



Salut i Força



fibwi!

El periódico que promueve la salud en Baleares

Año XXVIII • Del 28 de marzo al 10 de abril de 2022 • Número 465 • www.saludedediciones.com

Síguenos



@saludedediciones

Control



La pandemia ha aumentado la vulnerabilidad y la exclusión de las personas sin hogar Págs. 12-13

La nueva era del COVID: se acaba el aislamiento para los casos leves o asintomáticos Pág.4



Los expresidentes del Comib Antoni Bennasar y Manuela García ya cuentan con un retrato institucional Pág.11



La Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos de Son Espases cumple diez años Pág. 8-10

ENTREVISTAS A PRESIDENTES DE COLEGIOS OFICIALES



Javier Torres: "Atención Primaria necesita más psicólogos clínicos"

Págs.6-7



I. García-Moris: "A pesar del sambenito, ir al dentista no tiene por qué hacer daño"

Págs.26-27



Josep Claverol: "Solamente pensamos en nuestros pies cuando nos hacen daño"

Págs. 43

Editorial

De administrados a ciudadanos en la nueva etapa de la pandemia

Empieza una nueva era en el protocolo de vigilancia del COVID-19, a partir de la cual se introduce una renovación sustancial de las normas que hasta el momento han estado vigentes para contener la pandemia.

A partir de ahora, la atención se centrará en dos grupos muy específicos de usuarios: los pacientes que manifiestan una sintomatología grave a causa del contagio, y la población y los colectivos más vulnerables, entre los cuales se hallan las personas mayores, las mujeres embarazadas y, por supuesto, los profesionales sanitarios y sociosanitarios.

La pretensión de la Administración, mientras la onda pandémica no vuelva a adquirir proporciones que pongan en peligro la sostenibilidad del sistema de salud, es que el virus sea contemplado como una enfermedad más en la mayor parte de los casos, de manera que no requiera medidas excepcionales, como el confinamiento riguroso o la ausencia del lugar de trabajo.

A partir de aquí, la esperanza que a todos debe unirnos es que este nuevo protocolo pueda indicar, defini-

tivamente, la puerta de salida de la mayor crisis sanitaria surgida en la historia moderna. De ello dependerá, en gran parte, la actitud que adoptemos cada uno de nosotros por lo que respecta a nuestra particular cuota de corresponsabilidad individual.

A pesar de que las limitaciones se suavicen en esta etapa, ello no significa, en absoluto, que debamos descuidar las prevenciones y precauciones más elementales. La mascarilla, que posiblemente en breve plazo de tiempo dejará de ser obligatoria también en espacios interiores, ha de seguir estando presente en nuestro entorno cotidiano. Igualmente, el mantenimiento de la distancia interpersonal o el uso de los geles hidroalcohólicos, tampoco han de pasar al cajón de los olvidos.

Más allá de normas y directrices, deberá ser el sentido común el que guíe nuestros actos. Estamos en un momento propicio para dejar de lado nuestra condición de administrados para hacer valer nuestros valores como ciudadanos autónomos y responsables, capaces, por tanto, de ser plenamente conscientes de la necesidad de efectuar su aportación específica a la batalla contra el virus.

Sobre la Responsabilidad por deficiencia de medicamentos o productor

En el ámbito de la responsabilidad patrimonial sanitaria, es cierto que normalmente se reclama responsabilidad patrimonial derivada del error de diagnóstico, tratamiento, intervención quirúrgica o por demoras indebidas. Hoy, nos preguntamos si la Administración sanitaria que, realiza correcta y adecuadamente un acto sanitario, debería responder de las lesiones causadas a un paciente como consecuencia de la utilización de un producto sanitario defectuoso, previamente autorizado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, cuya toxicidad se descubre y alerta con posterioridad, o, sí por el contrario, la responsabilidad deber recaer en el productor o, en su caso, en la Administración con competencias para autorizar y vigilar los medicamentos y productos sanitarios.

Pues bien, la reciente sentencia de la Sala tercera del Tribunal Supremo de 3 de marzo de 2022 (rec.2252/2021), resuelve la siguiente cuestión de enorme interés casacional y, concluye que si un medicamento autorizado se revela defectuoso o con efectos nocivos, o si una prótesis o placa instalada por la sanidad pública con técnica correcta, pero que se revela defectuosa y daña al paciente, la responsabilidad no podrá exigirse con éxito ante la administración sanitaria.

Descarta el Alto Tribunal que, pueda culparse a la administración sanitaria que adquiere de buena fe un producto o medicamento que está en el mercado. Considera el tribunal que, la responsabilidad pretendida del Servicio de Salud no puede derivar de la adquisición, a través de un contrato de suministro, de un producto debidamente autorizado por la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios, sin que la paciente afectada por la utilización del producto tóxico tenga ninguna intervención en la relación contractual bilateral del Servicio sani-

tario con el fabricante o distribuidor del producto.

Asimismo, rechaza que tenga responsabilidad por generar una situación de riesgo al administrar dicho producto con ocasión de la asistencia sanitaria. Indica el Tribunal que tampoco, resulta posible la imputación con base en el riesgo creado por permitir la utilización del gas tóxico, pues, la realidad es que el riesgo no deriva de la aplicación del producto defectuoso, del acto médico, sino de la fabricación del mismo por su productor, así como de la falta de control por la Administración competente para ello: la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios. La utilización del producto, de conformidad con la *lex artis*, previa y debidamente autorizado, no creaba riesgo alguno, pues el riesgo derivaba de la defectuosa fabricación o producción del gas tóxico, siendo a esta actuación a la que debe imputarse el perjuicio causado, ya que es a su incorrecta fabricación, a la que debe imputarse la responsabilidad; y, ello, al margen de la que pueda derivarse del deficiente control sobre el producto defectuoso llevado a cabo por la Agencia Española de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

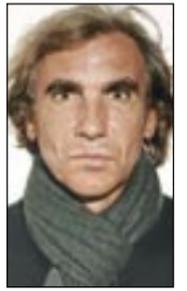
Por todo ello, debemos concluir señalando que la Administración sanitaria, no debe responder de las lesiones causadas a un paciente como consecuencia de la utilización de un producto sanitario defectuoso, cuya toxicidad se descubre y alerta con posterioridad a su utilización, previamente autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, debiendo la responsabilidad recaer en el productor o, en su caso, en la Administración con competencias para autorizar y vigilar los medicamentos y productos sanitarios.



Marta Rossell
Socia Directora
Bufete Buades

SIN PERDÓN

La guerra, una oportunidad



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

Si el otro día llegábamos tarde a la mujer, hoy llegamos tarde a la guerra. Una guerra que es simplemente una forma de renunciar a quien eres. Llegar tarde a todas las guerras podría ser nuestro mejor titular. Bonita forma de que nunca existieran.

Me pregunta cosas en esta tarde de lluvia cíclica Julia, mi madre, cosas de la tristeza y del sinsentido de alguien de más de ochenta, cosas sobre el hombre "de ahora". Realmente no sé muy bien cómo se contesta a alguien sobre lo que esa persona ya ha vivido. Si es difícil explicarle a un niño de qué va el sentido del sinsentido, no tengo ni la más remota idea de lo que es explicarle a alguien que ya ha vivido ese algo que regresa, cómo el hombre acecha, que decía aquel, cómo vuelve sobre sus pasos haciendo ver no sólo lo que no es, lo que era, sino lo que está siendo, lo que siempre ha sido.

El diagnóstico más acertado sobre la breve historia del Hombre podría ser que estos últimos cincuenta años se ha vivido el período menos violento globalmente hablando, el tiempo de mayor consolidación de los derechos personales a nivel mundial. Y si esto que hemos vivido era lo mejor, si ésta es la mejor cara que hemos tenido a lo largo de toda nuestra vida como especie, cómo seremos realmente existiendo en un auténtico basural.

Saber cómo nos hemos comportado en lo mejor que hemos podido hacer como especie es darse cuenta, es ser capaces de diagnosticar, el detrito que somos, saber de primera mano y sin mirar los manuales de nuestra interesada y reescrita historia cómo éramos hace 50,100,200 o 500 años. Somos a coro un ser que no ha entendido el concepto de progreso, que no ha entendido el concepto de renuncia, un no-ser que no puede entender el concepto de revolución personal.

Todas las revoluciones vividas hasta ahora a lo largo de la historia para llegar al lugar en el que nos encontramos -todas- han sido idénticas. Pretendidos libertadores que al llegar a la liberación se convierten progresivamente en opresores, directa o indirectamente, violenta o pacíficamente. Le digo a Julia que queda pendiente una única revolución, definitiva e posible, sencilla y natural: la revolución personal. Simplemente decir no.

Cuando oímos estos días que la guerra es un fracaso político, que es un fracaso negociador, que es un fracaso del sistema, oímos exactamente el rebufo de todas otras aquellas revoluciones que nos han precedido y que no sirvieron para nada. Oímos todo ese jolgorio de crimen, violencia y sangre en el que nos convertimos colectivamente a través de una razón que nunca existe aunque lo parezca, una razón que pasados los siglos se discute y se matiza con la llegada de la paz y de los dramas de los que pintan poco en la guerra, los muertos sin causa. La guerra no es un fracaso colectivo, es un fracaso personal, es el elemento del análisis de la revolución pendiente. Si todos los individuos del mundo viviéramos esa revolución a la vez, dentro de nosotros, en lo más profundo de nuestro ser, no existiría la posibilidad de un escenario como el que tristemente se ha vivido repetidamente.

Si "las guerras se repiten", Julia, "la rebelión nunca han existido", no hemos tenido tiempo de parar y darnos cuenta de que quizá esta guerra es la oportunidad que necesitas para llegar a ser quién eres. No tú, que ya has llegado, cualquiera de los que no entendemos quienes somos.

Hablé con 4 pacientes que habían tenido un ictus, historias duras en el momento, pero inspiradoras tal como son ahora.

Yolanda, una actriz, bailarina, coreógrafa. Ha trabajado en musicales como "Hoy no me puedo levantar", "Jesucristo superstar", "Peter Pan" o "101 Dálmatas". Como coreógrafa cabe destacar trabajos como "Forever king of Pop" (tributo a Michael Jackson), "50 sombras de grey" (el musical), "Andersen el musical de los cuentos", "Los payasos de la tele" (con la familia Aragón). Ha participado en varios videoclips con artistas como **Melendi** o **David Bisbal**. Y como actriz cabe destacar su papel principal en la serie "Gigantes" dirigida por **Enrique Urbizu** y **Jorge Dorado**. Y tuvo un ictus que a pesar de los duros momentos, estos se han quedado atrás y ella adelante.

María Luisa, era una emprendedora que trabajaba en México y ahora tiene una afasia con la que lucha desde su asociación *Hola que tal Afasia*.

Rosi, presidenta de la asociación *Neuroafeic* que da servicios a pacientes con ictus y que ella agradece día a día y ya son muchos años.

Carmen, una periodista que escribiendo sobre desahucios, tuvo un ictus que la actuación de su pareja en ese momento, permitió que ahora esté perfecta. **Carmen** tenía 35 años y no adolecía de ningún problema de salud que lo presagiara. Fue un ictus, pues se fue gestando poco a poco y fue tratada muy pronto gracias a que su pareja la llevó enseguida al hospital. Estaba duchándose y la respuesta que le dio a su chico cuando estaba secándose fue clave para actuar rápido: "¿Hablas así o estás de broma?". Y ella dijo: 'Estoy mareada, como si tuviera un resacón'. Su pareja la trasladó al hospital. Ya en urgencias, la cara de pánico con la que me miró el médico, la llevó sobre una camilla. Le habían encargado una serie de reportajes sobre desahucios. Ingresó en la sexta planta del hospital, en la UCI. Le pusieron un trombolítico que le iba a curar.

El dolor era desintegrador. Le era imposible decir la frase: "El espantapájaros intentó cruzar la carretera con el semáforo en rojo". La iban a operar. La intervención fue larga. Quien le operaba era un radiólogo que le estaba haciendo un cateterismo. Al salir de la operación, el dolor fue amainando. La llevaron de nuevo a la UCI. Estuvo en total siete días en la sexta planta del Clínico en Madrid. Tardó semanas en

Cómo ganar minutos en el tratamiento del ictus y cómo mejorar la prevención

atar todos los hilos. Durante su ictus, perdió el habla y tardó en recuperarla.

El cerebro aprendió a hacer lo que antes hacía la parte dañada poco a poco. En el primer año tiene lugar la mayor mejora, pero después se sigue evolucionando (aunque menos). Carmen tiene la suerte de estar completamente recuperada. La rapidez de reacción de su pareja fue esencial.

Todo ello nos lo cuentan ellas en mi **Salud A Todo Twitch** que hemos hecho sobre ictus y que podemos ver aquí: <https://youtu.be/ble3sue2U10>. Y **Joan, Ana y Tinas**, neurólogos nos lo explican y nos enseñan. Y siempre con el trabajo conjunto de enfermeras como **Rosa**, terapeutas ocupacionales como **Trini**, fisioterapeutas como **Andrea** o neuropsicólogos como **Gustavo**.

El ictus, sabemos que es una enfermedad cerebrovascular que se produce por el descenso u obstrucción del flujo sanguíneo y por la que la sangre no llega al cerebro en la cantidad necesaria. Es la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda en hombres en España.

Los efectos que tienen las personas que han tenido un ictus dependen de qué parte del cerebro esté lesionada y de la gravedad de la lesión. En un 80% de los casos los síntomas son afectación del lenguaje, asimetría de la boca y debilidad en un brazo o una pierna. Casi 120.000 personas sufren un ictus al año, una enfermedad que afecta a una de cada seis personas. Representa la segunda causa de muerte en España y la primera causa de discapacidad en el adulto.

También llamado accidente cerebral, embolia o trombosis, el ictus o la interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro, puede ocurrir porque un coágulo de sangre bloquea un vaso sanguíneo (ictus isquémico o embólico) o porque una arteria sanguínea se rompe y causa un hematoma o hemorragia cuya sangre ahoga a las neuronas de la zona afectada (ictus hemorrágico o "derrame").

Suele pensarse que un ictus solo afecta a personas mayores. Sí es verdad que esta enfermedad es más frecuente a partir de los 55 años y que el riesgo aumenta de manera proporcional con la edad. Se estima, por ejemplo, que más del 21% de la población mayor de 60 años en España tiene riesgo alto de sufrir un ictus en los próximos 10 años. La

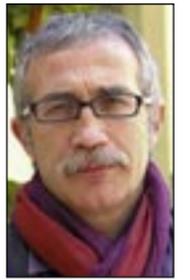
OMS calcula que, teniendo en cuenta que para el año 2050 está previsto que las personas mayores de 65 llegarán al 46% del total de la población, casi la mitad podría sufrir un ictus.

Además de la edad, el ictus también se relaciona con ciertas condiciones, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus y determinados factores del estilo de vida, como ser fumador. La vida sedentaria, el consumo de alcohol y el hábito tabáquico son factores de riesgo. Abandonar el tabaco, consumir alcohol de forma moderada, reducir el peso, disminuir la sal y las grasas en las comidas, hacer deporte y generar el hábito de realizar controles médicos periódicos y controlar la tensión arterial son el primer paso para evitarlos. Por tanto, la forma como vivimos tiene un gran impacto en nuestro riesgo de accidente cerebrovascular. Y en eso insistieron mucho, todos y cada uno de los profesionales que hablaron. Muy importante la rapidez de actuación. Más importante la prevención. Aspectos como beber demasiado alcohol, tener sobrepeso y una ingesta excesiva de alimentos poco saludables puede dañar los vasos sanguíneos, aumentar la presión arterial y, en consecuencia, incrementar la probabilidad de que la sangre se coagule.

El ictus es, ante todo, una urgencia. La supervivencia y la recuperación están directamente relacionadas con la rapidez y la eficacia de la atención que se recibe. Pese a ello, durante los primeros meses vividos de pandemia se redujo en un 30% el número de ictus ingresados en los hospitales en España. Muchos pacientes se quedaron en casa, algunos con secuelas y, en el peor de los casos, falleciendo.

El tratamiento inmediato puede salvar la vida o aumentar las posibilidades de una recuperación completa. El tiempo de reacción es clave. Poner en marcha el código ictus a fin de disolver el trombo lo antes posible, es fundamental.

Ganar unos minutos puede suponer una disminución considerable de la discapacidad en el paciente con ictus. Así ganamos vida y calidad de vida. Mejor previniendo siempre. Todos y todas.



Joan Carles March
Codirector de la Escuela de Pacientes de Andalucía

The News Prosas Lazarianas

No es nada nuevo. El abismo está aquí, en forma de incomprensión, hartazgo y desaliento. Pero nuestros pacientes y nuestra propia dignificación como médi-

cos, hace que visibilicemos de nuevo la situación, la terrible situación de la atención primaria. El próximo miércoles, día 31 marzo, a los 8.30 de la mañana en la **Glorieta Pau Casals** de Palma, médicos y pacientes nos concentraremos "por una primaria digna y de calidad" porque: los profesionales médicos nos sentimos **exhaustos, desmotivados** por las pésimas condiciones laborales y la escasez de plantillas y sin que por las correspondientes autoridades sanitarias aporten soluciones más allá de los parches coyunturales. Hartos de seguir con unas retribuciones que no responden a la responsabilidad exigida y que cada vez se distancian más de las de los países de nuestro entorno; indignados de ser ignorados sistemáticamente en los órganos de participación y de toma de decisiones en todo lo que afecta a su profesión y **explotados**, con unos contratos indignos y de alta precariedad que se manifiestan ya desde la etapa del MIR. La **Atención Primaria** y en especial en nuestra **comunidad autónoma**, tenemos unas pésimas condiciones laborales, estando a la cola a nivel nacional en la inversión en sanidad, con las peores ratios de médico/paciente y con una carestía del nivel de vida creciente y además, sin ningún reconoci-

Los médicos se movilizan "por una primaria digna y de calidad"

miento a nuestra insularidad. Todo esto hace evidente, que se esté dando, una fuga constante de profesionales médicos. El recambio generacional, con **nuestros MIREs** debemos de cuidarlo. La pérdida creciente de vocaciones, y el importante número de jubilaciones en nuestro ámbito nos conducen a un futuro incierto. Estimamos que el déficit de médicos de familia en nuestras islas ronda los 230 profesionales, cifra que se incrementará en los próximos años, donde si no se remedia, peligrará la asistencia sanitaria y cuidado de nuestros pacientes, por mucho que desde nuestra administración, se informe de lo contrario. La asistencia sanitaria, no está garantizada, por lo menos la de calidad. Y esto se ve en el día a día, sobre todo con la fuga de especialistas en **Menorca e Ibiza**, que pronto llegará a **Mallorca**. Por todo esto y para que nuestros pacientes puedan ser atendidos como corresponde hoy y en un futuro próximo, **revindicamos**, una inversión económica urgente finalista para AP, una oferta de contratos estables y definidos para facultativos especialistas en medicina familiar y comunitaria y pediatras en AP, un aumento de plantillas, necesarias para que los médicos puedan realizar su actividad asistencial, un límite

en las agendas de los profesionales con 25 pacientes día, La disminución en consulta de la burocracia no relacionada con la asistencia clínica. Asumir que las plazas MIR tienen que dar respuesta a las necesidades de la población y asegurar así el recambio generacional. Todas estas medidas son necesarias para un objetivo final, que es tener una **Atención Primaria DIGNA Y DE CALIDAD**, velando por la salud de sus médicos y pacientes. Por todo ello desde **SIMEBAL**, se ha invitado a todas las **Sociedades Científicas de Baleares, COMIB**, así como a todas las asociaciones de pacientes, para que este día sea el principio de un cambio tan necesario como urgente. Solo un aumento presupuestario muy importante y una renovación de 180 grados en su organización y dinámica salvarán a nuestra primaria. La hora de la retórica y de las palabras gastadas ya no tienen cabida, es la hora de la apuesta decidida y urgente. Toca la confrontación si la administración persiste en su actitud de parálisis. Ya saben en derrota transitoria pero nunca en doma.



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

La nueva era del COVID: vigilancia centrada en los casos graves y la población vulnerable

La Declaración de Zaragoza, avalada por la Comisión de Salud Pública, establece los protocolos que marcan el seguimiento de la pandemia en las diferentes comunidades de España

La Comisión de Salud Pública (CSP) aprobó en su última reunión la actualización de la Estrategia de Vigilancia y Control frente al COVID-19 tras la superación de la fase aguda de la pandemia.

JOAN F. SASTRE

La nueva estrategia responde al compromiso adquirido por el Sistema Nacional de Salud (SNS) a partir de la Declaración de Zaragoza, firmada por la ministra de Sanidad, **Carolina Darias**, y los consejeros autonómicos, y su aplicación entra en vigor este lunes 28 de marzo. Esta normativa permanecerá activa siempre que los indicadores de presión en los servicios asistenciales se encuentren en un nivel bajo.

Según la CSP, los cambios que se han acordado se fundamentan en que los altos niveles de inmunidad alcanzados en la población española han determinado un cambio en la epidemiología del COVID-19 que apoya la transición hacia una estrate-



Un momento de reunión donde se aprobó la 'Declaración de Zaragoza'.

gia diferente que vigile y dirija las actuaciones a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y monitorice los casos graves y en ámbitos y personas vulnerables.

Pruebas diagnósticas

De esta manera, las nuevas directrices modifican la indicación de realización de pruebas diagnósticas,

que se centrarán a partir de ahora en personas con factores de vulnerabilidad (mayores de 60 años, inmunodeprimidos y mujeres embarazadas), ámbitos vulnerables (sanitarios y sociosanitarios) y casos graves.

La vigilancia se centrará en estos grupos, mientras que el diagnóstico en pacientes con síntomas leves compatibles con COVID-19 se realizará según las necesidades de manejo clínico.

En este sentido, los expertos de la Comi-



Patricia Gómez y Juli Fuster visitando el Punt de Vacunació de Manacor.

rán aislamiento y los contactos estrechos no llevarán a cabo cuarentena. A este respecto, se emitirán recomendaciones dirigidas a las medidas preventivas, como la utilización de mascarilla en todos los ámbitos y evitar el contacto con personas vulnerables.

Al mismo tiempo, en determinados entornos, como los centros sanitarios asistenciales o sociosanitarios, se podrán

que las estructuras extraordinarias de vigilancia y control puestas en marcha durante la pandemia se mantendrán operativas para monitorizar indicadores clave que permitan detectar precozmente cambios en la situación que puedan requerir reimplantar medidas de control.

Esta estrategia seguirá en vigor mientras no se produzca un cambio significativo en la tendencia que indique una circulación no controlada del SARS-CoV-2 o bien un cambio en la situación epidemiológica que requiera restablecer medidas de vigilancia y control a propuesta de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.

Declaración de Zaragoza

Cabe recordar que la Declaración de Zaragoza fue aprobada por unanimidad por los consejeros con competencias sanitarias de las comunidades y ciudades autónomas, estableciendo las bases del nuevo Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

En desarrollo de esta declaración se constituirá un grupo de trabajo en el seno de la Comisión de Recursos Humanos del Consejo Interterritorial del SNS para mejorar la política de personal en Vigilancia de Salud Pública.

implementar medidas específicas de aislamiento y control.

Estas modificaciones han sido comunicadas y valoradas conjuntamente con el Centro Europeo de Control de Enfermedades, habiéndose establecido los mecanismos para garantizar la coordinación con la vigilancia a nivel europeo y la correcta inclusión de la información generada en España en los informes y documentos de seguimiento de la pandemia en la Unión Europea.

Indicadores clave

Asimismo, hay que destacar



sión de Salud Pública han recordado que la vigilancia en esta fase de transición dará paso a un sistema consolidado de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas que deberá conformar los sistemas de vigilancia centinela de las enfermedades respiratorias agudas (IRAs).

Control de los contagios

En relación al control del COVID-19 en la población general, los casos confirmados leves y asintomáticos no realiza-

El Govern refuerza la vigilancia en los centros de salud para frenar las agresiones al personal sanitario

J.F.S.

El Consell de Govern ha otorgado a Servei de Salut la autorización previa para contratar el servicio de vigilancia y seguridad de los centros de salud y unidades básicas de salud dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, por un valor estimado de 9.662.298 euros.

El objetivo de este expediente es garantizar el funcionamiento de los centros y salvaguardar la integridad del personal, usuarios y visitantes, así como velar por las instalaciones y bienes de los centros.

La voluntad de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca es realizar una única licitación pública para disponer de una estructura única y común orientada a todos los centros de salud y unidades básicas.

De esta manera, entre el 1 de mayo y el 26 de septiembre de

este año, el nuevo adjudicatario irá asumiendo la prestación del servicio, que concluirá el 30 de abril de 2025.

El valor estimado del contrato es de 9.662.298 euros, con una duración inicial de 36 meses (presupuestado en 5.329.097 euros), y una posibilidad de prórroga de 24 meses (3.800.290 euros). Igualmente, están previstas modificaciones que pueden alcanzar hasta un 10 por ciento del presupuesto.

Las agresiones, en cifras

Esta contratación coincide con el incremento de las agresiones a profesionales sanitarios en Balears. En este sentido, el Servei de Salut ha comunicado que, durante el pasado año, se contabilizaron más de 500 agresiones al personal asistencial (exactamente, 502) que trabaja en la sanidad pública.

De estos casos, 422 (el 84 por

cientos) consistieron en agresiones verbales y otras 80 (el 16 por ciento) incluyeron ataques físicos.

Por categorías profesionales, el ámbito en el que más agresiones se produjeron fue el de enfermería, donde se registraron 143 casos. Le siguen los facultativos especialistas de área, con 133, y, en tercer lugar, los administrativos, con 102.

La mayor incidencia, en Atención Primaria

En cuanto al nivel asistencial, el 52 por ciento (261 agresiones) tuvieron lugar en Atención Primaria y en el entorno del SAMU 061, y el 48 por ciento (212) se localizaron en centros hospitalarios.

Por islas, Mallorca registró 431 ataques a personal sanitario; Ibiza, 40; Menorca, 19, y Formentera, 4. En el ámbito concreto de Mallorca, 216

Día Europeo contra las agresiones a médicos y profesionales sanitarios

12 de marzo de 2022



No agredas a quien te cuida

Contra las agresiones a sanitarios, tolerancia 0

#StopAgresionesASanitarios #ToleranciaCero

Colegio Oficial de Médicos de Toledo

OMC

agresiones se produjeron en Atención Primaria, 115 en el Hospital Son Espases, 58 en

Son Llàtzer, 21 en el Hospital de Manacor y 18 en el Hospital de Inca.

El Hospital de Manacor afronta su próxima reforma, prevista a partir de mayo

J.F.S.

El Servei de Salut ha adjudicado a la empresa Obrascón Huarte Lain S.A. las obras de ampliación del Hospital de Manacor, que contemplan un nuevo edificio de uso ambulatorio y un nuevo bloque quirúrgico y obstétrico. La previsión es que las obras se inicien a lo largo del mes de mayo.

Este proyecto, que cambiará sustancialmente la fisonomía del centro, cuenta con un presupuesto de 76,2 millones de euros y tiene un plazo de ejecución de cuatro años. Una vez finalizadas las obras, el Hospital de Manacor pasará a disponer de 53.445 metros cuadrados, más del doble de la superficie actual (24.531 metros cuadrados).

Las actuaciones, incluidas en el plan director del centro, beneficiarán a una población de 150.000 personas y prevén tres grandes obras: la construcción de un nuevo edificio, en forma de letra L y conectado con las



Patricia Gómez y Catalina Vadell en el exterior del Hospital de Manacor.

dependencias actuales, cuyo uso será principalmente ambulatorio y constará de dos sótanos destinados a aparcamiento, una planta baja y otras tres plantas; un edificio industrial, que se convertirá en una central de instalaciones y servicios generales, y una gran reforma interior del edificio actual y la construcción de una nueva

planta, donde se ubicará el bloque quirúrgico y obstétrico.

Todas estas intervenciones se llevarán a cabo simultáneamente, ejecutando las reformas a medida que se vayan liberando espacios.

Edificio en forma de L

En el caso del nuevo edificio,

dado que la mayoría de los pacientes son externos y no necesitan acceder a los servicios internos del hospital, se ha planteado un inmueble independiente, que evitará la circulación innecesaria de personas por estas dependencias.

No obstante, dado que una parte de los usuarios no son ambulatorios, el edificio adquirirá forma de letra L para facilitar la conexión con las áreas internas del hospital.

Este inmueble dispondrá de un aparcamiento subterráneo con 280 plazas (planta -1 y -2), dos servicios de uso ambulatorio, hemodiálisis y rehabilitación (planta baja), consultas externas y gabinetes de exploración (primera y segunda planta) y hospital de día médico oncológico (tercera planta, que tendrá una conexión directa con el hospital actual).

En cuanto al edificio, que casi en su totalidad será de nueva planta, acogerá la instalación de todos los equipos para ade-

cuarlos a las normativas vigentes y aumentar la capacidad para prestar servicio en las nuevas áreas. La cocina se ubicará en la planta baja.

Bloque quirúrgico

Respecto a la nueva planta quirúrgica y a la reforma interior de los espacios del edificio actual (que pasará a ocupar 14.226 metros cuadrados, de los que 4.586 corresponderán a obras de ampliación y otros 9.640 a la reforma), cabe destacar que la actuación consistirá, principalmente, en la remodelación interior del actual hospital y la construcción de una nueva planta que permitirá ampliar el bloque quirúrgico y obstétrico.

Esta es la intervención más compleja del proyecto desde el punto de vista técnico, puesto que su ejecución deberá realizarse procurando interferir lo menos posible en la actividad del centro hospitalario.

JAVIER TORRES / DECANO Y PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PSICOLOGÍA DE BALEARS

“Hay que dotar a Atención Primaria de más plazas de psicólogos clínicos”

Licenciado en Psicología por la Universidad Central de Barcelona y especialista universitario en Criminología por la UIB, Javier Torres ejerce, desde 1991, como psicólogo forense del Instituto de Medicina Legal en los Juzgados de Palma. Actualmente, es el decano y presidente del Colegio de Psicología de Balears.

J. F. SASTRE / JOAN CALAFAT

P.- ¿Ha supuesto la pandemia un punto de inflexión a nivel de salud mental?

R.- Hace más o menos un año, con la crisis sanitaria en plena expansión, solicitamos, desde el Colegio de Psicología de Balears, llevar a cabo una comparecencia ante la Comisión de Salud del Parlament porque, en efecto, nos dimos cuenta de que existía en la sociedad un creciente problema de afectación psicológica a raíz del confinamiento y otras medidas que se han debido adoptar para prevenir y contener el Covid. La situación era complicada entonces, cuando realizamos esta petición ante el Parlament, y lo sigue siendo ahora.

P.- ¿Salió satisfecho de la actitud y la respuesta de los diversos grupos políticos?

