear garantice el derecho a participar en el Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal y lo extienda al 100 por cien de la población de riesgo.

El cáncer con más incidencia en España, con casi 39.000 casos en 2020

Según el Observatorio del Cáncer de la AECC, el cáncer de colon es el de mayor incidencia en España, por delante del de mama o el de próstata, con 38.790 casos diagnosticados en 2020. Se trata, además, del segundo tipo de cáncer que más muertes causa al año en España.

El pasado año, un total de 15.778 personas fallecieron a causa de un cáncer de colon. La buena noticia es que esta enfermedad oncológica, junto al cáncer de mama y al de cérvix, es uno de los tres que se puede detectar precozmente. De ahí la importancia de los programas de cribado poblacionales, que tienen como objetivo reducir la morbilidad o mortalidad prematura asociada a esta enfermedad y mejorar su pronóstico.

De hecho, este tipo de tumor tiene diferencias muy importantes en la supervivencia media a 5 años, dependiendo del estadio del diagnóstico, pasando de un 90 por ciento en un estadio A (inicial o localizado) a menos de un 8 por ciento en un estadio D (avanzado con metástasis).

REDACCIÓN

AECC Baleares ha firmado un convenio de colaboración para la preservación de la fertilidad en pacientes oncológicos, con los grupos sanitarios que ofrecen este servicio en Baleares.

De esta manera, Quirón Salud, Juaneda Hospitales, IVI Mallorca y el Instituto de Fertilidad se unen a la asociación para informar y asesorar a las personas con cáncer sobre los efectos que el tratamiento de la enfermedad pueda tener sobre la fertilidad.

Aunque los tratamientos contra el cáncer han avanzado hasta el punto de causar menos efectos secundarios en los pacientes, la cirugía, la radioterapia y muchos medicamentos utilizados en la quimioterapia aún pueden afectar a la fertilidad.

El objetivo principal de este acuerdo es concienciar, informar y ayudar a los pacientes oncológicos en edad fértil sobre la posibilidad de que un determinado tratamiento produzca esterilidad, las opciones que tienen para preservar la fertilidad y los diferentes métodos



Convenio de colaboración con grandes grupos hospitalarios para preservar la fertilidad en pacientes oncológicos

de preservación de la fertilidad. Los representantes de todas las entidades han rubricado este

acuerdo, que tendrá una vigencia de un año y que se irá prorrogando tácitamente por idénticos pe-

ríodos, en la sede de la Junta Provincial de Baleares de la Asociación Española Contra el Cáncer.

El doctor Javier Cortés, presidente de la AECC en Baleares, ha querido destacar que "esta colaboración proactiva en la preservación de la fertilidad para las personas con cáncer es pionera en la asociación, y poder contar con los centros líderes en fertilidad de las islas es una gran oportunidad".

Cabe subrayar que el 26 por ciento de los cánceres de mama aparece en mujeres menores de 40 años, mientras que, actualmente, la edad media en la que se tienen hijos en España es de 31 años.

Por su parte, el cáncer testicular se presenta, según la media española, a los 33 años, y un 6 por ciento en la edad adolescente. En ambos casos, y también en otros tipos de cáncer como el hematológico, el cáncer de ovario o el colorrectal, los tratamientos aplicados, con muy buen pronóstico en general, pueden lesionar gravemente las células germinales. Preservarlas es hoy posible, dejándolas a disposición para futuras técnicas de reproducción asistida.

¿Cuáles son los factores de riesgo frente al cáncer colorrectal?

REDACCIÓN

Para prevenir el cáncer colorrectal podemos evitar los factores de riesgo incorporando en nuestro día a día hábitos o conductas saludables. Sus causas exactas no se conocen en la mayoría de los casos, aunque se sabe que existen unos factores de riesgo que favorecen su aparición y que deberíamos evitar para prevenir o disminuir la aparición del cáncer.

Son factores de riesgo aquellas condiciones o agentes que aumentan las de tener una determinada enfermedad. Los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de colon son varios y no se excluyen entre sí: dieta, obesidad, consumo de alcohol y tabaco, cáncer colorrectal previo, factores genéticos y/o familiares, enfermedades o condiciones predisponentes.

Además, el cáncer colorrectal es uno de los tipos de cáncer que puede detectarse en estadios iniciales mediante un cribado poblacional. Nuestra indicación es participar en las campañas de detección precoz, ya

que podemos diagnosticar incluso lesiones premalignas, como cierto tipo de pólipos, evitando su progresión a cáncer.

Mediante el cribado o detección precoz, con alguna prueba sencilla como el test de sangre oculta en heces, podemos encontrar pólipos o lesiones en estadios precoces del cáncer, lo que permite tratamientos menos agresivos y mayores tasas de supervivencia.

Cuando se diagnostica en su etapa inicial, antes de que se extienda, la tasa relativa de supervivencia a 5 años es de alrededor del 90 por ciento.

La importancia de los hábitos de vida saludables

Es fundamental adoptar hábitos de vida favorable que eviten el sedentarismo, la obesidad, dietas ricas en grasas o consumo de alcohol y tabaco. También es clave participar en los programas de cribado poblacional a partir de los 50 años.

La identificación de personas que presentan mayor riesgo de padecer un cáncer de colon también es importante; dichas

personas tienen antecedentes personales, familiares o existencia de condiciones predisponentes. Esto permite controlar más de cerca a estas personas para tomar medidas preventivas.

Por último, ante la aparición de síntomas de cáncer de colon como la aparición de sangre en heces o los cambios de ritmo intestinal, debemos consultar al médico.

¿Qué es un cribado poblacional?

Se trata de realizar pruebas diagnósticas, no especialmente invasivas, a grupos de población considerados de mayor riesgo con el objetivo de diagnosticar la enfermedad cuando aún no ha dado síntomas. Debe ser un proceso continuo y no una prueba puntual.

Dentro de los cribados poblacionales de cáncer, destaca el cribado de cáncer de colon, junto al de mama. El de colon se aprobó en julio de 2013 y se trata de una prueba de sangre oculta en heces dirigida a una población entre los 50 y los 69 años.

En la actualidad, en Baleares



existe inequidad en el cribado poblacional de cáncer de colon, ya que en Mallorca tan solo se realiza en la comarca del Raiguer, dejando al resto de habitantes de la isla desprotegidos, siendo ésta una situación total-

mente injusta.

Es por ello que la AECC Baleares ha puesto en marcha el Manifiesto por la Prevención del Cáncer de Colon, para exigir equidad en el cribado poblacional en todo el archipiélago.

DR. JOSÉ MARÍA RAPARIZ / JEFE DE SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA DEL HOSPITAL SON LLÀTZER

“La Traumatología cada vez se va a subespecializar más: cirugía de hombro, codo, rodilla...”

La traumatología es la rama de la medicina dedicada al estudio de las lesiones que sufre el aparato locomotor. Su ámbito de actuación abarca desde los traumatismos mayores hasta el estudio de las enfermedades congénitas o adquiridas que afectan a estas regiones del cuerpo, especialmente las que precisan de tratamiento quirúrgico ortopédico. Para profundizar en esta especialidad médica, el doctor José María Rapariz, actual jefe de Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Son Llàtzer, visitó el plató de Salut i Força en Canal4 Televisió. El Dr. Rapariz es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Santiago de Compostela. Logra la especialidad en Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, donde ejerce como adjunto hasta el año 2001, en que se incorpora al Hospital Son Llàtzer como jefe de unidad. Doctor Rapariz es Doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca. Cursó también un Máster en Administración de Empresas y Gestión de Recursos Humanos por la Universidad Española de educación a Distancia UNED. Acumula más de 20 años de experiencia profesional en el Hospital Son Llàtzer, donde, fue coordinador del área quirúrgica, médico adjunto del servicio de Traumatología y tutor de facultativos residentes. Forma parte del cuadro de profesores de la Facultad de Medicina de las UIB, donde imparte clases de Anatomía y Traumatología

LAURA CALAFAT

P.- Doctor, usted casi tomó posesión de su actual cargo en el Hospital Son Llàtzer coincidiendo con la pandemia del covid. ¿Esa circunstancia fue una dificultad añadida?

R.- La dificultad mayor con la pandemia fue el inicio. Nos pilló a todos, las instituciones también, sin saber reaccionar a eso. Yo era coordinador del Bloque Quirúrgico en ese momento, y fue una época difícil por desabastecimiento. En la Facultad de Medicina no te explican qué hacer cuando no hay mascarillas la semana que viene y estos problemas ocurrieron. Escasez de material como pijamas o mascarillas, pero era un problema mundial, no de Baleares o España. Es verdad que en esa fase estábamos en transición porque se había jubilado el Dr. Martínez como jefe de Servicio y aún no se había convocado la jefatura. El verano pasado, en 2020, ya como jefe de Servicio, ya teníamos la experiencia de la primera ola, y no teníamos tantos problemas de desabastecimiento en el hospital. Sin embargo, sí que tuvimos escasez de quirófanos, porque tanto espacios (reanimación) como personal (enferme-

ría y anestesia), estaban destinados a reforzar la UCI. Estos problemas hicieron disminuir mucho los quirófanos disponibles, situación que aún arrastramos. Tuvimos que priorizar las cirugías más importantes como las oncológicas y las fracturas.

P.- ¿Cuál es el funcionamiento actual del servicio de Traumatología de Son Llàtzer, y hasta qué punto se ha visto influido por las necesidades asistenciales derivadas de la pandemia?

R.- La pandemia modificó el funcionamiento, sobre todo, con la telemedicina. La pandemia llegó en un momento hasta oportuno porque ya teníamos desarrollada la historia clínica electrónica. Si la pandemia hubiera llegado antes del año 2000, hubiera sido inviable la consulta telefónica, porque la historia clínica estaba archivada en papel, y

las radiografías en placa. Sin embargo, al disponer de toda la información clínica del paciente digitalizada, incluyendo los estudios radiológicos, mientras hablamos con el paciente podemos consultar sus datos clínicos y ver sus radiografías. Por otro lado, la pandemia ha llegado cuando ya teníamos aplicaciones de videollamada bien desarrolladas. Ello permitió mantener el “contacto” social y familiar, aunque sea telemático. Todos aprendimos a utilizar el Zoom. Con la telemedicina puedes completar gran parte de una historia clínica, y además las pruebas de imagen están digitalizadas... lo único que no podemos hacer es la exploración. El resto lo podemos optimizar. Piense que nos ha abierto los ojos porque durante la pandemia hay mucha gente con problemas para trasladarse al hospital, además del riesgo de contagio. Estos inconvenientes se puede evitar con una conversación telefónica. Podemos optimizar la consulta para que el paciente venga una sola vez a la consulta, con todas las pruebas necesarias realizadas previamente. Optimizas la asistencia evitando segundas consultas. Ese es la función de la consulta telemática en la actualidad.

P.- ¿Pero es eficaz en Traumatología la telemedicina?

R.- Sí, mucho. Como he dicho antes, permite optimizar la consulta y evita traslados innecesarios. Por ejemplo, un paciente derivado desde Atención

Primaria porque tiene juanetes y viene como se hacía toda la vida: le hacemos la historia y le pedimos la radiografía (primera visita). Viene otro día a hacerse las pruebas (segunda visita).

Vuelve nuevamente a la consulta con la radiografía (tercera visita). En cambio, ahora con una videolla-



► “La pandemia, para la telemedicina ha llegado en un momento súper adecuado”

► “La telemedicina puede hacer casi todo. De la historia clínica... lo único que no podemos hacer es la exploración”

mada hasta le vemos los juanetes, aunque es verdad que no le podemos tocar y explorar. Incluso si el paciente no se quiere operar, no tendría que venir a la consulta ni una sola vez.

P.- ¿La atención no presencial de los pacientes, ha venido para quedarse, también en el caso de la traumatología?

R.- Sin duda. En nuestro centro hemos hecho un gran esfuerzo para filtrar las primeras visitas mediante llamada telefónica, muchas de estas generaron segundas, claro, pero ya vienen con las pruebas necesarias realizadas. Además, podemos valorar la prioridad, y en otros casos anular las citas (en casos en que hayan acudido a otro centro o simplemente haya mejorado de su dolencia. Es un filtro.

P.- ¿Considera que será necesario, en un futuro próximo, en el caso concreto de Son

Llàtzer, aplicar un plan de choque para resolver la situación de saturación de las listas de espera traumatológicas, tanto en cirugía como en consultas externas?

R.- Es una pregunta que corresponde más al gerente que a mí el contestarla. Es evidente que con la pandemia se nos ha disparado la lista de espera a todos los servicios quirúrgicos, y Traumatología no es una excepción. Hay varias medidas necesarias en estos momentos, algunas de las cuales ya se están tomando. En primer lugar, deberíamos disponer de quirófanos externos de apoyo, es decir de instituciones privadas o concertadas donde podamos operar porque los que tenemos son insuficientes. En segundo lugar, desarrollar y volver a potenciar la actividad quirúrgica de tarde. Los 12 quirófanos de Son Llàtzer están a tope y la única manera de crecer es trabajar por la tarde. Si



la resonancia trabaja mañana, tarde y noche, el bloque quirúrgico debe de trabajar en turnos de mañana y tarde..

P.- Como profesor de la Facultad de Medicina, ¿cuál es su visión de los médicos y los traumatólogos del futuro?

R.- El cambio ya lo estamos experimentando. El primer cambio es la subespecialización. Cuando organizamos el Servicio en el 2001, ya lo definimos por unidades y no había muchos hospitales que lo hicieran en su día. Esas unidades son las mismas que tenemos en la actualidad. La subespecialización de Traumatología es un hecho que está instaurado. Cuando viene un paciente con un problema de rodilla, él mismo nos comenta "quiero que me opere el traumatólogo de rodilla". Es un cambio que demanda la propia sociedad.

Otro cambio será la robotización. Vamos a operar mucho más a través de robots que harán cirugías más precisas.

Otro aspecto será la planificación quirúrgica virtual. En el ordenador ya seremos capaces de ver qué prótesis necesitamos para un paciente en concreto, y podemos planificar la cirugía de forma parecida a un videojuego. Esto permitirá que la cirugía sea más precisa, y conocer previamente el tipo y talla de prótesis más adecuado. Se re-

ducirá mucho el almacenaje de implantes, porque pediremos solo la necesaria en cada caso.

Probablemente, el último aspecto tiene que ver más con la educación de la población porque cada vez recetaremos menos medicamentos, que serán más eficaces, y haremos más recomendaciones en relación a actividad y calidad de vida.

P.- ¿Qué es mejor un traumatólogo que sepa de todo o especializado?

R.- Sin duda especializado. Mi padre también era traumatólogo. Tenía una clínica en Galicia, y recuerdo que en su consulta había expuesto su título de especialista. Su título ponía "Especialista en Traumatología, Rehabilitación, Reumatismo y Varices". Es decir, era especialista en Traumatología, Rehabilitación, Reumatología y Cirugía Vasculosa. Eso es impensable hoy en día. La especialidad cada vez se va a subespecializar más por áreas topográficas, siguiendo una distribución muy anatómica: cirugía de hombro, codo, rodilla... Claro que es útil que alguien haga de todo, pero lo hará a un nivel inferior al que se especialice en una parcela. Las sociedades científicas también se han subespecializado.

Otro tema es que cuando un residente termina su formación. Debe de saber un mínimo de to-

► **"Deberíamos disponer de quirófanos externos de apoyo, es decir de instituciones privadas o concertadas"**

dos los campos de la especialidad. Pero en pocos años debe de comenzar a subespecializarse en un campo en concreto.

P.- Doctor, ¿cuáles son las principales lesiones e incidencias de salud que forman parte del campo de estudio y tratamiento de la Traumatología?

R.- Las lesiones más prevalentes son las fracturas osteoporóticas: cadera, muñeca, húmero... eso no es una pandemia, pero sí una epidemia porque crecen los números de forma exponencial. En 2019 con 5 o 6 quirófanos para fracturas era suficiente y ahora con 8 quirófanos vamos justos. Además, aumenta la edad de la población y tienen más fracturas los pacientes más mayores con mayor comorbilidad (patologías asociadas) por lo que se pueden complicar más. Eso es un problema.

El otro gran grupo es la patología degenerativa articular: la artrosis. Por último, la patología deportiva, especialmente las lesiones tendinosas relacionadas con el deporte.

P.- ¿Cuáles son las intervenciones más habituales que se realizan hoy en día, dentro de este campo de la medicina?

R.- Sobre todo las prótesis de cadera y rodilla. Luego en cirugía deportiva lo que más se operan son procedimientos artroscópicos en hombro y rodilla. También hay un grupo de patología degenerativa en columna, patología discal que genera compromiso de los nervios que van hacia las extremidades. Y también se operan las fracturas, grupo constante y creciente.

P.- La cirugía ortopédica ligada a la traumatología, ¿comprende riesgos importantes para el paciente, o, en general, las expectativas de recuperación son casi siempre óptimas?

R.- Siempre hay riesgos. Cualquier procedimiento quirúrgico, si leemos el consentimiento informado con detenimiento veremos que en la mayoría de ellos incluye la muerte. Obviamente, el riesgo de muerte en el quirófano es excepcional, pero existe. El riesgo de complicaciones graves en la mayoría de los procedimientos es inferior al 5%. También hay que concienciar un poco de las expectativas: "me voy a operar del tendón del hombro y quiero jugar al tenis". Igual es mejor operarse y dejar el tenis. Al paciente tenemos que explicarle bien las

expectativas de mejora y la probabilidad que tiene de sufrir complicaciones.

P.- ¿Cuál es su opinión sobre las prótesis y aparatos ortopédicos que la medicina actual está en condiciones de ofrecer a los pacientes, y qué evolución se espera con vistas a los próximos años?

R.- La planificación virtual es un hecho para la cirugía protésica y tendrá un gran avance en los próximos años. También se desarrollará la implantación de prótesis a través de pequeñas incisiones, e incluso mediante cirugía artroscópica, pero eso aún no está a nuestro alcance en la actualidad. Los materiales han ido mejorando y seguirán mejorando. De todas formas, lo más importante es establecer una indicación precisa para cada procedimiento.

Acceda al reportaje completo escaneando este código QR



El Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears amplía los espacios dedicados a la investigación en el complejo de Son Espases

JUAN RIERA ROCA

El Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa) ha destinado 135.594,95 € a sus instalaciones, que ocupan 216 m² destinados a la investigación, dentro de su plan de adaptar los espacios cedidos por el Hospital Universitario de Son Espases.

En los últimos años, el IdISBa ha iniciado acciones y programas dirigidos a la captación y retención de talento, con el fin de mantener una masa crítica de investigadores y consolidar el Instituto como un centro de referencia en investigación en salud.

Este centro de referencia, acreditado en estos momentos entre los principales de Europa, se espera que contribuya al bienestar de la población, la calidad asistencial, y el desarrollo de un nuevo modelo productivo basado en el conocimiento y la innovación.

Con motivo de la incorporación de nuevo personal investigador, la dirección del Instituto ha decidido adaptar nuevos espacios que habían sido cedidos por la Gerencia del Hospital Universitario Son Espases a finales de 2019 y que se encuentran situados en el módulo -1G.

Nuevas instalaciones

Las nuevas instalaciones cuentan con 115 m² de laboratorio, dotado de campana de gas y balanzas, con una capacidad aproximada para 30 investigadores. El área de oficinas y office, repartida en 101 m², cuenta con 11 puestos de trabajo y un espacio multifuncional.

En este espacio se ha ubicado un videoproector para realizar sesiones de trabajo. El espacio office también podrá ser utilizado como sala de lactancia materna para investigadoras del IdISBa, según lo acordado por la comisión de igualdad en pro de la conciliación de las madres.

Con la ampliación de estos espacios, a día de hoy el Instituto cuenta con 6.062,77 m² de instalaciones destinadas a la investigación. En la nueva área, situada en el módulo -1G, se van a instalar los grupos de investigación que centran sus estudios en el cáncer.

El objetivo es facilitar la colaboración entre esos grupos. Se han desplazado de los módu-



Dos imágenes del Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears.

los -1F y -1I los grupos de la Dra. Gwendolyn Barceló, «Lípidos en patología humana», y de la Dra. Antonia Obrador, «Terapias avanzadas y biomarcadores en oncología clínica».

Además, también se prevé que el Dr. Diego Marzese, que centra sus estudios en el cáncer del glioblastoma y el cáncer de mama, se traslade con su equipo a los nuevos espacios en el mes de junio, según han informado fuentes del IdISBa en un comunicado de prensa.

El Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares

(IdISBa) se creó el 23 de diciembre de 2013, bajo la denominación Instituto de Investigación Sanitaria de Palma (IdISPa), mediante la firma de un convenio de colaboración entre varias instituciones científicas y de la administración.

Participaron en la constitución la Fundación de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares Ramon Llull (FISIB), la Conselleria de Salut, el Ibsalut, el Hospital Universitario Son Espases, la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca y la Universitat de les Illes Balears.

El 17 de febrero de 2017 se modificó la razón social, que pasó a denominarse Fundación Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (unificando la dualidad existente entre la FISIB y el IdISPa), y se integraron el Hospital Son Llàtzer y la Fundación Banco de Sangre y Tejidos.

Siete áreas científicas

El Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares ha identificado siete áreas científicas de interés, que engloban cincuenta y dos grupos de investigación y unos ochocientos investigadores de las diferentes entidades constituyentes:

Bioingeniería y Cirugía Experimental, Epidemiología Clínica y Salud Pública, Enfermedades Infecciosas e Inmunológicas, Enfermedades Metabólicas y Nutrición, Enfermedades Respiratorias y Cardiovasculares, Neurociencias y Oncología, desarrolladas por sus investigadores.

Un instituto que aúna los recursos asistenciales con los científicos

J.R.R.

Así, pues, el IdISBa está formado por el Hospital Universitario Son Espases, el ámbito de Atención Primaria de Mallorca, el Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS), el Hospital Son Llàtzer y la Fundación Banco de Sangre y Tejidos de las Islas Baleares.

Todos ellos aportan capital humano, lo que ha permitido aumentar la masa crítica investigadora y fomentar las colaboraciones para el desarrollo de proyectos de investigación entre servicios y profesionales del sector de la salud, integrando la investigación clínica con la básica.

Las instalaciones del IdISBa, ubicadas en el recinto del Hospital Universitario de Hospital de Son Espases, constan de más de 4.000 m² (que ahora aumentan con la ampliación hasta superar los 6.000) destinados a la investigación y la docencia, en sinergia con el hospital y la Facultad de Medicina.

Estas instalaciones (sin contar la amplia-

ción) se encuentran repartidas entre el edificio de investigación S (de 1.620 m² aprox.) Y la adecuación de parte de los niveles -1 y -2 del Hospital (2.432 m² aprox.). El edificio S acoge la sede de la entidad de gestión del Instituto, así como las instalaciones destinadas al área de Experimentación Animal y quirófanos experimentales.

Los niveles -1 y -2 del HUSE comprenden las instalaciones de investigación (laboratorios, despachos, salas de reuniones, etc.), así como las dedicadas a docencia (aulas, laboratorios docentes, salas de disección, etc.). Además, en estos espacios también se encuentran las instalaciones de parte de las plataformas científico-técnicas del IdISBa.

El Instituto se creó con el fin de convertirse en un Instituto de Investigación Sanitaria acreditado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Este hito se cumplió el día 24 de enero del año 2019 cuando el ISCIII notificó al IdISBa la resolución de acreditación como Instituto de Investigación Sanitaria.

El IdISBa impulsa la investigación en enfermería con programas específicos

El Instituto lanzará una convocatoria de proyectos específica para enfermería en el programa Primus, cuyo objetivo es ayudar a investigadores principales que no hayan obtenido financiación para un proyecto

JUAN RIERA ROCA

El pasado jueves, 18 de marzo, el director científico del Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares, (IdISBa), el **Dr. Miquel Fiol**, y el gestor científico de la entidad, el **Dr. Daniel Lopez** mantuvieron una reunión con investigadores/as de enfermería con el objetivo de unificar criterios y propuestas en este campo e identificar las dificultades que este colectivo se encuentra en la labor investigadora.

Asistentes

Al encuentro asistieron **Pilar Andreu**, supervisora de Enfermería del Área de Docencia, Investigación e Innovación del Hospital Universitario Son Espases, el **Dr. José Antonio Mingorance**, investigador del Grupo Neurociencia Cognitivo-Afectiva y Psicología Clínica (CANCLIP) del IdISBa, el **Dr. Miquel Bennasar**, corresponsable del Grupo Salud Global y Estilos de Vida (EVES), la **Dra. Noemí Sansó**, investigadora principal del Grupo de Cuidados, Cronicidad y Evidencias en Salud (CurES), y el responsable del mismo grupo, el **Sr. Miguel Ángel Rodríguez**.

El IdISBa está alineado con las propuestas del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) que establecen la importancia que tienen los profesionales de enfermería



El doctor Fiol, a la derecha, junto al grupo de investigadores.

en la investigación en materia de salud. Para reafirmar el compromiso de la entidad con la investigación de enfermería se abordaron diversas medidas para favorecer su integración en convocatorias y proyectos.

Para dinamizar esta investigación, el IdISBa se ha comprometido a lanzar una convocatoria de proyectos específica para enfermería en el programa

Primus, cuyo objetivo es que investigadores principales que todavía no hayan obtenido financiación para un proyecto de investigación competitivo público nacional o internacional, puedan conseguir resultados preliminares, palanca para otras convocatorias.

El **Dr. Fiol** señala que, "la investigación en enfermería no puede competir con otro tipo de

investigaciones, debido a que las revistas científicas en las que se publican sus artículos tienen menor factor de impacto, por eso es necesario tomar medidas correctoras que favorezcan que los investigadores en enfermería puedan optar a convocatorias y proyectos para llevar a cabo sus investigaciones".

Entre las medidas, el Instituto tiene previsto impulsar un

plan de tutela para investigadores de enfermería con el objeto de mejorar su producción científica y asesorarles en sus proyectos de investigación. El director científico concluye que este tipo de encuentros son importantes para reorientar las líneas de los grupos del IdISBa con la finalidad de que sean originales, traslacionales y competitivos.

Investigación en Cuidados y Servicios de Salud

J.R.R.

La Unidad de Investigación en Cuidados y Servicios de Salud (Investén-isciii) se crea en 1996 con el objetivo de fomentar la investigación en cuidados de enfermería y otras disciplinas relacionadas. Investén-isciii incluye profesionales, en su mayor parte de enfermería de todas las comunidades autónomas.

Su ámbito de influencia es nacional, en ella están involucradas las diferentes áreas de trabajo de los profesiona-



les de enfermería y disciplinas afines: la atención primaria, la hospitalaria, las instituciones docentes y las diferentes áreas de gestión de la provisión de cuidados. La misión es desarrollar estrategias y promover acciones para el fomento y coordinación de la investigación multidisciplinar y traslacional en cuidados.

Su objetivo es favorecer el vínculo entre la práctica y la investigación, y posibilitando la implantación de cuidados seguros y de calidad que mejoren la salud de la población. Sus líneas estratégicas prevén garantizar la presencia y vi-

sibilidad de la investigación en cuidados liderada por enfermería y profesiones similares.

También, fomentar el intercambio de conocimiento transnacional e incorporar la actividad científica en cuidados en el ámbito europeo e internacional; potenciar la formación en metodología de la investigación de los profesionales implicados en la prestación de cuidados; facilitar el rigor científico de la actividad investigadora de los profesionales de enfermería y profesiones similares y facilitar la transferencia de resultados de la investigación en cuidados y la aplicación de evidencias en la práctica de los cuidados.

ALBA CASTRO MONTENEGRO / PSICÓLOGA CLÍNICA EN AURA PSICOLOGÍA

“La adolescencia es un periodo vital complicado y una etapa llena de cambios físicos, emocionales y psicológicos”

La adolescencia es una edad complicada, en la que frecuentemente aparecen conflictos y problemas psicológicos a los que es importante dar una adecuada respuesta. Tenemos la oportunidad de realizar una entrevista acerca de este tema a Alba Castro, psicóloga del centro Aura Psicología. Alba Castro Montenegro es psicóloga clínica y cuenta con amplia formación y experiencia en el trabajo con población infanto-juvenil y con adultos. Es terapeuta EMDR y está especializada en apego, trauma y disociación.



CARLOS HERNÁNDEZ

P.- ¿Qué supone la adolescencia como etapa vital?