R. Realmente sí. Les trasladamos una radiografía del contexto en el que nos movíamos, a nivel de salud mental de la población, y he de decir que las intervenciones de todos los partidos estuvieron muy bien fundamentadas. Y nos alegramos de que esto fuera así, porque creemos que la salud mental ha tocado la fibra sensible de la Administración, y dentro de la experiencia dolorosa que ha supuesto el Covid, también hay que subrayar que la crisis sanitaria ha servido para poner sobre la mesa una necesidad acuciante, como es el derecho de todos los ciudadanos a recibir atención psicológica.

P.- Es esta una reivindicación que desde el Colegio de Psicología han venido reiterando, ya desde mucho antes del Covid...

R.- Sí, desde luego. La pandemia ha puesto de relieve que es urgente tender hacia este objetivo, pero desde el Colegio venimos insistiendo sobre ello desde hace diez o quince años. Ya entonces teníamos claro que la sociedad en su conjunto arrastraba un déficit importante a nivel de asistencia psicológica, y lo hemos venido planteando reiteradamente. Hemos defendido la urgencia, por parte de las administraciones, de ampliar los recursos destinados a este ámbito de la sanidad, y no nos hemos cansado de insistir en este argumento. Sin embargo, ha sido ahora, a partir de la irrupción de la pandemia, cuando todo el mundo se ha dado cuenta de esta prioridad.

P.- La comunidad científica coincide plenamente en la gran repercusión de la crisis epidemiológica sobre la salud mental. ¿Qué datos tiene al respecto?

R.- Los estudios que se han realizado, y que se siguen llevando a cabo, apuntan en esta dirección, independientemente de la nacionalidad o la procedencia de estos trabajos de investigación. Universidades y sociedades e instituciones científicas se han implicado de lleno en el objetivo común de desentrañar las claves del Covid en cuanto a sus consecuencias para la situación psicológica de las personas. Recientemente, por ejemplo, llegó a mis manos un estudio realizado en China que aborda el aumento de la sintomatología depresiva a raíz del Covid. Pero no hace falta irnos tan lejos para en-

contrar aportaciones igualmente interesantes. También en España existe una gran cantidad de investigaciones que inciden en el gran incremento de este tipo de sintomatología, que cifran entre un 20 y un 30 por ciento. Son, como podrá darse cuenta, cifras muy elevadas.

P.- ¿Qué patologías mentales se han incrementado más sustancialmente a partir de la aparición de la pandemia?

R.- Especialmente, han aumentado la sintomatología ansiosa y la depresiva, motivado, casi con toda probabilidad, por la multitud de duelos que han acontecido a resultados de esta alarma sanitaria. Hemos de tener presente que en Balears han fallecido unas 1.500 personas a causa del Covid, y muchos de estos duelos por la pérdida de un ser querido no se han podido gestionar adecuadamente. Al mismo tiempo, una gran cantidad de personas no han accedido a una atención psicológica adecuada frente a este tipo de situaciones, y a otras muchas relacionadas con la pandemia, como la pérdida del puesto de trabajo o el empeoramiento del escenario económico. Son problemas que muchos ciudadanos van arrastrando desde hace tiempo, y es necesario darles una respuesta a nivel de atención psicológica.

P.- La próxima ola del Covid, ¿será la de la salud mental, como afirman algunos expertos?

R.- En efecto, se habla mucho de esta gran ola de salud mental, pero es importante subrayar que la salud mental no es una ola que sube y vuelve a bajar como ocurre con los contagios. Más bien, esta ola ha

► “La crisis sanitaria ha servido para poner sobre la mesa el derecho de todos los ciudadanos a recibir atención psicológica”

► “El agravamiento de la salud mental no es una ola como la del Covid, que sube y vuelve a bajar. Ha venido para quedarse”



venido para quedarse, y lo hará durante mucho tiempo. Tendremos que trabajar muy duro para tener proporcionados a la sanidad todos los recursos necesarios que sirvan para dotar de atención psicológica a la población.

P.- Tras la pandemia, ¿la nueva gran preocupación de la sociedad es la guerra en Ucrania?

R.- La crisis del Covid nos cogió desprevenidos. No estábamos preparados para asumir un largo periodo de confinamiento y el resto de restricciones que hemos tenido que soportar. Y ahora, cuando las perspectivas respecto a la pandemia parece que comienzan a mejorar, resulta que otros nubarrones han llegado para enturbiar el horizonte, especialmente la guerra en Ucrania, de la cual desconocemos, hoy por hoy, cuáles serán sus consecuencias. A resultados de esta nueva incertidumbre, muchas personas han acudido en tropel a los supermercados para comprar compulsivamente papel higiénico, aceite y cualquier otro artículo que crean que puedan necesitar. Si nos damos cuenta, estamos reproduciendo el mismo comportamiento que caracterizó el inicio de la pandemia. Bajo mi punto de vista, hay que ser prudentes con los mensajes que se están trasladando, espe-

cialmente por parte de los medios de comunicación. Divulgar imágenes de estanterías de grandes superficies que se hallan prácticamente vacías no hace otra cosa que estimular todavía más la ansiedad de los consumidores por las compras masivas.

P.- Pandemia, guerra... ¿Seremos capaces de resistir tantas turbulencias?

R.- El ser humano tiene una gran capacidad para mostrarse resiliente, como se dice tanto ahora, ante la adversidad. En otras palabras, generalmente conseguimos superar las situaciones negativas que nos afectan. Esto es cierto, pero solo hasta cierto punto, porque no todo el mundo tiene esta posibilidad. Hay que estar muy pendientes de los acontecimientos que vayan a suceder a partir de ahora, porque las consecuencias son imprevisibles.

P.- En su momento, y hablamos de bastantes años atrás, existía la impresión de que ir a la consulta de un psicólogo era casi un capricho para gente que se lo podía permitir. ¿Sigue persistiendo esta visión?

R.- Ha llegado ya la hora de descartar esta idea, porque la atención psicológica no es, bajo ningún concepto, un capricho

o un deseo frívolo. Me siento un poco mal y, como me lo puedo permitir, voy al psicólogo. Esto ya no es así, en absoluto. Hoy en día, la atención psicológica es contemplada como lo que es, es decir, el derecho que tiene cualquier ciudadano a recibir este tipo de asistencia.

P.- Sin embargo, no todo el mundo puede pagarla...

R.- Tiene razón. Esto es así. La psicología es cara y hay personas que, por desgracia, no disponen del poder adquisitivo suficiente para acceder a ella. Desde el Colegio hemos insistido siempre en esta realidad, y todavía lo hemos hecho con más intensidad a partir de la pandemia. Y dado que todo el mundo tiene derecho, como ya

► **“Sin habernos recuperado de la pandemia, ahora llega la preocupación por la guerra. Y estamos repitiendo los mismos comportamientos”**

hemos dicho, a la atención psicológica, urge que la Administración proporcione todos los recursos necesarios para que en Atención Primaria exista una mayor oferta asistencial en términos de psicología clínica. Esta es, de hecho, una de las reivindicaciones más importantes de todas las que defendemos desde el Colegio. Es básico que la sanidad pública amplíe el número de psicólogos para que, de esta manera, se puedan

igualar las opciones de acceso de todos los ciudadanos.

P.- ¿Faltan psicólogos en Balears?

R.- Los datos de las islas son extrapolables al resto del país, y la realidad es que España va a la cola en número de profesionales de psicología en el ámbito público. La media en España, y podríamos decir que también en Balears, es de cinco psicólogos por 100.000 habitantes. Tenga en cuenta que la media en Europa de 18 profesionales, y si nos ceñimos en concreto a los países nórdicos, como Dinamarca, Suecia o incluso Finlandia, estaríamos hablando de una ratio de entre 30 y 40 psicólogos. En otras palabras, nos superan casi todos los territorios europeos. Incluso Chipre

► **“Hay un grave problema de intrusismo en la psicología. Muchas personas se presentan como coach o gurús. Yo les llamo charlatanes”**

está por encima de España. Tal vez, el motivo sea que en otros países se ha trabajado más intensamente en el campo de la atención psicológica. Sin duda, arrastramos una carencia significativa y es necesario ponerse manos a la obra para revertir esta situación y calibrar con qué mecanismos contamos para situarnos al mismo nivel.

P.- ¿Existe un grave problema de intrusismo en el ámbito de

la psicología?

R.- Sin duda, y, además, es un intrusismo que se diversifica en dos grandes tipologías. Existe, por una parte, el intrusismo protagonizado por psicólogos que ejercen la profesión sin estar colegiados, y hay que recordar que la colegiación es un requisito obligatorio, sea cual sea el sector o el área en el que el profesional desarrolle su labor. Desde el Colegio de Psicología de Balears nos esforzamos por trasladar a todos los ciudadanos el mensaje de que, cuando acudan a la consulta, soliciten al profesional su número de colegiación. Y si alberga alguna duda sobre si el psicólogo que les atiende está o no colegiado, la recomendación es que acudan a nuestras dependencias y allí les facilitaremos toda la información que necesiten a través de la base de datos. Por otra parte, hay un segundo tipo de intrusismo, que es el de las personas que ejercen como psicólogos sin serlo, aunque proclaman su capacidad para aplicar técnicas que son propias de la psicología. Estoy hablando, por ejemplo, de los que se hacen llamar ‘coach’ o de los gurús. Yo, más bien, les llamo charlatanes. Y lo digo con todos los respetos, pero es así.

P.- Estos casos de intrusismo, ¿se han agravado con la pandemia?

R.- Así es, porque hay un gran segmento de la población que se ha hecho más vulnerable respecto a ciertas sintomatologías y que necesita de forma acuciante asistencia psicológica. A partir de aquí, el intrusismo ha aprovechado esta coyuntura para expandir su actividad y captar a más usuarios. La única actitud posible frente a estas prácticas ha de ser de tolerancia cero, tanto por parte de la administración como del propio Colegio. No hemos de perder de vista, en ningún momento, que estamos hablando de la salud de las personas.

“Frente al aumento de suicidios hay que actuar desde la prevención, y hacerlo desde las etapas escolares”

Margalida Gili.- Durante la pandemia, ¿los psicólogos han tenido que intensificar especialmente su dedicación?

Javier Torres.- Los momentos que han coincidido con las grandes explosiones de contagios han requerido la intervención de otros perfiles profesionales, pero los psicólogos también hemos visto cómo la crisis epidemiológica ha acentuado determinados problemas sociales que requieren nuestra atención. Así sucede, sin ir más lejos, con la violencia de género, cuyas denuncias asociadas se han incrementado exponencialmente a partir de la irrupción del Covid. De hecho, cada vez se hacen más patentes los episodios de violencia en las relaciones de pareja, dado que las separaciones son ahora más conflictivas. Ya no se trata tan solo, como sucedía antes, de discusiones o peleas por la custodia de los hijos, sino que estas disputas van acompañadas, en muchas ocasiones, de enfrentamientos impregnados de una gran violencia.

Margalida Gili.- Hoy en día, ¿los estudios de psicología han dejado de ser la hermanita pobre de la enseñanza universitaria?

Javier Torres.- Recuerdo que cuando yo estudiaba había compañeros que se habían matriculado en psicología porque, realmente, no sabían muy bien qué camino tomar en la vida y pensaban que cursando esta carrera podrían resolver sus propios problemas personales. Este escenario ha cambiado sustancialmente. En la actualidad, la carrera de psicología se halla en primera línea, a la altura de cualquier otra carrera sanitaria, y debo destacar que se ha realizado, a este respecto, una labor muy apreciable tanto desde las universidades como en el ámbito laboral, donde se ha consolidado plenamente al profesional de la psicología, tanto en el terreno clínico



como también en el área jurídica, el sector de las emergencias o la educación. Naturalmente, queda todavía tarea por hacer y hay que seguir avanzando, pero se ha logrado dignificar a profesión, y este es un mérito que compartimos entre todos.

Carlos Hernández.- ¿Siguen existiendo disputas, a día de hoy, entre la psicología y la psiquiatría, y las líneas de actuación que las diferencian?

Javier Torres.- Es un debate que siempre ha estado ahí. Por un lado, la psiquiatría es una especialización de la medicina, mientras que, en nuestro caso, existe el grado de psicología y, posteriormente, cada estudiante profundiza en un ámbito concreto. Si nos atenemos al campo de la asistencia clínica, siempre he sido partidario del trabajo en equipo, es decir, hacer posible que el psiquiatra y el psicólogo vayan de la mano, en vez de proclamar que un determinado caso requiere exclusivamente de la intervención de un perfil o de otro. Básicamente, cada uno ha de conocer cuáles son sus funciones y actuar en consecuencia. Es cierto que algunos usuarios precisan la intervención

del psicólogo, sin que sea imprescindible la aportación del psiquiatra para conseguir la curación en el menor tiempo posible. Pero, como línea general, reitero que mi posición es que hay que redundar en el trabajo en equipo.

Carlos Hernández.- El suicidio, ¿es un fenómeno al alza?

Javier Torres.- Hace años que desde el Colegio detectamos que existía un problema creciente en cuanto a las conductas suicidas, y por este motivo decidimos crear un grupo de prevención y poner en marcha campañas de sensibilización. El suicidio es una realidad que nos afecta a todos como sociedad, y, sin duda, la prevención es la mejor arma de que disponemos para hacerle frente. Ahora bien, es necesario trabajar desde las edades más tempranas, incluso coincidiendo con las etapas escolares. Hay que responder con celeridad al incremento de casos de suicidio, porque se trata de un escenario muy preocupante del que Balears no es ni mucho menos ajena. No en vano, la incidencia de las conductas suicidas en las islas es verdaderamente elevada.

Acceda a la entrevista completa escaneando este código QR



“Intentamos dar vida a la vida que tienen, sean horas, días, semanas o meses”

La Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Universitari de Son Espases cumple diez años

La Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital de Son Espases se creó en el año 2013 para atender las necesidades de los niños con enfermedades incurables y a sus familias. Previamente, durante el año 2012, se inició el proyecto que permitió comprobar la conveniencia de poner en marcha una Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. En el resto del territorio nacional, solo existen unidades similares en Madrid, Barcelona, Murcia y Almería. La principal ventaja que ofrece esta Unidad, que contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente, es la atención domiciliaria. Es fundamental

atender al niño enfermo en su entorno y, también, dedicar tiempo a las necesidades de su círculo familiar, prestándoles una atención integral de sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los profesionales de la Unidad atienden a los niños en sus domicilios, así se favorece la confortabilidad del paciente y, también, es posible intervenir en su entorno familiar. El 35% de los pacientes atendidos por la Unidad tienen enfermedades neurológicas; un 20% presentan malformaciones congénitas; un 10%, secuelas de prematuridad, y un 10% son pacientes con

cáncer. Salut i Força conversa con 3 profesionales esenciales, de un magnífico equipo profesional (finalmente no puede asistir a la entrevista otra figura capital, como es la Dra. Ángela Tavera): son Ana M^a Daviu, psicóloga del Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) del Hospital Sant Joan de Déu-Obra social La Caixa), como representante del equipo inicial, no está actualmente UCPP; Susana Jordà, enfermera pediátrica (coordinadora enfermera de la unidad, HUSE) y María García de Paso, peditra (coordinadora médica de la unidad, HUSE)

CARLOS HERNÁNDEZ

P.- En enero de 2013 se creó la nueva Unidad de Curas Paliativas Pediátricas, si bien fue un proyecto ya iniciado en 2012. Va camino del décimo aniversario. ¿Cómo valoran su evolución en estos años de actividad?

R.- M.G. La Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos se crea en 2012 como proyecto gracias al aval de la Obra Social 'La Caixa'. **Ángela Tavera, Ana María Daviu y Rosa Fullana** son las encargadas de crear el proyecto, sobre todo **Ángela**, que durante años pasará a ser la coordinadora de la Unidad. Desde el proyecto empiezan con lo que tienen y con una energía muy fuerte, con el apoyo del Hospital y del Servicio de Pediatría y es verdad que poco a poco, se hace entender la necesidad de la Unidad y, con el paso del tiempo lo que se va haciendo es que ante esa necesidad que vaya aumentando el número de niños y familias atendidas y va creciendo el número de personal y la verdad es que sin esos inicios ahora no existiría esta Unidad. Una frase de una madre de un paciente que dijo “*gracias a Rosa, Ángel y Ana, se creó esa Unidad que atendió a su hijo*”.

A.M.V. Recuerdo la importancia que tenía que otros profesionales entendieran lo que eran los cuidados paliativos en pediatría. Lo que más recuerdo es el ir poco a poco, con todos los profesionales, trabajando conjuntamente, para que conocieran cuál era nuestra labor de los cuidados paliativos.

P.- Originariamente atendía a 25 niños en 2013 y luego a 40. ¿A cuántos trata en la actuali-



De izquierda a derecha: Ana María Daviu, Susana Jordà y María García.

dad? Porque el balance de 10 años son 3.000 visitas a domicilios y 650 niños atendidos.

R.- S.J. Acumulados, alrededor de unos 80 pacientes cada año, junto a sus familias. Es verdad que fijos solemos tener 60 pacientes, pero el acumulado total suele estar en 80.

P.- ¿Cuál es el objetivo prioritario de la Unidad? Imagino que mejorar la vida de estos menores en su recta final de vida. Porque claro, lo primordial es mitigar el dolor y hay que evitar en la medida de lo posible su sufrimiento.

R.- M.G. El objetivo princi-

pal de la Unidad es atender de una manera integral a los niños (y a su familia) que padecen una enfermedad grave que no se van a curar. Hablamos de enfermedades que son limitantes y amenazantes para la vida. Dentro de ese objetivo, quere-

► “El objetivo principal de la Unidad es atender de una manera integral a los niños (y a su familia) que padecen una enfermedad grave que no se van a curar”

mos que el niño haga lo que debe hacer: estar con su familia el mayor tiempo posible, poder ir al colegio, relacionarse con sus iguales... pero para eso hay que hacer un control de síntomas para medir el dolor, la disnea, que se asocian a estas enfermedades. Queremos acompañarles en su vida, no solo en la fase final de su vida, que es una fase más. Intentamos dar vida a la vida que tienen, sean horas, días, semanas o meses, el tiempo que esté con nosotros.

A.M.D. Siempre pensamos que el niño donde mejor está es en su casa con su familia, en el

colegio si puede ir, que pueda jugar. Queremos que tenga la máxima calidad de vida que le podamos dar. El apoyo de su familia y amigos es clave porque lo ve todo más normalizado en su entorno, que no en un centro hospitalario.

P.- Por ese motivo, apuestan tanto por la atención domiciliar, ¿no es así?

R.- M.G. Sí. Nuestro trabajo si pudiéramos sería al 100% en el domicilio. Es verdad que hay momentos en los que el paciente necesita estar en el hospital, bien porque ha tenido una reagudización que no se pueda

ENTREVISTA



María García De Paso.



Ana María Daviu.



Susana Jordà.

tratar en casa o tenga que venir a consultas. Nuestro trabajo es intentar estar en su domicilio, el colegio o el centro de salud, todo lo que sea el entorno sociofamiliar del niño. Cuanto más enfermo está, más cerca debe estar de su familia.

P.- ¿Qué tipo de pacientes atienden?

R.- S.J. Atendemos a pacientes de 0 a 18 años. Los pacientes, en su mayoría, cerca del 80%, tienen enfermedades neurológicas, degenerativas, neurodegenerativas, de baja prevalencia, metabólicas, etc. En menor grado, entre el 12-15% son pacientes con patología oncológica.

P.- ¿Cómo apoyan a la familia?

R.- A.M.D. Trabajamos en conjunto con la trabajadora social para preparar los miedos que puedan haber. Trabajamos con los padres, abuelos, hermanos... para poder ir adaptándose a esa situación de final de vida, viviendo cada momento presente, sin adelantarse mucho a ese final. Hay que aprovechar el máximo tiempo que se pueda.

P.- ¿Cuántos profesionales forman parte de la Unidad? ¿Se ha ido incrementando?

R.- S.J. Ahora mismo, dentro de la Unidad, hemos estado trabajando desde 2017 en un proyecto para dotar a la Unidad de dos programas. Los inicios fueron con una pediatra, una enfer-

mera y una psicóloga. La patología de los pacientes son enfermedades graves y crónicas, asociado a una gran complejidad. Nuestros pacientes, al contrario de lo que la sociedad pueda pensar, también se van de alta algunos porque hay una estabilización. No siempre salen del programa con un fallecimiento. Con la experiencia de los años, hemos estado viendo que los pacientes con esa enfermedad compleja dados de alta se quedaban el sistema, pero quedaban como atomizados, como perdidos. No tenían una buena organización en el contexto de su enfermedad. En 2017, desde la Estrategia de Cronicidad del Servei de Salut, se nos propone a la Unidad, trabajar para estos pacientes de enfermedad crónica compleja. De ahí la gran novedad en la Unidad en su evolución, que trabajamos dos programas, los Cuidados Paliativos Pediátricos. Y, por otro lado, se está trabajando en la implementación de ese programa para niños y niñas, además de adolescentes, con patología crónica compleja. Por tanto, ahora tenemos 5 enfermeras, 4 pediatras, un psicólogo a jornada completa y una trabajadora social a través de la Obra Social 'La Caixa' y del Hospital Sant Joan de Déu Palma · Inca.

P.- Empezaron como Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos y ahora se ha añadido 'y Cronicidad Compleja Infantil'. ¿Qué supone eso?

R.- S.J. Esto es debido a la in-

clusión de ese programa en la Unidad en 2017. A raíz de eso se amplió la plantilla porque los pacientes con enfermedad crónica compleja necesitan el mismo enfoque que los de cuidados paliativos pediátricos. Se necesita tener una mirada global e integrar a todos los profesionales que se encargan de los cuidados de esos pacientes y sus familias. Y, por eso, se decide que sea un programa más dentro de la Unidad porque ese niño puede requerir cuidados paliativos pediátricos.

► **“La pandemia fue dura para pacientes y familias porque dejaron de ir al colegio, dejaron de recibir fisioterapia o rehabilitación y supuso un aislamiento mayor”**

P.- Perdóneme, pero debe ser durísimo trabajar en esta Unidad. ¿Hay que estar hecho de otra pasta?

R.- S. J. No es que estemos acostumbradas, el día que lo estemos lo dejaremos. Hay una palabra para definir cuando alguien se queda viudo o huérfano, pero no para definir cuando alguien pierde a un hijo o una hija. Estamos dotadas de herramientas para dar lo mejor de nosotras a las familias.

P.- ¿Es imposible desconectar

cuando salen de aquí y no sufrir en casa con la dureza de la vida que observan?

R.- M.G. No, no es imposible, pero es difícil y hay que aprender. Es verdad que la desconexión es una de las grandes entelequias de los cuidados paliativos pediátricos. Es difícil porque trabajas con emociones muy potentes y duras de pacientes y familias que te generan un sufrimiento como profesional. Y ahí es cuando es importante el trabajo de equipo. Que alguien pueda cuando se va saber que deja al paciente en buenas manos con otro equipo, aunque es verdad que no tenemos 24 horas y 7 días a la semana, desgraciadamente en esta Unidad. Eso sí dificulta la desconexión, pero sí lo dejamos organizado con otros compañeros, pero no de la Unidad. Eso ayudaría mucho a las familias y a nosotras para desconectar. Es importante tener una vida fuera, en el exterior, una vida llena de acciones que te permitan desconectar, aunque es muy difícil en momentos de finales de vida muy intensos. Es un trabajo complicado de entender desde fuera de los cuidados paliativos porque no es un trabajo de 8 a 3, implica más desgaste. A veces no sabemos que llevamos tanto desgaste emocional acumulado, es importante el autocuidado, el propio equipo te ayuda y eso es fundamental.

P.- Siempre se dice que los padres y madres deben enterrar

a sus hijos. Por tanto, es extremadamente duro el proceso del duelo cuando es antinatural. ¿Cómo trabajan el duelo?

R.- A.M.D. Sí, la verdad es que es complicado porque nosotros en la Unidad lo que hacemos es un acompañamiento desde el principio y solemos prevenir muchos problemas patológicos en el duelo. Entonces, el trabajo desde el inicio es prioritario y en el proceso de duelo se hace un acompañamiento y, al ser adulto, es algo más largo y puede llegar a durar dos años. Y se trabaja con la familia el acompañarlos en los días difíciles como las vacaciones, la vuelta al cole... porque hay muchas más cosas asociadas a niños que hay que tratar. La mayoría de los padres sobrellevan esta situación, pero es un duelo del que nunca se recuperarán del todo, aunque muchos sacan una vivencia buena para poder incorporar esa pérdida de un hijo, ya sea ayudando a otros padres o tenerlo siempre presente en el corazón. Tardan años en lograrlo, pero se va consiguiendo.

P.- ¿Instruyen a las familias en el cuidado?

R.- S.J. Sí, nunca debemos olvidar que los padres y madres son eso, padres y madres. Ellos pueden cuidar a sus hijos, pero no son enfermeros y las decisiones las van a tomar el equipo en conjunto siempre con la familia. Es clave que para que puedan estar en el domicilio es que pue-

dan atender a sus niños y puedan llamarnos ante cualquier necesidad. Son niños que por su complejidad llevan dispositivos como oxígeno, botón de gastrostomía, necesidad de aspiración de secreciones, etc. Una de las tareas más importantes es ayudar a los padres, les damos docencia para que puedan atender a sus hijos en casa.

P.- En esta casi década, en 2017, Son Espases acogió la I Jornada Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos con cerca de 250 profesionales. ¿Qué valoración hace de este encuentro?

R.- M.G. La verdad es que hemos podido tener dos tipos de jornadas. Inicialmente en los inicios se hacía una jornada anual más autonómicas, pero en 2017 el I Congreso Nacional se hizo en Baleares, desde la Unidad y fue muy importante porque supuso un camino al ser el primero y ser la tercera unidad de España en montarse. Fue un gran reconocimiento a nuestra labor. Cada vez somos más profesionales que nos dedicamos a los cuidados paliativos pediátricos. Hemos pasado de un tipo de cuidado que siempre ha hecho falta, pero como los niños que mueren son muchos menos que los adultos, eso hace que sea más difícil generar recursos y formar a gente que se dedique a los cuidados paliativos pediátricos. Desde 2007 se produce el boom en España y ahora no tiene nada que ver lo que había a lo que hay. Aquí éramos 3 pediatras y ahora somos 9. Queda mucho camino, pero cada vez somos más y permite que los niños puedan acceder a estos recursos tan importantes.

P.- ¿Por qué dicen mucho ustedes “no es solo el final de la vida, es un derecho de los niños recibir esta atención? ¿Qué se hacía antes cuando no existía la Unidad?

R.- M.G. Sí. Lo que es importante es que los cuidados paliativos pediátricos no es solo atender en el final de la vida. El final de la vida es solo un momento. Morirse es un momento. Pero lo importante es la vida y el tiempo que tiene. También participamos en el final de la vida, pero la mayor intensidad de trabajo se realiza durante la vida del niño. Es un derecho reconocido a nivel mundial, que los niños tengan acceso a los cuidados paliativos pediátricos porque para su vida es esencial. Lo más importante es la vida y el tiempo que



Ángela Tavera, Rosa Fullana y Ana M^a Daviu, junto a las dos coordinadoras actuales.

van a vivir, y que esa vida esté llena de vida y que sean ese tiempo lo más niño que sea posible. Un niño debe ser niño hasta el día que se muera.

P.- ¿Qué se hacía antes cuando no había unidades de cuidados paliativos pediátricos?

R.- M.G. Había muchos pediatras, enfermeras y psicólogos motivados y que se formaban en esta atención como podían y lo hacían de una manera

individual. Es lo que actualmente llamaban el enfoque pa-

► **“Es un derecho reconocido a nivel mundial, que los niños tengan acceso a los cuidados paliativos pediátricos porque para su vida es esencial”**

liativo, pero no tenían los recursos y las herramientas. En Baleares, a través de las Unidades de Adultos, se atendió a muchos en la fase final de vida para ayudarles. Se hacía lo que se podía en ese momento, no había esa conciencia que hay ahora para que profesionales específicos formados en atención a los niños se encargara.

P.- Finalmente, ¿cómo les afectó la pandemia?

R.- M.G. La pandemia fue dura a todos los niveles. A nivel de los niños también sufrimos esa situación. Sobre todo, ha sido dura para pacientes y familias porque dejaron de ir al colegio, dejaron de recibir fisioterapia o rehabilitación y ha supuesto un aislamiento mayor. Lo han pasado mal y han tenido dificultades durante las restricciones. Han sufrido bastante. Para el equipo fue una adaptación dura porque había que ir con los famosos EPI, no teníamos vehículo de transporte y nos lo facilitaron. Había miedo e incertidumbre porque entrabas en casa con covid, lo podías contagiar a tu familia. Supuso un reto muy difícil, se ha aprendido en el manejo de materiales e instrucción de familias, se ha avanzado a nivel de comunicación telemática. Ha sido un gran esfuerzo para niños y padres, lo han pasado muy mal.



Gran parte del equipo actual de la Unidad.

Acceda a la entrevista completa escaneando este código QR



J.J.S y R.M.P

El salón de actos del Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears (Comib) cuenta desde ya con dos nuevos retratos de expresidentes de la institución. Los **doctores Antoni Bennasar Arbós**, presidente entre 2010 y 2018, y **Manuela García Romero**, primera mujer presidenta del Comib entre 2018 y 2020, ya cuentan con un retrato institucional en la sede colegial, al igual que sus antecesores en el cargo.

El acto de descubrimiento de los retratos tuvo lugar tras la Asamblea general de este 23 de marzo, y al mismo asistieron los **doctores Bennasar y García Romero**. Ambos estuvieron acompañados por el actual presidente del Col·legi de Metges, el **doctor José Manuel Valverde**, en el descubrimiento de las fotografías.

El **Dr. Bennasar** destacó los 28 años que lleva vinculado al Comib *“tratando de aportar lo mejor de mí para reivindicar al médico en la sociedad”*. Subrayó la reforma estatutaria realizada durante su mandato que aportó *“estabilidad a la corporación, porque lo importante es que el colectivo esté unido para defender nuestros intereses”*, además de la reforma de la sede del colegio llevada a cabo en esos años.

La **Dra. García Romero** afirmó sentirse *“orgullosa y honrada de poder servir a la profesión médica desde el Comib”*. Subrayó que siempre ha intentado *“estar al lado del profesional”* y recordó que tuvo que gestionar la primera etapa de la pandemia, en la que puso en valor la *“resiliencia, compañerismo y profesionalismo demostrado por los colegiados”*.

Los retratos de los **doctores Bennasar y García Romero** han sido realizados por el prestigioso fotógrafo palmesano **Tolo Ramón**.



Valverde, Bennasar y García Romero.

Los expresidentes Antoni Bennasar y Manuela García Romero ya cuentan con un retrato institucional en la sede colegial

El Col·legi de Metges de Balears rinde homenaje a los dos últimos expresidentes de la institución con el descubrimiento de sus retratos



Antoni Bennasar.



Manuela García Romero

El Col·legi de Metges se adhiere al proyecto de ayuda a Ucrania que lidera la ONG mallorquina 'Llevant en Marxa'. El presidente del Col·legi de Metges de les Illes Balears (Comib), **Dr. José Manuel Valverde**, se reunió con el presidente de la ONG 'Llevant en Marxa', **Dr. Antoni Mesquida**, para conocer de primera mano el proyecto de la entidad de cooperación para enviar ayuda a Ucrania. El Comib mostró su compromiso de adhesión a dicha campaña solidaria, a través de la cual muchos colegiados ya han depositado en la sede colegial sus aportaciones. Se trata de una iniciativa de recogida y envío de alimentos y productos sanitarios, como latas y conservas ya cocidas que puedan ser consumidas sin necesidad de cocinarlas, leche para adultos e infantil y papillas para los más pequeños, además de fármacos esenciales en un conflicto como antihemorrágicos y diverso material sanitario y de higiene íntima para las mujeres.



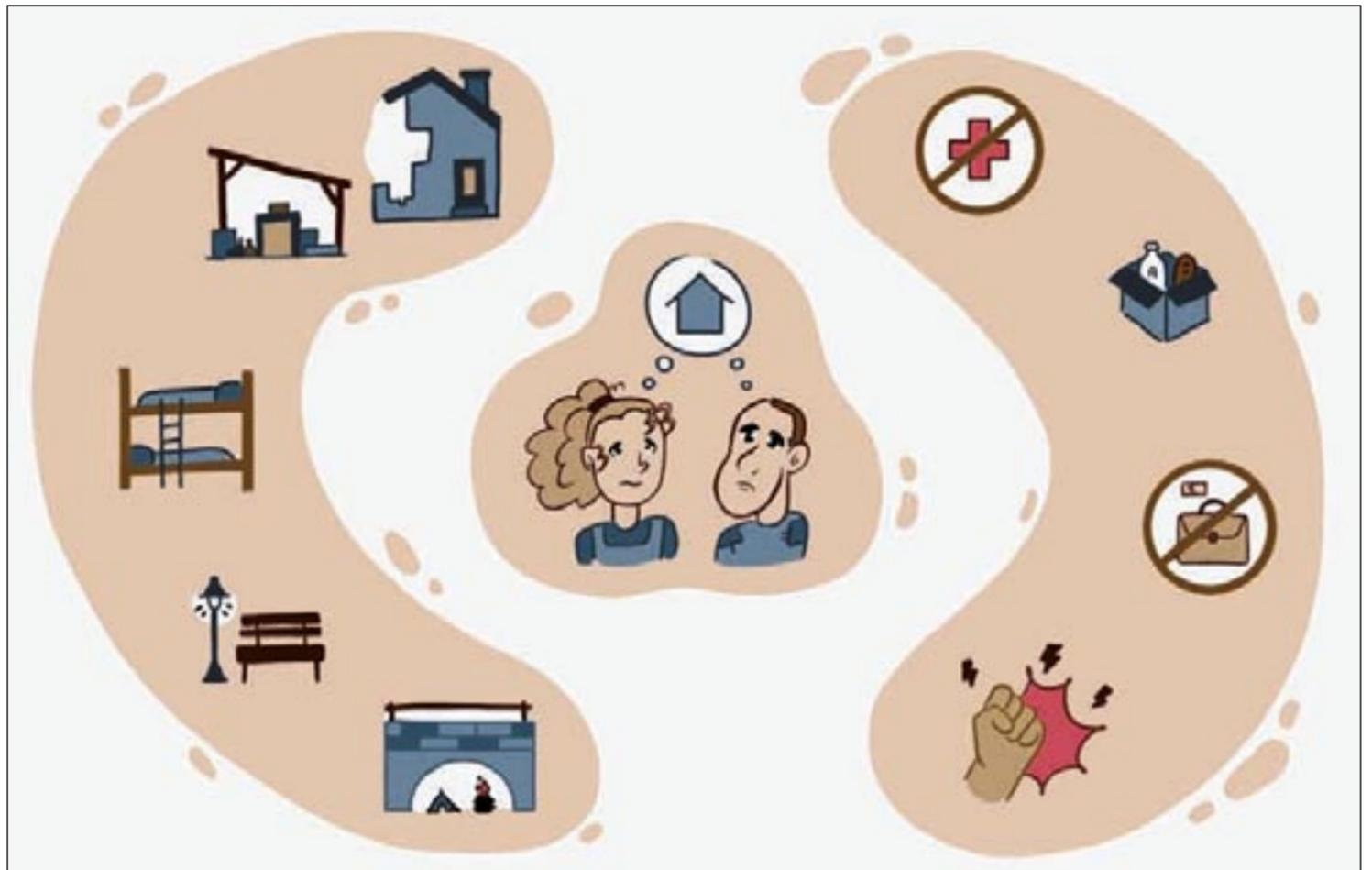
La crisis del COVID ha aumentado la vulnerabilidad y la exclusión que sufren las personas sin hogar

La mitad de las personas sin hogar ha sufrido algún tipo de agresión en el último año, según un estudio del grupo de investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible de UIB

JUAN RIERA ROCA

La crisis suscitada por el COVID-19 ha incrementado la vulnerabilidad y la exclusión social de las personas sin hogar, la mitad de las cuales ha sufrido algún tipo de agresión en el último año, según un estudio del Grupo de Investigación en Salud Global y Desarrollo Humano Sostenible de la UIB.

Según el estudio, las personas sin hogar se encuentran en una situación de extrema exclusión social y vulnerabilidad, derivada de la falta de seguridad física, emocional, social y jurídica. Esta situación se agudizó debido a la generada por el COVID-19, que les provocó dificultades añadidas de acceso al agua potable a causa del cierre de las fuentes públicas. Además, estas personas no solo tuvieron dificultades para deambular por la vía pública durante el primer confinamiento, sino que también vieron como se les dificultó el acceso a los aseos que utilizaban previamente.



Estudio

Así se constata en un estudio del mencionado grupo, con la colaboración de Cruz Roja Illes Balears y Médicos del Mundo Illes Balears, financiado por la Oficina de Cooperación, Desarrollo y Solidaridad de la UIB y por el del Col·legi Oficial d'Infermeria (COIBA).

Los resultados de este estudio se han recogido en dos artículos publicados reciente-

mente en las revistas *Medicine* y *Medicina Balear*.

En un estudio previo en 2019 por el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS), se identificaron 225 personas sin hogar en Mallorca. Ahora, los investigadores de la UIB han entrevistado a 198 de estas personas que se encuentran en Palma con el objetivo de conocer y describir la relación entre el 'sinhogarismo' y la salud.

Los resultados del estudio indican que la mayoría de los participantes no cuentan con ingresos económicos: el 70% se encuentra en situación de desempleo y no recibe ningún tipo de prestación o ayuda económica. Los participantes han manifestado que, de promedio, están sin hogar desde hace más de tres años.

En la muestra, un total de 49 personas pernoctaban en al-

bergues y 149 restantes lo hacían en diferentes lugares: un 40%, en calle; un 36% se encontraba en situaciones de infravivienda (chabolas, viviendas ocupadas, garajes, apartamentos o casas abandonadas fuera del entorno urbano); un 11% vivía en la prisión antigua de Palma; y el resto en otros lugares, como vehículos.

La prevalencia de enfermedades en esta población es ele-

vada: un 53% presenta alguna enfermedad de salud mental, un 50% alguna enfermedad crónica, y un 30,2% alguna enfermedad de origen infeccioso. Las personas sin hogar están expuestas a agresiones: más de la mitad declaró algún tipo de agresión en el último año, como robos, agresiones físicas y verbales, extorsión y agresiones sexuales. La mayoría, no denunciadas.

INVESTIGACIÓN DEL GRUPO DE SALUD GLOBAL Y DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE DE LA UIB

«La calle hace empeorar la salud mental y la física»

J. R. R.

P.—¿Cuál es la tipología de estas personas sin hogar, hay una elevada incidencia de enfermedad mental (incluyendo adicciones o algún tipo de autoexclusión social) que se analice como determinante o sufren exclusión solo por cuestiones económicas?

R.—El objetivo del proyecto

no es establecer asociaciones entre las causas del sinhogarismo. Buscamos conocer y describir la población que padece este fenómeno. Es cierto que nuestra población de estudio tiene una elevada incidencia de patologías de salud mental, pero también un alto porcentaje de éstos no recibían ningún tipo de ayuda económica o ingreso, tanto formal como infor-

mal. Creo que buscar un discurso dominante sobre el tipo de personas que padecen esta situación es injusto. No existe un solo determinante o factor individual que nos hable o conlleve esta situación, más bien confluyen muchos factores; inmigración, exclusión social, discapacidad, edad... Todo ello se junta y se configura dentro de una serie de deter-

minantes estructurales que protegen o aumentan las vulnerabilidades de cada persona.

P.—¿Cómo han asumido estas personas las nuevas necesidades de higiene y seguridad derivadas de la pandemia, especialmente en lo que supone el gasto y uso adecuado de mascarillas y gel hidroalcohólico y mantenimiento de dis-

tancia de seguridad con el resto de la población?

R.—Cuando preguntábamos sobre estos temas en las entrevistas, la gran mayoría cumplía con las medidas. Todos los agentes sociales, gubernamentales o no, han realizado una gran campaña de protección a las personas que hemos preguntado, ofreciendo mascarillas, gel hidroalcohólico, productos de higiene, información sobre las medidas de protección, etc.

P.—¿Se ha registrado un mayor índice de contagios de COVID19 entre estas personas, de contagios de repeti-

ción, de evolución de la enfermedad a cuadros más graves y/o muerte, relacionados, si se han dado estos incrementos, con su situación personal?

R.—Empezamos el estudio después del confinamiento; alrededor de la segunda ola. Dentro de la entrevista, y dado la sensibilidad con el tema, se realizaron serologías sanguíneas a aquellos participantes que estuvieran interesados. Estas serologías quizás no tengan mucha relevancia estadística, pero los resultados nos hablaron de que estas personas no solo tenían una baja incidencia en el momento de la entrevista, sino que, además, un porcentaje muy pequeño había pasado la enfermedad. Esto es muy difícil de interpretar. Por una parte, podría ser que los que sí se contagiaron debido a la patología hubiesen fallecido o que, a pesar de superarla, hubiesen necesitado ingresar en algún centro sociosanitario. Eso justificaría que en el momento del estudio no estuvieran en la calle de nuevo y nuestra muestra estuviera sesgada por los que no se contagiaron. Y por otra, es posible que, debido al propio aislamiento social y medidas de protección, nuestra población no hubiese estado expuesta al virus tanto como personas con redes sociales más amplias; como el trabajo, ocio, familia... Muchas de estas personas sufren una fractura con su familia con la que, por las causas que sea, han dejado de relacionarse.

P.—¿Se ha detectado una recuperación de esa relación en pro de un auxilio excepcional por la situación de pandemia o han seguido viviendo sin esa relación y sin ese auxilio?

R.—También es difícil contestar a esta pregunta con honestidad. La segunda parte del proyecto intenta contestar a esas preguntas y comprender con más profundidad el fenómeno y su impacto en la salud, sin embargo, todavía estamos en una fase inicial. Lo que sí sabemos es que, al finalizar el confinamiento, mucha gente de nuestro estudio se vio en la calle. Tanto por primera vez, como de nuevo. Es cierto, que tenemos la sensación individual de que algunas de estas personas que tenían una buena relación previa fueron acogidos por familiares o amigos durante el confinamiento y que luego volvieron a su situación previa. A pesar de ello no hay un dato estadístico ni representativo que nos hable de ello. Por el contrario, se podría



decir que los albergues que se habilitaron en los pabellones municipales estaban llenos de gente sin hogar; así que también para muchos la crisis sanitaria y social no significó una recuperación o una mejora de su entorno social.

P.—¿Han tenido estas personas acceso a sus derechos sanitarios durante la pandemia, se han preocupado las autori-

dades sanitarias y sociales por ofrecerles esos derechos y cuidados excepcionales durante la pandemia, han aceptado — caso de que se haya producido — esa oferta de ayuda o la han rechazado?

R.—La sensación general, y los datos de atención social que hemos visto en las entidades, nos dicen que sí. Si miramos como ejemplo las campañas de vacunación, ha habido una

gran coordinación entre los agentes sociales y sanitarios para informar y ofrecer facilidades tanto de movilidad como de otra índole para el que quisiera vacunarse lo hiciera.

P.—¿Ha empeorado el estado de salud de estas personas en estos últimos dos años?

R.—No lo sabemos. Lo que sí creemos que cabe reflexionar es en el hecho de que el que está en la calle, no está mucho tiempo, y los que llevan mucho tiempo son una minoría. La calle hace empeorar la salud, tanto la mental, como es obvio, como la física. La crisis sanitaria habrá alargado los tiempos de espera de las consultas externas y habrá empeorado la continuidad asistencial de la atención primaria; entre otras cosas, pero para todo el mundo. Quiero decir, no es que sea especial para la gente que está en la calle, sino simplemente que los que más vulnerabilidades padecen alrededor de su salud, cualquier desprotección general tendrá un mayor impacto que en otros grupos poblacionales.

P.—¿Ha empeorado su situación económica a consecuencia de los confinamientos que hayan podido alejar a estas personas de quienes en circunstancias normales pudieran ofrecerles ayudas económicas directas o pequeños empleos?

R.—Sin ninguna duda. Las restricciones para mucha gente que depende de la chatarra, los mercados, los rastros y otros ti-

pos de economía sumergida como sea el trabajo en el campo, en la construcción o en la limpieza de casas o escaleras, han hecho que muchas personas pierdan la frágil base económica de la que dependían. Independientemente de que tuvieran o no vivienda. Hay estudios con mucha más evidencia y trabajo que nos hablan de este fenómeno con mayor profundidad; como por ejemplo el Informe FOESSA de 2022.

P.—¿Qué recomendaciones harían los investigadores a las autoridades competentes para ayudar a estas personas a recuperar unas calidades de vida aceptables?

R.—En primer lugar, hay que aclarar que nosotros intentamos conocer el fenómeno desde un prisma de la salud holístico, global. Es decir, intentamos describir como el sinhogarismo afecta a la salud atendiendo a los factores sociales, administrativos, económicos y, por supuesto, individuales; entre otros. Esto quiere decir que el fenómeno depende de muchos agentes. Los servicios sociales, los servicios sanitarios, las políticas de urbanismo y protección a la vivienda, etc. Dicho esto, desde nuestra más humilde opinión, los servicios sociales intentan poner parches a una grieta social cada vez más grande. Si es cierto que existen proyectos cada vez más competentes para la protección de las personas sin hogar, sin embargo, no se interviene en el problema de raíz. Es cierto que para las personas que llevan 10 años en la calle se requiere de una gran intervención social, psicológica y sanitaria; que ya existe en algunas comunidades y requieren de más financiación; pero lo más importante es la protección al derecho a la vivienda. Si no se regulan los alquileres y el precio de las viviendas, si no se trabaja en las viviendas sociales, sino se protege a la discapacidad o la exclusión social a través de pisos tutelados más allá de la mayoría de edad, cada vez el problema irá a más. Si nos miramos en el espejo de grandes ciudades, por ejemplo, de Estados Unidos, el problema va a ir en aumento y todas esas intervenciones de las que hablamos son y serán insuficientes. En definitiva, la calle mata y no existen soluciones únicas para las personas, por lo que hay que intervenir en los factores estructurales para que protejan al mayor número posible de situaciones.



El decano del COPIB comparece en el Parlament para advertir de la necesidad de incrementar urgentemente la atención psicológica en el sistema de salud

SALUD EDICIONES

El decano del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB), **Javier Torres**, compareció el pasado 9 de marzo en el Parlament de les Illes Balears, para dar cuenta de necesidad de incrementar urgentemente los recursos de atención psicológica en el sistema de salud de la comunidad autónoma brinda a la salud mental y elevar propuestas que permitan mejorar los recursos y atender las necesidades de atención psicológica ciudadanas. La intervención de Torres frente a la Comisión de Salud de la Cámara balear llegaba casi un año después de que se registrara formalmente la solicitud, en marzo de 2021.

Tres horas de comparecencia

Durante las más de tres horas en las que se prolongó la comparecencia, **Javier Torres** advirtió a los/as diputados/as que “los problemas asociados con la salud mental han crecido a un ritmo completamente desigual al que lo hace el número de profesionales de la psicología que son necesarios para atender a la ciudadanía”, provocando graves deficiencias que se han visto ahora acentuadas a consecuencia de la pandemia. “Atender los problemas en AP y dar a la salud mental la atención y el lugar que le corresponde es, además de coste eficiente, una obligación ética de nuestros responsables políticos”, afirmó el decano, antes de lanzar una batería de propuestas con las que empezar a corregir las carencias del SNS para mejorar el bienestar psicológico de la población y paliar la ‘pandemia silenciosa’ de salud mental que ha acarreado la crisis sanitaria de la covid-19 y evitar la cronificación de trastornos que ahora son leves o moderados, así como la sobremedicalización de la población.

En concreto, como medidas más urgentes y propuestas de mejora, el responsable del COPIB instó a

- aumentar el número de profesionales tanto en atención primaria como en los servicios especializados.

- Reforzar los servicios especializado de Salud Mental del SNS, adultos e infantojuvenil,



Javier Torres, durante su intervención en el Parlament.

con el incremento de al menos de un 50% del número de psicólogos clínicos en la AP. El decano expresó asimismo que “el número de plazas PIR, sigue siendo reducido”.

- Dar prioridad a un programa nacional de prevención de conductas suicidas, con medidas efectivas en diversos ámbitos, como la atención psicológica temprana, la dotación de recursos para el seguimiento de los casos de riesgo y especial atención a colectivos vulnerables.

- Reforzar los servicios de orientación de los centros educativos con profesionales de la psicología, que puedan atender la problemática psicológica del alumnado y asesorar al profesorado.

- Consolidar la presencia de los profesionales de la psicología en el ámbito de los servicios sociales, y especialmente con psicólogos/as que intervienen

con personas mayores en los ámbitos comunitario y residencial.

- E incrementar el número de profesionales de la psicología que atienden a las mujeres víctimas de violencia de género y a los hijos e hijas.

“La atención psicológica no es un capricho de la ciudadanía, es un derecho de la ciudadanía. Hagamos realidad que la atención psicológica sea accesible para todas las personas”, sentenció **Torres**.

Previamente a estas propuestas, el decano del COPIB argumentó ampliamente cómo la situación de emergencia por la Covid-19 ha repercutido en la salud mental de las personas y en todos los ámbitos, evidenciando y agravando la ya precaria situación de la atención psicológica que dispensa el SNS: “4 mil suicidios al año, tasas de ansiedad y depresión que superan el 30 y el 20% respectivamen-

te, servicios de urgencias atendiendo cada vez a más adolescentes con ideación suicida, consultas desbordadas y listas de espera que superan los tres meses para recibir atención psicológica. Todo ello exige incluir la atención de la salud mental, de una vez por todas, como la prioridad que debe ser para el SNS”, indicó **Torres**.

Trastornos

“En dos años el número de trastornos ha aumentado y solo hemos empezado a conocer el impacto emocional de esta crisis, pues muchas de sus consecuencias irán apareciendo con el paso de los meses, e incluso en años”, expuso **Torres**. No obstante, el decano dejó claro que, “no todos esos problemas son atribuibles a la pandemia. La atención pública a los problemas de salud mental en nuestro país, y en nuestra comunidad autónoma, ya arrastraba múl-

tiples carencias, que ahora se han mostrado con toda crudeza. Con anterioridad a 2019, el COPIB ya había cuestionado, y denunciado la precariedad y la escasez de psicólogos/as especialistas en las redes de salud mental, que impide el desarrollo de programas de atención psicológica convenientemente amplios y dotados”, aseveró.

Trastornos

Trastornos emocionales, apatía, irritabilidad, insomnio, trastorno de estrés postraumático, ira, agotamiento emocional, depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, trastornos por déficit de atención e hiperactividad... **Javier Torres** enumeró un largo número de trastornos que se han multiplicado en los últimos tiempos, apoyando su discurso en datos de investigaciones recientes y estudios como el de salud mental postpandemia, que señala que aproximadamente el 9,5% de la población en España (más de 4.3 millones de personas) están sufriendo efectos emocionales negativos con un nivel moderado-grave, produciéndose el incremento del malestar psicológico en alguna medida en el 45,7% de la población (más de 21 millones de personas).

El decano hizo hincapié en que el número de trastornos mentales entre niños, niñas y adolescentes se ha triplicado en corto espacio de tiempo, y trasladó su preocupación por el hecho de que estos menores no puedan recibir una atención temprana profesional que podrían evitar que la evolución de estos trastornos pudiera ser



El decano, junto a los representantes de grupos parlamentarios.

muy negativa.

Torres constató y detalló también que el aumento de problemas de salud mental a raíz de la pandemia ha golpeado a todos los ámbitos (educativo, envejecimiento, emergencias, adicciones, laboral...), "agravando condiciones preexistentes, desencadenando más adicciones, favoreciendo el uso abusivo de tranquilizantes en la población mayor, incrementando la violencia de género, física, sexual y psicológica, multiplicando los factores desencadenantes del suicidio y afectando especialmente a personas con psicopatología previa", advirtió. En el ámbito de los Servicios Sociales (SS), Torres aseguró que, con una dotación de profesionales adecuada, desde los SS podrían abordar muchos problemas de salud mental contribuyendo a descongestionar los servicios especializados, tanto en el ámbito social como clínico. "El problema es que la prevención no vende", lamentó.

Número de profesionales

Antes de concluir su intervención y dar paso a las preguntas de los/as diputados/as, el decano del COPIB volvió a incidir en la necesidad de aumentar el número de profesio-



Imagen de grupo de los integrantes de la sala.

nales de la psicología clínica en AP y ofrecer a la ciudadanía terapias psicológicas como el tratamiento de primer elección para trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas, tal y como recomiendan las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica.

Europa con 18 profesionales de la psicología clínica por cada 100 mil habitantes, triplica la tasa de España (5 profesionales por cada 100 mil habitantes). "El resultado de esas carencias son listas de espera en los servicios especializados de salud mental públicos de 1 a 3 meses, y de 1 a 2 meses en los privados; profesionales de la medicina y de la enfermería haciéndose cargo de problemas de salud mental propios de la psicología en el primer nivel asistencial, un grave problema de medicalización de problemas psicológicos, y miles de personas privadas de atención psicológica porque no pueden acceder a una consulta privada... O invertimos en salud mental a todos los niveles o tenemos un grave problema", afirmó.

dose cargo de problemas de salud mental propios de la psicología en el primer nivel asistencial, un grave problema de medicalización de problemas psicológicos, y miles de personas privadas de atención psicológica porque no pueden acceder a una consulta privada... O invertimos en salud mental a todos los niveles o tenemos un grave problema", afirmó.

Por último, Torres señaló que la mayor vulnerabilidad psicológica de la ciudadanía ha traído un aumento del intrusismo, falsos sanitarios y pseudociencias, y "no todo vale. La situación de crisis, donde la demanda de servicios supera en mucho a la oferta, es campo abonado para la aparición de respuestas éticamente discutibles y sin fundamento científico: coaches, asesorías psicológicas, facilitadores emocionales, auxiliares de Psicología, gestores emocionales, profesional ejecutivo psicológico, mentores... terapeuta, como comodín del intrusismo que trata problemas psicológicos que pueden ser importantes con flores de Bach, piedras, y tarot, entre otras muchas".

Papel de los profesionales

Por todo ello, el decano volvió a defender el imprescindible papel de los/as profesionales de la Psicología en todos los ámbitos. "No basta con decir que hay psicólogos/as trabajando en ello. Las Illes es una de las comunidades que ofrece menor número de plazas PIR a nivel estatal, siendo la tercera por la cola del país. En 2008 se ofertaron 2 plazas, y en 2019, 2020 y 2021, 3 plazas cada año. La ratio de profesionales tendría que ser cuánto menos igual a la del resto de países europeos desarrollados", concluyó.



**PIERDE HASTA
4 KILOS EN
4 SEMANAS**

**Te devolvemos el
50% del importe**

Para tu próximo tratamiento



Combina nutrición + aparatología
TODO incluido por solo:

279€

MarimonTCuida

C/Trafalgar 23 , 07007 - Ciudad Jardín Tel. 971 267 660 www.marimontcuidaonline.com

1ª Visita
informativa
GRATUITA

La Asociación Balear de Fibrosis Quística recibe el premio a los proyectos sociales del COIBA

La iniciativa ayuda a las personas que se ven afectadas por la fibrosis quística a ser pacientes expertos que puedan manejar su enfermedad de la forma más autónoma posible

JUAN RIERA ROCA

El Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears (COIBA) ha hecho entrega recientemente del premio de la II Convocatoria de ayudas a proyectos sociales locales a la Asociación balear de fibrosis quística. El COIBA destinará 5.000 € a "Educar es salud en Fibrosis Quística", una iniciativa que ayuda a las personas con esta enfermedad a manejarla de la forma más autónoma posible.

Con estas ayudas a proyectos sociales, el COIBA pretende colaborar con asociaciones de pacientes y organizaciones sin ánimo de lucro para impulsar iniciativas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de personas en situación de vulnerabilidad y a prevenir el aislamiento y la exclusión social. En este caso, el jurado, formado por cuatro enfermeras externas al COIBA, ha elegido este proyecto por su gran capacidad de mejorar la vida de los participantes.

El proyecto "Educar es salud en Fibrosis Quística" ayuda a las personas con esta enfermedad



Carlos Pons, Maria José Sastre y Ana Maria Amate.

a convertirse en pacientes expertos que realicen el tratamiento de su enfermedad de la forma más autónoma posible. Durante diez meses, los usuarios reciben una formación y acompañamiento que les permite avanzar hacia la autogestión, en lo posible. Esto implica, entre otras cosas, dotarlos con conocimientos sobre drenaje autógeno, terapia inhalada y medidas de higiene.

Cada persona usuaria recibe una sesión de formación semanal, y se realiza todo un proceso de acompañamiento y seguimiento, con el objetivo de mejorar su ad-

herencia al tratamiento. La metodología prevé que el equipo profesional pueda hacer seguimiento de forma permanente para evaluar los protocolos de limpieza, desinfección, esterilización de los aparatos de nebulización e inhalación. Este proyecto pone gran énfasis en la corresponsabilidad de las personas usuarias.

El gerente de la Asociación Balear Fibrosis Quística, **Carlos Pons**, ha explicado que la asociación había detectado la necesidad de promover que las personas con esta enfermedad crónica -como cualquier otra- puedan manejarla de forma

autónoma, ganando independencia de los profesionales.

En este proyecto "los profesionales no ejecutan las técnicas, sino que forman a los pacientes, para que ellos/las puedan aplicar estas técnicas en casa". "Esta es una enfermedad que requiere 14 sesiones en la semana, por lo tanto no serviría de nada que vengan aquí dos veces por semana y el resto no lo pudieran hacer o no lo supieran hacer bien. Esta formación es básica para que estas sesiones en casa sean productivas", apunta.

Por su parte, la presidenta del COIBA, **Maria José Sastre**, ha destacado que "este proyecto

significa mejorar la salud de las personas, está basado en educación para la salud y va más allá, potenciando que los pacientes puedan ser más autónomos y avancen en el auto manejo de su enfermedad. Esto significa que serán más independientes y tendrán mejor calidad de vida, tanto ellos como sus familias", ha apuntado.

Ha recordado también **Sastre** el compromiso del COIBA con las asociaciones de pacientes "conociendo las dificultades que tienen para obtener ayudas y poder desarrollar programas".

Acceda al contenido completo escaneando este código QR



<https://www.saludediciones.com/2022/03/23/enfermeras/fibrosis/>

Curso de primeros auxilios del COIBA para la población

J. R. R.

El Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears (COIBA) en colaboración con la empresa

de formación sanitaria SalusPlay, ofrece un nuevo curso online y gratuito dirigido a toda la población, en el que se impartirán conocimientos básicos

de primeros auxilios, incluyendo el atragantamiento y la parada cardiorrespiratoria.

En Europa se producen mil muertes diarias por paro car-

diaco, y según la Sociedad Española de Cardiología, en España se dan unas 52.300 paradas cardíacas al año, de las cuales 30.000 se producen fuera del entorno sanitario. La ayuda que puedan prestar las personas que presencian el evento hasta la llegada de los profesionales sanitarios es esencial para mejorar las posibilidades de supervivencia del paciente.

Por ello, el COIBA ha querido poner a disposición de la ciudadanía este curso, gratuito y a través de una plataforma de formación online innovadora, en línea con el trabajo de prevención y promoción de la salud que realizan las enfermeras.

Este curso, que se iniciará el 21 de marzo tiene el objetivo de formar al mayor número de personas para tengan conocimientos básicos de primeros auxilios, incluyendo la reanimación cardiopulmonar. La formación estará basada en contenidos audiovisuales y tras la superación de un 'serious game', el alumno obtendrá un certificado de superación.

El desarrollo del curso "Pri-

meros Auxilios" será impartido por el enfermero de emergencias **Jose María Cepeda Díez**. Está estructurado en diez temas, entre los que destacan cómo actuar ante un atragantamiento y una parada cardiorrespiratoria, pérdida de consciencia, síncope, golpe de calor, hipoglucemia, crisis de ansiedad, crisis epiléptica, ahogamiento, pérdida de conocimiento en el niño/a, y botiquín de primeros auxilios. Los alumnos de este curso contarán con un manual en formato pdf, 50 vídeos y podcast.

Todas las personas interesadas en realizar esta formación online que se impartirá desde la plataforma SalusLife entre el 21 de marzo y el 21 de abril deberán inscribirse a través del siguiente enlace: <https://www.saluslife.app/baleares>

Aquellos centros educativos y organizaciones empresariales que quieran fomentar la salud de sus alumnos o trabajadores pueden participar gratuitamente enviando un email a info@salusplay.com e indicando que quieren que SalusLife les incluya como organización.

31 de marzo 17:30 hrs

Centre Flassaders (C/ Ferreria, 10, Palma)

Este cuento pretende ser una herramienta de ayuda para los profesionales sanitarios, padres, maestros y niños que se encuentran ante situaciones de dolor físico.

Mediante esta historia se van a conocer los diferentes procedimientos que llevan a cabo las enfermeras en las unidades de Pediatría para evaluar y tratar el dolor infantil.

Aplicar las diferentes técnicas puede ayudar a aliviar el máximo posible de dolor que sufren los niños y así disminuir también el dolor emocional.

Los beneficios de la venta irán destinados a **saluslife médica**

Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears

Universitat de les Illes Balears

Presentación del cuento:

La curiositat d'en Joan

contar els trucs de les infermeres

Il·lustració: [Nom de l'artista]

La Fundación A.M.A. aprueba su Plan de Actuación 2022 con 93 proyectos sociales y 124 becas para sanitarios

El objetivo es financiar también proyectos de divulgación e investigación científica

SALUD EDICIONES

El Patronato de la Fundación A.M.A., constituido por 17 prestigiosos profesionales del ámbito sanitario bajo la presidencia del **Dr. Diego Murillo**, ha aprobado su Plan de Actuación 2022, que se focaliza en tres grandes líneas de actuación: el apoyo a la formación de los futuros profesionales sanitarios, la divulgación e investigación científica y el apoyo a organizaciones sin ánimo de lucro en proyectos sociales y de ayuda a personas con enfermedades.