R.- La adolescencia es un periodo vital complicado. Se trata de una etapa que está llena de cambios físicos, emocionales y psicológicos. Es ese momento en el que se deja de ver el mundo con la mirada infantil, pero todavía no se cuenta con los recursos del mundo adulto. La adolescencia está definida por el cambio. Hay una explosión de cambios físicos, se desarrolla la sexualidad, la creación de la identidad, las preferencias y valores.

P.- ¿Cómo se puede sentir un adolescente? ¿Qué sería lo ‘normal’ en esta etapa?

R.- Todos esos cambios que experimentan a nivel físico, psicológico y emocional ocurren de manera muy rápida y abrupta, con lo cual les es difícil poder procesarlos e integrarlos. Se sienten en una montaña rusa, con constantes vaivenes emocionales que muchas veces no comprenden. Es frecuente que tengan muchos cambios en el estado de ánimo y que aparezcan reacciones bruscas, lo

que genera mucha confusión emocional, también en el entorno. En esta etapa aparece el deseo de soledad, la necesidad de aislamiento frente a la familia. Entran en lucha para romper los límites que les establecen los padres. También es típica una mayor preocupación por el aspecto físico motivada por la alta necesidad de pertenencia y de aceptación por parte del grupo de iguales.

P.- ¿Cuál es el papel de la familia durante la adolescencia?

R.- El apoyo familiar es imprescindible en esta etapa. Las madres y padres son la herramienta fundamental para que los jóvenes integren y acepten esos cambios que están viviendo de manera adecuada. La adolescencia es una etapa de aprendizaje, de experimentación, de intentar volar y de buscar el propio camino. Pero no lo pueden hacer solos, necesitan que su familia sea la guía, una brújula que les ayude a encontrarse cuando están perdidos o necesitados de apoyo, un “col-

chón” que reduzca el impacto de todas las caídas y tropezones en esa búsqueda de su camino.

P.- ¿Cuáles serían las recomendaciones para las familias que tienen un hijo o hija adolescente?

R.- Algo importante para todos los adultos que de alguna forma conviven con un adolescente: madres, padres, u otros familiares, profesores, terapeutas... es acordarnos de cuando nosotros éramos adolescentes. Reflexionar sobre cómo nos sentíamos, recordar cuales eran nuestras necesidades y preocupaciones. Es importante tener empatía e intentar comprender todo aquello con lo que está lidiando el adolescente, que suele ser mucho. Muchas veces desde la mirada adulta se minimizan e invalidan las vivencias y el sufrimiento que están experimentando los jóvenes.

Es importante que en la familia se cree un espacio de comunicación abierto y un entorno seguro y cálido. Saber escuchar y que se sientan escuchados, así

como favorecer una buena expresión y regulación emocional. También es importante poner límites y normas claras y coherentes, y que haya consistencia en las pautas educativas entre los padres. Estamos viviendo un momento histórico que esto último, cuesta mucho a los padres, están perdidos y muchas veces no saben cómo hacerlo.

P.- ¿Cuáles son los problemas de salud mental más frecuentes entre los adolescentes?

R.- La literatura científica nos dice que aproximadamente uno de cada cinco adolescentes ha tenido o tiene algún tipo de problema relacionado con la salud mental. Algunos de los trastornos de salud mental más frecuentes entre los adolescentes son los trastornos de ansiedad, la depresión, los problemas de conducta, los trastornos alimentarios, las adicciones... Es importante señalar que siendo la depresión uno de los trastornos emocionales más comunes entre la población general, también lo es entre los adolescentes. Desgraciadamente, en casos graves la depresión puede conducir al suicidio y como alerta la Organización Mundial de la Salud, el suicidio es la segunda causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, y la tercera en jóvenes de 15 a 19.

P.- ¿Cuáles serían los factores de riesgo para desarrollar un problema de salud mental durante la adolescencia?

R.- La mayoría de los problemas de salud, y en salud mental ocurre lo mismo, son causa de una combinación de múltiples factores tanto ambientales como

genéticos. En cualquier caso, los adolescentes que han estado o están expuestos a factores de riesgo como la pobreza, la violencia o experiencias traumáticas de abuso físico, sexual o emocional son más vulnerables y tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud mental. Además, existen otros como: los conflictos y las dinámicas familiares, el acoso escolar, la presión por pertenecer a un grupo social y ser aceptado, el tener acceso a la tecnología y el tipo de uso que se haga de ella...

P.- ¿Cuándo es recomendable pedir ayuda profesional?

R.- La adolescencia es una de las etapas del desarrollo más complicadas y difíciles, y lo es tanto para la persona adolescente como para su familia. Es importante escuchar las señales de que algo no va bien en el adolescente. En ocasiones lo dicen explícitamente expresando que necesitan ayuda profesional. A veces de un modo

menos claro, mostrando signos de que algo les está ocurriendo como mostrar un mayor aislamiento de la familia y del grupo de amigos, problemas y cambios en el sueño o en la alimentación, bajar el rendimiento escolar. Otras, que suelen generar mayor preocupación en la familia, pueden ser las conductas autolesivas o verbalizar ideas de suicidio... En todos estos casos hay que detectar y atender eso que está apareciendo y pedir ayuda profesional. En otras ocasiones la necesidad viene de las familias ya que para los padres y madres la adolescencia de sus hijas e hijos también supone un reto.

► “En nuestro centro Aura Psicología trabajamos con adolescentes y sus familias. Trabajando tanto en terapia individual como familiar con un enfoque holístico de la persona y sus dificultades”

AURA

PSICOLOGIA

TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA PERSONA

Psicología Clínica- Psiquiatría

✉ consulta@aurapsicologia.com ☎ 627 545 206 - 971 079 386

C/ Foners,1 - 1B - 07006 Palma

www.aurapsicologia.com

INÉS BARRADO CONDE

La esperanza de vida de la población es cada vez más alta. Vivimos más años, y además hacemos más uso de dispositivos electrónicos con pantallas (móviles, tabletas, ordenadores...), que suponen un sobreesfuerzo para nuestros ojos.

De acuerdo a los especialistas de Oftalmedic Salvà, estos factores hacen que la presbicia sea el problema ocular más común entre los españoles y que su incidencia vaya en aumento. Actualmente se estima que afecta a más del 80% de las personas mayores de 45 años, y casi a la totalidad de los mayores de 65. Es decir, prácticamente todos acabaremos desarrollando vista cansada en algún momento.

¿Qué es la vista cansada?

La presbicia, también conocida como vista cansada, surge como resultado del deterioro normal del cristalino (la lente natural del ojo). A medida que

► La vista cansada es un proceso natural de envejecimiento

avanza la edad, sobre todo a partir de los 40 o 45 años, esta lente pierde flexibilidad y se vuelve rígida. Además el músculo ciliar (encargado de flexionarla) pierde capacidad de acomodación. Todo esto disminuye la capacidad de enfoque e impide la correcta visión 'de cerca'.

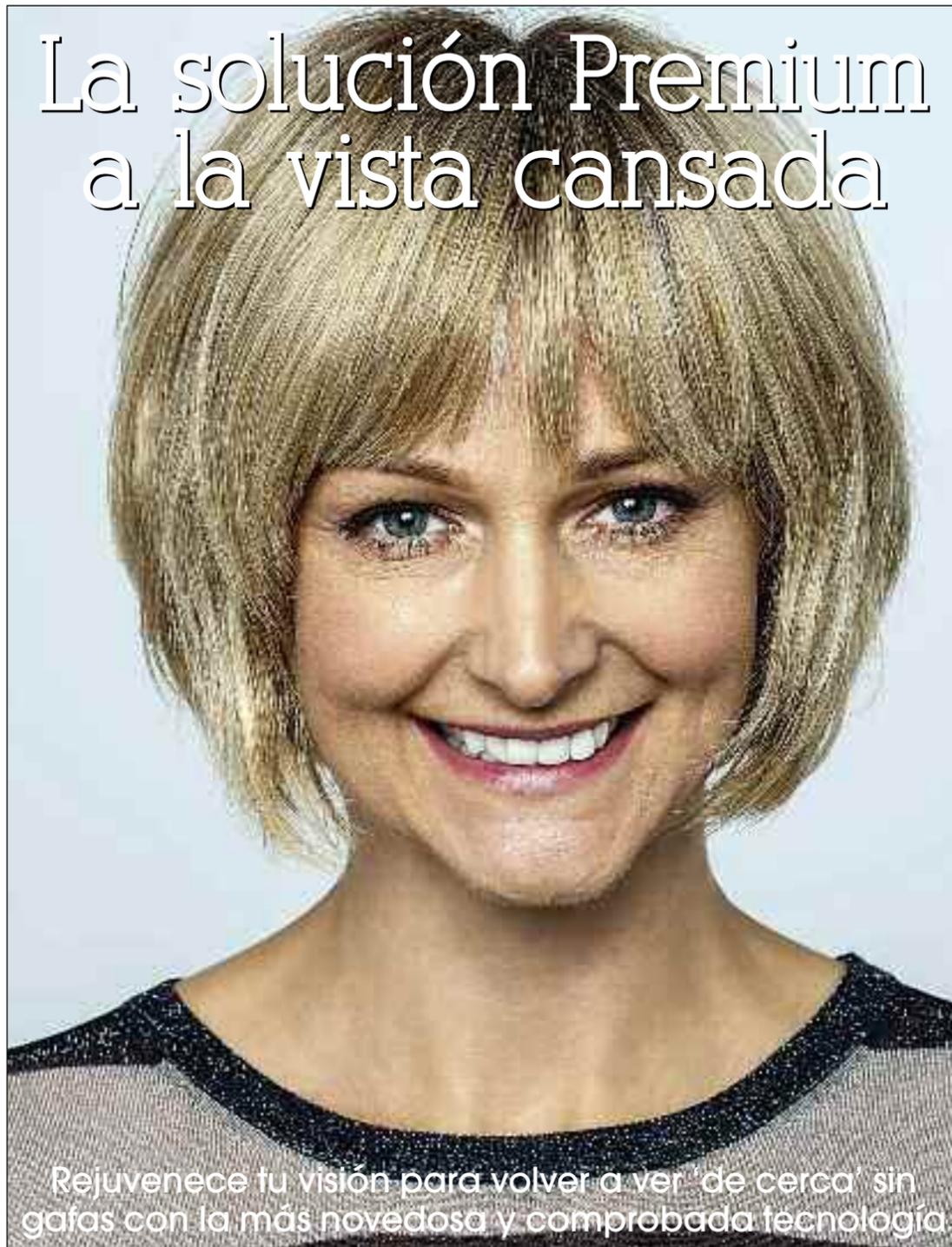
Factores de riesgo

La vista cansada es un proceso natural de envejecimiento, por lo que su principal factor de riesgo es la edad. Pero existen otras variables que pueden acelerar su aparición:

- Genética de cada persona y envejecimiento individual.
- Actividad diaria habitual y sobreesfuerzo ocular (largas jornadas de lectura, uso de dispositivos electrónicos...).
- Aspectos ópticos del ojo: los pacientes con miopía previa tienden a desarrollar esta afección más tarde que aquellos que son hipermetropes, o emétopes (que nunca han precisado gafas).

Síntomas

Esta afección se manifiesta a través de la dificultad para enfocar objetos 'de cerca' (habitualmente a menos de un metro). Por tanto, afecta de forma



negativa a tareas que requieran de precisión visual cercana (lectura, costura...).

Si no es corregida y el esfuerzo para intentar enfocar con nitidez es constante, pueden aparecer síntomas como dolor de cabeza o fatiga y cansancio visual, más intensos al final del día. En caso de aparición de alguno de estos signos, desde Oftalmedic Salvà recomiendan

► La presbicia se manifiesta a través de la dificultad para enfocar objetos 'de cerca'

acudir al oftalmólogo para someterse a una exploración completa que confirme el diagnóstico.

Para acabar con los síntomas de la presbicia existen diversas opciones. La primera, es la corrección óptica con gafas o lentes de contacto, pero esto puede suponer problemas o incomodidad para algunas personas.

La segunda opción es la corrección quirúrgica. En Oftalmedic Salvà se estudia cada caso de forma personalizada y se ofrecen los diferentes procedimientos disponibles, aplicando el que mejor se adapte a cada situación.

La decisión inteligente: Cirugía Refractiva Premium

La Cirugía Refractiva Premium, ofrecida en Oftalmedic Salvà, se realiza con la más novedosa y comprobada tecnología, lo cual permite aumentar la seguridad y la precisión en las intervenciones, y también las posibilidades de personalización de los tratamientos.

Una opción Premium es la Técnica PresbyFemtoLasik. Es un procedimiento 100% láser sin bisturí ni pinchazos, que consiste en:

1. Los aparatos de diagnóstico toman la información de los ojos de cada paciente y se realiza un estudio ad hoc.

2. Esta información se envía automáticamente al equipo láser que realizará el tratamiento, adaptando cada paso a las necesidades concretas de cada paciente.

3. Con esta información, un láser de Femtosegundo muy preciso crea un flap en la córnea.

4. Después, se aplica el láser Excímer Allegretto 500 en la capa media de la córnea que ha quedado expuesta, remodelándola.

5. Finalmente la capa superior de la córnea se vuelve a colocar en su lugar como si se tratara de un apósito natural, sin puntos de sutura.

El PresbyFemtoLasik es un tratamiento totalmente indoloro y de muy corta duración (unos tres minutos por ojo), que permite rejuvenecer la visión para volver a ver 'de cerca' sin gafas. Además, también posibilita la personalización del tratamiento en pacientes que, aparte de presbicia, sufren miopía, hipermetropía o astigmatismo.

El proceso se realiza de forma ambulatoria y con anestesia tópica (en gotas). De este modo es posible corregir la vista cansada desde su origen y de forma personalizada, y eliminar la dependencia de las gafas o lentes de contacto.

Más información:
CLÍNICA SALVÀ
Camí de Son Rapinya, 1
971 730 055
www.clinicasalva.es

► En Oftalmedic Salvà se estudia cada caso de forma personalizada y se ofrecen los procedimientos que mejor se adapten a cada situación

Cirugía Refractiva Premium:
Lentes intraoculares

La técnica PresbyFemtoLasik con láser Allegretto 500, disponible en Oftalmedic Salvà, es única en las Islas Baleares y constituye todo un avance en el campo de la Cirugía Refractiva. Sin embargo, no todos los pacientes son candidatos aptos para someterse a este procedimiento láser (ocurre sobre todo en personas con la córnea demasiado fina o altas graduaciones). En esos casos, otra opción Premium para acabar con la vista cansada es la implantación de lentes intraoculares.



Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas: Técnicas quirúrgicas de excelencia que mejoran la calidad de vida del paciente

Microcirugía para la reconstrucción de zonas o estructuras dañadas, Cirugía orientada por GPS y navegación 3D para mejorar la precisión en la alineación y fijación de prótesis, Cirugía Mínimamente Invasiva para el tratamiento de la Obesidad, Implantes Cocleares que transforman el sonido en energía eléctrica para recuperar la audición en personas sordas. Los especialistas quirúrgicos de Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas realizan cirugías cada día más complejas que permiten al paciente: una rápida recuperación y una enorme mejora de su calidad de vida.

cluso crónicos y también en pacientes con secuelas graves de quemaduras.

REDACCIÓN

Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas son un claro exponente en avances e introducción de técnicas quirúrgicas que implementadas por sus especialistas permiten nuevos abordajes y mejores soluciones a diversas patologías del paciente.

Primera Unidad privada de Microcirugía Reconstructiva y Reparadora de las Islas Baleares

La microcirugía es una dis-

ciplina que permite la transferencia de tejido de una parte del cuerpo a otra y la reconstrucción de partes amputadas o afectadas. Esto es posible mediante la anastomosis, es decir la unión de vasos sanguíneos y estructuras nerviosas en muchos casos de diámetros de alrededor de 1mm.

Una técnica microscópica que requiere instrumental especializado, equipos de magnificación y especialistas con los conocimientos y la experiencia para trabajar a escalas inapreciables para el ojo humano.

Los doctores Ángel López, Mariano Rovira, Oriol Roca e

Iván Monge ya han aplicado esta técnica en la Clínica Rotger con un excelente resultado en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, que en poco tiempo logran recuperar la estética y la funcionalidad del tejido sustituido, sin necesidad de prótesis o materiales sintéticos.

La microcirugía tiene aplicaciones en múltiples campos, por ejemplo, en pacientes oncológicos para la reconstrucción del tejido mamario, sarcomas o tumores de cabeza y cuello, así como pacientes con secuelas de traumatismos agudos (accidentes de tráfico o accidentes laborales) o in-

► **“Las principales áreas que pueden ser intervenidas y mejoradas en su funcionalidad y estética con microcirugía son: la reconstrucción mamaria, la reconstrucción maxilofacial, defectos post traumáticos, defectos por cirugía oncológica o secuelas por quemaduras”**

Entre otras ventajas la Unidad de Microcirugía Reconstructiva y Reparadora de Clínica Rotger consigue:

- Resecciones quirúrgicas más radicales o en casos más avanzados
- Restitución estética y funcional para devolver la forma y función del tejido ausente.
- Minimiza complicaciones post-operatorias gracias al aporte de tejido altamente vascularizado.
- Selección del tejido donante más adecuado para restaurar la forma y función

Técnica Rezum, para el tratamiento de la Hiperplasia Benigna de próstata sin pérdida de la eyaculación

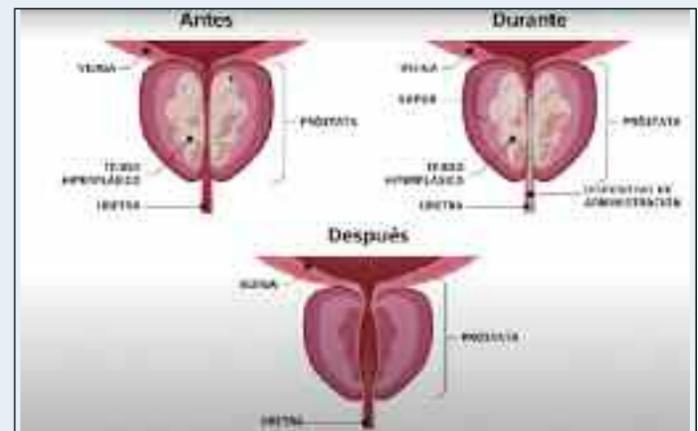
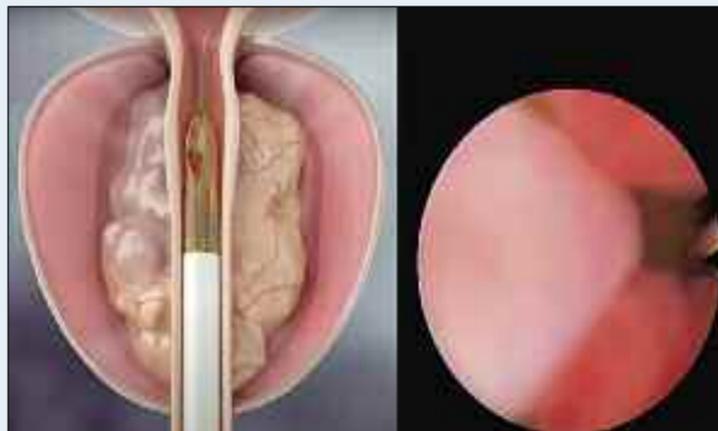
Los especialistas del Servicio de Urología del Hospital Quirónsalud Palmaplanas cuentan con la certificación

► **“La técnica Rezum es un procedimiento rápido y ambulatorio para el abordaje de la Hiperplasia Benigna de Próstata indicado para pacientes que quieren mantener la eyaculación”**

para abordar el tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata mediante la técnica Rezum. Un rápido procedimiento de cirugía mayor ambulatoria, prácticamente indoloro, mínimamente invasivo sin necesidad de corte quirúrgico y que en menos de 15 minutos logra reducir la hipertrofia benigna de próstata. Además de la eficacia terapéutica la principal ventaja de esta técnica es la de evitar la disfunción eréctil y la pérdida de eyaculación o eyaculación retrógrada.



Doctores José Luis Bauzá, Antonio Tienza, Enrique Pieras, Pedro Pizà y Juan Pablo Burgués del Servicio de Urología del Hospital Quirónsalud Palmaplanas y especialistas en la técnica Rezum.



Implante Coclear

Los especialistas en Otorrinolaringología de Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas también han avanzado en la técnica del Implante Coclear. Un dispositivo electrónico que reemplaza el funcionamiento del oído interno. Concretamente transforma el sonido en energía eléctrica que se utiliza para estimular el nervio coclear, para que este envíe las señales sonoras al cerebro, permitiendo a personas sordas percibir y procesar los sonidos y el lenguaje.

El equipo tecnológico consta de dos partes. Mediante cirugía, se coloca en el oído interno, concretamente en la cóclea, un pequeño dispositivo que estimula la fibra del nervio auditivo y de forma externa una tecnología similar a un micrófono que capta el sonido y procesa el lenguaje.

Este dispositivo ayuda a pacientes con sordera neurosen-



El doctor Pedro Sarria durante la realización del Implante Coclear.



doctor Manuel Tomás siguiendo la intervención.

sorial severa profunda, permitiendo al paciente detectar sonidos ambientales y entender el lenguaje humano. Durante la cirugía los doctores Manuel Tomás y Pedro Sarria pueden

monitorizar en tiempo real el funcionamiento de la cóclea de forma que los cirujanos pueden conservar la mayor parte de las estructuras intracocleares del paciente.

► **“El Implante Coclear transforma el sonido en energía eléctrica que se utiliza para estimular el nervio coclear, para que este envíe las señales sonoras al cerebro, permitiendo a personas sordas percibir y procesar los sonidos y el lenguaje”**



Equipo de Endocrinología del Hospital Quirónsalud Palmaplanas, formado por las doctoras Alexandra Speranskaya y Soledad Gogorza y Rosmeri Rivera.

Cirugía de la Obesidad

El equipo de la Unidad de Obesidad del Hospital Quirónsalud Palmaplanas formado por las doctoras Rosmeri Rivera, Alexandra Speranskaya y Soledad Gogorza plantean la realización de una Cirugía Bariátrica a los pacientes que presentan una obesidad grave o a pacientes con los que han fallado otras alternativas terapéuticas. A largo plazo, estas cirugías han demostrado su capacidad de reducir la incidencia de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia, así como los casos de mortalidad.

El servicio de endocrinología trabaja en estrecha colaboración con el equipo de Cirujanos formado por los doctores José María Muñoz y José Manuel Olea que realizan intervencio-

nes de Obesidad, aplicando la técnica quirúrgica más adecuada a las circunstancias médicas de cada paciente como la: gastrectomía vertical o técnicas mixtas como el by-pass gástrico. Ambas se suelen realizar por vía laparoscópica, lo que supone una estancia hospitalaria menor y una recuperación más rápida.

Circuito de Cirugía de la Obesidad en Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas

El equipo de Endocrinología ofrece una consulta de Educación Terapéutica en Diabetes y Obesidad, atendida por doctores especializados, en un circuito que engloba tratamiento antes y después de la intervención.

► **“Las cirugías de la Obesidad con técnicas mínimamente invasivas han demostrado su capacidad de reducir la mortalidad, así como la incidencia de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia. Mejorando enormemente la calidad de vida del paciente”**



Equipo de Cirugía de la Obesidad formado por el doctor José M^o Muñoz y José Manuel Olea.



Equipo de Cirugía de la Obesidad de Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas

Esta unidad estudia cada caso concreto y ofrece las soluciones y estrategias adaptadas a cada paciente en un trabajo coordinado con el equipo de Cirujanos Digestivos.

“Sleeve Gástrico”

La técnica del “Sleeve Gástrico” es una intervención quirúrgica que resecciona o reduce el tamaño del estómago mediante la aplicación de suturas en su pared, de forma que la disminución del volumen gástrico genera rápidamente sensación de saciedad con la ingesta de pocos alimentos. Se trata de un procedimiento con baja tasa de complicaciones, indicado para personas que presentan un elevado índice de masa corporal.

Generalmente se consigue reducir entre un 70 o un 80% el exceso de peso y en la mayoría de los pacientes también se curan patologías asociadas como la Diabetes, la Hipertensión o incluso la Apnea del Sueño.

En todos los casos, se logra una mejora de la calidad de vida y según estudios recientes, se reduce en torno a un

24% el riesgo de fallecimiento, por circunstancias relacionadas con la obesidad.

El procedimiento quirúrgico es mínimamente invasivo y se realiza por vía laparoscópica bajo los efectos de anestesia general. Generalmente, la intervención dura unos 60 minutos y el postoperatorio requiere aproximadamente, 48 horas de ingreso hospitalario. | 7

By pass gástrico

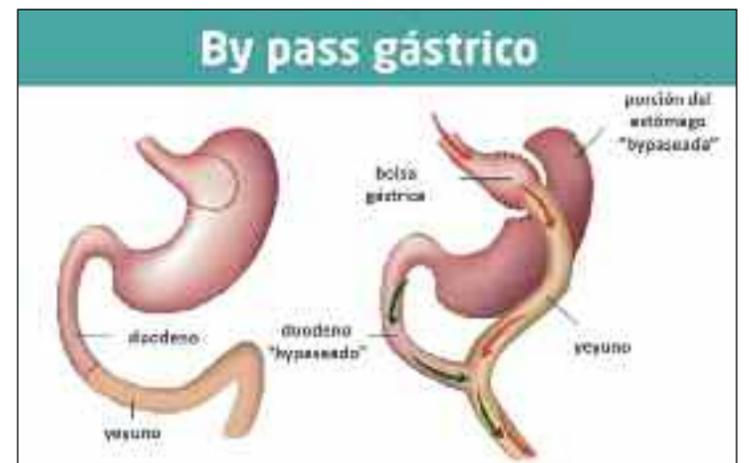
Esta técnica se aplica en pacientes obesos con los que han fracasado otros abordajes de la enfermedad. Es una técnica mixta tanto restrictiva como malabsortiva.

En primer lugar, se realiza



una reducción de estómago, formando una pequeña bolsa de unos 20 o 30 ml de capacidad frente a los 2 litros del estómago entero.

A continuación, la técnica malabsortiva consiste en conectar la pequeña bolsa gástrica directamente a una porción más alejada del intestino del-



gado, evitando el paso de los alimentos por el estómago, por el duodeno y por el yeyuno. Así, se limita la absorción de nutrientes de los alimentos,

principalmente las grasas.

La técnica del By pass gástrico se realiza por laparoscopia y generalmente requiere hospitalización del paciente entre 2 y 4 días.

Sistema de orientación GPS Tridimensional para optimizar la Cirugía de implante de prótesis de hombro

El doctor Luís Camacho y su equipo experto en cirugía protésica utilizan en la Clínica Rotger la tecnología de navegación asistida que permite al cirujano reconstruir virtualmente el hombro y planificar previamente la cirugía, para después aplicarla con precisión en el quirófano, guiados por visión tridimensional.

A partir de la información obtenida en el TAC el sistema logra un modelo en 3D de la anatomía del paciente que permite al cirujano planificar previamente la intervención, realizar mediciones, optar por los implantes adecuados y fijarlos correctamente. Posteriormente el especialista puede recrear la intervención, navegar por ella, editando la reconstrucción antes de la cirugía o incluso introducir correcciones una vez que está dentro del quirófano.

► **“El sistema de navegación permite una mejor precisión en la implantación de la prótesis, mejor funcionamiento de la misma, mayor perdurabilidad y por lo tanto más calidad de vida para el paciente que puede recuperar prácticamente toda la funcionalidad del hombro”**



Programa de Planificación virtual de la Cirugía de Exactech.



Equipo de la Unidad de Microcirugía reconstructiva y reparadora de Clínica Rotger.

Este sistema puede aplicarse en una gran variedad de casos, mejorando la precisión de una

intervención en la que en ocasiones es difícil conseguir la alineación adecuada y la fijación

de la prótesis. El acierto en el posicionamiento correcto del implante tiene una importan-

cia determinante en la posterior funcionalidad del hombro, una vez que concluye la rehabilitación postoperatoria. La introducción de la tecnología de navegación favorece la exactitud y reduce posibles inestabilidades o aflojamientos de la prótesis, aumentando la duración y supervivencia de los implantes durante un plazo de tiempo mayor.