El objetivo que persigue la Fundación, financiada exclusivamente por A.M.A. Grupo, es beneficiar al colectivo de los profesionales sanitarios y a los más desfavorecidos de la sociedad.



El Dr. Diego Murillo

En cuanto a formación de sanitarios, el Patronato aprobó fi-

sanitaria especializada para los licenciados/graduados en Medicina, Farmacia, Enfermería, Psicología, Química, Biología, Física y Veterinaria.

La línea de ayudas a la divulgación e investigación científica servirá para financiar, entre otros proyectos, el desarrollado por Oncomet para la investigación oncológica, la Real Academia de Ciencias Veterinarias de España y la organización del XXVIII Congreso Nacional Derecho Sanitario, que se va a celebrar en octubre 2022.

Plan

El plan refuerza también el capítulo de actividades de ayuda a los que más lo necesitan, aprobando hasta un total

de 93 proyectos sociales, entre los que destacan los desarrollados por centros hospitalarios como el Hospital Nens de Barcelona para cuidados paliativos en oncología pediátrica; el Hospital Universitario La Paz, en su programa con niños trasplantados; la Fundación Real Madrid, en su proyecto de ayuda y apoyo a niños ingresados en centros hospitalarios de las Comunidades Autónomas de Madrid, Valencia y Galicia, y la Fundación Atlético de Madrid para el desarrollo de un programa de Voluntariado Social.

Se desarrollarán actuaciones relacionadas con las últimas crisis sanitarias, la pandemia por la Covid-19 y la Guerra en Ucrania.

JUAN RIERA ROCA

La presidenta del Govern, **Francina Armengol**, y la secretaria general de la Presidencia de la Generalitat de Catalunya, **Nuria Cuenca León**, han inaugurado la primera jornada técnica de trabajo en red de salud mental entre el Govern de las Illes Balears y el gobierno autonómico catalán, que se llevó a cabo a finales de la pasada semana.

El objetivo de la jornada consistió en compartir proyectos entre las dos administraciones, con el fin de adquirir experiencias y conocimientos que permitan obtener una mayor eficacia y eficiencia en las acciones de salud mental.

Encuentro entre Balears y Catalunya para definir las estrategias en materia de política psiquiátrica



Un momento de la reunión.

De hecho, las dos instituciones están en el proceso de redefinir sus estrategias de salud mental, para lograr una mayor transversalidad en la atención

Armengol destacó que el objetivo del nuevo plan estratégico de salud mental de Balears responde al objetivo de "poner las personas en el centro y llegar a todo el mundo que lo necesita".

La presidenta recordó que durante los últimos años se ha llevado a cabo un trabajo muy intenso para "visibilizar la salud mental y eliminar tabúes".



ESTRENA SONRISA

Implantes dentales inmediatos

 **971 767 522**

udemax.com

La elaboración del nuevo Plan Estratégico de Salud Mental inicia su recorrido

SALUD EDICIONES

Baleares contará, a partir del próximo año, con un nuevo Plan Estratégico de salud mental, después de que el Govern haya iniciado el proceso que ha de desembocar en la redacción de este documento.

Las previsiones del futuro Plan fueron compartidas por el Ejecutivo autonómico a lo largo de un encuentro interinstitucional que contó con la participación de los consells insulares, los ayuntamientos y las entidades del tercer sector relacionadas con la salud mental.

La elaboración del contenido de este instrumento destinado a consolidar el modelo balear en este ámbito de la sanidad correrá a cargo de un Comité Técnico Interinstitucional que estará



Un momento de la reunión.

formado por profesionales designados por las diferentes consellerías con competencias

en este proceso: Salut i Consum; Afers Socials i Esports; Presidència, Funció Pública i

Igualtat; Hisenda i Relacions Exteriors; Model Econòmic, Turisme i Treball, y, finalmen-

te, Educació i Formació Professional.

Igualmente, el Comité estará integrado por expertos incorporados a indicación de los gobiernos insulares, la Federació d'Entitats Locals (en representación de los Consistorios), el Ayuntamiento de Palma, y las entidades del tercer sector.

Todos estos profesionales y participantes actuarán como portavoces de las instituciones y entidades a las cuales representan. Su misión será facilitar el análisis conjunto de todos los recursos existentes, identificar las necesidades de cambio, y proponer el nuevo camino a seguir, centrado en la coordinación y la corresponsabilidad. Todas estas directrices

darán forma y contenido al nuevo Plan Estratégico de Salud Mental 2023-2029.



Agenda docent

PREMIOS – BECAS

Premio de Divulgación sobre Medicina y Salud

Convoca: Fundación Lilly

Plazo de presentación candidaturas:

Hasta el día 18 de abril (inclusive)

IX edición del Premio de ayuda a la cooperación internacional en el ámbito sanitario

Convoca: Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears-Medicorasse

Plazo de presentación candidaturas:

Hasta el día 26 de abril (inclusive)

III edición del Premio de ayuda a la cooperación en la provincia de Illes Balears

Convoca: Col·legi Oficial de Metges de les Illes Balears-Obra Social "la Caixa"

Plazo de presentación candidaturas:

Hasta el día 26 de abril (inclusive)

Premios Fronteras del Conocimiento

Convoca: Fundación BBVA

Plazo de presentación candidaturas:

Hasta el día 30 de junio (inclusive)

Premios y becas Fundació Patronat Científic COMIB

Convoca: Fundació Patronat Científic COMIB

Plazo presentación candidaturas:

Hasta el día 2 de septiembre (inclusive)

JORNADAS

Jornada malaltia de cèl·lules falciformes: una visió integradora

Hospital Universitari Son Espases

HUSE. Palma. 23 d'abril

CONGRESOS

XXX Congreso Sociedad Española Psiquiatría Legal

Sociedad Española Psiquiatría Legal

Hotel Meliá Palma Marina. Palma.

Del 9 al 11 de junio

CURSOS

Ciclo formativo: redes sociales y marca personal para profesionales médicos

Fundació Patronat Científic COMIB

COMIB. Palma. Modalidad presencial y en línea.

16, 23 y 30 de marzo

Aferrament i trastorns de personalitat

Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears

Retransmès per plataforma Zoom. 22 i 23 d'abril

XV Curso de antibioterapia: perspectiva global del problema de la multirresistencia a los antimicrobianos

Hospital Universitario Son Espases

HUSE. Palma. Del 31 de marzo al 2 de abril

Soporte Vital Básico y DEA. Cursos iniciales y de reciclaje

Fundació Patronat Científic COMIB

COMIB. Palma, Ibiza. Abril

Cirugía Laparoscópica Neonatal

Hospital Universitario Son Espases

HUSE. Palma. 5 y 6 de mayo

Cirugía Laparoscópica Urológica

Hospital Universitario Son Espases

HUSE. Palma. 9 y 10 de mayo

«La embolización arterial prostática permite tratar a muchos pacientes a los que no se podía operar y devolverles la calidad de vida»

El Dr Joan Benejam, jefe de los servicios de Urología de la Clínica Juaneda y del Hospital de Manacor, explica en Salut i Força televisión las claves del tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata y de este nuevo procedimiento en el que Juaneda Hospitales ha sido pionera en la sanidad privada de las Islas Baleares

JUAN RIERA ROCA

La red asistencial privada Juaneda Hospitales es de nuevo pionera en la introducción de alternativas quirúrgicas en el campo de la Urología, concretamente en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP), una afección muy común en los varones adultos mayores, que aunque no supone un cáncer y sus fustas posibles consecuencias puede llegar a acarrear, si no se trata, graves deterioros en la calidad de vida del paciente.

Desde Hace unos meses el **Equipo de Urología de la Clínica Juaneda**, liderado por el **Dr Joan Benejam Gual**, en colaboración con jefe de Radiología Intervencionista de la **Red Asistencial Juaneda**, el **Dr Miguel Casares**, han sido los primeros en realizar en la sanidad privada balear un procedimiento denominado embolización arterial prostática (EAP), técnica con grandes ventajas en algunos grupos seleccionados de pacientes.

El Dr Benejam es jefe de los servicios de Urología del Hospital de Manacor y Clínica Juaneda, académico, profesor y consultor científico

El **Dr Joan Benejam Gual**, es desde hace años jefe de Servicio de Urología del Hospital de Manacor y el de la Clínica Juaneda, además de profesor asociado de patología prostática en la Facultad de Medicina de la UIB y de Facultad de Medicina CEU Cardenal Herrera (Madrid), así como académico numerario de la Real Academia Medicina Illes Balears y actual coordinador nacional Gru-



El doctor Joan Benejam durante su entrevista en el programa de televisión Fibwi 4.

po Endourología, Laparoscopia y Robótica de la Asociación Española de Urología.

El **Dr Benejam** es uno de los urólogos líderes de opinión nacionales y europeos en el campo del tratamiento médico y quirúrgico de la HBP, profesor en numerosos cursos de adiestramiento, así como de distintos cursos y másters en esta patología; ponente habitual en congresos, así como cirujano invitado en numerosos centros de referencia nacional e internacional e Investigador principal de los principales estudios clínicos internacionales de este campo.

El **Dr Benejam** acudió recientemente a los estudios de **Fibwi4 TV** a explicar en el programa **Salut i Força**, dirigido y presentado por **Joan Calafat**, los últimos avances

en el tratamiento de la HBP incorporados por el Servicio de Urología de Juaneda Hospitales que este prestigioso urólogo dirige. Esta entrevista — que se puede volver a ver en toda su extensión escaneando el QR al final de este texto — es un resumen de esa interesante intervención.

—Dr Benejam, ¿qué es la hiperplasia benigna de próstata?

—*Se trata de un concepto anatomopatológico que se refiere al crecimiento benigno de la próstata. La próstata es un órgano sexual masculino, cuya función es darle a los espermatozoides el sustrato nutricional necesario para que puedan fecundar, y que cuando se nace es muy pequeña, pero que a medida que pasan los años puede ir creciendo, normalmente de forma benigna. En eso consiste la hi-*

perplasia benigna de próstata. Este crecimiento no siempre va asociado a la aparición de síntomas. La próstata puede crecer sin que haya molestias ni clínica asociada, y al mismo tiempo, puede haber clínica asociada o no a la obstrucción del flujo urinario.

«El crecimiento benigno de la próstata va asociado a la edad y puede no dar síntomas o reducir mucho la calidad de vida»

—*Es decir, que no todos los pacientes —continúa el Dr Benejam— que tengan que orinar más veces de las normales, que se levanten por las noches para hacerlo, que tengan urgencia miccional, que es algo muy molesto, puede ser por otras razones, aunque casi siempre son síntomas asociados al crecimiento benigno de próstata.*

Los urólogos tenemos la tarea, muy importante, de diferenciar lo que sucede en cada caso.»

—¿Es siempre necesario siempre el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata?

—*Esto es algo que siempre les recalco a mis alumnos de la Facultad de Medicina: Tener una HBP no es siempre igual a tener una enfermedad, es una condición inherente al envejecimiento que no conlleva forzosamente un tratamiento médico o quirúrgico. El paciente tiene que desconfiar del urólogo que le diga que se tiene que operar solo porque le ha crecido la próstata. Solo se ha de tratar si ese crecimiento le empeora la calidad de vida. Y no siempre el tratamiento es quirúrgico. En muchas ocasiones, hecho un correcto diagnóstico, el primer paso ni tan siquiera incluye medicación, sino darle al paciente unos hábitos y unos consejos.*

—*Por ejemplo, —enumera el especialista— no contenerse las ganas, porque esa sensación de urgencia puede empeorar; como controlar ese molesto goteo que hay en algunos casos al final de la micción; si se sufre urgencia miccional, no beber agua antes de realizar una actividad física que impida orinar... Hay unas medidas básicas que el hombre puede llevar a cabo para evitar tener que tomar un tratamiento. Ahora bien, hay pacientes cuya calidad de vida se ve afectada y a los que sí hay que indicar algún tipo de tratamiento, que puede ser médico o quirúrgico.»*

—¿Cuándo se indica la cirugía en estos pacientes?

—*Responder a esta pregunta es la clave. Podemos considerar dos grupos. Uno es el de la indicación absoluta de operación. Pacientes a los que hay que operar, como es en el caso cuando se tiene una retención de orina, que es una urgencia médica. Otra indicación absoluta*



Los doctores Miguel Casares y Joan Benejam.

sería, probablemente, si se produce hematuria, es decir, se orina sangre, algo que siempre ha de llevar al paciente al urólogo de inmediato, aunque solo sea una vez, y que puede derivar también en una intervención. También es posible tener que operar ante determinadas infecciones o si se tienen piedras. Del mismo modo que si al paciente se le estaba dando un tratamiento médico que no ha mejorado su calidad de vida.

«Pacientes con retención de orina, hematuria, algunas infecciones o piedras probablemente tengan una indicación absoluta de cirugía»

—Últimamente se han dado a conocer alternativas novedosas en el tratamiento quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

—El gran avance, tras los procedimientos quirúrgicos abiertos, fue el desarrollo de intervenciones por la uretra, siempre menos invasivas y agresivas, al ser un orificio natural, es la RTU de próstata o resección transuretral. En este sentido, las más importantes de estas técnicas son las que se realizan con láser, que son las que actualmente se indican. Si la próstata es muy grande, caso en el que el pro-

cedimiento indicado es la enucleación con láser holmium, y si es más pequeña, se puede hacer una vaporización con el láser verde. Luego hay otras técnicas que se publicitan como mínimamente invasivas, pero que obligan a llevar

una sonda una semana, o no tienen el aval de los ensayos clínicos y/o de las sociedades científicas.

—Una de las novedades a este respecto es la Embolización Arterial Prostática (EAP) que Juaneda Hospitales ha inno-

vado, de la mano de su equipo y del Dr Casares, radiólogo intervencionista. ¿En qué consiste y a qué pacientes está indicada?

—Este nuevo procedimiento sí tiene, por ejemplo, el aval de la So-

ciudad Europea de Urología, aunque consideran que aún es experimental y que no se puede adaptar a todos los enfermos, pero sí que aconsejan su uso. Es mínimamente invasiva, menos que los procedimientos habituales. No requiere anestesia general. El

De las vías a los vasos

La clínica prostática derivada de la hiperplasia benigna de próstata (HBP), conocida como prostatismo, es muy común. De hecho, más del 50 % de los hombres de entre 60 y 69 años la sufren. Entre los 70 y 79 años, la cifra llega hasta el 90 % de los varones.

La historia natural de la HBP es la progresividad. Los síntomas llevan al aumento del número de veces que se necesita miccionar; a la disminución de la fuerza habitual del chorro; al goteo al terminar; a micción urgente; a la percepción de vaciado incompleto de la vejiga y a las temidas Infecciones urinarias.

La clínica es fluctuante y no siempre dependientemente del tamaño de la próstata. Influye de forma muy significativa en la calidad de vida. Con el tiempo pueden aparecer complicaciones más graves como o la retención aguda de orina (RAO) y la insuficiencia renal de naturaleza obstructiva.

Es por ello por lo que resulta trascendente detectar aquellos pacientes que tienen más riesgo de progresión de la enfermedad. Se centra en los varones de edad comprendida entre 60 y 90 años, próstatas mayores de 30 g, valores de PSA mayores o iguales a 1,5 ng/ml.

En las fases iniciales, el tratamiento médico, mejora la sintomatología y retarda las complicaciones. Sin embargo, en muchos casos, es preceptivo utilizar técnicas invasivas. Hace unas décadas, el tratamiento electivo en estos casos era la prostatectomía por vía suprapúbica, la cirugía abierta. La mejora de las técnicas

endoscópicas, utilizando las vías naturales, han generalizado la reducción transuretral de la próstata con distintas tecnologías.

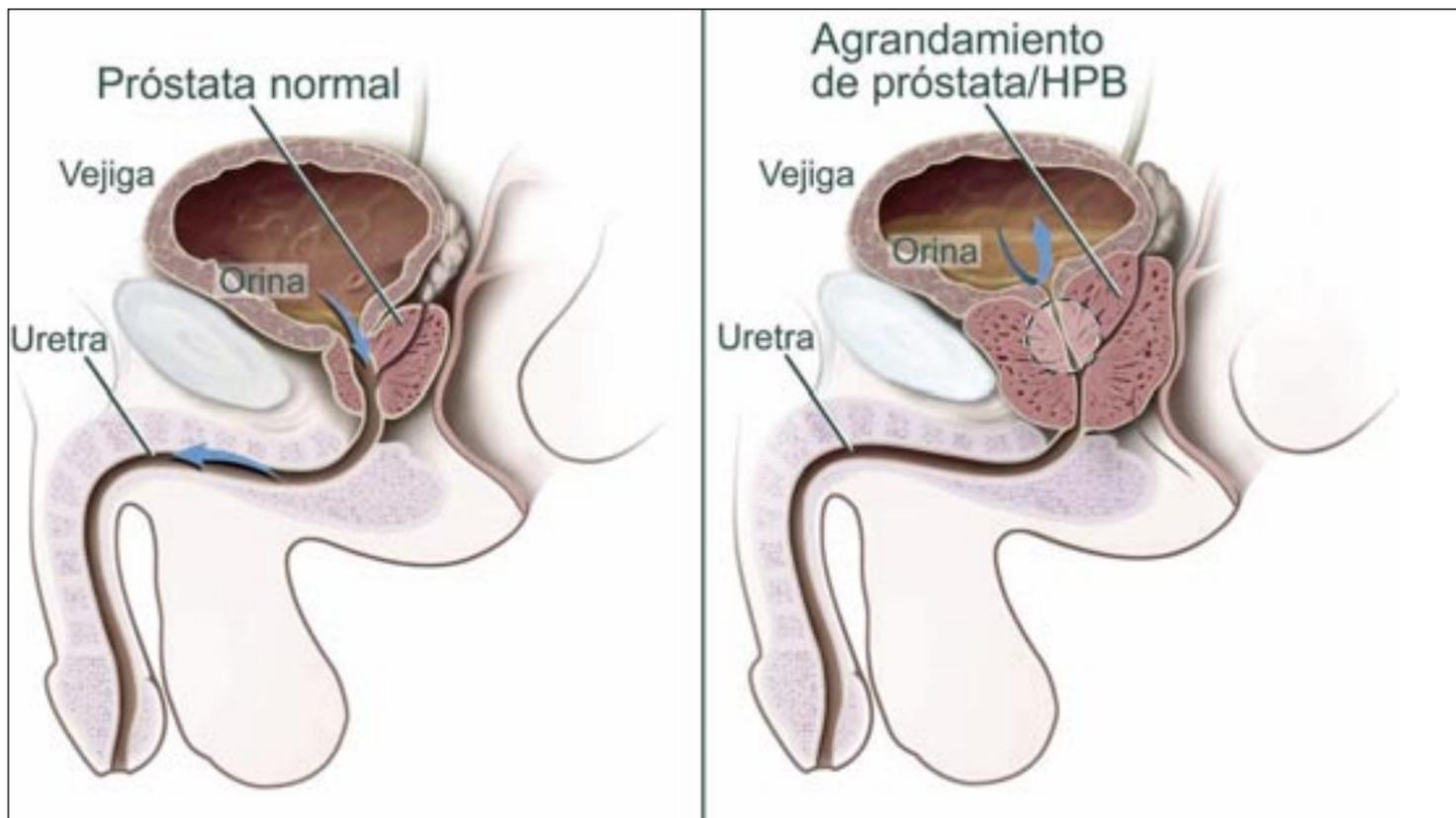
Las últimas novedades, nos llevan en algunos casos, a la reducción directa del tamaño de la próstata por medio del acceso vascular. Por medio de la embolización arterial periférica en la sala de radiología intervencionista. Una técnica mínimamente invasiva con unos excelentes resultados clínicos.

En los casos en los que está indicado ahorran complicaciones y aumentan la efectividad. El tiempo y los estudios dirán que perfil de paciente sale más beneficiado, bajo la batuta del urólogo y la mano ejecutora del radiólogo. En los casos indicados, mejora los síntomas en más del 95% de los pacientes.

De entrada, la embolización de arterias prostáticas no produce alteraciones en la función sexual por lo que está indicada en pacientes con HBP que no mejoran con tratamiento médico y quieren conservar su fertilidad.

Puede realizarse en próstatas aumentadas de cualquier tamaño. Los efectos adversos son infrecuentes, las molestias mínimas o nulas y el alta hospitalaria a las veinticuatro horas tras la intervención. Se realiza con anestesia local y ligera sedación. No hay pérdida de sangre ni necesidad de transfusiones. No deja cicatrices y la recuperación es rápida.

Jaume Orfila
Asesor Científico
de Salut i Força



A la izquierda una próstata normal, a la derecha una próstata con hiperplasia.

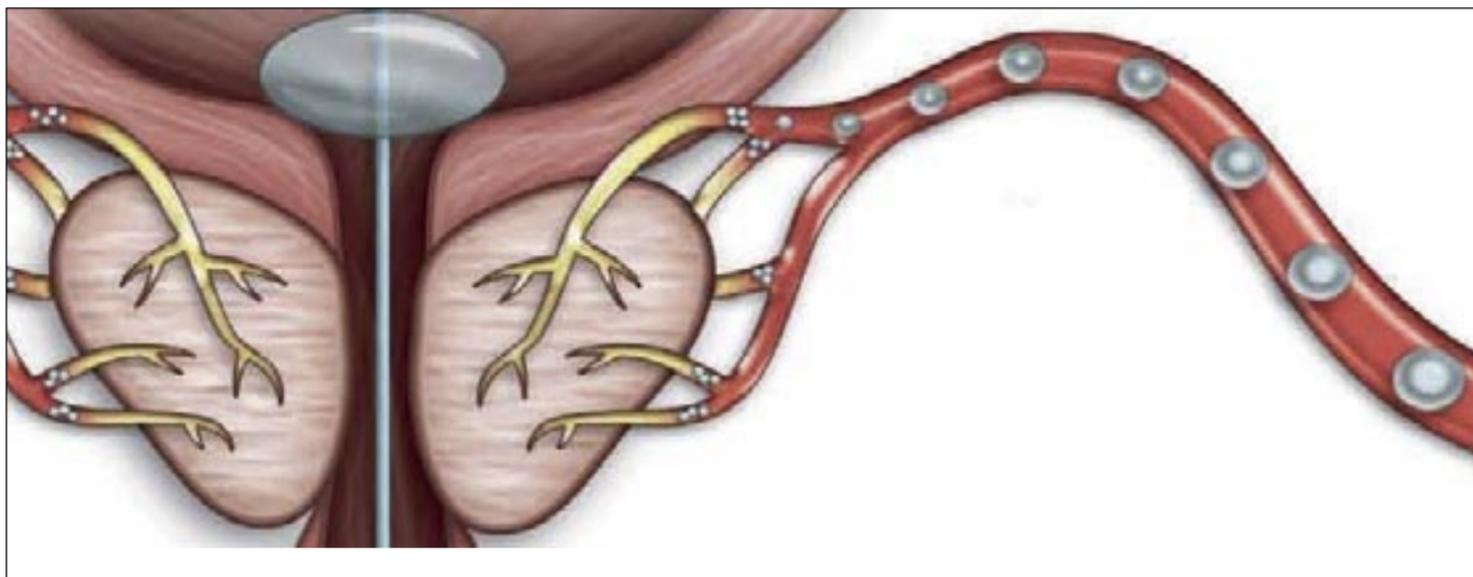


Imagen virtual de una embolización prostática.

urólogo hace la indicación y el procedimiento lo lleva a cabo el radiólogo intervencionista, que en el caso de Juaneda Hospitales, ha sido el Dr. Miguel Casares.

»Básicamente consiste —resume el Dr. Benejam— recordando que cuando se hace un cateterismo, se punciona la vena femoral y por allí meten un catéter que llega al lugar donde se quiere intervenir navegando por la red circulatoria, auxiliada esa navegación por equipos radiológicos, en este caso, con el catéter se llega a la próstata y se sueltan unas pequeñas bolitas o émbolos en la arteria, se hace una embolización, se obstruyen los vasos sanguíneos que irrigan la próstata, de manera selectiva, de modo que ésta se irá secando y esa disminución de tamaño irá asociada a una mejoría de los síntomas.

Ha sido así como, recientemente, el equipo de Juaneda

Hospitales ha realizado la primera embolización prostática, un procedimiento contra la hiperplasia benigna de próstata muy novedoso, que los servicios de Urología del Dr. Joan Benejam y de Radiología Intervencionista del Dr. Miguel Casares han implantado, idóneo para pacientes de alto riesgo por edad y/o pluripatología.

La embolización de la arteria prostática (EAP) consiste en llegar a la próstata por la red arterial, mediante un catéter guiado por visión radiológica, y colocar unas microesferas que obstruyen el riego sanguíneo a la próstata hipertrofiada, de modo que ésta se seca y reduce, dejando de obstruir la uretra; sin anestesia y prácticamente sin complicaciones.

Con la incorporación de esta nueva terapia, Clínica Juaneda es el único centro privado de las Is-

las que realiza ya los tres procedimientos de elección más avanzados y de eficacia clínica probada como técnicas de elección para resolver hiperplasias benignas de próstata: el láser verde, la enucleación holmium y, ahora, la embolización prostática.

«La EAP tiene grandes ventajas para pacientes a los que por su edad o cuadros complejos no se puede someter a anestesia general»

«La EAP tiene grandes ventajas para un subgrupo de pacientes a los que no se puede someter a una intervención quirúrgica porque son muy mayores, de 85 a 90 años, o porque sufren un cuadro clínico complejo, que impide o dificulta mucho la anestesia general, cosa que no es necesaria con este nuevo procedimiento», explica el Dr. Benejam.

Particularmente, supone una esperanza para aquellos pacientes «que orinan sangre (hematuria de repetición) consecuencia de una gran hipertrofia, a los que se no se ha podido retirar la sonda, ya que con la embolización se ‘seca’ la próstata y se reduce, de modo que se puede retirar la sonda y desaparece la hematuria de repetición», añade.

«Para pacientes de altísimo riesgo, para pacientes con hematuria de repetición, para pacientes a los que no se les ha podido retirar la sonda vesical porque nadie se ha atrevido a operarlos, creo que la embolización arterial prostática es la técnica elección, dado que es además un procedimiento mínimamente invasivo», destaca el urólogo.

El primer paciente operado en la sanidad privada por este procedimiento ha sido un enfermo de 85 años, que no tenía

otra opción, con múltiples comorbilidades, al que se le hizo la embolización precisamente para poder liberarle de la sonda y que pudiera volver a orinar de forma natural, objetivos que se lograron muy satisfactoriamente.

¿Pero en qué consiste la embolización prostática? El Dr. Miguel Casares Santiago, médico especialista en Radiodiagnóstico y Radiología Intervencionista de Juaneda Hospitales, explica que la EAP se realiza en una sala especial, guiada por las imágenes de un sofisticado equipo de rayos X, como el que opera en la Clínica Juaneda.

«Un radiólogo intervencionista hará la RAP por indicación del urólogo, dejando sin irrigación sanguínea la próstata, que se seca»

Un radiólogo intervencionista, en este caso el Dr. Casares, de acuerdo con el urólogo que conoce la patología, el Dr. Benejam, efectúa una punción en la ingle o la muñeca e inserta un catéter (un tubo muy fino, de menos de 2 mm de diámetro) en una arteria y lo dirige, navegando a través de los vasos sanguíneos del cuerpo, hasta la próstata.

«Una vez allí, el radiólogo intervencionista —relata el Dr. Casares— bloquea el flujo sanguíneo de la próstata con microesferas (pequeñísimas partículas), privando a las células de la próstata de oxígeno y provocando la disminución de volumen de la glándula» de esta manera la hipertrofia se reduce y deja de obstruir la uretra.

La EAP es un tratamiento mínimamente invasivo que tiene muchas ventajas frente a la cirugía tradicional, como menos riesgo, menor tiempo de recuperación, menor dolor, sin efectos secundarios sexuales y ausencia de incontinencia urinaria. El único signo externo que deja es una pequeña marca de punción en la ingle o la muñeca.

Acceda al contenido completo escaneando este código QR



Unidad Cirugía y Medicina Estética

Depilación láser

Tecnología Ellipse MultiFlex⁺ (IPL)

Medicina Estética

UNISON (Ondas de choque + Radiofrecuencia) BTL

Rejuvenecimiento Facial

Plasma rico en plaquetas (PRP)

Ácido Hialurónico

Radiesse

Hilos tensores

Peeling

Mesoterapia Facial y Corporal

Botox

Esclerosis de varices

Criolipólisis

Radiofrecuencia Corporal y Facial

Carboxiterapia

Remodelación de Labios

Dietas Personalizadas

LPG

Cirugía Plástica

Cirugía Facial

Cirugía Mamaria

Cirugía Corporal

Cirugía Intima

Primera visita gratuita

Consulta nuestras
facilidades de
financiación



MANACOR - LASERCLINIC

Rambla del Rei en Jaume, 6

971 82 24 40 - 971 844 844

LASERCLINIC

DE HOSPITAL PARQUE LLEVANT

www.hospitalesparque.es

REDACCIÓN

La primavera es para muchas personas una de las estaciones más esperadas del año. Las horas de luz se alargan y los valores de la temperatura son más agradables, dejando atrás el frío del invierno, pero es también una de las más temidas para todos aquellos que sufren alergia y los síntomas que conlleva, que pueden convertirse en una pesadilla para quienes los padecen.

De la mano de la **Dra. Karla Gabriela Morales**, incorporada recientemente al cuadro médico del Hospital Parque Llevant, conoceremos algo más sobre esta patología y cómo pueden aliviarse algunos de sus síntomas.

¿Qué es exactamente la alergia primaveral?

La alergia es la respuesta exagerada e inapropiada del sistema inmunitario frente a a sustancias que deberían ser inofensivas para la gran mayoría de las personas. Las "sustancias" que causan alergia se llaman alérgenos, y son moléculas o proteínas que pueden estar transportados por el aire, como los pólenes, hongos, ácaros o epitelios de animales, etc.

Precisamente el principal agente causal de alergia en esta época del año es el polen. Se estima que son alrededor de ocho millones de españoles los que sufren la patología asociada a este alérgeno. Dependiendo del área geográfica y de otros factores adicionales, los más comunes son los de las gramíneas, parietarias, plátano de sombra, olivo y ciprés, especies por otra parte que proliferan en el arco mediterráneo.

En segundo lugar, se posicionan los ácaros. Aunque en las zonas próximas al mar están presentes todo el año por las condiciones atmosféricas, es en primavera y en otoño cuando encuentran las condiciones óptimas de humedad y temperatura para sobrevivir, traducándose en un empeoramiento de los síntomas en personas alérgicas.

¿Cuáles son sus efectos?

Generalmente, causan síntomas como la rinoconjuntivitis y/o asma bronquial o un empeoramiento si el paciente los padecía previamente. Los síntomas más frecuentes que pueden experimentarse son:

- Enrojecimiento, picor, lagrimeo en los ojos.

Alergia; el factor negativo de la esperada primavera

La Dra. Karla Gabriela Morales, especialista en alergología en Hospital Parque Llevant, nos explica aspectos interesantes sobre esta patología y sus síntomas



La Dra. Karla Gabriela Morales, especialista en alergología en Hospital Parque Llevant.



- Congestión u obstrucción nasal, picor (nasal, ótico, en paladar...), rinorrea (aumento mucosidad nasal), y/o estornudos en salvas, en las vías respiratorias altas.

- Dificultad para respirar, tos y/o autoescucha de ruidos respiratorios, en las vías respiratorias bajas.

Estos síntomas pueden ser leves o tan molestos que puedan llegar a afectar la calidad de vida, dificultando la realización de tareas y las relaciones sociales, afectando incluso a la calidad del sueño.

Diagnóstico y tratamiento

Para el diagnóstico correcto es importante hacer una adecuada historia clínica y exploración física. Después, se precede a realizar pruebas en la piel llamadas "prick test o pruebas de alergia intraepidérmicas". Estas pruebas están diseñadas para identificar sustancias que puedan causar una reacción alérgica en el paciente y están consideradas como un método ideal para diagnosticarlas, ya que se trata de un proceso muy seguro y fiable en cuanto a sus resultados.

Dependiendo de dichos resultados también podría ser necesario realizar otra analítica adicional para establecer el diagnóstico.

Por su parte, el tratamiento estará enfocado obviamente al tipo de alergia y al grado de afectación del paciente, contemplando tanto la educación en las medidas de evitación como la medicación. Entre otros, los medicamentos más habituales son antihistamínicos, colirios, inhaladores nasales o bronquiales e incluso inmunoterapia (vacuna). Hay que tener presente que la dosis, la frecuencia, la técnica de uso y el tipo de presentación de dichos medicamentos debe adaptarse a cada paciente y ser supervisada por un especialista.

‘El otro test’, la campaña de la Asociación con motivo del Día Mundial para la Prevención del Cáncer de Colon

REDACCIÓN

La Asociación Española Contra el Cáncer, con motivo del Día Mundial para la Prevención del Cáncer de Colon, que tendrá lugar el próximo 31 de marzo, ha presentado la campaña ‘El otro test’, invitando a la población a participar en los programas de cribado implantados en España y que pueden ayudar a superar este tipo de tumor en el 90% de los casos si se detecta a tiempo.

En una situación en que la palabra ‘test’ ha pasado a formar parte del día a día debido a la pandemia y a la variedad de tipos de test para la detección del COVID-19 con los que la sociedad se ha familiarizado, la Asociación recuerda a la población que existe otra prueba, el Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH), que disminuye la mortalidad a corto plazo entre un 30% y un 35% y facilita un incremento de la supervivencia a cinco años del 23% en las personas participantes en los programas de cribado.

Desigualdad en el acceso a los programas de cribado

El cáncer de colon, el tumor de mayor incidencia en España, con 40.926 nuevos casos diagnosticados el último año, es uno de los tres tumores que podría detectarse precozmente, e incluso en algunos casos evitarse, gracias a los programas de cribado.

Sin embargo, el acceso a estas pruebas es desigual, porque el programa no está implantado al 100% en todas las CCAA y porque el grado de información sobre las pruebas de detección precoz que atesora la población tampoco es el mismo.

Así, solo el 50% de la población sabe de la existencia de los programas de cribado en cáncer colorrectal, siendo la colonoscopia la principal prueba diagnóstica que se conoce en



materia de cáncer de colon.

Respecto a la prueba del TSOH como método de diagnóstico, solo el 30% la conoce, lo que hace que el nivel de participación en las pruebas de detección precoz sea muy bajo.

En el caso del cáncer de colon, las personas en riesgo medio por esta enfermedad son aquellas que tienen entre 50 y 69 años, por lo que conseguir que toda la población de esta

franja etaria acceda a los programas de cribado de cáncer de colon, reduciría la morbimortalidad por este tipo de tumor.

Trabajo proactivo

Desde el año 2015, la Asociación Contra el Cáncer en Illes Balears ha trabajado proactivamente en la implantación del programa, siendo promotora de los programas piloto que per-

mitieron su puesta en marcha.

En cambio, la implantación no se ha desarrollado con el ritmo deseado. Hasta la fecha, solo funcionaba en el área sanitaria de la comarca del Raiguer de Mallorca (Hospital de Inca) y en la de Ibiza – Formentera.

Ampliación del cribado en Balears

Sin embargo, el pasado mes de enero, la Conselleria de Salut anunció que el programa se extenderá al 90% de la población de Balears, con la incorporación de los hospitales Son Espases, Son Llàtzer y Manacor, a partir del 31 de marzo de este mismo año.

En cuanto a Menorca, donde aproximadamente 22.600 personas serían susceptibles de tomar parte en las pruebas, quedará excluida temporalmente del acceso a este programa de prevención, por falta de especialistas, evidenciando la inequidad existente.

El año 2024 es la fecha mar-

cada en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud para que estos programas alcancen una cobertura del 100% de la población diana en todo el territorio.

Test de Sangre Oculta en Heces

Para concienciar a la población sobre la importancia de participar en el programa de cribado de cáncer colorrectal, la Asociación Española Contra el Cáncer saldrá a la calle con mesas informativas atendidas por el Voluntariado. Toda la información sobre este programa se halla recogida en la página web www.elotrotest.com y también se halla a disposición de los usuarios el teléfono 900 100 036, en activo las 24 horas del día para consultas sobre las campañas de detección precoz.

En Balears, el programa funciona de la siguiente manera: la Conselleria de Salut envía una carta a la población de

Conferencias y actividades en Balears

La Asociación Española Contra el Cáncer, en colaboración con la Universitat de les Illes Balears, ha organizado para el 29 de marzo la charla informativa “El otro test del que nadie habla, pero que puede salvarte la vida”.

La conferencia será impartida por el doctor José Reyes, coordinador clínico del Programa de Cribado de Cáncer de Colon en el archipiélago, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Comarcal

de Inca y presidente de la Asociación Española Contra el Cáncer en Illes Balears.

Durante la charla, el doctor Reyes explicará los mecanismos de desarrollo de este tipo de cáncer para entender la importancia que tiene la prevención primaria y secundaria frente a la enfermedad, profundizará en los programas de cribado llevados a cabo por la Unión Europea y España y hará una evaluación actual sobre su

funcionamiento en el archipiélago.

La intervención del doctor Reyes tendrá lugar el 29 de marzo, a las 17 horas, en la sala de actos del edificio Gaspar Melchor de Jovellanos, situado en el campus de la UIB, en Palma. Los interesados en asistir a la charla deben confirmar previamente su participación a través del siguiente enlace:

<https://ousis.uib.cat/Formulari-dactivitats/>

Por otra parte, el 31 de marzo se celebrará en Palma una jornada informativa relacionada con la estrategia de prevención del cáncer de colon que se está llevando a cabo en Balears, y que llevará por título ‘Análisis del proceso de atención a la población según la estrategia de cáncer de colon. Fortalezas y debilidades’.

De esta manera, ese día, por la mañana, a partir de las 8.45 horas, tendrá lugar en el Hospital Universitario Son Espases la sesión técnica organizada por la Conselleria de Salut i Consum, en la que participarán Juli Fuster, director general del Servei de Salut; Nacho García, director general de Prestacions i Farmàcia; Maria Antònia Font, directora general de Salut Pública i Participació, y numerosos profesionales sanitarios, como la doctora Josefa Terrassa, jefa del Servicio de Oncología de Son Espases; Mercè Llagos-

tera, del Centro Coordinador del Programa de Cuidados Paliativos de Illes Balears, y el doctor José Reyes.

Por la tarde, será el turno del coloquio ‘La estrategia de cáncer de colon en Illes Balears’, que contará con la participación de diversas asociaciones de pacientes. El debate está organizado por la Asociación Española Contra el Cáncer, en coordinación con la Conselleria de Salut i Consum.

La convocatoria está fijada para las 16.30 horas, en la sede de la Asociación en Palma (calle Aragón, 215, 2ª planta).

Durante la sesión, la consellera de Salut, Patricia Gómez; la directora general de Salut Pública i Participació, Maria Antònia Font, y el enfermero de Atención Primaria Tolo Villalonga presentarán las conclusiones de la Estrategia de Cáncer de Colon llevada a cabo en el archipiélago balear.

Para finalizar la jornada, el doctor José Reyes presentará el proyecto de impulso al Programa de Prevención de Cáncer de Colon en Illes Balears de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Para asistir a la sesión de la tarde, abierta al público en general, es necesario confirmar la asistencia previamente a través del correo balears@contraelcancer.es.



“El otro Test” Del que nadie habla, pero puede salvarte la vida.

EL CÁNCER DE COLON PUEDE CURARSE HASTA EN
EL 90% DE LOS CASOS SI SE DETECTA A TIEMPO
CON UN SIMPLE TEST DE SANGRE OCULTA EN
HECES. SI TIENES ENTRE 50 Y 69 AÑOS NO LO
DUDES PUEDE SALVARTE LA VIDA.

#ElOtroTestContraElCancer
Más información en ElOtroTest.com
900 100 036


 asociación española
contra el cáncer
en Illes Balears


riesgo (hombres y mujeres de entre 50 y 69 años) para poder participar en la campaña. Con esta carta, pueden dirigirse a la farmacia, donde les harán entrega de un kit gratuito para realizar correctamente la recogida de la muestra.

El TSOH es una prueba indolora, no invasiva, rápida y cómoda que puede realizarse en casa. Una vez tomada la muestra, se deberá entregar, antes de tres días, en el centro de salud correspondiente para su posterior análisis en el laboratorio.

Por ello, es muy importante que el Sistema de Salud tenga los datos siempre actualizados y, de esta manera, tener la posibilidad de recibir la carta de invitación cuando corresponda participar en el programa.

Una prueba, cada dos años

El TSOH es una prueba que

se realiza cada dos años y es capaz de anticipar la detección del cáncer antes de que este se desarrolle, lo que convierte a este test en el mejor método preventivo del cáncer de colon.

Es importante subrayar que dar positivo en el TSOH no es necesariamente sinónimo de diagnóstico de cáncer, sino que pone de manifiesto la existencia de sangre en las heces que puede ser debida a patologías benignas (hemorroides, pólipos...), premalignas (cierto tipo de pólipos, displasias...) o malignas (cáncer).

Por tanto, el positivo en TSHO es un indicio que hace necesario completar el estudio con otras pruebas diagnósticas, como la colonoscopia. En este caso, desde el Servei de Salut se contactaría con el usuario para una concertar una cita con el especialista.

En caso de resultado negativo, se emplaza a participar de

nuevo en la próxima ronda del programa, al cabo de dos años.

Acuerdo contra el Cáncer

Todos debemos tener las mismas posibilidades para prevenir el cáncer, vivir con él y acceder a los resultados de su investigación. Y, en concreto, que, vivamos donde vivamos, podamos acceder a programas de cribado para diagnosticar el cáncer precozmente.

La Asociación Española Contra el Cáncer pide que toda la sociedad española se una al Acuerdo Contra el Cáncer (www.acuerdocontraelcancer.com) para que se pueda garantizar el derecho a que toda población en edad de riesgo pueda detectarse precozmente el cáncer de colon y eliminar las desigualdades tanto en el acceso como en la participación en los programas de cribado.

Con nuestro equipo de **VOLUNTARIADO**, ofrecemos **APOYO** y **ACOMPANIAMIENTO** para hacer frente a todo lo que supone el cáncer. ¡Llámanos!

¿Quieres ser voluntario?



900 100 036 (24 h)
asociacioncontraelcancer.es

Llamamiento al voluntariado contra el cáncer

REDACCIÓN

“Ser voluntario significa cambiar, aunque solo sea por unas horas, el día a día de quienes te necesitan y de tu comunidad; es hacer del mundo que te rodea un lugar mejor”.

Así define la Asociación Española Contra el Cáncer la labor que desempeña día tras día su equipo de voluntariado para ayudar a los pacientes oncológicos y a sus familiares durante el proceso de la enfermedad.

Desde la Asociación subrayan que el proceso oncológico conlleva pasar por muchas etapas, en las cuales las personas afectadas pueden sentir, en ciertos momentos, sensación de soledad, aislamiento, sobrecargas familiares y necesidad de compartir las preocupaciones con una persona ajena y que comprenda sus vivencias.

Por ello, la entidad, mediante su equipo de voluntariado en Illes Balears, ofrece apoyo y acompañamiento a todos los pacientes de cáncer y a sus familiares para hacer frente a todo lo que supone la enfermedad: soporte emocional; acompañamiento y entretenimiento, ya sea de manera presencial, telefónica o mediante videollamada; apoyo en gestiones básicas fuera del domicilio (como compras en farmacia y en farmacia hospitalaria) y provisión de otros

productos necesarios a domicilio, entre otros trámites.

Para solicitar este servicio de la entidad, obtener más información al respecto o realizar cualquier tipo de consulta, los interesados pueden llamar al teléfono gratuito 900 100 036 (24 h) o realizar una petición online en el siguiente enlace: contraelcancer.es/es/te-ayudamos.

¿Quieres hacer voluntariado?

Ser voluntario es un indicador de actitud humanitaria, una oportunidad de participar en la sociedad y de transformarla, y una manera de luchar activamente contra las desigualdades.

Desde la Asociación Española Contra el Cáncer recuerdan que hay muchas formas de ayudar a los demás, y toda aquella persona que quiera luchar contra el cáncer es bienvenida para formar parte de su equipo de voluntariado, eligiendo la fórmula que mejor se adapte a su situación.

Si los interesados quieren obtener más información y formar parte del equipo de voluntariado de la Asociación en Illes Balears, pueden enviar un correo a giovanna.gutierrez@contraelcancer.es, o bien llamar al 900 100 036 o entrar en la página web www.contraelcancer.es/es/colabora/voluntariado.

IGNACIO GARCÍA-MORIS / PRESIDENTE DEL COL·LEGI OFICIAL DE DENTISTES DE LES ILLES BALEARS

“A pesar del sambenito de hace 50 años, ir al dentista no tiene por qué hacer daño ni ser agresivo”

Ignacio García-Moris es el actual presidente del Col·legi Oficial de Dentistas de les Illes Balears, cargo que ostenta desde 2019, aunque forma parte de la Junta de Gobierno de dicha institución colegial desde 2011. Licenciado en Odontología por la Universitat Internacional de Catalunya, es además máster en Cirugía Bucal e Implantes por la Universidad de Sevilla. García Moris desarrolla su carrera profesional en el Servicio de Atención Odontológica en Pacientes Especiales del Servei Balear de Salut, que se ubica en el Hospital General de Palma de Mallorca; además de ejercer en su Clínica Dental García-Moris y Magallanes. Ignacio García-Moris fue protagonista en el programa de televisión de Salut i Força en Fibwi4 el pasado miércoles 16 de marzo y, por lo interesante de la misma, la reproducimos a continuación.

CARLOS HERNÁNDEZ

P.- En su perfil de Twitter usted afirma que “los pacientes me enseñan a ver el mundo de una forma diversa y funcional”. ¿Qué quiere decir?

R.- Los pacientes que trato en la Seguridad Social son pacientes especiales, con diversidad funcional. Cada uno de ellos es un mundo tiene su patología asociada y hay que tratarlos individualmente. No puedes comparar a un paciente con el otro porque son pacientes autistas, con síndrome de Down, con parálisis cerebral y, aunque parezcan difíciles de tratar, cuando les coges cariño y les enseñas cómo deben estar en el dentista, la verdad es que se aprenden cosas de ellos. Su sufrimiento que padecen y lo bien que estamos el resto, es de valorar.

P.- ¿Es más difícil trabajar con pacientes especiales?

R.- Es un trabajo en el que debes tener más paciencia. Por ejemplo, los pacientes con autismo, no les puedes variar mucho el ritmo que llevan habitualmente. El primer día no lograrás

que te abra la boca, le hagas el empaste y todo el tratamiento. Eso es imposible. Hay que ir poco a poco, igual el primer día lograremos que el paciente se siente en la silla, coja confianza con el ambiente y vea que no pasa nada. Poco a poco vamos variando cosas, pero el paciente nota que es gradual. Luego hay otros pacientes que te llevas sorpresas, los pacientes con Síndrome de Down son muy cariñosos y es más fácil. Pero vamos con mucho cuidado. Tenemos que hacer las cosas con más calma para que cojan confianza. Afortunadamente, tenemos también otro trabajo en los quirófanos de Son Espases, cuando vemos que ellos no colaboran, le arreglamos la boca todo lo que podemos con anestesia general. Hay patologías asociadas a algunas enfermedades. Tenemos pacientes con enfermedades raras, uno de ellos que traté tenía su propio nombre que bautizó la enfermedad. Debemos tener paciencia nosotros, los padres y los propios pacientes.

P.- ¿Tenemos una buena salud bucodental los ciudadanos de



consultas
BonGest

CONSULTAS MÉDICAS

- Medicina de Familia.
- Dermatología.
- Endocrinología.
- Neurocirugía.
- Psicología.
- Nutricionista.
- Hematología

LABORATORIO ORIGENLAB GENÓMICA

- Text de antígenos para COVID-19
- PCR COVID-19
- Text genéticos:
 - Nutrición.
 - Deporte.
 - Lesiones.
 - Intolerancia genética al gluten, fructosa y lactosa.
 - Sensibilidad alimentaria.
 - Trombofilia.

Plaça del Progres, nº 10 • 07013 Palma de Mallorca

Teléfono: 971 733 874 - 690 199 805

Mail: consultas@bongest.com • origenlabmallorca@gmail.com

Balears? ¿Diría que nos lo tomamos en serio?

R.- Desde el 2006 hay estudios que nos demuestran que la higiene bucodental en la población en España ha mejorado bastante. La gente tiene más conciencia de que se tiene que cuidar la boca y que es una parte importante a tener en cuenta en nuestra salud. Existen enfermedades que podemos transmitir con las infecciones de la boca de origen dental y parece que cada vez más, la población lo entiende. Por eso, desde 2006 hasta hoy, se ha ido aumentando el número de pacientes que visitan el dentista. Es cierto que desgraciadamente, a veces, existe lo que se llama la Odontología por código postal. Depende mucho de dónde sea el paciente, se ve mucha diferencia entre diferentes zonas de las islas a nivel de salud bucodental. La gente con menos poder adquisitivo es la que se cuida menos la boca y eso deberíamos empezar a cambiarlo con una concienciación de las enfermedades que pueden venir a través de la boca y con la prevención y la mejora de la higiene, más los tratamientos, serán mucho más baratos que las complicaciones que luego puedan generar.

P.- ¿Cuáles son las enfermedades bucodentales con más prevalencia en las islas?

R.- La caries es la enfermedad bucodental con más prevalencia que hay. Es la segunda con más prevalencia incluso del ser humano. Primero estaría el resfriado y, después, ya sería la caries. También existen otras como la enfermedad periodontal, la falta de piezas que llevan a una mala masticación del paciente y todo eso repercute en la salud bucodental del paciente.

P.- ¿Por qué nos da miedo ir al dentista?

R.- Desgraciadamente, la Odontología, tiene un San Benito como una especialidad que da miedo, la gente se cree que hacemos mucho daño a la hora de ir al dentista. Pero las reglas han cambiado. No es lo mismo el dentista de hace 50 años, cuando la gente iba al dentista y era más agresivo, ahora tenemos sistemas para que el paciente no tenga dolor, tenemos anestésicos tópicos, para que esté más tranquilo. Parte de este miedo es por las cosas que pasaron con anterioridad y se interioriza en la familia y se pasa incluso a los niños pequeños. Cometemos nosotros erro-



res, más de un paciente viene y el padre sin querer, con buena fe, no mide sus palabras y dice 'si no te portas bien, te pondrá una inyección' y eso genera miedo. Debemos generar un clima de confianza.

P.- Se dice que en la consulta de dentista se pueden llegar a detectar enfermedades importantes como el sida y prevenir otras, como las patologías cardiovasculares. ¿Qué papel juega el dentista en la salud de la población?

R.- El dentista, para según qué tipo de enfermedades, es la punta de lanza de algunas patologías. Los pacientes con algún tumor, pudiera ser que empiecen por alguna lesión en la boca y es el dentista el que tiene la oportunidad de darse cuenta de un futuro tumor o carcinoma. Por eso, es importante su labor y capital las revisiones anuales. Hay patologías cardíacas, que infecciones de origen odontogénico, desgraciadamente, a través del torrente sanguíneo, pueden ir a diferentes partes de nuestro cuerpo y crear problemas cardíacos. Pacientes que han teni-

do alguna prótesis valvular en el corazón, deben tener cuidado con la higiene de su boca. Tenemos en la Seguridad Social muchos pacientes pendientes de entrar en la lista de espera para un trasplante de hígado o corazón y hasta que no tengan la boca perfecta, no podrán hacerlo porque hay infecciones de la boca que les puede provocar rechazo. Desgraciadamente, tienen que esperar a que les arreglemos la boca y se retrasa todo. Con los pacientes oncológicos, también es clave la salud bucodental.

P.- El Col·legi hace campañas dirigidas a la población para la prevención del cáncer oral o para abordar las necesidades específicas de grupos poblacionales como son los adolescentes, las embarazadas o las personas mayores. ¿Qué impacto tienen? ¿Están bien informados?

R.- Nosotros dependemos a nivel nacional del Consejo de Odontólogos y hacemos conjuntamente a nivel nacional campañas de promoción de salud bucodental. Es cierto que hemos hecho promoción de la salud en embarazadas. Desgra-

ciadamente, según qué tipo de embarazadas tienen problemas de encía y hay que llevar a cabo un seguimiento. Para que la gente se conciencie que tiene que ir al dentista. Ha dado resultado, hemos logrado que vayan al dentista para revisiones, para saber si tenían una patología que pudiera desembocar en carcinoma.

P.- Recientemente, el CODB ha advertido de varias publicaciones engañosas. ¿Cómo se combaten?

R.- Es un problema serio porque se venden tratamientos sin prescripciones ni control por parte del profesional. Parece que el blanqueamiento no supone nada, pero puede dar paso a diferentes sensibilidades en la zona bucal, hay que revisar que no haya caries antes de hacer el blanqueamiento. Las influencers en las redes sociales dicen que se han hecho una ortodoncia sin control por parte del dentista y cuelgan fotos. En el Colegio estamos en contra de estas prácticas, es aconsejable siempre la supervisión por parte de un profesional, estamos para ayudarle.

P.- Usted tomó posesión como presidente del Colegio poco tiempo antes de que se declarara la pandemia. ¿Qué ha aportado de positivo a la profesión esta experiencia tan mala para todo el mundo?

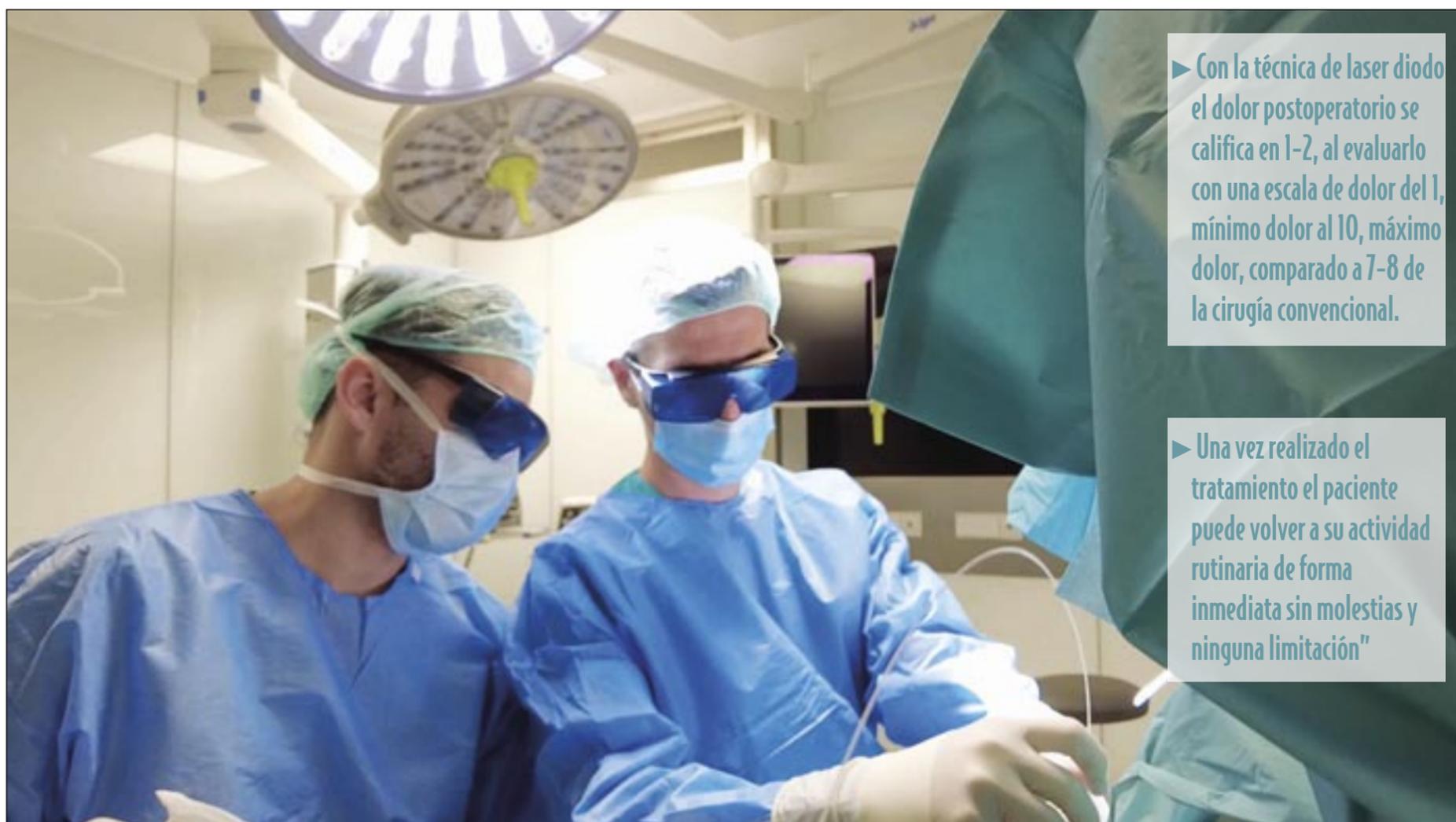
R.- Sí, en julio de 2019 y acaba de hacer dos años del estado de alarma. Tuve poco tiempo en poder asentarme y ver cómo iba el manejo del Colegio, pero como ya había sido vocal, eso ayudó. Fue un tiempo caótico, cada semana íbamos aprendiendo qué hacer. Las consultas dentales siempre habían sido seguras, pero cerraron, solo atendieron urgencias para dicha atención, porque necesitábamos un tiempo para adaptarnos a la patología. Desde el Colegio dimos protocolos de actuación ante pacientes, las consultas siempre han sido seguras. No hubo demasiados contagios, de hecho. A pesar que la profesión estuvo muy preocupada cuando surgió la enfermedad porque dependemos de la boca, foco de transmisión. Pero la profesión ya estaba habituada a las mascarillas y gafas de protección. Sí cambiamos algunos aspectos de trato con el paciente, antes de llegar contactábamos por teléfono para que viniera solo a la consulta y no hubiera transmisiones. Se mandó información constante a colegiados y población, nos estuvimos preparando, cerramos y cuando estuvo todo controlado, volvimos a abrir.

P.- ¿Qué destacaría de su oferta formativa?

R.- Hacemos un curso al mes para los colegiados. Nuestra Junta piensa que la formación continuada es un pilar básico en nuestras profesiones sanitarias. Esto va cambiando constantemente, surgen nuevos tratamientos y hay que estar en constante reciclaje para dar formación gratuita a los colegiados.

Acceda a la entrevista completa escaneando este código QR





► Con la técnica de láser diodo el dolor postoperatorio se califica en 1-2, al evaluarlo con una escala de dolor del 1, mínimo dolor al 10, máximo dolor, comparado a 7-8 de la cirugía convencional.

► Una vez realizado el tratamiento el paciente puede volver a su actividad rutinaria de forma inmediata sin molestias y ninguna limitación"

Tratamiento de Hemorroides con Láser Diodo en los Quirófanos de CMA de la Clínica Rotger.

Cirugía sin dolor para el tratamiento de las Hemorroides en Clínica Rotger

Se trata de un procedimiento mínimamente invasivo con láser diodo para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal, con una alta efectividad que logra reducir el tamaño y los síntomas producidos por las hemorroides y evita el dolor postoperatorio de la cirugía convencional.

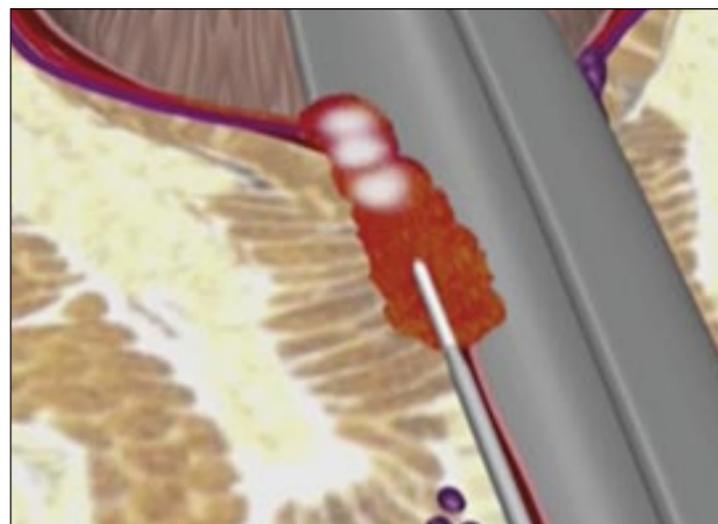
REDACCIÓN

La enfermedad hemorroidal es una patología muy frecuente que consiste en la inflamación de los vasos sanguíneos en el ano. Habitualmente produce incomodidad, picor y sangrado anal, síntomas que varían según la gravedad. Si las molestias no mejoran con cambio de dieta y cremas o si los síntomas empeoran, es recomendable acudir al médico.

Según explica el **Doctor Sergio Builes Ramírez**, cirujano general y coloproctólogo de Clínica Rotger, las hemorroides que presentan unas determinadas características evolu-



Doctor Sergio Builes Ramírez, cirujano general y coloproctólogo de la Clínica Rotger.



Intervención de Hemorroides con Láser Diodo.