De forma general, esta intervención está indicada para pacientes que se encuentran en una franja de edad entre los 60 y 80 años, que arrastran una evolución histórica de limitación funcional del hombro y que generalmente se acompaña de un dolor que no remite con medicación.

De esta manera se mejora la calidad de vida del paciente que se recupera en poco tiempo, se reducen las complicaciones y rápidamente puede continuar realizando la mayor parte de sus actividades cotidianas con normalidad.

Cirugías que mejoran la calidad de vida de los pacientes en Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas

La incorporación de instalaciones y equipos tecnológicos de última generación, así como la pulsión innovadora de los especialistas de Clínica Rotger y Hospital Quirónsalud Palmaplanas permiten ofrecer a los pacientes las técnicas quirúrgicas más avanzadas que aceleran sus procesos de recuperación y mejoran su calidad de vida.

La pandemia de COVID19 ha empeorado la percepción del dolor en pacientes con problemas de espalda y otras patologías

DR MARIO GESTOSO, DIRECTOR MÉDICO DE ESCUELA ESPAÑOLA DE LA ESPALDA

En un estudio transversal, del profesor Rubén Nieto de la UOC, 502 españoles con dolor crónico respondieron una encuesta respecto a la situación frente al COVID19 en la que se incluyeron preguntas sobre dolor, estrategias de afrontamiento, desencadenantes y variables.

Los participantes fueron principalmente mujeres (88%), de entre 30 y 59 años, con dolor crónico de larga duración (media 7 años) e intensidad y discapacidad de moderada a alta. Se puede acceder a más detalles sobre el estudio en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/11/3558>.

Empeoramiento

Un 70% informó de un empeoramiento desde el inicio del estado de alarma en la intensidad del dolor, la frecuencia de los episodios, la interferencia del dolor en las actividades diarias, en la capacidad para trabajar, en las actividades de ocio, en el sueño y la actividad física.

Se observa un impacto negativo en el bienestar general, la actividad física, social y laboral, el estado emocional y el dolor. Variables como la inseguridad laboral, las preocupaciones en relación al futuro, y el número de personas que coha-



bitan se relacionaron con estos resultados.

Se observan también cambios en las estrategias de afrontamiento. Un 50% señaló que desde el inicio del estado de alarma había utilizado el descanso como estrategia para afrontar el dolor, y un porcentaje similar había incrementado el consumo de medicación.

Ambas cosas, podrían resultar contraproducentes, según los expertos como el Dr Mario Gestoso, de donde proceden

todos estos datos. Por otra parte, cerca del 50% incorporó la realización de estiramientos, estrategia que sería positiva para el manejo del dolor.

Por último, aumentó el porcentaje de personas que informaron que los siguientes factores se relacionaban con un incremento del dolor: estrés, problemas sueño, preocupación por el futuro, sedentarismo, tristeza, pensamientos negativos, inseguridad, soledad y miedo a contagiarse.

Lamentablemente el covid está produciendo un doble efecto negativo, el que produce la propia enfermedad y el derivado de la falta de asistencia de pacientes con enfermedades crónicas cardíacas, respiratorias, metabólicas, oncológicas o lumbalgias.

El COVID19 produce síntomas tan variados como fiebre, fatiga, falta de aire, dolor de garganta, pérdida de gusto y olfato, dolor de cabeza, diarreas. Hasta un 15% de es-



tos pacientes pueden tener dolores articulares y musculares que pueden afectar a la espalda.

Dolores

Estos dolores pueden ser más intensos en personas que tengan patologías previas como artrosis, hernias discales, estenosis de canal vertebral, espondilolisis o espondilolistesis.

El confinamiento provocado por el COVID19, el teletrabajo y el cierre de centros deportivos, "han disminuido la actividad física de muchas personas que han empeorado la salud de su espalda, sufriendo crisis dolorosas por lumbalgias, ciáticas, dolores de cuello y espalda. En definitiva al confirmarnos nos hemos vuelto más sedentarios, aumentando el riesgo de dolor.

Causas del aumento de la incidencia de las lumbalgias durante la pandemia

- La falta de potencia muscular («atrofia muscular»).
- El sedentarismo conlleva la pérdida de fuerza muscular, y el tener poca fuerza en la musculatura de la espalda o los abdominales ha demostrado ser uno de los factores que aumenta el riesgo de que el dolor aparezca o persista.
- La falta de potencia muscular facilita que la musculatura se sobrecargue y contracture ante esfuerzos aparentemente livianos.
- Cuanto menor masa muscular hay, menos protegido está el disco intervertebral y las demás estructuras de la columna vertebral y menos resistente es ésta a la carga, incrementando el riesgo de que aparezcan algunas de sus alteraciones.
- La falta de actividad física. En condiciones normales, los distintos grupos musculares que participan en el funcionamiento de la espalda, como los abdominales y la musculatura paravertebral, se coordinan entre sí para mantener una postura o conservar el equilibrio en movimiento. Esta coordinación depende de reflejos nerviosos que, para funcionar co-

rectamente, necesitan repetirse.

- La inactividad física disminuye ese entrenamiento y empeora esos reflejos, haciendo que la musculatura se contraiga inadecuadamente o a destiempo, lo que facilita su contractura.
- La postura. Al estar sentado, el sufre más carga en su posición anterior. Como el disco es flexible, eso tiende a aumentar la presión sobre su pared posterior, por lo que el mantenimiento constante de esa postura puede aumentar el riesgo de que ésta se rompa o deforme y aparezca una fisura, protrusión o hernia discal. En condiciones normales, la musculatura de la espalda protege el disco, por lo que el riesgo es mayor si la musculatura es poco potente.
- La mala higiene postural. Al estar sentado, es muy frecuente adoptar posturas incorrectas, que aumentan innecesariamente la presión sobre el disco intervertebral, lo que a la larga puede facilitar que aparezca una fisura, protrusión o hernia discal, e incrementan la fuerza que debe hacer la musculatura,

lo que puede provocar su contractura. Esto es todavía más fácil si son incorrectas las posturas que se adoptan al trabajar sentado, por ejemplo con el ordenador. Sin embargo, la lesión del disco o la contractura de la musculatura son mucho menos probables si la musculatura es potente y está entrenada.

- El sobrepeso. El sobrepeso se asocia frecuentemente al sedentarismo, y es uno de los factores que aumenta el riesgo de que aparezca dolor de espalda. También en este caso, el riesgo es mayor si al sobrepeso se le asocia la falta de una musculatura potente.

Por todo lo anterior, ha aumentado la frecuencia de crisis de dolor de cuello y espalda, cervicalgias, lumbalgias, ciáticas que han precisado asistencia médica, pero que sobre todo precisan mantener un ejercicio terapéutico y preventivo adecuado.

Más información: www.eede.es de la Escuela Española de la Espalda, de la que el Dr Mario Gestoso es el director médico.

ADEMA y la RAMIB acuerdan impulsar la investigación, la divulgación y la internacionalización de las Ciencias de la Salud

Ambas instituciones apuestan por abrir una nueva etapa de colaboración mediante la convocatoria de un premio anual sobre Odontología y Nutrición Humana

REDACCIÓN

El presidente del Patronato de la Escuela Universitaria ADEMA, **Diego González**, y el presidente de la Real Academia de Medicina de Baleares (RAMIB), el **doctor Matías Tomás Salvá**, han firmado un convenio para impulsar la investigación, la divulgación y la internacionalización de las Ciencias de la Salud.

Aunar sinergias

Según ha explicado el presidente del Patronato de la Escuela, **Diego González**, "hemos querido aunar sinergias para patrocinar un premio en la edición anual de esta institución, para el curso académico 2021-22, sobre Odontología o Nutrición Humana. Este galardón puede y debe servir de acicate a los profesionales de ambas ramas de Ciencias de la Salud para que presenten sus investigaciones y fomentar así la investigación. De este modo, ADEMA, a pesar de su juventud, está realizando un trabajo intenso en investigación y se suma a prestigiosas entidades científicas y hospitalarias de las Islas".

Tanto el **doctor Matías To-**



El doctor Pere Riutord, Diego González, doctor Macià Tomás y el doctor Ángel Arturo López Fernández, en la RAMIB.

más como Diego González han mostrado su satisfacción por abrir esta nueva etapa de colaboración entre ambas instituciones así como su deseo de ampliarla al máximo con

otras actividades académicas y científicas en un futuro. Según explicó el doctor Tomás, "nuestra institución ha tenido operatividad científica ininterrumpida desde su fundación el

año 1788 hasta nuestros días y deseamos seguir potenciando el conocimiento de las Ciencias de la Salud entre los facultativos profesionales de la salud en especial y la ciudadanía en general, así

como trasladar a la sociedad los avances biomédicos".

En este sentido, **Diego González** aseguró que "la investigación es un eje estratégico entre los docentes de la Escuela tanto en el terreno de la Odontología como de la Nutrición" y resaltó el valor del equipo humano, "dinámico y comprometido" por el cuidado de la salud de las personas y con vocación docente y, cuya plantilla cuenta con un amplio número de titulados doctores. "Contar con estos estudios especializados está generando un empleo de alta cualificación en las Islas para casi un centenar de docentes que tiene una nueva vertiente de desarrollo profesional en el campo de la docencia y la investigación con metodologías educativas innovadoras y tecnología digital 3D".

Durante la firma también asistieron el vicepresidente de la RAMIB y director de investigación de la Escuela Universitaria ADEMA, el **doctor Ángel Arturo López González**; y el académico numerario y presidente del consejo asesor para la investigación de la Escuela Universitaria ADEMA, el **doctor Pere Riutord Sbert**.

Los 14 municipios de la Mancomunitat del Pla podrán beneficiarse de tratamientos bucodentales y de promoción de la salud de la Clínica Universitaria ADEMA

Será el área de Servicios de Sociales la que se encargará de estudiar y evaluar la situación socioeconómica de la cada paciente

REDACCIÓN

Las familias y personas en situación de vulnerabilidad social de los 14 municipios que conforman la Mancomunitat del Pla podrán beneficiarse de los tratamientos odontológicos y de actividades de promoción para la salud de la Clínica Universitaria de ADEMA.

La Escuela Universitaria ADEMA, a través de su Fundación ADEMA+, ha firmado un convenio de colaboración con la Mancomunitat del Pla de Mallorca que está integrada por 14 municipios del centro de Mallorca (Algaida, Ariany, Costitx, Lloret de Vistalegre, Llubí, Maria de la Salut, Montuïri, Petra, Porreres, San Juan, Santa Eugènia, Sencelles, Sineu y Vilafranca de Bonany), municipios con unas características parecidas.

El convenio fue firmado en la



Un momento de la firma del convenio por parte de Diego González y Joana María Pascual.

sede de la Mancomunitat del Pla por su presidenta, **Joana María Pascual**, y el máximo representante de la Fundación ADEMA+ y presidente del Patronato de la Escuela Universitaria ADEMA, **Diego González**.

El presidente de la Fundación ADEMA+, **Diego González**, ha mostrado su satisfacción por este acuerdo ya que

"permite que el trabajo de docentes y alumnado de la Escuela Universitaria ADEMA pueda repercutir de manera positiva sobre la salud de los mallorquines, residentes en estos municipios en situación de exclusión social y con grandes problemas para acceder a este tipo de tratamientos". "En Nuestra Clínica Universitaria se trabaja especialmente en la atención sanitaria

bucodental a este tipo de personas en situación de riesgo social, dando así continuidad a nuestro compromiso con la labor social en las Islas", ha afirmado **González**.

Será el área de Servicios de Sociales la que se encargará de estudiar y evaluar la situación socioeconómica de la cada paciente para finalmente determinar qué tipo de ayuda recibirán.

El presidente de la Fundación ADEMA+, **Diego González**, y la presidenta de la Mancomunidad del Pla, **Joana María Pascual**, han coincidido en afirmar que "es un paso importante para cubrir necesidades básicas que presentan algunas personas para mejorar la salud bucodental y nutricional, un aspecto tan importante para este colectivo que necesitan apoyo social".

En opinión de **Diego González**, "nuestra Fundación ADEMA+ tiene una firme vocación huma-

nística, asistencial y científica, desarrollando una labor de responsabilidad social en paralelo al aprendizaje colaborativo en el que los alumnos tienen que trabajar en equipo e interactuar para conseguir un objetivo común como los valores de la responsabilidad social, el compromiso y la vocación docente".

Por su parte, **Joana María Pascual** ha explicado que "dentro de las demandas que más solicitan nuestros usuarios en el área social son las ayudas en salud bucodental que son tan escasas y tan de vital importancia para estas personas para ganar salud y calidad en su vida diaria. Contar con una Clínica Universitaria con la tecnología más vanguardista y con una gran vocación de solidaridad y valor ético por la salud de sus alumnos y docentes supone una gran motivación y estímulos positivos para nuestros trabajadores".

Premio a una tesis doctoral sobre la mejora de la calidad de vida de los alumnos de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB

JUAN RIERA ROCA

La tesis doctoral de **Liberto Macías González**, defendida en la Universitat de les Illes Balears (UIB) en febrero de 2020, ha sido galardonada recientemente por la Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM), que le ha otorgado el 7º Premio de investigación Adoración Holgado Sánchez AEPUM 2020.

El jurado del premio reconoce la claridad, la metodología, la relevancia y la aplicabilidad del estudio del **doctor Liberto Macías**. A partir del análisis de la experiencia de la Universidad Abierta para Mayores (UOM) de la UIB, su tesis doctoral constata como los programas universitarios para personas mayores mejoran su percepción de la calidad de vida.

El estudio destaca que la UOM fomenta el envejecimiento activo y en positivo de los participantes. La tesis doctoral Calidad de vida y educación de mayores: la influencia de los Programas Universitarios para Mayores en el mantenimiento de la calidad de vida. El análisis longitudinal fue dirigido por los **doctores Carmen Orte y Lluís Ballester**.

Premio de Investigación

El Premio de Investigación **Adoración Holgado Sánchez** lo otorga la AEPUM como reconocimiento a los investigadores que dedican su esfuerzo a la búsqueda de soluciones innovadoras a favor del aprendizaje permanente para fomentar la calidad de vida de las personas mayores.

En 1998 la uib puso en marcha la Universidad Abierta para Mayores, la UOM, con el objetivo de llevar a cabo un proyecto educativo para este sector de población, enmarcado en el nuevo paradigma de la aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Un proyecto que no sólo mejorará los conocimientos de las personas mayores, sino también su calidad de vida a todos los niveles. Desde aquel momento y hasta la actualidad, la UOM se ha consolidado en proyectos, en número de estudiantes y en proyección social.

La UOM está dirigida a personas adultas mayores de 50 años o personas prejubiladas con estudios primarios que estén interesadas en realizar al-



Liberto Macías González.

gunos de los programas o de las actividades que se llevan a cabo en la Universidad, en las sedes universitarias, los centros universitarios municipales

y en otros lugares que puedan acordarse.

Los objetivos de este programa son: Consolidar el proceso de apertura de la UIB al colec-

tivo de personas mayores de las Islas Baleares iniciado en 1998. Fomentar la participación de las personas mayores en la Universidad de las Islas Balea-

res. Hacer posible el aprendizaje a lo largo de toda la vida y la construcción de una auténtica sociedad del conocimiento. Incrementar el nivel educativo de este grupo de población.

Envejecimiento activo

También, contribuir al envejecimiento activo, competente y exitoso y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores. Fomentar el conocimiento y las relaciones intergeneracionales. Desarrollar la capacidad de este colectivo de leer e interpretar la realidad de nuestro tiempo.

Se busca también continuar potenciando el rol del alumnado universitario mayor como modelo participativo de referencia para el colectivo de personas mayores y para la sociedad en general.

Otros de los objetivos son continuar las relaciones establecidas con la Administración y las instituciones que trabajan con las personas mayores y otras organizaciones educativas y culturales de la comunidad. Potenciar los programas educativos de aprendizaje permanente para personas mayores abriendo una línea europea en torno a este tipo de acciones para adultos.

El edificio científicotécnico de la UIB será reformado para atender necesidades de grupos de investigación de ciencias de la salud

J. R. R.

El Consell de Govern ha acordado declarar como inversión de interés autonómico las obras de rehabilitación y reforma parcial del edificio de los Servicios Científicotécnicos e Institutos Universitarios de Investigación, situado en el campus de la UIB.

En este edificio se encuentra el Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS). Con la implantación progresiva en la UIB de los estudios del Grado de Medicina, se ha aumentado el número de grupos de investigación en este ámbito.

Para poder satisfacer las necesidades de espacio de estos grupos que forman parte del IUNICS, la UIB propuso aprovechar el espacio del edificio de los Servicios Científicotécnicos e Institutos Universitarios de Investigación (IUNICS-IFISC).

En el programa de necesidades se pro-



pone la rehabilitación y reforma del sótano de este edificio. Las intervenciones más importantes consistirán en la adaptación de espacios docentes, definidos como laboratorios; la adaptación de despachos para investigadores.

También, en la dotación del nuevo espacio de instalaciones propias de la investigación y salubridad, además de garantizar la accesibilidad, la ventilación y

la iluminación de los espacios. El plazo previsto de ejecución de las obras es de ocho meses.

El presupuesto máximo para hacer la obra y el equipamiento es de 1.112.108,64 € (IVA excluido). Esta actuación se desarrollará con la cofinanciación del Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) correspondiente al periodo 2014-2020.



LA VENTANA DIGITAL

JAUME ORFILA

La apuesta tecnológica en el campo de las telecomunicaciones se abre al sector de la salud con la generalización del 5G. De hecho, el despliegue de la tecnología 5G tiene uno de los mayores campos de actuación en el mundo sanitario. Las necesidades de la pandemia covid han acelerado su implantación y uso con una inercia de desarrollo hasta ahora desconocida. Precisamente, en este último año, se ha hecho realidad la posibilidad de conectarse a la red móvil 5G y con ella, el acceso a una "nueva normalidad tecnológica".

Espacio y tiempo. El aumento del ancho de banda permite el aumento de la descarga de volúmenes de datos y la reducción de la latencia representa el acceso a las aplicaciones sin retardos. Estas dos características son esenciales para la implantación masiva en el entorno sanitario asistencial.

En realidad, es el aumento de la velocidad el que lo convierte en un gran impulsor de la tecnología y lo coloca en un papel claramente disruptor.

El cambio será determinante ya en el corto plazo y se visualizará en 4 grandes ámbitos de la salud como son la gestión, el transporte, la asistencia médica y el quirófano.

En la gestión, se verá potenciado el acceso a los datos sanitarios, la analítica y el procesado.

En el transporte, mejorarán los ya avanzados sistemas de geolocalización y se irán introduciendo los drones para el transporte de material sanitario y en un futuro nada lejano, el de pacientes.

En la asistencia han venido para quedarse el videochat, la teleconsulta, el uso de sistemas de soporte a la decisión clínica

La red móvil 5G llega a la salud



y la formación on-line sobre escenarios reales en directo.

En el quirófano, las grandes vías de avance se concretan en la cirugía a distancia y la robótica

De hecho, está semana, en este ámbito, se ha puesto en marcha el laboratorio "Barcelona Health Hub", situado en el Hospital de Sant Pau, para

promover la cooperación entre tecnología y salud. Acogerá el desarrollo de pilotos y pruebas de concepto para dar respuesta a nuevos retos y necesidades con un "espacio 5G Design", enfocado a la cocreación de soluciones eHealth basadas en la tecnología 5G y sus servicios. El Pabellón de Sant Manel del recinto modernista de Sant Pau, será un punto de encuentro de empresas, entidades y organizaciones alrededor de la tecnología 5G para dar respuesta a retos y necesidades de verticales en el sector de la salud, mejorar los servicios y aplicaciones existentes, e impulsar la creación de nuevas aplicaciones y servicios de forma colaborativa. Nace con la voluntad de recuperar la refe-

rencia internacional de Barcelona en soluciones móviles.

Y también se ha conocido que, en Mallorca, en el Hospital San Joan de Deu, se ha colocado, por primera vez en España, una prótesis de rodilla asistida por un robot.

"ROSA Knee" funciona como un asistente quirúrgico que brinda las herramientas y los datos en tiempo real para realizar cortes óseos con mayor precisión y mejorar el equilibrio de los tejidos blandos específicos del paciente y la alineación del implante. Viene a complementar la habilidad y la experiencia del cirujano con las tecnologías asistidas por robot abriendo la puerta a la mejora, la exactitud, la precisión y los resultados clínicos de la intervención.

IdoniaHealth, empresa que facilita el acceso a las imágenes médicas gana el Premio Emprendedor XXI de este año

J.R.R.

El 18 de marzo, en el marco del evento DayOne Innovation Summit Planeta XXI, se ha entregado el premio Emprendedor XXI a la empresa IdoniaHealth, dedicada a facilitar la accesibilidad a pruebas de imagen médica y su visualización por parte de profesionales y pacientes.

IdoniaHealth recibirá un premio de 5.000€, acceso al programa de acompañamiento internacional "Moonshot Thinking" organizado por ESADE en colaboración con expertos de Silicon Valley; y participará en el Investors Day Emprendedor XXI, para contactar con posibles inversores.

Los otros cuatro finalistas de

esta edición han sido Apprentium, y las empresas incubadas en el ParcBit: Hotelbreak.es, MansionGames y Modosmart. Este año, un total de dieciocho empresas han sido seleccionadas para los Premios Emprendedor XXI en Baleares.

La final con ponencias y mesas redondas sobre la sostenibilidad medioambiental, ha con-



tado con la participación del director general de Innovación de Govern, Eduardo Zúñiga, la directora territorial de Caixa-bank, María Cruz Rivera, y el

director de operaciones y estrategias de Enisa, Jordi García.

Los Premios Emprendedor XXI, que celebran con esta su XIV edición, tienen como objetivo principal identificar, reconocer y acompañar a las empresas innovadoras de reciente creación con mayor potencial de crecimiento de España. Están organizados por CaixaBank, a través de DayOne

Un estudio científico desarrollado en once CCAA de España, incluida Baleares, posibilita individualizar el pronóstico de los pacientes con dolor cervical

JUAN RIERA

Un estudio científico español identifica los factores que permiten predecir la evolución del dolor cervical, permitiendo además calcular la probabilidad de mejoría individual de cada paciente según sus características personales (demográficas, sociales, clínicas y radiológicas) y el tratamiento que se le aplique.

Es el estudio más amplio realizado en el mundo en este campo y el único basado en datos de pacientes atendidos en la práctica clínica habitual, y no en un ámbito experimental. Se ha llevado a cabo a través de pacientes de centros sanitarios de 11 de las comunidades autónomas de España, incluida las Islas Baleares.

El análisis se ha centrado en el cálculo de la probabilidad de que, 3 meses después de ser atendido por dolor cervical, los tres aspectos más importantes de esta dolencia hayan mejorado significativamente o desaparecido. Estos aspectos son la intensidad del dolor del cuello, la intensidad del eventual dolor irradiado al brazo, y el grado de restricción que conllevan en las actividades cotidianas («discapacidad»).

Estudio

Este estudio, en el que han participado pacientes atendidos en centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Baleares, demuestra que, aunque los fármacos o la fisioterapia pueden aliviar los síntomas, no modifican el pronóstico del paciente a los tres meses, como tampoco lo hacen la cirugía o el ejercicio, tal vez porque necesiten más tiempo para que sus efectos se perciban.

Basándose en los resultados de este estudio, se ha desarrollado una aplicación informática que automatiza el cálculo del pronóstico individual de cada paciente y permite anticipar cómo se modificará su evolución en función del tratamiento que se aplique en su caso concreto. La aplicación es de uso libre y gratuito y está disponible en www.pronosticodolorcervical.es.

El usuario, ya sea médico, fisioterapeuta o paciente, sólo tiene que introducir los datos solicitados para que la aplicación le muestre la probabilidad de que en un plazo de tres meses el dolor del cuello, el eventual dolor irradiado al brazo y el grado de discapacidad hayan mejorado significativamente o hayan desaparecido.

Modificar los datos (por ejemplo, relativos al tratamiento que se plantea), también permite cuantificar el impacto que tendrá el tratamiento en cuestión en la probabilidad de mejoría en su caso concreto.



Para el **Dr. Francisco Kovacs**, médico mallorquín que según los índices bibliométricos internacionales es el principal investigador del mundo hispanoparlante en el campo de las dolencias del cuello y la espalda; primer autor del estudio y director de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE), *“el dolor de cuello es una de las cuatro principales causas de discapacidad en el mundo”*.

Este estudio y la aplicación informática resultante permite al paciente participar activamente, junto con los médicos o fisioterapeutas que le atienden, en las decisiones clínicas que le afectan, al hacer posible que coteje los riesgos y molestias de cada tratamiento con la mejoría del pronóstico que va a conllevar en su caso concreto».

Los autores del estudio utilizaron modelos predictivos multivariantes de regresión logística para analizar el eventual valor pronóstico de los treinta y siete parámetros que estudios previos sugerían que podían asociarse a la evolución del dolor o la discapacidad.

Estos 37 parámetros incluyeron factores socio-demográficos (edad, sexo, situación laboral o percepción de baja laboral), clínicos (intensidad y duración

del dolor del cuello y del dolor irradiado, grado de discapacidad, procedimientos diagnósticos realizados -radiografía, resonancia magnética, electromiograma, etc.-, o los tratamientos aplicados -distintos tipos de fármacos, fisioterapia, rehabilitación, intervención neuroreflejojoterápica, infiltraciones, etc.-), y los hallazgos radiológicos observados en cada paciente (la presencia de hernia discal, estenosis espinal, signos degeneración discal o de la articulación facetaria, etc.).

Factores

Dos factores demostraron asociarse a una mejor evolución de los dos tipos de dolor y del grado de discapacidad: que el dolor durara menos de 90 días (en comparación a que fuera crónico y durara 90 o más días) y que el paciente fuera tratado con intervención neuroreflejojoterápica.

Además, el pronóstico del dolor del cuello fue mejor entre los pacientes en los que se debió a síndrome inespecífico (en vez de a hernia discal o estenosis espinal), no mostraron signos de degeneración discal, siguieron trabajando a pesar del dolor, y eran mujeres.

Por su parte, el dolor irradiado al bra-

zo evolucionó mejor entre los pacientes en los que el dolor se debía a síndrome inespecífico y no mostraron signos radiológicos de degeneración discal, mientras que el grado de discapacidad evolucionó mejor entre quienes siguieron trabajando a pesar del dolor, y no mostraron signos radiológicos de degeneración de la articulación facetaria.

Este estudio pionero ha sido coordinado por la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda (REIDE) y en él han participado investigadores del Instituto de Biomedicina de la Universidad de León (IBIOMED); la Universidad del País Vasco; la Unidad de Bioestadística Clínica del Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS) (Madrid); el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERESP); la Barts and The London School of Medicine and Dentistry de la Universidad Queen Mary (Londres); la Unidad de Bioestadística Clínica del Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana (Madrid); y la Unidad de Espalda Kovacs del Hospital Universitario HLA-Moncloa (Madrid).

Resultado

Su resultado ha sido publicado en una de las principales revistas científicas internacionales abiertas en el ámbito de las alteraciones musculoesqueléticas, BMC Musculoskeletal Disorders. El que sea «abierto» (es decir, que los derechos de copia del artículo no sean propiedad de la revista), permite que el artículo pueda ser consultado o descargado libre y gratuitamente por cualquier persona interesada.

El estudio analizó la evolución de 3.001 pacientes atendidos en la práctica clínica habitual de 47 centros sanitarios de 11 Comunidades Autónomas: Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y País Vasco. 15 de los 47 centros pertenecen al Sistema Nacional de Salud; 6 a instituciones sin ánimo de lucro que trabajan para el SNS; y 26 son centros privados.

De todos ellos, 8 eran centros de atención primaria, 18 centros de fisioterapia y 21 centros de especialidades médicas (cinco de reumatología; seis de rehabilitación; cuatro de neuroreflejojoterapia; y seis de cirugía ortopédica).

El 74% de los participantes en este estudio eran mujeres; la media de duración del dolor de cuello era de 180 días y la intensidad media del dolor de 6,6 puntos para el dolor cervical y de 6,0 para el dolor irradiado al brazo (en una escala en la que «0» corresponde a «ausencia de dolor» y «10» al dolor más intenso que se pueda imaginar).

«Las vacunas disponibles son seguras y los efectos secundarios son leves y no siempre se producen»

La enfermera Laura Rodríguez desmiente los falsos bulos sobre la peligrosidad de las vacunas contra el COVID19 y recuerda que las molestias que pueden producir «se solucionan tomando un paracetamol»

JUAN RIERA ROCA

Cuando ya está en marcha el proceso de vacunación contra el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la pandemia de COVID19 que en Baleares ha afectado ya a casi 57.000 personas y se ha llevado la vida de más de casi 750, la vacunación se perfila, a falta de medicamentos definitivos que curen la enfermedad como la gran solución.

Sin embargo, en un mundo hiperconectado y en el que no siempre se activan los filtros para diferenciar la información basada en la evidencia científica de la que deriva de inexactitudes o se constituye, directamente en bulos malintencionados, son muchas las personas que aún se hacen preguntas sobre la seguridad de las vacunas disponibles.

Laura Rodríguez Asensio, enfermera residente de Enfermería Familiar y Comunitaria (en su segundo año, en el centro de salud de Son Serra-La Vileta), explica al respecto que «en estos momentos estamos vacunando a personas mayores de 80 años contra el COVID19 y con los de 55 años de edad y menores».

Vacunas diferentes

Esta vacunación, explica, se realiza con vacunas diferentes: «A los menores de 55 años se pone la vacuna de AstraZeneca [ahora temporalmente parada] y a los menores, dependiendo de si sufren patologías de riesgo o no las tienen», aunque admite que «la disponibilidad de las vacunas va a marcar mucho con cuál vamos a vacunar».

Esta profesional de Enfermería y especialista en formación, señala que «a los mayores de 55 se les va a vacunar con las vacunas desarrolladas por las compañías Pfizer o Moderna, en este caso la de Pfizer es la que tenemos los centros de salud de Baleares, AstraZeneca será para los más jóvenes y que no tengan patologías de riesgo».

Desde los centros de salud se está llamando en estos momentos a los ciudadanos a los que de acuerdo con el Plan de Vacunación les toca ponerse la vacuna. «Llamamos a la gente para convencerlos de que se vacunen, ya que es muy importante conseguir frenar este virus me-



La enfermera Laura Rodríguez.

dante la vacunación», explica la enfermera **Laura Rodríguez**.

«Entendemos —añade la enfermera— que pueda haber cierta reticencia y miedo a lo desconocido, por las noticias que vemos por In-

ternet, por lo que se dice de las famosas reacciones adversas, ante lo cual hay que hacer un llamamiento a la tranquilidad: hay que pensar que siempre llaman la atención las noticias más graves, pero no es así».

Explica **Laura Rodríguez** que «las vacunas no tienen efectos secundarios graves, sino leves; lo que más hemos visto son dolores en el brazo de la punción, dolor de cabeza, síntomas similares a los de

un catarro, e incluso en algunas ocasiones un poco de náuseas y malestar general o dolor en el cuerpo, nada más».

Estas molestias «se pueden tratar con un paracetamol o incluso con un ibuprofeno, en el caso de que sea necesario, y son transitorias, no duran más de tres días y en muchas ocasiones no duran más de un día. De hecho, la vacuna no tiene por qué generar efectos secundarios, una persona puede ponérsela y no tener ninguna reacción ni molestias».

Resolver dudas

«Otra de las dudas que se tiene —señala la enfermera— es de si una persona se puede vacunar o no, cuando la realidad es que hay un porcentaje muy pequeño de gente que no se puede vacunar, como son quienes son alérgicos a un componente concreto de la vacuna», en el sentido de que en ese ámbito ha de imperar la tranquilidad.

«El resto, aún personas con alguna condición de riesgo, como una enfermedad del corazón, diabetes, o alguna enfermedad neurológica, por poner algunos ejemplos, no van a tener ningún problema y pueden vacunarse, es más, está muy recomendado que este tipo de pacientes se vacunen contra el COVID19», añade **Rodríguez**.

«Por todo ello —enfatisa— vuelvo a llamar a la responsabilidad: hay que vacunarse y hay que colaborar entre todos para frenar el virus». Las palabras de la enfermera ayudan a erradicar los principales miedos sobre la vacunación y recuerdan la idoneidad de consultar todas las dudas al médico o la enfermera de cabecera.



Acceda al reportaje completo escaneando este código QR



Día Mundial del Trabajo Social: el paciente es persona antes que enfermo

El Hospital Sant Joan de Déu Palma · Inca dispone de 4 trabajadoras sociales muy comprometidas en diferentes unidades para acompañar al paciente y la familia en todo el proceso

CARLOS HERNÁNDEZ

El pasado 16 de marzo se celebró el Día Mundial del Trabajo Social. El Hospital San Joan de Déu Palma · Inca, centro que promueve los valores de la hospitalidad, el respeto, la humanización y la espiritualidad, hace tiempo que apostó por dicha figura vinculada al ámbito hospitalario, creando la Unidad de Trabajo Social. Los inicios del trabajador social sanitario se remontan a principios del siglo XX, cuando el médico Richard Cabot y la trabajadora social Ida M. Cannon, instauraron en 1905 el primer servicio de trabajo social en salud en el Hospital General de Massachusetts. El paciente es persona antes que enfermo, con características individuales y familiares por su situación económica, social, laboral y circunstancias específicas, con las que vive antes de ser un usuario del sistema hospitalario. Los problemas sociales interactúan con los problemas de salud y ahí es donde entra la figura del trabajador o trabajadora social. A veces, mientras no se resuelvan unos, es complicado salir de los otros.

Equipo

Blanca Orta, responsable de la Unidad Trabajo Social de Hospital Sant Joan de Déu Palma · Inca, reconoce que *“para el trabajador social, el paciente no solo es una cama o una enfermedad es una persona con todos sus roles: padre, hermano, hijo, madre... y con todo lo que eso conlleva”*.

La Unidad de Trabajo Social trabaja conjuntamente con el resto de unidades hospitalarias: Neurorrehabilitación, Geriátrica, Paliativos, Traumatología... Está formada por un equipo de cuatro profesionales, dos de ellas con formación específica en Geriátrica y Gerontológica, así como en Daño Cerebral Adquirido, desarrollando sus funciones en el hospital de Palma y el de Inca. En HSJD las trabajadoras sociales tienen múltiples funciones. Las básicas son: el acompañamiento al paciente y sus familiares a lo largo de todo el proceso del ingreso, el análisis de la situación psicosocial del paciente y su familia y conjuntamente con la



De izquierda a derecha, Alba Bravo, Blanca Orta, Catalina Moreno y Patricia Jiménez.



Blanca Orta.



Patricia Jiménez.



Alba Bravo.

familia, conocer las necesidades detectadas y sentidas para intervenir conjuntamente, etc.

Otro papel fundamental que requiere el trabajador social es la coordinación, tanto con el equipo asistencial (el médico, la enfermera, el psicólogo), como con los recursos externos y del resto de la comunidad. *“El paciente está en un ambiente no habitual, que es el hospitalario. Tienen cubiertas todas sus necesidades y la parte más dura es retornar de dónde vino. La evolución del trabajador social ha sido grande. Cada vez tenemos más visibilidad dentro del ámbito hospitalario, pero también en el comunitario. La figura del trabajador social es imprescindible, se conoce y se valora. En la sociedad es conocido, se dice mucho ‘tengo que ir al trabajador social porque tengo este*

problema’ y se cuenta con él como una figura de ayuda. El trabajador social está al lado de la persona. Hay problemas extremos como pobreza, maltrato, la infancia, la angustia hacia no saber dónde dirigirme”, confiesa Blanca Orta.

Pilares en el ámbito asistencial

Para la responsable de la Unidad de Trabajo Social, *“somos como una de los pilares en el ámbito asistencial: está la médica, la enfermera, la del equipo de la parte espiritual y la trabajadora social. En mi caso, estoy en Neurorrehabilitación y están ingresando familias con riesgo de exclusión social. Son familias normalizadas que trabajaban por temporadas, en hostelería y algunos cobran ERTE y otros no y la situación es muy límite. Y cuando surge la enfermedad todo*

es más extremo porque si aparece un pequeño trabajo no puedes acceder a él. En los últimos meses, de 40 camas que hay, al menos 5 pacientes están en esta situación”.

Patricia Jiménez es trabajadora social de la Unidad de Trabajo Social en Paliativos y Cuidados Especiales. Reconoce que su día a día es revisar el historial clínico, la cantidad de pacientes, si hay nuevos ingresos y organizar la jornada. Se va actualizando, pero suele tener reuniones con pacientes y familiares, encuentros interdisciplinarios con planta (cada trabajadora social tiene una planta asignada se especializan): *“Atendemos a las personas que acuden a nuestro despacho por dudas o recogida de documentación, además de citas programadas. En la pandemia hemos dado apoyo a la*

Unidad de Covid, hemos ayudado con las videollamadas a las familias, etc. El covid ha hecho expresar situaciones que de manera normal jamás hubieran sucedido. Queda camino por hacer. Nos estamos intentando profesionalizar, con formaciones más dirigidas al trabajo social sanitario. Buscamos nuestro sitio específico en el ámbito sanitario, sea en hospital o en Primaria”.

Alba Bravo es trabajadora social de la Unidad de Geriátrica reconoce que su trabajo es muy vocacional y que se genera un vínculo: *“Siempre hay casos que te tocan más de cerca. En Geriátrica hay gente mayor, mis abuelas viven y son situaciones que ya conozco previamente. Desde que entro al coche por la mañana hacia el trabajo ya pienso en mi día a día. En una entrevista se extrae la información necesaria para un plan de intervención o para la valoración social pero también te cuentan experiencias personales y vivencias que nos dejan un buen sabor de boca, porque son conversaciones agradables. Previo a la pandemia, ya sabíamos que la gente mayor percibe la soledad como un gran problema, pero es que ahora es un gran sentimiento que se transmite abiertamente. Lo que nos trasladan a nivel de Geriátrica son problemas de dependencia porque una caída ya les da un vuelco en su día a día porque dejan de poder ir a comprar, por ejemplo”*.

El COPIB advierte un aumento de problemas de salud mental y urge a la Administración a garantizar atención psicológica profesional

La primera encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas sobre Salud Mental durante la pandemia del coronavirus revela que una de cada 4 personas ha tenido miedo a la muerte

REDACCIÓN

“Acaba de cumplirse un año desde que la pandemia del Covid-19 irrumpiera en nuestras vidas para cambiarlo todo, provocando una crisis sanitaria, económica y social sin precedentes que todavía no ha acabado y que también está afectando a la salud psicológica de las personas”. Javier Torres, decano del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB), advierte que mientras se toman medidas para tratar de mitigar el impacto de una cuarta ola sanitaria, no existe un plan de acción para contener el tsunami de la salud mental que está latente.

“Durante el último año, muchas personas han requerido ya ayuda psicológica y los datos que manejamos nos indican que en los próximos meses esa demanda irá en aumento”, asegura. Por eso, “es fundamental que las administraciones competentes refuercen los servicios de atención psicológica en todos los niveles asistenciales, empezando por los servicios especializados y dando un paso definitivo para su inclusión en los servicios de atención primaria, sin más demora”, explica el decano.

Torres apoya su argumentación en los resultados de la primera Encuesta sobre la Salud Mental de los españoles durante la pandemia de la Covid-19 elaborada por el Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS, y publicada recientemente. Las cifras que arroja el estudio son bastante reveladoras y no hacen más que subrayar el hecho de que la salud mental



Javier Torres, decano del COPIB.

se está viendo gravemente afectada debido a la actual crisis sanitaria y se está convirtiendo en uno de los problemas a resolver con más urgencia.

Entre otros, algunos datos

destacables recogidos en este informe indican que:

- el 23,4% de la población expresa haber sentido mucho o bastante miedo de morir a causa del coronavirus. Este

sentimiento es más común en mujeres (28,3%) que en hombres (un 18,4%), y el grupo de edad más afectado se sitúa entre los 55 y los 64 años (26,2%).

- el 66% de la población encuestada teme o ha temido perder a un familiar o alguien muy cercano, y el 72% manifiesta sentir preocupación porque se contagie alguien de su entorno personal.

- un 35% reconoce haber llorado debido a la situación. Las mujeres reconocen haber llorado más (53%) que los hombres (17%). Por grupos de edad, los jóvenes serían la población más afectada. Casi la mitad de los encuestados de entre 18 y 24 años (43%) ha llorado durante esta pandemia.

- casi la mitad de la población, un 41,9%, ha tenido problemas de sueño.

- un 51,9% reconoce sentirse cansado o con pocas energías.

Ansiedad y depresión, los trastornos más frecuentes

Los trastornos de ansiedad se han multiplicado en los últimos tiempos, pasando del 33,1% al 43,7% entre las personas que acuden a un/a profesional de la salud. Por su parte, la depresión se mantiene en un 35,5%, con lo que ambos agrupan un 79,2% de los trastornos mentales sufridos durante la pandemia.

Los medicamentos prescritos por los y las especialistas para tratar estas enfermedades fueron mayoritariamente ansiolíticos (58,7%), antidepresivos (41,3%) y reguladores del sueño (21,2%), que el 77,1% todavía continúa tomando por ahora.

Salud mental en menores

De las personas que dicen haber notado algún cambio en el comportamiento de sus hijos/as o nietos/as convivientes, un 72,7% de asegura que estos han sufrido “cambios de humor”, el

78,6% de “cambios en los hábitos de vida” y un 30,4% “cambios en el sueño”. También han notado en ellos más miedo a relacionarse, necesidad de volver a salir y a la normalidad, tristeza y apatía.

Y ante la pregunta: “¿Tiene pensado solicitar la ayuda de algún/a profesional de la salud mental por sus hijos/as o nietos/as?”, el 69,7% contestó que acudiría a un/a psicólogo/a, el 7,9% a un/a psiquiatra y el 6,6% a su médico/a de cabecera.

Ante estos resultados, Javier Torres señala que “los gobiernos tienen que entender que el tratamiento psicológico no es un capricho, sino un recurso necesario – público y gratuito – al que tiene derecho la ciudadanía y que su deber es garantizar el acceso”.

► El 70% de la ciudadanía que piensa buscar ayuda confía en el profesional de la Psicología para resolver sus problemas



La col·legiació obligatòria per a l'exercici de la professió



A.M.A. reafirma su apoyo constante a los profesionales con un webinar sobre resiliencia en pandemia

Raquel Murillo dirige el seminario ante 600 profesionales sanitarios. Participó Mario Puig, especialista en Cirugía General y Digestiva y profesor de Liderazgo, Coaching y gestión de estrés

CARLOS HERNÁNDEZ

Como muestra del apoyo constante a los profesionales sanitarios, A.M.A. ha celebrado un seminario web sobre “Resiliencia en tiempos de pandemia, visión de futuro”, que ha estado organizado por la Mutua, y dirigido por la directora general adjunta y responsable del Ramo de Responsabilidad Civil Profesional de A.M.A., Raquel Murillo.

► La directora general adjunta de A.M.A. ha destacado la trascendencia del “trabajo colaborativo” durante la pandemia entre profesiones y especialidades

Más de 600 profesionales sanitarios asistieron a la jornada, en la que intervino un ponente de indudable prestigio y reconocimiento, el Dr. Mario Alonso Puig, médico especialista en Cirugía General y Aparato Digestivo, profesor de liderazgo, comunicación, coaching y gestión del estrés.



Un momento del webinar.

La pandemia, según explicó Raquel Murillo, “ha puesto a prueba la resiliencia de todos los profesionales sanitarios” que han estado y siguen estando en primera línea, cada día.

Presión

Son profesionales, subrayó, “que soportan la presión asistencial y también la carga emocional que conlleva estar tan cerca de la propia enfermedad, viviendo casos

duros y graves, fallecimientos, y que después llegan a casa y, en muchos casos, se tienen que alejar de los familiares y allegados por miedo a que estos resulten contagiados”.

Algo fundamental durante este tiempo, según dijo la directora general adjunta, “ha sido el trabajo colaborativo entre profesiones y especialidades”, con sanitarios que, especialmente al inicio de la crisis, han tenido que realizar turnos para dar apoyo constante a las UCI, que estaban desbordadas.

Como muestra de gratitud y en reconocimiento al esfuerzo de los sanitarios, A.M.A. ha organizado este webinar, que pretende ser un estímulo para seguir trabajando con sacrificio e ilusión en este tiempo de pandemia.

El Dr. Alonso explicó a los asistentes que la resiliencia es una capacidad que se trabaja y “una de las cosas más importantes que podemos aprender frente a cualquier dificultad que nos encontremos en la vida”, de ahí la

necesidad de que se enseñe como cualquier otra materia.

El especialista en gestión del estrés recomendó como mecanismo para potenciar la resiliencia pensar en el presente, “hacer lo que podamos cada día”, en alusión a la presión de los sanitarios en circunstancias excepcionales como ésta, donde “el sentimiento de soledad, unido a la falta de apoyo y medios ha provocado que en ocasiones se pierda la confianza en el sistema”.

Píldoras de la RAMIB

Escanee los códigos QR para acceder a los videos

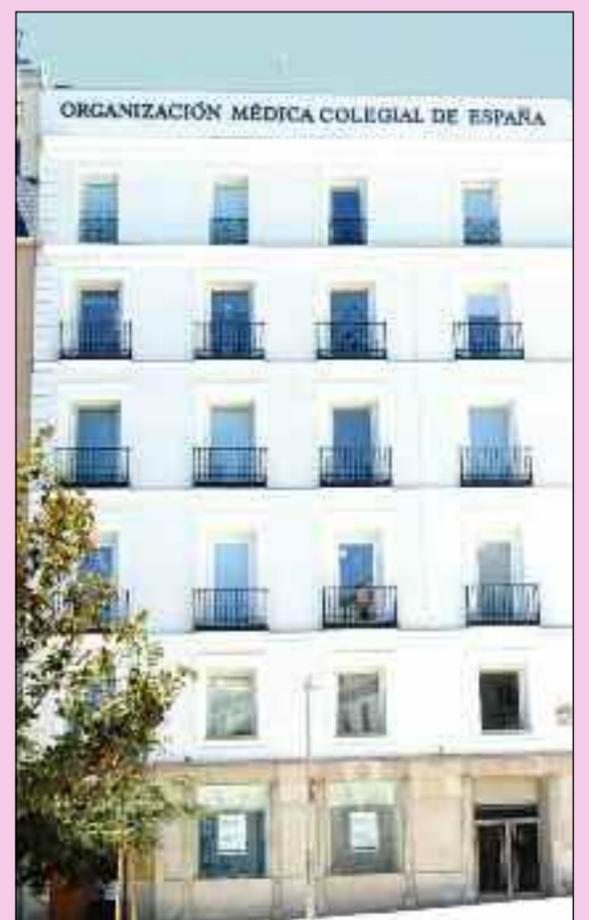


Dr. Alfonso Ballesteros

<https://www.saludediciones.com/2021/03/19/alfonso-ballesteros-epidural/>

El Consejo General de Colegios de Médicos reclama un protocolo único en España que limite desplazamientos en Semana Santa

Ante la proximidad de la Semana Santa, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) quiso hacer una llamada de advertencia a la ciudadanía y a las autoridades en relación al curso de la pandemia de COVID19 para que un protocolo único limite los desplazamientos. “En ningún caso debemos pensar –señala el CGCOM– que la pandemia ha desaparecido o está en vías de solución cercana: la mayoría continúa vulnerable al coronavirus y menos del 5% de la población está vacunada. La mala evolución en países europeos debería ser una advertencia.” Desde el CGCOM se recuerda que las fiestas navideñas han causado 12.304 víctimas hasta el 13 de febrero: los encuentros familiares y sociales tienen la capacidad de multiplicar los contagios y a las pocas semanas las hospitalizaciones y las muertes. “Sabemos –explican– que acaba falleciendo el 1,4% de los infectados. Por esta razón, la Semana Santa no debe convertirse en un potenciador de la transmisión del SARS-CoV-2, ni en un multiplicador de los casos de COVID19 y hacemos una llamada a la responsabilidad a las autoridades.”





La consellera de Salut, Patricia Gómez, el alcalde de Inca, Virgilio Moreno y el personal sanitario, a las puertas del centro.

So Na Monda se convierte en Centro de Salud para mejorar la accesibilidad y la asistencia sanitaria en Inca y su área

La reordenación sanitaria redistribuye la población y refuerza la plantilla de profesionales

CARLOS HERNÁNDEZ

El Servei de Salut de Balears ha reorganizado la ordenación sanitaria territorial de Inca y su comarca para mejorar la accesibilidad y la asistencia sanitaria de la población. Esta medida consiste en crear la Zona Básica de Salud de So Na Monda, por lo que la unidad básica del mismo nombre deviene centro de salud. Así pues, las 45.765 tarjetas sanitarias adscritas al área que comprende Inca y los muni-

cipios adscritos se repartirán en dos centros de salud de referencia: Es Blanquer y So Na Monda.

Esta reordenación supone una mejora de la accesibilidad, para que se asignará cada usuario en el centro de salud más cercano a su domicilio. En consecuencia, las unidades básicas de salud de las dos zonas quedan distribuidas así:

- Centro de Salud So Na Monda (14.547 tarjetas sanitarias): UBS Caimari, UBS Escor-

ra, UBS Moscardi, UBS Sa Calobra (sólo operativa los meses de verano) y UBS Selva, además de una parte del municipio de Inca.

► Las tarjetas sanitarias de Inca y su área se reparten ahora entre el CS Es Blanquer y el CS So Na Monda

- Centro de Salud Es Blanquer (30.734 tarjetas sanitarias): UBS Biniamar, UBS Lloseta y UBS Mancor de la Vall, además de la otra parte del municipio de Inca.

Esta redistribución de tarjetas sanitarias también representa una mejora de la calidad asistencial. Con la descongestión del Centro de Salud Es Blanquer, por un lado, se redistribuyen los profesionales sanitarios y, por otro, se incrementa la plantilla para reforzar

ambas zonas y dimensionarlas a la población actual, que ha crecido de manera importante en los últimos años.

El incremento de la plantilla consiste en contratar ocho profesionales: dos médicos o médicas, dos enfermeros o enfermeras, personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería, un administrativo o administrativa y una partera, además de la consolidación de un refuerzo administrativo a jornada completa.

El Colegio Oficial de Enfermería de Baleares (COIBA) “prueba” del accesorio para ajuste de mascarillas de ADEMA y valora el esfuerzo realizado por los investigadores para la mejora del sector

REDACCIÓN

Miembros del Col·legi oficial d'Infermeria de les Illes Balears (COIBA) han probado el uso del accesorio de ajuste personalizado para mascarillas patentado por la Escuela Universitaria ADEMA.

Las pruebas realizadas en el COIBA de estos dispositivos fueron valoradas de una manera “positiva” por los miembros de esta institución que ve en este accesorio una solución para ajustar de manera correcta la mascarilla a la cara evitando que al inhalar haya una fuga de partículas hacia el interior sin filtrarse por el tejido. Lo

mismo pasa al exhalar.

Según la presidenta del COIBA, **María José Sastre**, “es imprescindible invertir en la investigación enfermera y apoyar las iniciativas impulsadas por estas profesionales. Precisamente este es uno de los objetivos prioritarios del COIBA”.

En este sentido, también resaltó el trabajo realizado en este ensayo clínico por un equipo multidisciplinar de Ciencias de la Salud: “El hecho de que cada vez más enfermeras y enfermeros se involucren en trabajos multidisciplinarios demuestra la importancia de las aportaciones de nuestro colectivo en la mejora de la salud de la población en general,

así como la de los profesionales sanitarios”.

El equipo de investigación de ADEMA recomienda, tras la realización de un ensayo clínico con evidencia científica, utilizar accesorios de cierre para “evitar los huecos en las mascarillas y adaptarla al contorno facial de una manera óptima para evitar la fuga de aerosoles hacia el interior”.

Según han explicado el presidente del Patronato de la Escuela Universitaria ADEMA, **Diego González**, “estamos muy satisfechos con el resultado que está dando este accesorio para ajustar las mascarillas. Este complemento se puede desinfectar y reutilizar y está fabricado con una resina ter-



moplástica biodegradable, como es el ácido poliláctico (PLA) a partir del almidón de maíz, ambos componentes sin problemas de abastecimiento y de bajo coste”.

La Escuela Universitaria ADEMA está produciendo es-

tos accesorios en Mallorca y distribuyendo a diferentes empresas sanitarias, hospitales e instituciones públicas y privadas. Los fondos van destinados a la Fundación ADEMA+ para seguir investigando.



Seguro de Automóvil



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?

**Ventajas en nuestros talleres preferentes**

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...

**Reparación y sustitución de lunas**

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.

**Servicios gratuitos de ITV y Gestoría**

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal. Tasas e impuestos oficiales no incluidos.

**Servicio Manitas Auto**

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.
1 servicio de hasta 2 horas gratis al año



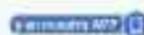
Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. PALMA DE MALLORCA Bldn de Pinópar, 10 Tel. 971-71-49-82 pmallorca@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

971 71 49 82



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



Inca se suma, un año más, a la conmemoración del Día de la Mujer.

Como cada año, el Ayuntamiento de Inca conmemoró el pasado 8 de marzo, el Día Internacional de la Mujer. De este modo, el alcalde de Inca, Virgilio Moreno, y la concejala de Igualdad, Antonia María Sabater, conjuntamente con otros miembros del consistorio, colgaron la banderola reivindicativa en la fachada del Ayuntamiento. “Durante los últimos años hemos trabajado decididamente para mejorar con políticas públicas de igualdad, no sólo las vidas de las mujeres, sino de toda la ciudadanía para que cuando avanza las mujeres, avanza la sociedad y la democracia. Por este motivo, a pesar de las circunstancias, querían continuar conmemorando el Día Internacional de la Mujer en nuestra ciudad y reivindicar una igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres”, señala Moreno. Se realizó una jornada de puertas abiertas en el Espacio de Mujeres de Inca con el fin de todos los interesados e interesadas pudieran conocer este espacio y descubrir todos los servicios que se ofrecen. Por otra parte, se llevó a cabo la lectura en línea del manifiesto, a cargo de diferentes mujeres que trabajan en el Hospital Comarcal de Inca.



Inca instala baños públicos, adaptados para personas ostomizadas, en la Plaza Mallorca.

El alcalde de Inca, Virgilio Moreno; el concejal de Urbanismo y Participación, Andreu Caballero; conjuntamente con la presidenta de Abacco Baleares, Yolanda Fernández, visitaron los sanitarios que se han instalado en la plaza Mallorca, adaptados para personas ostomizadas. De este modo, Inca se convierte en el primer ayuntamiento de Baleares que habilita un baño con estas características, fuera del ámbito sanitario. “Tenemos un firme compromiso con la Asociación Balear de Crohn, Colitis Ulcerosa y Ostomizados (Abacco) con el objetivo de facilitar y mejorar la vida de las personas que parten estas enfermedades. Ya fuimos un municipio pionero con la emisión de distintivos de la Policía Local para permitirles el estacionamiento del vehículo en caso de necesidad especial y ahora tenemos la oportunidad de habilitar el primer baño público fuera del ámbito sociosanitario”, señala Moreno.



Comfort class



CITROËN C5 AIRCROSS
SMOOTH UNIQUE VEHICLE
INCLUYENDO SUSPENSIÓN DE AMORTIGUADORES PROGRESIVOS HIDRAULICOS*

Hasta 720L de maletero
20 ayudas a la conducción
Grip Control con Hill Assist Descent
3 Asientos individuales en segunda fila
Disponible en versión híbrida enchufable

INSPIRED BY YOU

Citroën profesa Total. Gama Nueva SUV C5 Aircross. Consumo medio WLTP [L/100Km]: 3,0 a 8,0. Emisión de CO₂ (g/Km): 82 a 181 WLTP (102 a 148 NEDC).



SAEZ-TORRENS, S.A. C/ Juan de Austria, 104 • 07300 INCA • Tel. 971 50 74 11



TOTA LA INFORMACIÓ SOBRE LES VACUNES A
VACUNACOVVID.IBSALUT.ES



I AL TELÈFON D'INFOVACUNACOVVID

971 211 999

Horari d'atenció telefònica: de dilluns a dissabte, de 7 h a 21 h. Diumenges, de 8 h a 21 h

PLA DE VACUNACIÓ
DE LES ILLES BALEARS
COVID-19


GOVERN
ILLES
BALEARS