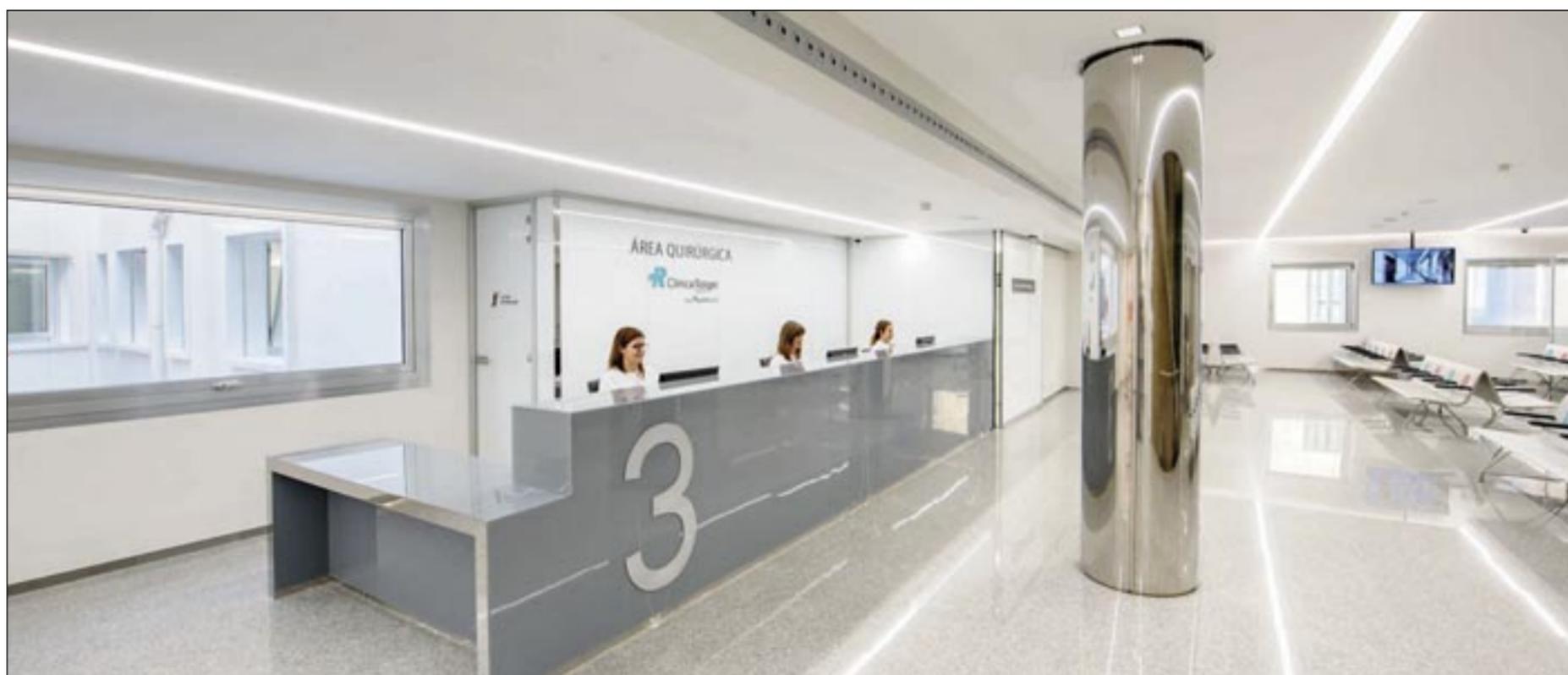
tivas y morfológicas se pueden tratar mediante Láser diodo. Una técnica rápida e indolora que en poco más de 10 o 15 minutos en el quirófano, consigue la retracción de la hemorroide mediante el cierre de los vasos sanguíneos que riegan el tejido hemorroidal.

Si la hemorroide es pequeña o mediana, se consigue una retracción completa; si se trata de hemorroides de mayor tamaño (prolapso completo) se puede lograr una reducción significa-

tiva, de forma que disminuye la complejidad de una posible cirugía convencional posterior.

Ventajas del procedimiento

Este tratamiento presenta múltiples ventajas puesto que no es necesario extirpar tejido y se mantiene la funcionalidad del ano. Al no haber una herida abierta en el ano, se reduce el dolor, las molestias y las complicaciones postquirúrgicas, así como el tiempo de recuperación.



Área Quirúrgica de Clínica Rotger.



Área del despertar y Quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria de Clínica Rotger.



Control del Bloque Quirúrgico de Cirugía sin Ingreso de Clínica Rotger.



Habitación de recuperación del paciente de CMA de Clínica Rotger.

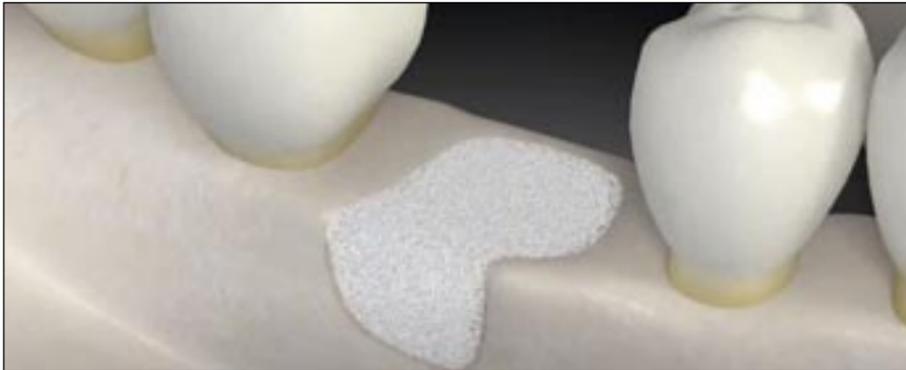
Nueva Área del Despertar en el Bloque de Cirugía Mayor Ambulatoria de Clínica Rotger

Esta intervención se realiza en el nuevo Bloque de Cirugía sin Ingreso de Clínica Rotger. Un entorno completamente equipado con un Área del Despertar que cuenta con todas las comodidades propias de una habitación de hospitalización, pero con personal especializado y sistemas permanentes de supervisión para asegurar la correcta recuperación del paciente durante las horas posteriores a la intervención.

► La nueva Área del Despertar en el Bloque de Cirugía sin ingreso cuenta con todos los elementos de comodidad y supervisión especializada durante las horas de recuperación posteriores a la cirugía y hasta el alta médica del paciente

Tratamiento con láser diodo, mínimamente invasivo, prácticamente indoloro y rápida recuperación

Así, el tratamiento quirúrgico de Hemorroides con Láser diodo es un procedimiento mínimamente invasivo, muy efectivo que no requiere ingreso y que respeta la funcionalidad de los esfínteres. Para el paciente es prácticamente indoloro, generalmente no presenta complicaciones postoperatorias y permite retomar las ocupaciones de la vida normal, sin limitaciones y de forma inmediata.



Clínica Dental Neodent: 10 años ocupándonos de tu sonrisa

REDACCIÓN

En clínica Dental Neodent llevamos más de 10 años ocupándonos de tu sonrisa y dando soluciones efectivas al alcance de todos nuestros pacientes. Preocupados constantemente por actualizarnos y perfeccionar las mejores y más avanzadas técnicas odontológicas que nos permitan ser referencia de dedicación y entrega.

El Dr Mushir Yaghi dirige y coordina un equipo de dentistas y profesionales que engloba a anestesiólogos, higienistas dentales, técnicos en prótesis dental y personal de atención al paciente con el único objetivo de que tu tratamiento sea un éxito. Además, nos esforzamos en adaptarnos a tus necesidades para que te sientas como en tu propia casa. Queremos ofrecerte una experiencia renovada y lograr tu entera satisfacción.

En ciertas situaciones, el hueso de la boca puede encogerse



y volverse significativamente más pequeño hasta el punto de que a veces puede desaparecer. Esta pérdida de hueso puede tener graves consecuencias en la calidad de vida, no solo dental. El uso de una prótesis removible es complicado, requiere mucho tiempo y, por lo general, no alcanza la función y la estética esperadas. Además, el uso prolongado de prótesis re-

movibles agrava aún más la pérdida de hueso en la boca.

Injerto de hueso

Con el injerto de hueso se consigue aumentar las zonas donde no existía la suficiente cantidad de hueso necesaria para la colocación de implantes.

Existen distintos tipos de injertos según el defecto óseo, es

decir, el hueso que falte. Hay casos en los que se pueden colocar los implantes y, en la misma sesión, regenerar con hueso. En otros casos en los que falta más hueso, se debe recurrir a regenerar previamente antes de colocar los implantes.

Ahora, gracias a las nuevas técnicas que en Clínica Neodent estamos implementando podemos garantizar la regeneración

ósea para prácticamente cualquier caso. Con una técnica mínimamente invasiva y con una ausencia absoluta de dolor y sin requerir donación traumática de hueso. No utilizamos hueso autólogo, realizamos la regeneración a partir de materiales biocompatibles. Con esta técnica conseguiremos ganar altura y anchura para lograr la correcta colocación de los implantes.

De esta manera conseguiremos que pacientes que han perdido hueso por la falta de dientes, vuelvan a crearlo, restaurando la función masticatoria y estimulando la formación ósea.

Mejoraremos la estética dental y los pacientes podrán volver a comer sin dolor y de manera natural.

Los interesados pueden solicitar cita sin compromiso para realizarse un estudio y obtener información personalizada en el siguiente teléfono de contacto 971 28 96 92 o en el correo: clinicaneodent@hotmail.com



neodent
CLÍNICA DENTAL

Tel. 971-289 692 • E-mail: info@cdneodent.com • Carrer de Ramon y Cajal, 8, 07011- Palma • * Financiación Gratuita hasta 24 meses



Fisioterapia en Cruz Roja

El Hospital Cruz Roja aprovechó las recientes obras para reubicar dentro del complejo al servicio de Fisioterapia para dotarlo de un mayor y mejorado espacio, facilitando zonas de trabajo muy amplias y gran aportación de luz natural

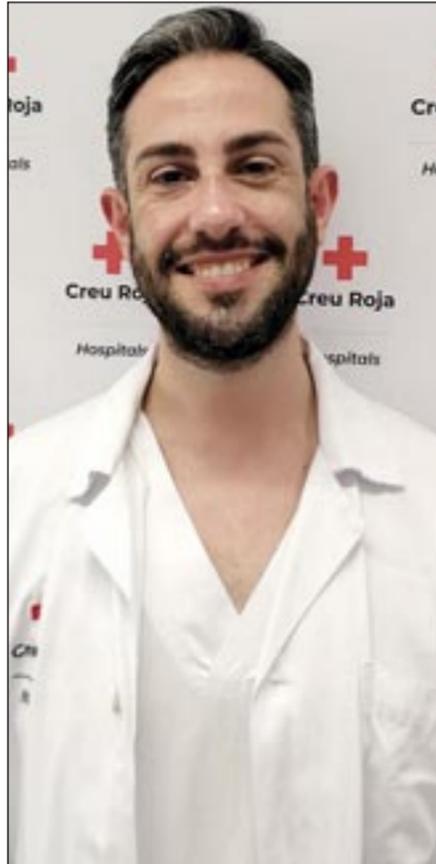
REDACCIÓN

El Hospital Cruz Roja aprovechó las recientes obras para reubicar dentro del complejo al servicio de Fisioterapia para dotarlo de un mayor y mejorado espacio, facilitando zonas de trabajo muy amplias y gran aportación de luz natural, que se cuela por una serie de grandes ventanales colindantes con el patio interior del hospital. Esta nueva configuración del espacio facilita la posibilidad de atender, con el personal actual, a más de 150 pacientes diarios.

Tratamientos

Para conocer el tipo de tratamientos que se aplican en la unidad, hablamos con **Raúl Vargas Robles**, fisioterapeuta de gran experiencia y responsable del departamento. “Nuestro tratamiento por excelencia consiste en la terapia manual. Por supuesto, también lo combinamos con tratamientos de electroterapia, termoterapia, ejercicio terapéutico, etc. De hecho, además de las máquinas que ya disponíamos (TENS, ultrasonidos, infrarrojos, microondas, etc.), hemos adquirido otras nuevas como ondas de choque y parafina.

La realización de tratamientos grupales con pacientes que son demasiado heterogéneos y la evolución de la tecnología y su aplicación en fisioterapia, como la magnetoterapia, electroterapia, etc., han normalizado su uso como principal tratamiento ante las lesiones de los pacientes. De esta manera no es posible conseguir los resultados que los



Raúl Vargas Robles, fisioterapeuta.

tratamientos de fisioterapia podrían alcanzar. Nosotros creemos que se deben combinar todas las herramientas, pero la terapia manual es imprescindible”, nos comenta.

El espacio se divide en dos grandes áreas, una de ellas diáfana, en la que encontramos distintas máquinas y aparatos



de mecanoterapia utilizados por los pacientes bajo la supervisión del personal del departamento, y otra, donde boxes individuales permiten tratamientos manuales con la tranquilidad e intimidad que precisan.

Prioridades

“Nuestra prioridad es continuar atendiendo a nuestros pacientes con la máxima calidad asistencial. Es importante expresar al máximo las herramientas de las que dispone la fisioterapia. Para ello, resulta imprescindible conocer al paciente, su lesión y adaptar los diferentes tratamientos. No es posible pretender lograr los objetivos tratando a todos los pacientes por igual. Individualizar los tratamientos es un pilar fundamental para obtener los mejores resultados.

En los últimos años nuestra unidad de Rehabilitación ha ido creciendo, pasando de 2 fisioterapeutas a 8, que trabajamos de manera estrecha con el equipo médico rehabilitador. Además, contamos con el apoyo de 2 auxiliares de enfermería”, nos indica al preguntarle por el objetivo que persigue en esta nueva etapa del hospital.

La ubicación del hospital puede suponer una comodidad para muchos pacientes, que, desde el centro pueden acudir a sus instalaciones andando o mediante muy buena comunicación por transporte público. **Raúl** nos comenta cómo una persona puede solicitar recibir su tratamiento en Hospital Cruz Roja:

“Actualmente recibimos pacientes derivados desde el Hospital Son Espases y desde el Hospital Son Llàtzer. Si desean realizar el tratamiento de fisioterapia con nosotros, deben comunicárselo a las supervisoras de fisioterapia de dichos hospitales. También pueden comentárselo al médico rehabilitador.

En el edificio del IB-Salut (C/ Reina Esclaramunda, 9) también se puede solicitar el traslado del proceso de rehabilitación una vez ha sido derivado por el médico de cabecera o especialista”.

Un trato familiar y cercano, con el paciente como eje fundamental para la organización y planificación de la rehabilitación parecen ser los fundamentos que persigue la unidad de Fisioterapia para mantener sus altos estándares de calidad asistencial.



La tecno-equidad como herramienta de cooperación y de prevención de pandemias

JAUME ORFILA

La digitalización sanitaria aporta grandes oportunidades para la salud mundial en general y, en particular, para que los países más pobres puedan transformar su sistema sanitario.

Permite acercarle a la vanguardia de la innovación de la mano de la inteligencia artificial y de las tecnologías de la comunicación aplicadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y a la asistencia de la población enferma.

A esta conclusión han llegado un grupo de expertos tras revisar la bibliografía científica dirigida a implementar la salud digital para el apoyo a la salud pública de forma integrada para superar la pandemia de la COVID-19 y abordar la detección, la gestión y el control de potenciales futuras pandemias.

Para ello han abordado la problemática y la han clasificado en cinco grandes cuestiones estratégicas. Las más relevantes son los equipos, la transparencia, la tecnología, la orientación a la disminución de las desigualdades y la voluntad transformadora. El consenso ha sido publicado en JAMA Network Open.

La resistencia ante futuras pandemias pasa por la tecno-equidad.

En buscar soluciones sanitarias digitales eficientes y adecuadas basadas en una tecnología de vanguardia como la inteligencia artificial, el Big Data, la robótica o la computación en la nube.

Estas tecnologías abren la puerta a reducir la carga de los ecosistemas sanitarios y aportan herramientas a los sistemas sanitarios actuales que permiten solventar las deficiencias existentes en su cadena de valor.

Pueden influir de una forma muy importante en potenciar la capacidad de asistencia de los profesionales sanitarios disponibles, llegar a mayor número de poblaciones, abaratar los



costes por la economía de escala, adaptar la implantación de las estrategias generales al territorio y suplir la falta de infraestructuras.

Pero para que esto sea posible, antes deben abordarse una serie de problemas y prerrequisitos.

La pandemia de la COVID-19 está impulsando en gran medida la expansión de la salud digital en la medicina pre-

ventiva y una asistencia sanitaria online más accesible aportando soluciones muy potentes y coste-efectivas.

La asistencia digital en África

A raíz de la pandemia de la COVID-19, en África ha surgido un repentino interés por los startups dedicados a la asistencia sanitaria digital.

Las "healthtech" que ofrecen servicios sanitarios han comprendido las necesidades de los sistemas de salud y están encontrando rápidamente soluciones a las deficiencias estructurales, mejorando la experiencia del paciente. El avance se limita a unos pocos países. Los casos de estudio seleccionados evidencian que la infraestructura sanitaria existente requiere una interoperabilidad

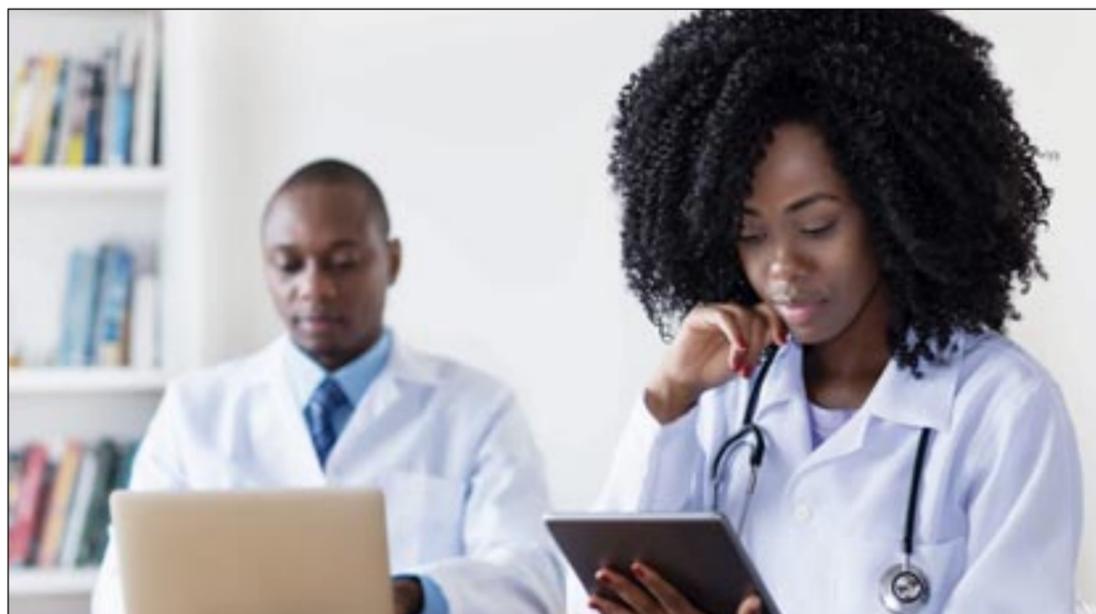
que permita desarrollar un marco normativo que abarque una buena gestión de los datos y una inteligencia artificial subsanar las deficiencias en competencias, tecnología y conocimientos mediante colaboraciones transcontinentales.

Permiten aportar grandes beneficios a la salud mundial en general y a África en particular. Esta tendencia también se ha visto reflejada en los inversores, ya que la mitad de la financiación de tecnologías digitales para la asistencia sanitaria de los últimos cinco años se concentró en la primera mitad de 2020. En ella se han implicado grandes corporaciones que han desarrollado líneas independientes por su compromiso específico en aportar productos a bajo coste.

Decálogo

Las principales recomendaciones en la implicación de la salud digital en la cooperación y la prevención y gestión de pandemias se concentran en el siguiente decálogo

1. Implantar protocolos para una comunicación clara y eficaz
2. Hacer frente a la propagación de información errónea o desinformación
3. Implementar un conjunto de datos mínimos globales estándar para los datos de salud pública.
4. Garantizar que los países den prioridad a la salud digital
5. Permitir que las organizaciones sanitarias recopilen datos de alta calidad
6. Formar, potenciar y cuidar al personal sanitario con conocimientos en tecnologías digitales
7. Financiar y mantener la innovación de los sistemas de vigilancia.
8. Compartir las acciones con mayor repercusión sobre los resultados en salud
9. Orientar las estrategias a la transformación
10. Adaptar las acciones a la idiosincrasia de los territorios y las personas



¿Miopía? ¡Ojo con las patologías de retina!

Dra. Teresa Salvà, especialista en Retina de Oftalmedic Salvà: “las personas con miopía tienen más probabilidades de sufrir problemas de retina”

INÉS BARRADO CONDE

La miopía es una afección visual cada vez más presente entre la población. De hecho, se calcula que en 2050 la mitad de la población del mundo será miope.

Por sí sola la miopía no supone un problema, sin embargo, las personas miopes tienen mayor riesgo de sufrir patologías graves de la retina que pueden llegar a causar ceguera.

De acuerdo a la **Dra. Teresa Salvà**, especialista en Retina médica de **Oftalmedic Salvà**, las personas con miopía tienen más probabilidades de sufrir problemas de retina como el desprendimiento de retina o la maculopatía miópica. Por tanto, deben tener especial cuidado de su salud ocular.

Miopía y patologías de retina

La miopía es un defecto refractivo (o ametropía) que provoca el desenfoque de los objetos lejanos. Se produce cuando

► Las personas con miopía deben tener especial cuidado de su salud ocular

el globo ocular es demasiado alargado, o cuando hay una excesiva curvatura de la córnea. Esto hace que las imágenes se enfoquen por delante de la retina (y no sobre ella), lo cual impide la correcta visión a largas distancias.

Por su parte, la retina es un tejido nervioso sensible a la luz que recubre la superficie interior del ojo. Es la capa más interna del globo ocular y una estructura especialmente compleja, ya que está formada por un entramado de células neuronales. Su función consiste en captar la luz, transformarla en impulsos nerviosos y, posteriormente, enviarlos al cerebro a través del nervio óptico donde se traducen en imágenes.

Tal como explica la **Dra. Teresa Salvà**, “cuando existe miopía el ojo es más alargado de lo normal y aumenta el riesgo de sufrir problemas en la retina. Concreta-

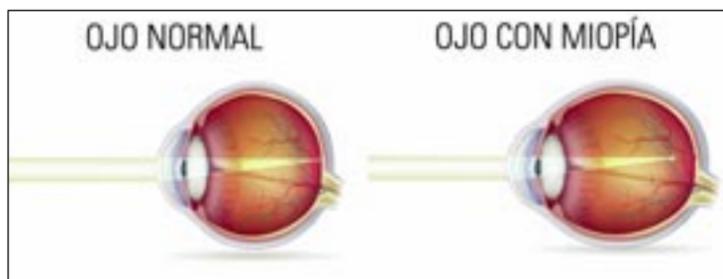


mente, se estima que más del 60% de los desprendimientos de retina se producen en personas miopes”. Además, cuantas más dioptrías de miopía, mayor es el riesgo de desprendimiento (las personas con más de 3 dioptrías tienen 10 veces más riesgo).

Cuando la miopía es de más de 6 dioptrías se conoce como miopía magna o alta miopía y supone un alargamiento excesivo del ojo, lo cual produce un estiramiento de todas las estructuras, incluida la retina, que se debilita.

► Se estima que más del 60% de los desprendimientos de retina se producen en personas miopes

De hecho, el 10% de las personas con miopía magna sufren maculopatía miópica, una grave enfermedad visual que se caracteriza por cambios degenerativos de las diferentes capas de la anatomía ocular, debidos al excesivo crecimiento del ojo.



Aumentan los casos de miopía en el mundo

Los casos de miopía están aumentando de manera exponencial en todo el mundo. El 25% de los españoles la sufren en la actualidad, pero los expertos vaticinan que en el año 2050 el 50% de la población mundial puede ser miope. Además, la miopía surge a edades cada vez más tempranas: se calcula que los niños de entre 7 y 12 años tienen media dioptría más de miopía que los universitarios de hace una generación.

El estilo de vida, el uso abusivo de las tecnologías o el poco tiempo al aire libre durante la infancia son algunos de los factores que pueden estar influyendo en este incremento.



La doctora Teresa Salvà.

A pesar de que la miopía esté corregida con gafas, lentillas o, incluso, con una cirugía ocular, el ojo continúa siendo miope. Por tanto, sigue teniendo mayor riesgo de desarrollar problemas de retina que un ojo normal.

Además, con la miopía magna también aumentan las posibilidades de sufrir otras afecciones como cataratas precoces, Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) o glaucoma.

Señales de alarma

La **Dra. Teresa Salvà** explica que existen ciertas señales que pueden advertir de un problema en la retina, como:

- Aparición repentina de “moscas volantes” o miodesopsias (manchas en la visión).
- Visión de luces o destellos.
- Visión de una cortina negra

que va quitando visión.

- Pérdida parcial o total de visión.

No obstante, en muchos casos, las patologías de retina son imperceptibles hasta que el daño en la visión es ya irreversible e irreparable.

Prevención

La **Dra. Teresa Salvà**, especialista de Oftalmedic Salvà, advierte: “con tal de poder diagnosticar de forma precoz estos problemas oculares y de poder aplicar

► En muchos casos, las patologías de retina son imperceptibles hasta que el daño en la visión es ya irreversible

un tratamiento que detenga la pérdida de visión a tiempo son necesarias las revisiones oftalmológicas periódicas, sobre todo en el caso de las personas con miopía”.

Y es que, cuando hablamos de salud ocular, la prevención es siempre la mejor opción.

CLÍNICA SALVÀ
Camí de Son Rapinya, 1
971 730 055
www.clinicasalva.es
Solicita tu cita:



“La sorprendente e intensa pérdida del cabello que han experimentado muchos pacientes de COVID19 tiene solución médica”

Los doctores José María Mir y Joan Mir, dermatólogos especialistas responsables de la Unidad de Tricología de Juaneda Hospitales, han observado cómo pacientes que han superado la infección causante del Covid-19, desde graves a asintomáticos, han experimentado una pérdida excesiva de cabello, un problema con solución médica

REDACCIÓN

Tos, pérdida de olfato y gusto, pérdida de la capacidad pulmonar o manifestaciones dermatológicas son algunos de los síntomas o secuelas que puede dejar el coronavirus en el paciente que lo ha pasado. Pero además de estas complicaciones consideradas frecuentes, hay otras, que aun siendo poco habituales, se están observando en pacientes infectados por el SARS-CoV-2, como la caída excesiva del cabello.

Secuela de la pandemia

La pérdida de pelo se ha convertido en una sorprendente secuela de la pandemia, lo que se conoce como efluvio telógeno agudo. “En el último año, en la Unidad de Tricología y Trasplante Capilar de Juaneda Hospitales, hemos atendido un gran número de pacientes con problemas capilares relacionados con la infección por SARS-CoV-2”, explica el **Dr. José María Mir**, responsable de este servicio especializado en prevenir y solucionar la alopecia.

El caso más frecuente, es el de “pacientes que después de pasar el Covid-19 han experimentado una caída de cabello muy importante. A pesar de ser una pérdida muy llamativa y que alarma a quienes la experimentan, suele ser reversible, consiguiéndose en la mayoría de casos una recuperación completa en tres o seis me-



Los doctores Joan Mir y José María Mir.

ses”, según explica el **Dr. José María Mir**, responsable de esta unidad con el también dermatólogo, **Dr. Joan Mir**.

En un principio, añade el **Dr. Joan Mir** “este proceso se asociaba a cuadros de infección graves, pero hemos detectado múltiples casos de efluvio telógeno en pacientes que habían sufrido cuadros le-

ves o incluso asintomáticos. Es por ello, que antes de iniciar un tratamiento, realizamos una serología a los pacientes que acuden con un efluvio telógeno intenso si no hay ninguna causa aparente que lo explique”.

Las causas de esta patología, explica el **Dr. Joan Mir**, “son múltiples. Sin embargo, una de las

más frecuentes son las infecciones en general, por casi cualquier microorganismo, lo que explica que con el Covid-19 algunos pacientes también desarrollen este cuadro. El virus causa una inflamación celular global que se manifiesta en forma de caída exagerada de cabello, lo que se suele iniciar de forma súbita, unos dos meses después del

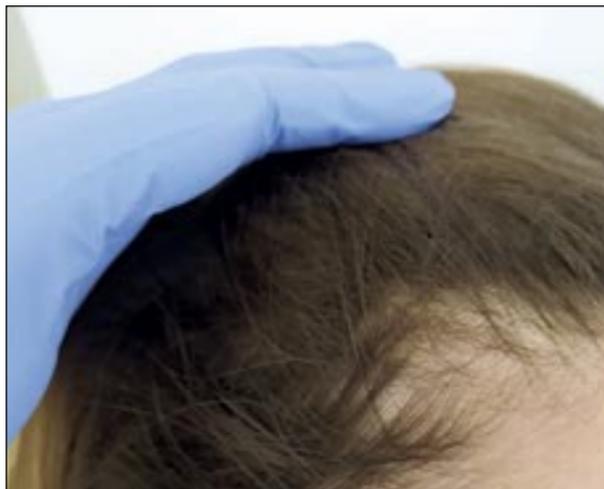
desarrollo de la enfermedad”.

El pronóstico es bueno en la mayoría de casos. El **Dr. Mir** explica: “Aunque la recuperación suele ser completa, el proceso puede alargarse durante meses. Hay que informar al paciente de la probable cronología del proceso para minimizar la preocupación y la ansiedad provocada por la caída. Para acortar el proceso utilizamos diferentes tratamientos, como vitaminas orales, mesoterapia, infiltraciones de plasma rico en plaquetas, entre otros”.

Impacto emocional

La pérdida de cabello no es solo una afección dermatológica cosmética, tiene un impacto emocional importante “La caída del cabello es muy impactante. Además de los casos de efluvio telógeno provocado por el covid, existen muchos otros motivos por los que una persona pierde el cabello. Existen más de cien tipos de alopecia que afectan tanto a hombres como a mujeres”, señala el **Dr. José María Mir**.

Y añade: “Ante cualquier aumento en la pérdida de cabello, nuestra recomendación es que hay que acudir a un dermatólogo especialista en patología capilar para poder frenarla y revertir la situación. Nuestro objetivo es parar esa caída y recuperar el cabello con todos los tratamientos y procedimientos de los que disponemos, desde tratamientos farmacológicos a injertos capilares, en aquellos casos de alopecia androgénica”.



Juaneda Hospitales introduce una nueva técnica que detecta los riesgos derivados de una mala respuesta a los medicamentos antiagregantes

La nueva tecnología, que ya posee el Laboratorio de Análisis Clínicos que dirige Laura García Ferragut, doctora en Ciencias Químicas, avisa de riesgos de complicaciones tromboembólicas o hemorrágicas tras procedimientos como la cardiología y la neurología intervencionista / La prueba, que se puede realizar a pie de cama si el paciente está ingresado y también en consultas externas, ofrece resultados rápidos y fiables en una hora

REDACCIÓN

¿Qué ocurriría si un sistema plaquetario 'excesivamente motivado' por una medicación se detecta como intrusos un catéter un stent (introducidos en un vaso en un procedimiento intervencionista) y las plaquetas se agregan formando un trombo? ¿Qué sucedería, si por el contrario, la respuesta plaquetaria es mínima y se produce una hemorragia? Los riesgos son evidentes. La tecnología médica ha dado con la solución.

Juaneda Hospitales es el primer grupo hospitalario balear en implantar el **Sistema VerifyNow**, un instrumento de medición de la agregación plaquetaria, portátil, automatizado y de muy rápida respuesta, con la posibilidad de ser utilizado a pie de cama o en pacientes de consultas externas, que detecta la actividad plaquetaria, midiendo la agregación in vitro de una muestra de sangre expuesta a agonistas específicos.



La doctora Laura García, directora de los laboratorios de análisis de Juaneda Hospitales.

Formación de trombos

Los antiagregantes plaquetarios, como la Aspirina o los inhibidores del receptor P2Y12 (Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor, Ticlopidine...) inhiben la agregación plaquetaria e impiden la formación de trombos y otros eventos isquémicos en pacientes de riesgo. Son muy utilizados en la prevención secundaria de eventos trombóticos,

especialmente después de procedimientos cardiovasculares y cerebrovasculares que utilizan stents.

La respuesta inadecuada a una de estas terapias antiplaquetarias puede aumentar significativamente el riesgo de sufrir un infarto de miocardio o una trombosis del stent y puede llegar a generar mortalidad. Por el contrario, la respuesta excesiva

a estos medicamentos puede aumentar el riesgo de complicaciones hemorrágicas. Es por tanto un valor añadido, realizar una monitorización del efecto antiplaquetario del fármaco.

Hasta un 30 % de los pacientes sometidos a tratamientos antiplaquetarios puede que no obtengan el efecto esperado. Los motivos son varios, desde la coexistencia de otras patolo-

gías como la diabetes, hasta interferencias por otros fármacos o la presencia de mutaciones genéticas que afectan a la cinética del antiagregante. Es por ello necesario establecer mecanismos de prevención de estos fenómenos adversos.

Esta nueva prueba evalúa todos estos factores conjuntamente y permite saber si la dosis administrada se encuentra dentro de la ventana terapéutica, ayudando a la toma de decisiones durante el tratamiento, lo que puede impactar en mejores resultados clínicos, reducir el tiempo de estancia quirúrgico, el uso de terapias médicas alternativas, la utilización de hemocomponentes o la adherencia del paciente al tratamiento.

"Ante algunos procedimientos en particular —explica **Laura García**, directora de los laboratorios de análisis de Juaneda Hospitales y doctora en Ciencias Químicas— como son los de cardiología intervencionista puede interesar que no se agreguen tanto las plaquetas, ya que cuando se introduce un stent dentro de un vaso, las plaquetas pueden tender a reaccionar de ese modo y formar un trombo."

"Para evitar estos escenarios, se administra un tratamiento preventivo antiagregante —continúa la **Dra García Ferragut**—, por lo que luego hay que medir los efectos del tratamiento. Este nuevo equipo nos permite monitorizar cuál es la respuesta de las plaquetas, ver si se están agregando mucho o poco,

es decir, que esta la nueva técnica monitoriza la respuesta funcional de las plaquetas."

El Sistema VerifyNow mide la actividad plaquetaria in vitro. La reactividad plaquetaria se correlaciona con el aumento de la transmisión de la luz a través de una muestra de sangre del paciente, tras la activación de las plaquetas con varios agonistas: "Si hay baja reactividad plaquetaria se detecta un decrecimiento en la luz transmitida y detectada, mientras que si hay alta reactividad plaquetaria la luz transmitida y detectada aumenta."

"Los medicamentos utilizados para bloquear la activación plaquetaria son la causa más común de disfunción plaquetaria, en comparación con otros trastornos como los de tipo hereditario y, a diferencia de otras pruebas, el Sistema VerifyNow evalúa la respuesta del paciente a la mayoría de las principales terapias antiplaquetarias", explica la **Dra Laura García Ferragut**, evidenciando el valor de este procedimiento.

Pacientes en riesgo

Esta prueba puede ayudar a identificar a los pacientes en riesgo de eventos adversos cardiovasculares mayores generados por una respuesta deficiente al tratamiento y si el antiagregante plaquetario que le ha pautado su médico es o no es seguro y eficaz. Se trata de una gran herramienta para todo el sistema de salud, al evitar complicaciones hemorrágicas o tromboembólicas y con una amplia gama de posibilidades.

Desde esta perspectiva es de utilidad en diferentes áreas y especialidades médicas como la medicina transfusional, radiología intervencionista, traumatología, cardiología, cirugía, anestesiología, neurología o neuroradiología intervencionista, estando especialmente indicado antes de una cardiología intervencionista y en procedimientos de neurointervencionismo como es el caso de los aneurismas intracraneales.

¿Qué es el Sistema VerifyNow®?

- El sistema VerifyNow® es un dispositivo de medición de la agregación plaquetaria, portátil y automatizado, usado en el Point of Care.
- El sistema detecta actividad plaquetaria midiendo la agregación in vitro en una muestra de sangre expuesta a agonistas específicos.
- El sistema mide agregación plaquetaria inducida como un incremento de la transmitancia de la luz.
- Es un sistema de detección óptica por turbidimetría, con dispositivos de un único uso, y asociado a controles de calidad.

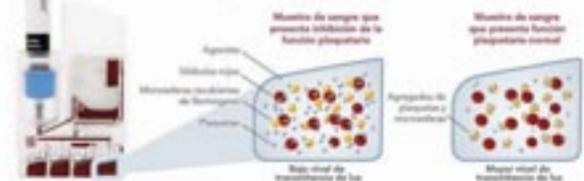


Simple, portátil y fácil de usar!

El Mecanismo de Acción de VerifyNow®

La reactividad plaquetaria se mide en función del incremento en la transmisión de luz a través de la sangre total, mientras que las plaquetas son activadas por varios agonistas.

- Si hay baja reactividad plaquetaria, hay un decrecimiento en la luz que es transmitida y detectada.
- Si hay alta reactividad plaquetaria, hay un incremento en la luz que es transmitida y detectada.



Farmacia Abierta



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

“Infarma Madrid 2022” cierra sus puertas con gran éxito de participación

REDACCIÓN

El pasado jueves día 24 de marzo, Infarma Madrid 2022 cerró sus puertas de la edición “reencuentro”, que ha recuperado el nivel de participación previa a la pandemia y ha cumplido con todos los objetivos marcados por sus organizadores. El Encuentro Europeo de Farmacia ha reunido en Ifema, durante tres días, a cerca de 30.000 visitantes profesionales, de los que más de la mitad son farmacéuticos, y 4.000 congresistas.

Infarma Madrid 2022 ha logrado además un nuevo récord de participación empresarial, con 430 empresas y laboratorios representadas y 280 expositores directos, repartidos en una superficie de más de 32.000 metros cuadrados brutos. “Podemos decir que el Congreso y Salón se supera cada año y cada edición es más innovadora y participativa, más valiosa para sus participantes y representativa de la capacidad que tienen los profesionales de este sector por desarrollarse, innovar y crecer”, resaltó el presidente de Infarma y presidente en funciones del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, **Luis González**, quien ha mostrado su orgullo por la colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona a la hora de hacer posible esta iniciativa.

Clausura

En el acto de clausura intervinieron, además, del presidente de la entidad colegial anfitriona de la próxima edición de Infarma, **Jordi Casas Sánchez**; la vicepresidenta segunda del Congreso de los Diputados, **Ana Pastor Julián**; y la viceconsejera de Humanización Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, **María Dolores Moreno Molino**.

Jordi Casas destacó que la 32 edición se cierra “con un récord absoluto de visitantes y expositores, que aún y refleja la realidad de la oficina de farmacia”. El ya presidente de Infarma Barcelona 2023, que se celebrará entre el 14 y el 16 de marzo del año que vie-



Distintos momentos del exitoso congreso de Infarma, celebrado en Madrid.

ne en la Ciudad Condal, subrayó que “la presencialidad del encuentro no puede sustituirse con las herramientas virtuales, el contacto es imprescindible y nos debe servir de guía para la digitalización del sector, sin olvidar la cercanía con el paciente”. Asimismo, remarcó el valor de la colaboración entre colegios e instituciones: “Debe ser el futuro de la profesión”.

Ana Pastor agradeció a todos los farmacéuticos españo-

les su actuación durante la crisis por ser “un eje vertebrador y sostén del sistema sanitario, como hemos podido comprobar los ciudadanos”. “El papel de la farmacia se recordará siempre por estos años de pandemia”, ha añadido la ministra de Sanidad, quien ha recalado la importancia de la atención farmacéutica domiciliar o la dispensación de test de antígenos, una medida “muy positiva para agilizar la de-

tección de casos, aunque a algunos les costó verlo”. En su intervención, **Ana Pastor** defendió la necesidad de un sistema ágil de evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias “con una verdadera agencia que lo haga posible”, así como el modelo español de farmacia, que aporta servicio y seguridad al sistema sanitario, y reclamó un mayor campo de actuación desde el lado de la prevención.

Por último, **Dolores Moreno** destacó la dimensión humana de la atención sanitaria, una cultura prioritaria para el Gobierno madrileño que el nuevo plan de humanización que lanzará en las próximas semanas la Consejería de Sanidad “contribuirá a la mejora de la atención e implicará a todos los profesionales, también a los farmacéuticos”, precisó.

La viceconsejera también se refirió al anteproyecto de Ley de Farmacia que el Ejecutivo madrileño se plantea aprobar en Consejo de Gobierno en abril. “La farmacia tiene un valor estratégico esencial y queremos potenciar su labor sanitaria” con una norma que flexibilizará más los horarios de apertura, incorporará nuevas secciones profesionales y apostará por los sistemas personalizados de dosificación y la atención farmacéutica domiciliar, entre otras novedades.

Agradecimientos

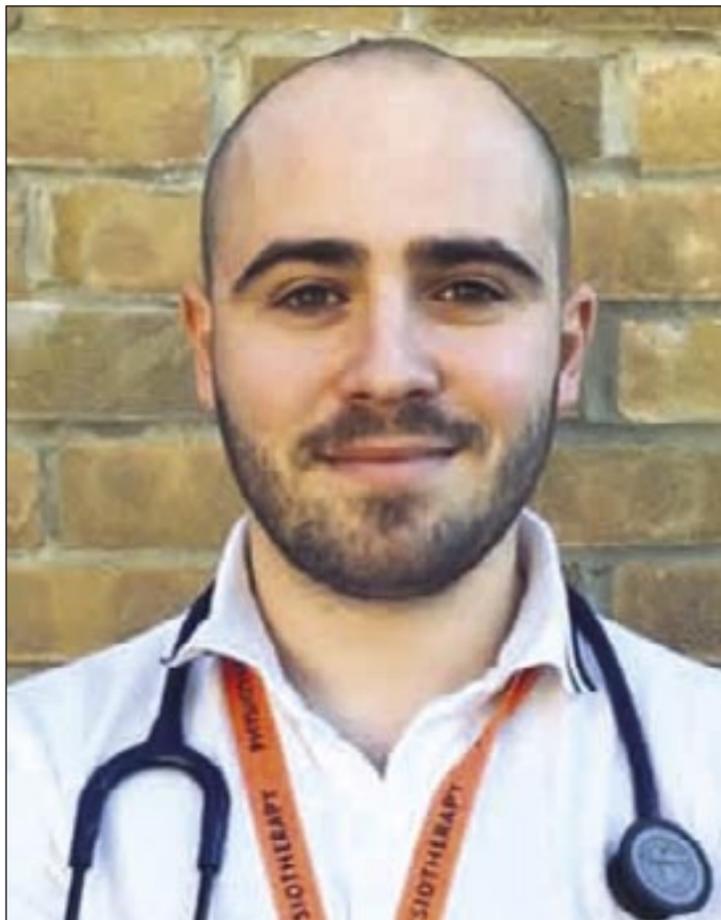
Luis González agradeció, finalmente, la gran participación registrada en Infarma, “una edición que ha marcado el reencuentro de un sector que está al día, está preparado para competir y aspira a seguir creciendo”.

Más allá del número de congresistas inscritos, expositores y visitantes, la profesión farmacéutica ha asumido un especial protagonismo a lo largo de las más de 80 ponencias presentadas en Infarma y ha intervenido activamente en los debates y actividades paralelas que se han desarrollado durante el Congreso, como Infarmainnova, Iniciativas de éxito o RetoÁgora, entre otros espacios abiertos en esta edición.

Igualmente, los profesionales se han volcado con la causa humanitaria de Infarma Solidario, contribuyendo con una donación de 25.260 euros, que se destinará a apoyar la actividad que realiza la Fundación Pablo Horstmann en Etiopía y que permitirá ofrecer asistencia médica y farmacéutica a más de 16.900 personas en la clínica materno infantil de Meki.

Los problemas derivados de la afectación de los músculos respiratorios constituyen la principal causa de morbilidad en la ELA

Carlos Plata Manzanares es fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. Máster Universitario en Fisioterapia Respiratoria y Cardíaca por la Universidad Autónoma de Madrid y Contacto Territorial de las Islas Baleares del Área de Fisioterapia Respiratoria de SEPAR. Cuenta con experiencia laboral en España y Reino Unido en el ámbito de la fisioterapia respiratoria hospitalaria y ambulatoria. Actualmente desempeña su trabajo en el ámbito privado en Respiratory Physiotherapy Mallorca, colaborando con la Associació ELA Balears.



REDACCIÓN

P.- ¿Qué es la ELA?

R.- La Esclerosis Lateral Amiotrófica o ELA es una enfermedad del sistema nervioso central que se caracteriza por la degeneración progresiva de las neuronas motoras en la corteza cerebral, troncoencéfalo y médula espinal. Las neuronas sensitivas no se ven afectadas, por lo que no se altera la sensibilidad; tampoco los órganos de los sentidos. En un 35-50% de los casos puede existir algún tipo de alteración cognitiva, llegando a poder aparecer demencia frontotemporal en un 10% de los casos.

Desde el punto de vista de la alteración motora, según el predominio de la afectación neuronal, la ELA se clasifica en ELA espinal (70-80%), bulbar (20-30%) o respiratoria (2%). A medida que la enfermedad

avanza, la tendencia es a la afectación global de la movilidad, el habla y la deglución y la musculatura respiratoria.

P.- ¿A quién afecta?

R.- La ELA puede afectar a adultos de cualquier edad, pero aparece normalmente entre los 50 y 70 años. La incidencia es mayor en hombres, pero a partir de los 70 años no existe diferencia entre sexos. La incidencia de la enfermedad es de 1-2 nuevos casos por 100.000 habitantes y año, y la prevalencia de 3.5 casos por cada

100.000 habitantes. Actualmente en Baleares las cifras oficiales contabilizan aproximadamente unos 57 casos, aunque es muy probable que existan más.

P.- ¿Qué causa la ELA?

R.- Es una enfermedad de aparición fundamentalmente esporádica, aunque existe una forma familiar de causa genética que supone el 5-10% de todos los casos. Existen evidencias que apoyan que el desarrollo de la enfermedad requiere de la asociación de diferentes

factores, tanto genéticos como ambientales.

P.- ¿Cómo se diagnostica?

R.- La ELA es una enfermedad de difícil diagnóstico cuyos síntomas iniciales podrían ser debidos a otras enfermedades, por lo que es necesario descartar éstas antes de dar un diagnóstico definitivo. Desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico por parte de un neurólogo suelen pasar unos 10-18 meses, ya que los pacientes pueden ser derivados a una larga lista de especialistas. Lamentablemente a día de hoy no existe una prueba específica que confirme el diagnóstico de ELA.

P.- ¿Cuáles son sus síntomas?

R.- La característica clínica principal de la enfermedad es una debilidad muscular progresiva que avanza hacia una parálisis, extendiéndose de unas regiones corporales a otras. La presentación de la enfermedad es muy variable; pudiendo aparecer como debilidad muscular de brazos o piernas, alteraciones en el habla o la deglución o, alteración en la musculatura respiratoria. Aunque el diagnóstico sea el mismo, la enfermedad no evoluciona igual en todos los pacientes.

P.- ¿Por qué es importante la Fisioterapia Respiratoria en la ELA?

R.- Los problemas derivados de la afectación de los músculos respiratorios constituyen la principal causa de morbimortalidad y condicionan en gran parte el pronóstico de la enfermedad. La persona con ELA tiene pulmones sanos, pero la debilidad muscular progresiva caracteriza de la enfermedad disminuye la fuerza del diafragma y los músculos respiratorios accesorios, provocando:

- Problemas para mantener un intercambio gaseoso efectivo, debido a una menor entrada

de O₂ y la consiguiente retención de CO₂.

- Atelectasias o zonas de colapso pulmonar, que a su vez disminuyen el área de intercambio gaseoso disponible en el pulmón.

- Tos débil e ineficaz, que provocará la retención de secreciones, incrementándose el riesgo de infección. Asimismo, en combinación con la disfagia, aumentará el riesgo de atragantamiento y aspiración de contenido a los pulmones durante la deglución.

Con todo esto presente, el papel de la Fisioterapia Respiratoria en esta enfermedad se fundamenta en 3 pilares:

1. Prevención

- Mantener una correcta función pulmonar según el nivel de afectación.

- Entrenar la tos y el manejo de secreciones.

- Detectar signos de alarma.

2. Asistencia y educación a la familia/cuidadores

- Resolver dudas sobre la enfermedad y su evolución.

- Resolver dudas sobre ventilación mecánica, asistente de tos, etc.

- Derivar a otros profesionales, realizar informes, etc.

- Educar en la realización de Fisioterapia Respiratoria en el domicilio.

3. Tratamiento activo

- Manejo de secreciones en proceso agudo.

Sin un correcto diagnóstico y tratamiento de las complicaciones respiratorias de la enfermedad, la supervivencia de los pacientes con ELA es de entre 3 y 5 años tras el diagnóstico. Se ha demostrado que las ayudas a los músculos respiratorios aumentan la supervivencia, disminuyen la sintomatología, evitan las hospitalizaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes con ELA.

ELA BALEARS

Si usted o algún conocido suyo ha sido diagnosticado de ELA, puede serle de gran ayuda ponerse en contacto con la Associació ELA Balears. Creada hace 4 años, ofrecen un servicio inestimable a los afectados por la enfermedad y sus familias.

Puede contactar con ellos mediante los siguientes canales:

Web: www.elabalears.org

E-mail: info@elabalears.org

Teléfono: 682 53 42 22 (llamadas y WhatsApp)



PUBLICIDAD



LÍDER EN SEGUROS PARA SANITARIOS EN ESPAÑA



 **Responsabilidad Civil Profesional**

 **Vida**

 **RC Sociedades**

 **Salud**



y mucho más...

Escanea este QR y descubre toda la protección.



CONTACTA CON NUESTRO ASESOR ESPECIALIZADO EN BALEARES

JOSÉ MARÍA PALENCIA RAGUSEO
 ☎ **678 534 182**
 jose.palencia@uniteco.es



LO HACEMOS TODO PARA TU PROTECCIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL

Oficina central: c/ Pez Volador, 22 · 28007 Madrid
T. 91 206 12 00 · informacion@uniteco.es · www.unitecoprofesional.es

UNITECO CORREDURÍA DE SEGUROS es una marca de UNITECO PROFESIONAL CORREDURIA DE SEGUROS S.L. con CIF B-79325395, entidad inscrita en el registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Empresa del Reino de España, con el Número J-884. Tiene concertado el seguro de responsabilidad civil profesional, previsto en el artículo 27.1 ej de la Ley vigente 26/2006 de 17 de julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados. Se encuentra inscrita, en cuanto ente societario, en el Registro Mercantil de Madrid. Libro de Sociedades Hoja nº 14.966-2, folio 142, tomo 10.111, Sección 4ª. Le informamos que los datos que pudiera proporcionarnos serán incorporados al registro de actividades de tratamiento de datos de carácter personal de nuestra titularidad, cumpliendo con los términos establecidos en la política de privacidad que puede consultar en el siguiente enlace web: <https://www.unitecoprofesional.es/rgpd/>

JUAN RIERA ROCA

Los días 31 de marzo (jueves) y 1 de abril (viernes) la Facultad de Medicina de la Universitat de les Illes Balears (UIB) acogerá la 79 Asamblea General de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas (CNDF-ME). El encuentro tendrá lugar en la Sala Aljub del Museu Barbad de Palma.

Según ha expresado el decano de la Facultad de Medicina de la UIB, el catedrático **Dr Miquel Roca**, en declaraciones a **Salut i Força**, la celebración de este encuentro es de vital importancia en estos momentos por la necesidad de tratar y establecer posiciones en torno a una serie de temas de gran importancia para la docencia de la Medicina.

Falta de profesorado

Es el caso de la falta de profesorado regular, fruto de las jubilaciones; de las pruebas MIR de 2023, que aún arrastran los problemas y la polémica derivadas de la forma virtual en las que se han desarrollado durante la pandemia, las acreditaciones de las Facultades de Medicina o la salud mental de los estudiantes, entre otras cuestiones.

“Las facultades de Medicina –señala el **Dr Roca** a esta revista –se están despoblando de profesores titulares y catedráticos porque

La Facultad de Medicina de la UIB organiza la conferencia de Decanos de 2022

Los decanos tratarán la renovación de los profesores, las pruebas MIR, las pruebas ECOE, los nuevos cambios normativos para la Universidad y su influencia sobre la actividad de las facultades de Medicina



los que había se están jubilando y las acreditaciones para los nuevos se han modificado y son más difíciles de obtener. Por ello tenemos que recurrir, como en nuestro caso, a los profesores asociados.”

La figura del profesor asociado es la de un profesional altamente cualificado que ejerce esa profesión y al tiempo da clases de su especialidad en la

facultad. En el caso de la Medicina suponen un gran valor para la docencia porque son la conexión directa de los profesionales clínicos, de la sanidad, con la enseñanza, lo que crea grandes sinergias.

Sin embargo, la columna vertebral de las universidades son los profesores titulares, y los catedráticos, como máximo ni-

vel. El profesor titular vive por y para la Universidad y desarrolla una intensa labor de docencia e investigación, cohesionando además el tejido universitario de una forma que el asociado no puede hacerlo.

Otro de los temas que los decanos tratarán intensamente son los ecos de las pruebas para entrar en las vías de especialización

MIR (médico interno residente), preceptivas en España para ejercer una especialidad. Durante la pandemia los exámenes para elegir especialidad y centro donde desarrollarlo han sido virtuales, no presenciales.

Presencialidad

Dado que los médicos tienen que opositar –se le da a elegir la especialidad y el lugar donde realizarla al que saca la mejor nota del acceso –la presencialidad es vital para que el que no llega en la primera oleada de aspirantes sepa qué plazas van quedando libres. En el procedimiento virtual debe tener preparadas miles de solicitudes.

Los médicos que han optado a la vía MIR en los periodos de acceso durante la pandemia han tenido graves problemas por la no presencialidad. Los colectivos profesionales y docentes han apoyado estas quejas pero el Gobierno ha preferido curarse en salud y llevar, también aquí, las normas anti COVID hasta el extremo.

Debate y análisis desde la renovación de los profesores hasta la salud mental de los estudiantes de Medicina

J. R. R.

La primera ponencia del encuentro que se prolongará dos días versará precisamente sobre “el profesorado en el Grado de Medicina”, tratando la vida media y la estimación de las necesidades del profesorado. Se tratará también el anteproyecto de Ley Orgánica del Sistema Universidades (LOSU) que sustituirá a la LOU.

Otro tema de debate de la primera jornada de la conferencia, será la actualización de información sobre profesorado contratado, doctor vinculado/agregado, profesorado ayudante doctor vinculado y Programa María Castellano, todo ello dentro de la primera ponencia, una de las que se consideran cruciales en este encuentro.

La segunda intervención prevista se titula “Presente y futuro de las Facultades de Medicina. ¿Puede contribuir la LOSU a la solución?” y la presenta la rectora de la Universidad de Valencia, Presidenta de la Sectorial de CRUE Profesorado **D^a María Vicenta Mestre Escrivá**, dentro de la misma línea de preocupación de los decanos sobre la nueva normativa que afectará a las universidades de España.

El viernes 1 de abril la segunda sesión de trabajo tratará sobre el sello Internacional de Calidad - Pro-

yecto Piloto y primera convocatoria ordinaria, presentada por el **Prof. D. Secundino Fernández González**, **Prof^a D^a Inmaculada Ballesteros Yáñez** y **Prof^a D^a Silvia Llorens Folgado**. Modera: **Prof^a D^a Lourdes Lledó García**.

Le seguirá una ponencia sobre otro tema de alto interés para la moderna enseñanza de la Medicina, la Prueba ECOE 2021/22 y proyectos futuros, presentada por el **Prof. D. Jorge Juan García Seoane**. Estas pruebas evalúan a los alumnos de quinto año en la práctica clínica real, bien con actores que se fingen enfermos, bien con robots.

La siguiente ponencia tratará otro tema que el **Dr Miquel Roca**, decano de la Facultad de Medicina de la UIB, ha señalado como de vital importancia para el futuro de estas enseñanzas superiores: “Actualización plazas de Acceso y nuevos grados de Medicina”, presentada por el **Prof. D. Antonio Compañ Rosique**.

La ponencia “Prueba de acceso a la Formación Sanitaria Especializada” tratará el tema de las pruebas MIR antes mencionado, estudiando las que se realizarán en 2022 y a realizar en 2023, con una propuesta de



Miquel Roca.

normalización de los expedientes académicos en función de los resultados en el examen.

Otra de las ponencias la presenta precisamente el **Dr Miquel Roca**, titulada, “Posibles proyectos de investigación y de actuación en relación con la Salud Mental de los estudiantes de Medicina”, en la que este médico psiquiatra y profesor universitario ofrecerá algunas de las conclusiones de sus dos principales áreas de experiencia.

Investigadores de la UIB participan en la elaboración de un atlas sobre la pandemia de COVID-19 en España

JUAN RIERA ROCA

La doctora **Joana M. Seguí**, el doctor **Jesús M. González** y el doctor **Mauricio Ruiz**, del Departamento de Geografía de la Universidad de las Islas Baleares, (UIB) han participado en la elaboración de la monografía «*La pandemia Covid-19 en España. Primera ola, de los primeros casos a finales de junio 2020*», que forma parte de la serie Monografías del Atlas Nacional de España.

Análisis

La publicación analiza, desde una perspectiva geográfica, todo lo que ha sucedido desde el punto de vista sanitario durante la primera oleada de la pandemia de COVID-19 en España, así como los efectos territoriales, sociales, económicos y ambientales que ha tenido. La obra la ha editado el Instituto Geográfico Nacional y la ha elabo-



ppp

borado un equipo multidisciplinar de investigadores de la red de organizaciones científicas y académicas.

Esta red ha sido creada para la dirección y colaboración científica del Atlas Nacional de España del siglo XXI (Red ANEXXI), entre las que se encuentra la UIB, además de la Asociación Española de Geografía, la Biblioteca Nacional de España, el Centro Nacio-

nal de Información Geográfica, la Real Academia de la Historia y el Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Centro de Ciencias Sociales y Humanas del CSIC.

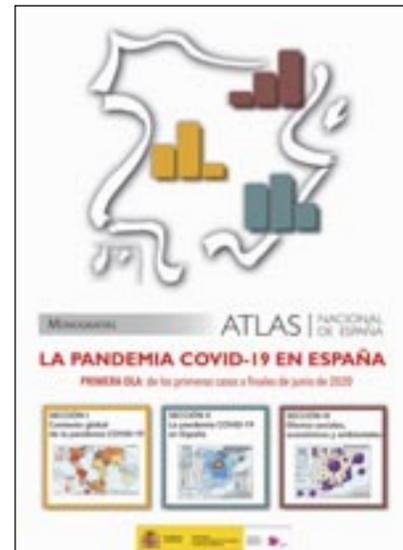
La red de 22 instituciones científicas y académicas, entre las que se encuentra la Universidad balear, ha aportado la estructura, la selección e interpretación científica de los datos proporcionados por 45 organizaciones, según informa, como del resto de esta noticia, la UIB en una nota de prensa que ha sido emitida hoy a este respecto-

La **Dra Joana Maria**

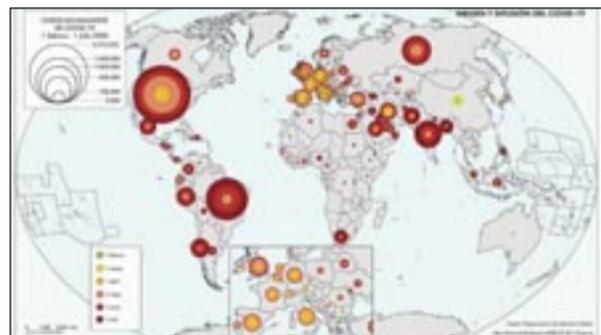
Seguí, catedrática de Geografía Humana, investigadora principal del grupo de investigación en Turismo, Movilidad y Territorio (GITMOT) de la UIB y directora del Observatorio Interdisciplinario de Movilidad de las Islas Baleares (OIMO), es la coordinadora científica del capítulo dedicado a la movilidad.

También ha participado como colaborador científico el **doctor Mauricio Ruiz**, profesor titular del área de Geografía Física, director del SIGT y miembro del GITMOT y de la OIMO. El **doctor Je-**

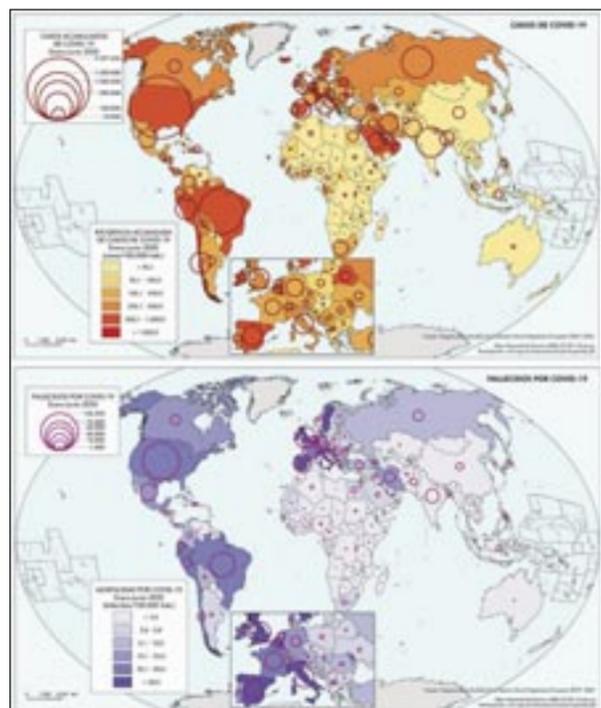
sús M. González, catedrático de Análisis Geográfico Regional y miembro del Grupo de Investigación en Sostenibilidad y Territorio de la UIB, es el coordinador científico del apartado dedicado al índice sintético de vulnerabilidad en Madrid y Barcelona.



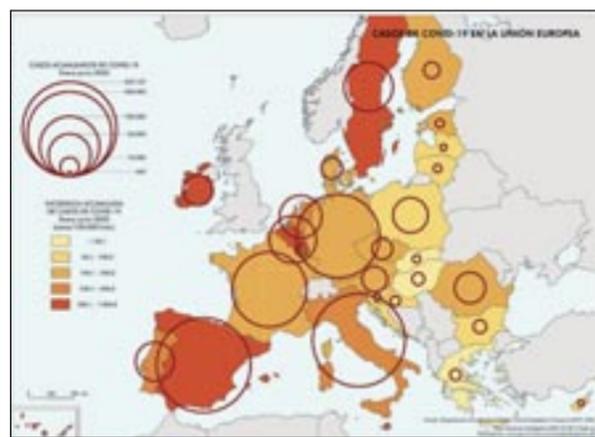
Portada del Atlas.



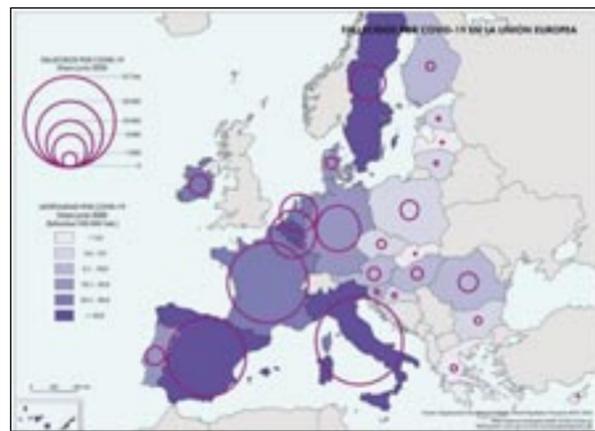
Origen y difusión del COVID-19.



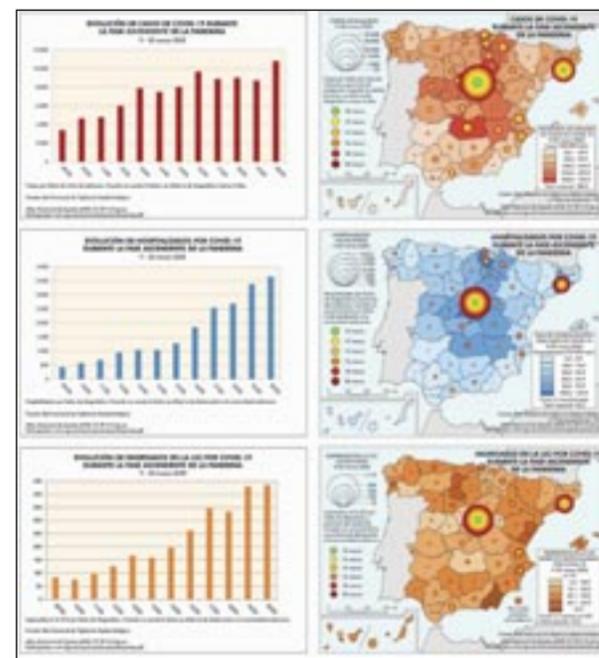
Mapa de arriba, mapa de casos de COVID, abajo fallecidos por COVID-19.



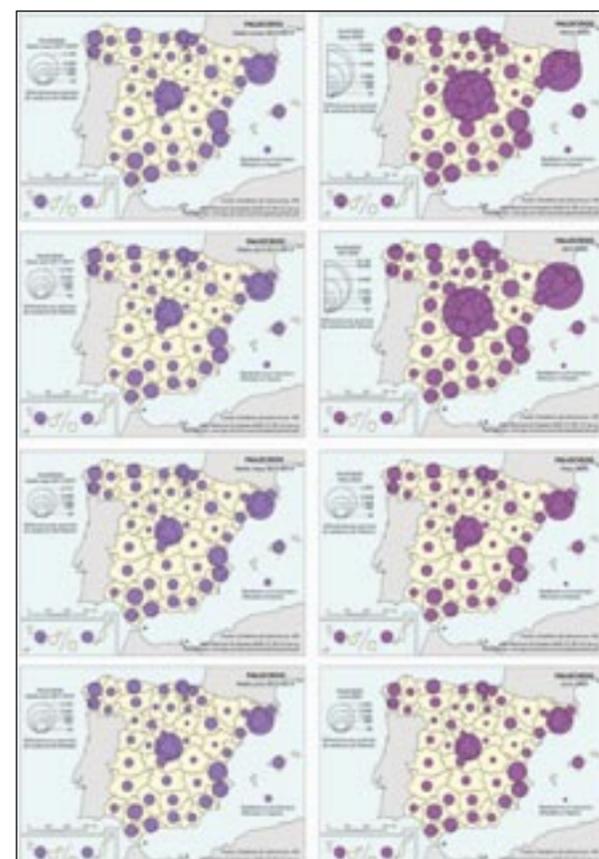
Casos de COVID en la Unión Europea.



Casos de fallecimientos por COVID en la Unión Europea.



Evolución de los casos en España.



Fallecidos en España.

Las tecnologías ómicas abren la puerta a nuevos biomarcadores del cáncer colorrectal

Según se refleja en una investigación desarrollada por los científicos del Grupo Multidisciplinar de Oncología Translacional (GMOT) de la Universitat de les Illes Balears

JUAN RIERA ROCA

Las tecnologías ómicas, investigadas por el Grupo Multidisciplinar de Oncología Translacional (GMOT) de la Universidad de las Islas Baleares (UIB), están abriendo la puerta a nuevos biomarcadores del cáncer colorrectal. Los científicos del GMOT explican los avances del proyecto CINUIB en la Jornada de Investigación en Cáncer de Colon del Hospital Comarcal de Inca.

Jornada

El Hospital Comarcal de Inca organiza la Jornada de Investigación en Cáncer de Colon, que tendrá lugar el jueves 17 de marzo en el salón de actos del Museo del Calzado de Inca. Intervendrán los **doctores José Reyes**, jefe de servicio de Digestivo del Hospital, **Pilar Roca** y **Jordi Oliver**, ambos catedráticos de Bioquímica y Biología Molecular de la UIB.

En su intervención explicarán los últimos avances del proyecto CINUIB, que tiene como objetivo diseñar y desarrollar un nuevo equipo de diagnóstico no invasivo (deter-



minación en heces) para el cribado y diagnóstico precoz del cáncer colorrectal. El proyecto CINUIB aúna los esfuerzos de investigadores clínicos del Hospital Comarcal de Inca y el GMOT de la UIB.

Estos investigadores y clínicos han desarrollado un sistema no invasivo, alternativo a los existentes (siendo la sangre oculta en heces el referente principal), basado en la detección de marcadores en heces que permite mejorar la selección de los pacientes candidatos a colonoscopia, ya sea por sospecha clínica o en el contexto de los programas de cribado de cáncer colorrectal.

Rendimiento

De esta forma, se mejora el rendimiento de los procedimientos endoscópicos y de los programas de cribado de cáncer colorrectal. En el marco de la colaboración entre el Hospital y la Universidad y relacionado con el proyecto CINUIB destaca un estudio publicado recientemente por los investigadores del GMOT de la UIB en la revista científica *Cancers*.

En esa publicación científica

se revisan los últimos avances en el ámbito de los biomarcadores del cáncer colorrectal. Hoy, esta patología sólo se diagnostica por medio de colonoscopia, sangre oculta en heces y la presencia del antígeno carcinoembrionario (CEA) en plasma. Los investigadores de la UIB plantean que las llamadas tecnologías ómicas.

Tecnología

Estas tecnologías incluyen la genómica, la transcriptómica, la proteómica, la metabolómica, la glicómica o la volatómica que pueden suponer un antes y después. Estas técnicas se caracterizan por analizar un gran número de moléculas presentes en una única muestra y generar gran cantidad de información relevante en muy poco tiempo.

Así, pueden proporcionar nuevos biomarcadores que permitan detectar este tipo de cáncer, como las muestras de respiración, orina, sangre, heces o fluidos de lavado intestinal e, incluso, con el análisis de las vesículas extracelulares. lulares, siempre de acuerdo a una nota de prensa difundida hoy por la Universitat de les Illes Balears.

Células inmunitarias de pacientes recuperados de COVID muestran eficacia in vitro contra el SARS-CoV-2

J. R. R.

Un equipo de investigadores del Centro Nacional de Microbiología (CNM) del ISCIII ha publicado un estudio en el que, utilizando muestras de sangre de convalecientes que ya han pasado la COVID-19, se han aislado y enriquecido células T del sistema inmunitario capaces de neutralizar in vitro el SARS-CoV-2.

El estudio ha sido liderado por las investigadoras **Pilar Pérez Romero**, del ISCIII, y **María Liz Paciello**, del Hospital 12 de Octubre de Madrid, con **Estéfani García Ríos** y **Alejandra Leivas** como primeras autoras. También han participado **Francisco José Mancebo**, **José María Aguado**, **Joaquín Martínez-López**, **Laura Sán-**



Parte del equipo de investigación.

chez-Vega y **Diego Lanzarot**.

Se trata de un primer paso para el uso de estas células T específicas de SARS-CoV-2 como posible terapia para el tratamiento contra la COVID-19. La investigación, que acaba de publicarse en la revista *Biomedicine*, sugiere que la población de linfocitos de pacientes convalecientes contiene células T específicas para el SARS-CoV-2 que pueden purificarse y enriquecerse.

Terapia

Una vez logrado esto pueden utilizarse como terapia, gracias a una tecnología perfeccionada para la obtención de células aisladas de la sangre de pacientes ya recuperados de la COVID-19. Concretamente, las muestras obteni-

das se estimulan con péptidos específicos del SARS-CoV-2 frente a la proteína M (proteína de la membrana del virus).

Después se tratan en un proceso de aislamiento automatizado de células T. Las investigadoras explican que la estimulación con péptidos de la proteína M fue mayor que la obtenida con péptidos de la proteína S (más utilizada en la mayoría de estudios publicados hasta la fecha).

El resultado permite obtener células inmunitarias que han demostrado efectividad para eliminar células que imitan la infección por el virus in vitro. Además, la investigación ha trabajado con muestras de los pacientes convalecientes de COVID-19 obtenidas antes y después de la vacunación contra la COVID-19.

Hacemos que tus sueños cobren vida.

juaneda
Fertility

Ahora con el
programa

**Fertility
PLUS**

Nos comprometemos a que tus sueños cobren vida o te devolvemos el 100% del importe.

Pídenos cita sin compromiso,
primera visita gratuita.

fertility@juaneda.es



juaneda.es

Cita con tu especialista **871 96 49 60**

Clínica Juaneda · Juaneda Miramar · Juaneda Muro · Juaneda Menorca · Juaneda Mahón

JOSEP CLAVEROL / PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE LES ILLES BALEARS

“Solo pensamos en los pies cuando nos duelen”

Josep Claverol no sólo es el iniciador de una de las sagas especializadas en la podología más íntimamente ligadas a la evolución de este ámbito de la medicina en nuestra Comunidad, sino que, además, acumula más de cuatro mandatos consecutivos al frente del Colegio de Podólogos de nuestra comunidad. Su trayectoria es verdaderamente larga y fecunda, e incluye, por ejemplo, su etapa como podólogo de los servicios médicos del Real Mallorca, o su labor en la Escuela de Medicina Pediátrica de Pensilvania, en los Estados Unidos. Fue profesor de Podología Deportiva en la Universitat de Barcelona y profesor de posgrado de la Miguel Hernández de Elche y de la Universidad de Zaragoza. Fue protagonista del programa de Salut i Força de Fibwi 4.

CARLOS HERNÁNDEZ

P.- ¿Debería la población pensar más en sus pies?

R.- No pensamos en los pies hasta que nos hacen daño. Esa es la cuestión. Quienes deben pensar más son los que no tienen daño y son diabéticos, por ejemplo. La mayoría sólo se acuerdan con el dolor. Luego esta otra parte, la de la sociedad que practica deporte, que se preocupa más.

P.- ¿Qué labor hace un podólogo?

R.- Pues como la de cualquier médico, entender al enfermo porque tienen una dolencia que, aunque es en los pies, puede afectar a otra parte del cuerpo, porque la influencia es directa. Piense que lo primero que ponemos en el suelo y que toca tierra al empezar el día son los pies, y lo último, antes de acostarnos, también son los pies. Los pies no están hechos para caminar en asfalto o superficie lisa como pueda ser la baldosa. La evolución no ha ido tan rápido, el ser humano se adapta, pero lo hace mal. Estamos hechos para funcionar en un terreno totalmente irregular, con todos los movimientos que tiene el pie que son muy complicados, con tres planos complejos.

P.- ¿Cuáles son las principales enfermedades que pueden sufrir nuestros pies?

R.- Muchas. Empezaremos por las más importantes y frecuentes. Las más importantes son las que tienen enfermos con oclusión vascular, sean femoral o dónde sea... y se manifestará en el pie, con síntomas clínicos

que lo delatan. Son importantes porque te pueden llevar a la hospitalización, a amputación e incluso a la muerte. Comúnmente, hay muchas más. Nos referimos a la sociedad normal, no a la deportiva ni al profesional que trabaja muchas horas de pie. Por ejemplo, la gente mayor es una lástima que no esté atendida porque no está establecido en la Comunidad Autónoma que la Podología esté incluida en Primaria. Llevamos cinco años de promesas, con el Decreto hecho, pero no se nos incluye en la sanidad pública. Y a la gente mayor, ya sea dependiente o no, no la podemos

cuidar como merecen. La gente mayor es la que más padece: la piel cambia, los huesos también, existe la artritis, el desgaste articular, las infecciones, las uñas, los dedos, las mecánicas y el no caminar bien. Si caminas mal, te sale un callo en la planta del pie, no por caminar mucho, sino porque no caminas bien a nivel de mecánica y si no apoyas bien, un hueso carga más que otro. Hay mucha patología. En niños pequeños existe dolor en el talón, inflamación al pisar... También existen patologías dermatológicas como manchas en la piel de los pies, porque muchos se manifiestan entre los dedos y hay que revisarlo.

P.- ¿Es grave el problema del intrusismo que padecen?

R.- Es grave sea en el sector que sea, medicina, podología... todo el mundo dice saber de

todo y eso no puede ser. El intrusismo muchas veces es porque el nivel podológico de España es muy superior al del resto del continente o de Sudamérica y prácticamente no pueden ni convalidar el título cuando llegan a nuestro país y no pueden ejercer. Y esta gente se busca la vida. Dicen 'soy podólogo en Chile', pero no lo es aquí. Aquí no está formado para esto. No hay formación. Muchas veces ignoran el mal que pueden generar. La ignorancia es atrevida.

P.- ¿Por qué estudió Podología? ¿De dónde le vino la vocación para ser el colegiado número 1 de Balears?

R.- Mi padre era practicante en medicina y cirugía. Después, cuando lo fue (hacían de todo, mi abuelo también era médico, siempre estuvimos vinculados al sector sanitario porque en mi familia hay farmacéuticos). Mi padre era 'cirujano callista', ahora somos podólogos. Incluso los romanos llevaban en las legiones

romanas al callista porque era una necesidad. Viví dentro del ámbito de los pies toda la vida y mi padre siempre me inculcaba la necesidad

de las manos limpias, de cómo tocar todo y de muy niño me di cuenta que la gente se iba feliz de su consulta, agradecían su trabajo. Poco a poco me fui introduciendo, no hice ATS porque quisiera ser enfermero, lo hice obligado para ser podólogo. No me quedó más remedio, estudié luego dos años más, haciendo apuntes que luego los vendía para ganarme un dinero.

P.- ¿Cómo fueron sus inicios en la podología deportiva, siendo pionero en baloncesto y luego en fútbol?

R.- A mí me abrieron los ojos en Estados Unidos en todo lo que implicaba la podología deportiva. No dejé pasar el tren. Vino a Barcelona el presidente de la Escuela de Podiatría de Philadelphia, invitado por el director de nuestra Escuela. Allí nadie hablaba inglés más que yo



y otra compañera y me tocó pasarle con 40.000 pesetas, durante cinco días. Era un irlandés y nos caímos bien, así que me animó a ir a Estados Unidos. Me invitó a todo menos al billete; estancia y formación no me supuso un coste. Estamos hablando de hace 40 años. Ahora es otra dimensión. En ese momento pensé que me iba a la luna. Quédeme impresionado a nivel mecánico cuando iba a clase. Me fui introduciendo en el tema, yendo a intervenciones a hospitales, pero mis conocimientos no llegaban en ese momento al nivel necesario en Estados Unidos y yo era plenamente consciente de ello. No podía asimilarlo, estuve un mes para comprenderlo. Empecé a entender la podología deportiva arropado por gente potente en el RCD Mallorca. Me daba cuenta cuando un jugador le dolía algo solo por cómo corría. Nunca un jugador dejó de jugar por una uña, siempre lo resolvimos todo y a correr. Hace muchos años le dije a Miguel Ángel Nadal que pisaba mal, aunque no tenía dolor en el pie y era por la rodilla.

P.- ¿Qué es el síndrome del dolor al pie?

R.- A veces, como todos los enfermos, se puede tener constancia del dolor en el pie y que sea el cerebro el que falla. El síndrome del pie inquieto... pues puede hacer más daño uno que otro, si tienes una pierna más larga que otra, uno de ellos recibirá, en este caso el más corto porque tiene más espacio para llegar al suelo. También puede tener una enfermedad congénita. Sí vemos en la consulta dolor

crónico de pie porque hay mucha artritis reumatoide, artrosis articular, golpe en un dedo gordo que altera la articulación... etc. El pie es una estructura muy complicada, cargada de huesos. Si todo el día se te cuele una piedrecita en el zapato, al final del día te duelo todo.

P.- ¿Dónde está la barrera entre Podología y Traumatología cuando hay un problema en los pies?

R.- Siempre que hablamos de pie, recibimos, diagnosticamos y tratamos, nunca nos metemos en el tobillo. El quinto metatarsiano por estrés es común, no solo se le rompe al futbolista. También fracturas de tibia y peroné por pisar mal en el asfalto. Eso pasa. No hay un problema real de competencias, la verdad. En Estados Unidos solo operan los pies los podiatras que tienen una experiencia formativa de 6 años y luego 2 más. La cuestión es saber trabajar en equipo. Yo estoy entrenado quirúrgicamente, pero el último recurso siempre debe ser la cirugía.

Acceda a la entrevista completa escaneando este código QR





Joan Carulla, junto a Patricia Gómez, José Hilla y Juli Fuster.



Colau Flaquer, Vicenç López y Cati.



Elena Francisco y Jelliza Gabbio.



La participación fue todo un éxito, 1.400 magiclíniers.

1.400 magiclíniers demuestran su solidaridad participando en la Magic Line de Palma e Inca

CARLOS HERNÁNDEZ

El pasado 20 de marzo tuvo lugar la 9ª edición de la **Magic Line Sant Joan de Déu**, donde participaron en Mallorca más de 1.400 pacientes personas en las 5 rutas diferentes organizadas en Inca y Palma. La **Magic Line 2022** regresó después de dos años de pandemia y, nuevamente, la movilización solidaria de **Sant Joan de Déu** fue todo un éxito de compromiso e implicación. Fue una nueva demostración del espíritu solidario de los magiclíniers.

El día se inició con la salida a las 9:30 horas desde el **Hospital Sant Joan de Déu de Inca**, con dos rutas de 3 y 8 kilómetros. El director gerente de SJD Palma · Inca, **Dr. Joan Carulla**, acompañado por el alcalde de Inca, **Virgilio Moreno**, **Inmaculada Iglesias**, directora de Solidaridad y por el equipo directivo del hospital, inició la salida del recorri-

do urbano por la capital del Raiguer. Los participantes fueron a pie, en bicicleta, con sus mascotas y también han participado magiclíniers con alguna diversidad funcional, en un recorrido agradable por Inca.

Palma

A las 10:30 horas fue el momento de las otras tres rutas organizadas, con la salida desde el **Hospital Sant Joan de Déu de Palma**, en el paseo de Cala Gamba, en dos rutas a pie de 3 y 8 kilómetros y con la gran novedad de este año, la ruta de vela adaptada. Hasta 75 usuarios del **programa PROA de Sant Joan de Déu** (en colaboración con el IMAS del Consell de Mallorca), dejaron una preciosa estampa en la bahía, delante del Club Náutico de Cala Gamba, gracias a la colaboración, tanto de dicho club, como del de Andratx, que ayudaron



Sofía Alonso, Joan Carulla y Virgilio Moreno.

a que personas con movilidad reducida también pudieran participar en la **Magic Line SJD 2022**. Porque la Magic Line promueve los valores de la solidaridad y de la inclusión social, además de potenciar la máxima autonomía.

Antes del inicio, el director gerente de SJD Palma Inca, **Dr.**

Joan Carulla, estuvo acompañado de las autoridades que, una edición más, participaron y demostraron su compromiso con la solidaridad como son la consellera de Salut, **Patricia Gómez**, el director general del Servei de Salut, **Juli Fuster**, y el alcalde de Palma, **José Hilla**. El **Dr. Carulla** declaró a los me-

dios de comunicación que *“la Magic Line es una caminata solidaria, que pretende cubrir las necesidades sociales, todos tenemos que ser solidarios y ayudar a recaudar lo máximo posible. Más aún con el contexto que está sufriendo Ucrania»*.

En total, 11 magiclíniers caminaron para tener un mundo mejor en Barcelona, Lleida, Madrid y Mallorca para ayudar a quien más lo necesita en un total de 30 rutas diferentes, cinco de ellas en Mallorca.

Captación solidaria

La edición ha superado los 250.000 euros de captación, el 100% del cual se destinará a financiar proyectos sanitario y sociales de Sant Joan de Déu. Esta edición ha puesto en marcha, también, un paquete de ayudas a Ucrania para cubrir necesidades básicas de las personas refugiadas.

REPORTAJE



Equipo de Magical Nurses, durante su reciente participación.



Es una ruta inclusiva, perfecta para usuarios con diversidad funcional.



La ruta era perfecta para personas con movilidad reducida.



Martí Sansaloni, participó junto a su familia.



Carmen Gómez, Fátima Paris, Annabel Recio y Elena Díaz, entre otros.



Joan Carulla, saliendo a caminar junto a Virgilio Moreno.



Grupo a la salida de la caminata



Un grupo posa para la foto durante el paseo.



Grupo que amenizó la salida en Inca.



Jaume Morell y familia.



El Dr. Carulla e Inma Iglesias, a punto de salir en Inca.



Joan Carulla, Jaume Tortella, Inma Iglesias y Sofía Alonso.



El Dr. Pau Guirro y familia.



Usuarios de PROA, durante la ruta de vela adaptada.



Vea el reportaje de la Magic Line aquí

El Consell colabora en la adquisición de material sanitario destinado al pueblo de Ucrania

SALUD EDICIONES

El Consell de Mallorca se ha puesto a disposición de los ayuntamientos para coordinar las acciones solidarias y de cooperación con el pueblo ucraniano, que pondrá especial énfasis en la atención sanitaria de este colectivo y su acogida temporal en emplazamientos de la isla.

La propuesta del Consell pasa por canalizar las ayudas destinadas a Ucrania a través del Fons Mallorquí de Solidaritat i de Cooperació, entidad de colaboración municipalista

sin ánimo de lucro de la que son socios tanto la institución insular como los ayuntamientos y mancomunidades.

En este sentido, la presidenta del Consell de Mallorca, **Catalina Cladera**, anunció que el gobierno insular amplía su aportación al Fons con una partida extraordinaria de 100.000 euros para que se destinen a ayuda humanitaria, entre la que cabe destacar la compra de material sanitario, así como recursos educativos, la mejora de instalaciones de acogida y la habilitación de equi-

pos técnicos para cubrir las necesidades de los desplazados.

Por otro lado, el Consell es partidario de articular un plan orientado al proceso de acogida familiar temporal de las personas desplazadas desde Ucrania a Mallorca, en coordinación con el Govern y la Administración central.

Al respecto, **Cladera** remarcó la importancia de que el proceso de acogida sea "estructurada, ordenada y coordinada", razón por la cual el Consell se ha puesto al servicio de los ayuntamientos y la ciudadanía para "coordinar las



Javier de Juan, Sofía Alonso y Catalina Cladera, presidenta del Consell de Mallorca.

peticiones municipales y generales de familias interesadas en acoger a personas desplazadas".

Según el Consell, en estos momentos hay 43 familias mallorquinas interesadas en acoger a

niños y adolescentes desplazados desde Ucrania. Sin embargo, **Cladera** prevé que esta cifra "irá a más, y también comprenderá a los hogares que desean acoger a familias desplazadas".



Sofía Alonso, en Lluçmajor, durante la presentación del SAID.

Lluçmajor, nuevo municipio que se adhiere al Servicio de Atención Integral a Domicilio

SALUD EDICIONES

El Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) sigue avanzando en su objetivo de implantar el Servicio de Atención Integral a Domicilio (SAID) en todos los municipios de la isla y facilitar, así, que todas las personas mayores dependientes que lo deseen puedan recibir una asistencia especializada e individualizada en sus casas.

A este respecto, la consellera de Drets Socials y presidenta del IMAS, **Sofía Alonso**, se desplazó recientemente a Lluçmajor, uno de los últimos municipios adheridos al SAID, para explicar el funcionamiento de este programa a los representantes del Consistorio y a las entidades y asociaciones de personas mayores de la localidad.

El SAID atiende a unas 240 personas y se halla operativo

en 37 municipios de Mallorca. Además de ofrecer un servicio especializado a los ancianos en situación de dependencia que desean seguir su proceso de envejecimiento en su casa, y proporcionar a cada usuario una atención adaptada a sus necesidades concretas, esta prestación permite optimizar

los recursos, ya que no todas las personas requieren acompañamiento las 24 horas.

Sofía Alonso destacó que el SAID es "una clara apuesta del IMAS en el cambio de modelo de atención que llevamos a cabo para ofrecer a cada persona unos recursos específicos según sus necesidades".

Designación. La subdirectora general de Calidad Asistencial del Ministerio de Sanidad, **Yolanda Agira Varela**, ha certificado la participación de **José Pardo Masferrer** como experto designado en el Plan de Acción SAMIRA (Strategic Agenda for Medical Ionising Radiation Applications).



Jordi Mora y Gustavo de Vicente, con la resolución del tribunal.

Estimación parcial del recurso de Pimem sobre la licitación de centros de salud

SALUD EDICIONES

La organización patronal PIMEM ha recibido con satisfacción la resolución del Tribunal Central Administrativo de Recursos Contractuales (TACRC) que estima parcialmente el recurso de la entidad contra la licitación en bloque de nueve centros de salud en Mallorca por parte del Govern.

Cabe recordar que la patronal recurrió el pasado mes de enero esta licitación al considerar que, con un único lote previsto, las pequeñas y medianas empresas de Baleares no tendrían, en la práctica, ninguna opción real de pujar por llevar a cabo la ejecución de estas nuevas infraestructuras.

No obstante, en resolución, el Tribunal considera que no le corresponde pronunciarse so-

bre la necesidad de proceder a la división del contrato en nueve lotes, razón por la cual cabe interpretar que los argumentos de Pimem solo han sido aceptados de forma parcial.

Por su parte, nada más conocer el pronunciamiento, el Servei de Salut ha anunciado que estudiará su contenido con el objetivo de encontrar de forma rápida una alternativa que permita acelerar la construcción de estos nuevos centros sanitarios, destinados a proporcionar servicio a un colectivo de unos 100.000 usuarios en Mallorca.

Estos equipamientos están proyectados, concretamente, en Palma (Bons Aires y Son Ferriol), s' Arenal de Lluçmajor, Pollença y Artà, además de las unidades básicas previstas en Consell, Montuiri, Santa Margalida y Sant Joan.



Inca conmemora el Día Mundial del Síndrome de Down con una exposición de la Fundación ASNIMO. Coincidiendo con el Día Mundial del Síndrome de Down, que se conmemoró el pasado 21 de marzo, el Ayuntamiento de Inca inauguró la exposición "Porque la vida no va de cromosomas", de la Fundación ASNIMO. La muestra está formada por 15 fotografías de gran formato que muestran las distintas etapas de las personas con Síndrome de Down, realizadas por **Teresa Bauzá Calderón** y **Amparo Gomila Solanes**. «Cada imagen muestra una

historia y recalca todas las capacidades que tienen las personas con síndrome de Down. Por tanto, el objetivo es destacar y poner en valor todo lo que nos iguala y no que nos separa», señala, **Tolo Márquez**, director de la Fundación. Por su parte, el concejal de Participación del Ayuntamiento de Inca, **Andreu Caballero**, destaca que «estamos muy contentos de contribuir a visibilizar la labor tan importante que realiza ASNIMO en Inca y la comarca del Raiguer y recordar que efectivamente la vida no va de cromosomas y que hay otros muchos aspectos y cualidades infinitamente más importantes».

Las primeras mujeres cossieres bailarán en Inca por Pascua.

Después de más de dos años sin salir a causa de la Covid-19, los Cossiers de la Revetla de Inca se incorporan de nuevo a las fiestas de Pascua de la ciudad de Inca. Este año, como novedad, también participarán del baile mujeres cossieres. De este modo, se sumarán al baile de los Cossiers cuatro mujeres: **M. Àngels Espejo**, **Assumpció Codony**, **Marga Mateu** y **Xesca Maria Pons**, las cuales participarán de la procesión del encuentro y del oficio que se celebra en la iglesia de Santa María la Mayor. Así pues, a partir de ahora, las mujeres se incluirán con los hombres y por sorteo actuación tras actuación se elegirán a las personas que llevarán a cabo el baile de los Cossiers.



Inca dedica el IX ciclo IncaBusiness al deporte, las Start Ups y el emprendimiento en femenino.

El Ayuntamiento de Inca ha presentado una nueva edición del ciclo de conferencias IncaBusiness, que se celebrará durante los meses de abril, mayo y junio de 2022. El acto de presentación se hizo en las instalaciones de Mención Inca y contó con la participación del alcalde de Inca, **Virgilio Moreno**; la concejala de Innovación y empresa, **María José Fernández**; y la directora del Instituto de Innovación Empresarial de las Islas Baleares (IDI), **Mariona Luis Tomás**; conjuntamente con representantes de todas las asociaciones y empresas colaboradoras. Cabe subrayar que ésta es ya la novena edición de estas conferencias, que pretenden acercar a la ciudadanía la realidad del mundo empresarial y las tendencias en distintos campos como el emprendimiento, el marketing o la estrategia económica. Este año, como novedad, todas las actividades de divulgación y formación se agruparán por blogs temáticos. Así, el mes de junio se dedicará a deporte y empresa, el mes de mayo a Start Ups y el mes de junio al empuje empresarial. «Edición tras edición, este ciclo de conferencias se ha convertido en un referente en las Islas Baleares y ha logrado consolidarse con una amplia variedad de propuestas para ayudar a mejorar las dinámicas de funcionamiento de las empresas y contribuir a impulsar el tejido comercial y económico de nuestra ciudad», explica el alcalde de Inca, **Virgilio Moreno**.





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 Barón de Pinopar, 10 Tel. 971 71 49 82 pmallorca@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com 971 71 49 82 / 913 43 47 00

Síguenos en     

 en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora

