

Medicina Balear

Publicació de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

<http://ramcib.caib.es>

SUMARI

EDITORIAL

El Hospital de la Isla del Rey: Una joya patrimonial.....5
M. A. Limón Pons

VIDA ACADÈMICA.....6

*Solemne sessió inaugural del curs 2006; Premi Metge Joan Lliteres
Sessió conjunta a La Coruña; In memoriam: Dr. José M^a Rodríguez Tejerina*

ORIGINALS

*Centenario del nacimiento del profesor Severo Ochoa de Albornoz (1905-1993),
Premio Nobel de medicina y académico de honor*.....9
J. Tomás Monserrat

*Estudio prospectivo sobre los patrones epidemiológicos de presentación
de las Infecciones Respiratorias Agudas de etiología viral en la
población infantil (1995 -2004)*.....13
J. Reina

*Valoración de la implicación y del estrés ocupacional en población laboral de
la Comunitat Autònoma de les Illes Balears mediante el modelo de Siegrist*.....19
A. Arturo López González, N. Monroy Fuenmayor, C. Núñez Fernández,
I. Campos González

*Actividad obstétrica en el Hospital de Manacor.
Una revisión histórica (1997-2005)*.....28
J. Agüera Ortiz, A. Calvo Pérez

DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

Enoftalmos en paciente con antecedentes de traumatismo facial.....34
G. Amengual Alemany, H. Sarasibar Ezcurra, A. Estremera Rodrigo,
M^a A. Jaume Garrido

LLIBRES

La Fundación Juan March: cinquanta anys.....36
F. Bujosa

PROGRAMA DE PREMIS I BEQUES PER AL CURS 2006.....38

Medicina Balear

Director Macià Tomàs Salvà

Redactor en cap José L. Olea Vallejo

Redactors Ferran Tolosa Cabani, Antoni Obrador Adrover,
Joan Buades Reinés, Miquel A. Limón Pons (Menorca)
Jaume Orfila Timoner

Junta directiva de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

President Alfonso Ballesteros Fernández

Vicepresident Josep Miró Nicolau

Secretari General Bartolomé Anguera Sansó

Vicesecretari José L. Olea Vallejo

Tresorer Ferran Tolosa Cabani

Bibliotecari Antoni Obrador Adrover

Amb la col.laboració de



Govern de les Illes Balears

Conselleria de Salut i Consum

Revista inscrita en el Índice Médico Español

Secretaria i correspondència

Campaner, 4, baixos. 07003 Palma de Mallorca Tel. 971 72 12 30

Adreça electrònica: ramicib@eresmas.com - Pàgina web: <http://ramcib.caib.es>

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin inserir algun anunci a Medicina Balear poden contactar directament amb la Secretaria de la Reial Acadèmia

Acadèmics d'honor

Excm. Sr. Jean Dausset, Premi Nobel de Medicina
Excm. Sr. Santiago Grisolia García, Premi Príncep d' Astúries d'Investigació Científica i Tècnica

Acadèmics numeraris

M.I. Sr. Santiago Forteza Forteza
M.I. Sr. Miguel Manera Rovira
M.I. Sr. Miguel Munar Qués
M.I. Sra. Juana M^a Román Piñana
M.I. Sr. José Tomás Monserrat
M.I. Sr. Guillermo Mateu Mateu
M.I. Sr. Arnaldo Casellas Bernat
M.I. Sr. José Miró Nicolau
M.I. Sr. Antonio Montis Suau
M.I. Sr. Feliciano Fuster Jaume
M.I. Sr. Bartolomé Anguera Sansó
M.I. Sr. Bartolomé Nadal Moncadas
Excm. Sr. Alfonso Ballesteros Fernández
M.I. Sr. Francesc Bujosa Homar
M.I. Sr. Ferran Tolosa Cabani
M.I. Sr. Macià Tomàs Salvà
M.I. Sr. Alvaro Agustí García-Navarro
M.I. Sr. Antoni Obrador Adrover
M.I. Sra. Juana M^a Sureda Trujillo
M.I. Sr. Juan Buades Reinés
M.I. Sr. José L. Olea Vallejo
M.I. Sr. Pere Riutort Sbert

Protectors de la Reial Acadèmia

Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears
Banca March
Grupo Serra

Benefactors de la Reial Acadèmia

Manuel Cifré Ramos
Consell de Mallorca

Patrocinadors de la Reial Acadèmia

Dr. Francisco Medina Martí
Clinica Rotger
Mutua Balear
Fundación MAPFRE Medicina
Policlínica Miramar
D. Gabriel Escarrer Julià
Grup Fer
Air Europa
Médicos Roselló
TIRME
Fundació Mateu Orfila
Sa Nostra, "Caixa de Balears"
Quely S.A
Caja de Ahorros del Mediterraneo. CAM
Fundació Cabana

SUMARI

EDITORIAL

- El Hospital de la Isla del Rey: Una joya patrimonial*.....5
M. A. Limón Pons
-

VIDA ACADÈMICA.....6

- Solemne sessió inaugural del curs 2006; Premi Metge Joan Lliteres;
Sessió conjunta a La Coruña; In memoriam: Dr. José M^a Rodríguez Tejerina*
-

ORIGINALS

- Centenario del nacimiento del profesor Severo Ochoa de Albornoz (1905-1993),
Premio Nobel de medicina y académico de honor*.....9
J. Tomás Monserrat

- Estudio prospectivo sobre los patrones epidemiológicos de presentación
de las Infecciones Respiratorias Agudas de etiología viral en la
población infantil (1995 -2004)*.....13
J. Reina

- Valoración de la implicación y del estrés ocupacional en población laboral de
la Comunitat Autònoma de les Illes Balears mediante el modelo de Siegrist*19
A. Arturo López González, N. Monroy Fuenmayor, C. Núñez Fernández,
I. Campos González

- Actividad obstétrica en el Hospital de Manacor.
Una revisión histórica (1997-2005)*.....28
J. Agüera Ortíz, A. Calvo Pérez
-

DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE

- Enoftalmos en paciente con antecedentes de traumatismo facial*.....34
G. Amengual Alemany, H. Sarasibar Ezcurra, A. Estremera Rodrigo,
M^a A. Jaime Garrido
-

LLIBRES

- La Fundación Juan March: cinquanta anys*.....36
F. Bujosa
-

PROGRAMA DE PREMIS I BEQUES PER AL CURS 2006.....38

El Hospital de la Isla del Rey: Una joya patrimonial

M. A. Limón Pons

Menorca dispone de dos joyas arquitectónicas de primer orden que atañen a la historia sanitaria y en concreto a la historia de la sanidad naval del Mediterráneo occidental. Se trata, de un lado, del hospital de sangre construido por los ingleses en el siglo XVIII; y, de otro, del lazareto de cuarentenas, el cual, si bien recibió el decreto de erección en 1789, en tiempos de Carlos III, no entró en servicio hasta comienzos del siglo XIX, en 1817. Ambas instituciones sanitarias se encuentran situadas en el puerto de Maó: la primera, en la isleta interior llamada del Rey, mientras que la segunda se yergue sobre el lomo de una vieja península que, a manera de espolón de tierra, se interna en las aguas portuarias desde los promontorios agrestes de la Mola. En todo caso, ese emplazamiento original sobre el cual aparece el lazareto también es, hoy día, una isla tras la apertura de un canal en 1900, llamado de Sant Jordi, y que, definitivamente, separó aquel lugar de tierra firme.

Mientras que el lazareto presenta un plausible estado de conservación, y, de hecho, se destina a residencia de verano para los funcionarios del Ministerio de Sanidad, el caso del hospital de sangre de la Isla del Rey ha pasado por una etapa absolutamente hiriente. Desde que fue cedida al Ministerio de Información y Turismo en 1976 con la promesa de transformarlo en un parador turístico nacional, y hasta el día de hoy, en que nada se ha hecho para conservarlo, se abre un período muy lacerante de degradación hasta extremos de pura alarma.

La isla tiene unos 41.000 metros cuadrados, y ocupa una posición más o menos central sobre la lámina de agua del puerto. En el siglo XVIII, después de quedar Menorca absorbida por la soberanía británica por cesión española a través del tratado de Utrecht (1713), las autoridades navales inglesas, en 1711, llevaron a cabo la construcción de un primer centro hospitalario para la marinería. Se mantuvo en pie casi sesenta años, hasta que en tiempos del gobernador Moystin, se puso la primera piedra de un nuevo edificio sanitario de elegante gusto barroco. La ceremonia fue a cargo del contraalmirante sir Peter Benis Baronet el 30 de octubre de 1771. Se erigieron dos plantas en forma de U, alrededor de un jardín, y coronadas ambas por una airosa torre cuadrangular que, todavía hoy, le imprime enorme personalidad arquitectónica al conjunto reflejándose sobre las aguas.

El historial sanitario de este complejo, como cabe suponer, es muy denso. Desde comienzos del XVIII y hasta 1964, es decir, durante dos siglos y medio,

siempre ha actuado de centro hospitalario, al servicio de varias potencias: Gran Bretaña, Norteamérica, Francia y, finalmente, España, que le asignó el papel de hospital militar hasta su abandono definitivo en 1964. Quiero esto decir que estamos en presencia de unas nobles paredes que están absolutamente impregnadas de ciencia médica hasta la última piedra; es decir, repletas de cirugía, enfermería, farmacología, epidemias, convalecencias, etcétera. El hospital de la Isla del Rey es, en definitiva, testigo impertérrito de más de doscientos años de las artes de curar. Se dice pronto, pero no conviene tomar este dato con simple rutina. Probablemente no encontraríamos ningún otro ejemplo de sus características que, ahora mismo, pudiera rivalizar en importancia patrimonial en toda la extensa área mediterránea.

Así entendida la cuestión, ha resultado proverbial la reciente aparición de una entidad cultural sin ánimo de lucro denominada Asociación de Amigos del Hospital Militar Isla del Rey. La ha promovido un mahonés, el general de Ejército Luis Alejandro Sintés. La entidad ha surgido para movilizar los esfuerzos empresariales y ciudadanos para frenar la degradación espantosa en que había caído el hospital desde la devolución de la propiedad, en 1985, a su dueño inicial, el Ayuntamiento, una vez constatado el fracaso rotundo del parador. En veinte años, la amenaza de ruina general e irreversible había llegado a límites gravísimos. Nunca tanto compromiso ciudadano de tipo individual se había mostrado tan impresionante. El estado de derrumbe general se ha cortado de raíz, y de nuevo han renacido las esperanzas para asegurar su permanencia, de nuevo orgulloso de sus valores históricos, artísticos y sanitarios. Ha sido sir Ian Macfadyen, general de las Fuerzas Aéreas Británicas, veterano veraneante en el puerto de Maó, quien ha exclamado, a la vista del viejo hospital de sangre: «Es el mejor hospital naval histórico del Mediterráneo».

Nadie tiene de extraño, pues, que la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears haya galardonado a la asociación, merecidamente. En el curso del acto solemne de inauguración del curso académico 2006, se le otorgó el premio Fundació Cabana de humanidades médicas, en reconocimiento a los importantes esfuerzos —todos ellos altruistas— para salvaguardar una joya del patrimonio hospitalario de nuestra Comunidad Autónoma. El mismo día, tanto la Academia como el Colegio de Médicos acordaron restaurar y habilitar una sala del hospital, que recibirá el nombre de Dr. Bernat Riera, en recuerdo de quien, además de general médico, fuera presidente de ambas instituciones, así de la Academia como del colegio profesional.

Solemne sessió inaugural del curs 2006

Dia 26 de gener la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears va celebrar la sessió inaugural del curs 2006. Ocuparen la mesa presidencial el Molt Hble. Sr. Jaume Matas, president del Govern de les Illes Balears, l'Excm. Sr. Alfonso Ballesteros, president de la Reial Acadèmia de Medicina, la Hble. Sra. Aina Castillo, consellera de Salut i Consum, l'Excm. Sr. Comandant general de Balears, l'Il·lm. Sr. Cònsol de la República Francesa a Barcelona i el Molt Il·lustre Sr. Bartomeu Anguera, secretari de la Reial Acadèmia de Medicina.



Mesa presidencial de la sessió inaugural del curs 2006

Oberta la sessió, el president Dr. Ballesteros va donar la benvinguda a les autoritats, patrocinadors, premiats i al nombrós públic assistent i va fer un breu balanç del quadrienni del seu mandat, ressenyant la creixent col·laboració de la Reial Acadèmia amb les autoritats sanitàries, Universitat de les Illes Balears i col·legis professionals així com els esdeveniments més destacats del curs 2005.

Tot seguit el secretari de la corporació va llegir un resum la memòria acadèmica de l'any anterior. Després el Molt Il·lustre Sr. Álvaro Agustí García-Navarro va pronunciar el discurs "Investigación médica i práctica en el siglo XXI": en el parlament, el Dr. Agustí va interrelacionar la investigació mèdica i la pràctica clínica, va propugnar la integració de les diverses disciplines per a aconseguir generar coneixements útils pel diagnòstic i tracta-

ment de les malalties. Posteriorment va parlar del projecte Fundació Caubet-CIMERA, una iniciativa del Govern de les Illes Balears per a fundar a Mallorca un centre d'investigació biomèdica d'excel·lència sobre malalties respiratòries.

A continuació el secretari general donà lectura a la relació de les distincions atorgades durant el curs 2005, entre les que cal destacar la concessió de la "medalla Dr. Orfila" al Molt Il·lustre Sr. Josep Tomàs Monserrat qui, després de rebre la distinció del Molt Hble. Sr. Jaume Matas, va dirigir als acadèmics i al públic unes paraules d'agraïment. Després es va fer lliurament de la "Cèdula fundacional 1788" al Grup Serra i a la família Medina-Roses.

Acte seguit es van lliurar els diplomes d'acadèmic corresponent per elecció al Dr. Andreu Ripoll Muntaner i al Prof. Miquel Capó Martí i, després, el secretari general va donar a conèixer els guanyadors dels premis convocats pel curs acadèmic 2005, que acudiren a rebre el diploma.



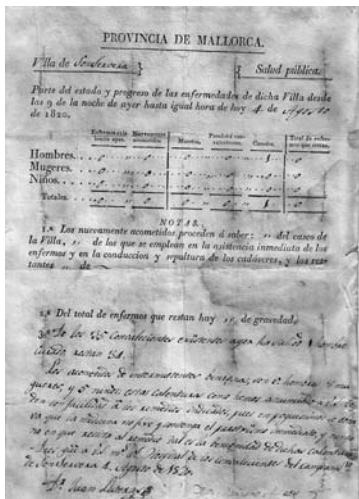
El Hble. Sr. Jaume Matas amb el Dr. Josep Tomàs, Medalla Dr. Orfila de l'Acadèmia

Per acabar, el Molt Hble. Sr. Jaume Matas en adreçar unes paraules a l'Acadèmia i als assistents, va agrair la invitació a presidir l'acte i va alabar la feina de la corporació el quadrienni anterior, tot expressant els desigs del seu Govern d'oferir als ciutadans de Balears unes adequades prestacions sanitàries. Va felicitar també els guardonats, abans de declarar obert el curs acadèmic 2006 en nom de S. M. El Rei i aixecar la sessió. Va seguir una sessió fotogràfica dels guardonats amb el President del Govern de les Illes Balears.

Premi Metge Joan Lliteres

Dia 1 de febrer passat, a la sala de juntes de l'Ajuntament de Son Servera amb assistència de l'Illm. Sr. Jaume Orfila, director general d'Accreditació i Avaluació, es va celebrar l'acte de lliurament del premi Metge Lliteres 2006 al Dr. Alfonso Ballesteros, president de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

El premi recorda en la persona del doctor Joan Lliteres Gili a tots els qui van intervenir en l'atenció dels afectats per l'epidèmia de pesta que el 1820 va assolir aquella comarca de Llevant. La distinció, creada per la Conselleria de Salut i Consum amb la Fundació Mateu Orfila i l'Ajuntament de Son Servera, premia anualment les persones que hagin dut a terme una labor destacada en el camp de la sanitat balear.



Comunicat sanitari del 4 d'agost de 1820

El Dr. Ballesteros va posar en mans del Sr. Damià Ripoll, batle de la vila, un facsímil del comunicat sanitari de dia 4 d'agost de 1820 en que el Dr. Lliteres notifica que no resten malalts afectats per la terrible plaga que a Son Servera va provocar la mort del 67% de la població. La Reial Acadèmia de Medicina custodia en els seus arxius tota la documentació relativa a la darrera epidèmia de pesta patida a Europa.

Sessió conjunta a La Coruña

El passat 17 de febrer va celebrar-se a La Corunya una solemne sessió conjunta de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia i la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears, per presentar el llibre Cartas Médicas, perquè el Dr. Rodríguez Caramazana va ésser acadèmic numerari de la corporació gallega.



Una representació de la Reial Acadèmia va acudir el 20 de gener passat al domicili del M. I. Sr. Miguel Manera Rovira, per fer-li lliurament d'una placa commemorativa del seu 95^e aniversari, circumstància que l'acredita com l'acadèmic de major edat de la Institució

A més de la presentació del llibre, pronunciada pel Dr. Alfonso Ballesteros, va intervenir el Professor José Carro, president de l'academia amfitriona de l'esdeveniment, qui va donar a conèixer les darreres troballes sobre l'activitat acadèmica a Galícia del metge i cirurgià militar. Va acabar l'acte, tot recordant altres figures de la sanitat militar, el general de divisió metge Dr. Luis Villalonga, cap d'operacions de la Inspecció de Sanitat del Ministeri de Defensa.

Va assistir a l'acte un públic nombrós; va ocupar la presidència el tinent de batlle de relacions institucionals de La Corunya, per absència inesperada del batlle de la ciutat; l'arquebisbe de Santiago, Monsenyor Barrio i el tinent general Yagüe, comandant general de Galícia i cap de la Força Logística de l'Exèrcit de Terra. El Professor Josep M^a Massons, de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, i el Sr. Miquel Àngel Limón, de l'Institut Menorquí d'Estudis, coautors del llibre, formaren part de la delegació balear, integrada també, entre altres, pels acadèmics Drs. Bartomeu Anguera i Francesc Bujosa.



Mesa presidencial de l'acte a La Coruña

In memoriam:**Dr. José M^a Rodríguez Tejerina**

¡Cuántos recuerdos despierta en mí tu muerte!: conversaciones sin acabar, confidencias a medio hacer, proyectos que ya nunca se cumplirán... Son tantas las cosas que quisiera decir de la asendereada

vida y la obra del admirado José M^a Rodríguez Tejerina que no sé por dónde empezar, tantas fueron las facetas de su poliédrica personalidad. Sin duda su larga vida y su obra dilatada podrían ser estudiadas bajo puntos de vista distintos: médico de sanidad de la Armada y cirujano-traumatólogo de la Seguridad Social, académico y historiador de la medicina, divulgador de saberes y, ensayista, etc. A lo largo de mi vida le admiré por sus experiencias vitales repletas de generosidad en las vertientes social y académica, como maestro y escritor, como compañero médico de la Armada.

No podemos entender quién fue de verdad José M^a Rodríguez Tejerina sin saber quién quiso ser. Un hombre de buena memoria, autor de su propia biografía, que desde la niñez manifestó una extraña precocidad por aprovechar el tiempo y escribir.

Unas pinceladas biográficas

Nacido en Madrid en enero de 1921, cursó la primera enseñanza en el Colegio Eduardo Benot, del que era director su padre. Estudió el bachillerato en los institutos San Isidro, Velázquez y Cardenal Cisneros. Durante la Guerra civil, en el verano de 1936, su padre le envió junto a otros niños expedicionarios -hijos de maestros- a Francia, estancia que se prolongó hasta acabar la guerra.

El retorno a España dio paso a la ilusión por ser médico y de la Armada “para poder surcar mares exóticos”. Tras licenciarse en la facultad madrileña de San Carlos (1945) ingresó en el Cuerpo de Sanidad de la Armada, en 1946. Al año siguiente embarcó como médico del minador Marte (1947-49), del que pasó al buque escuela Juan S. de Elcano (1949-52). Al desembarcar fue nombrado médico del Colegio de Huérfanos de la Armada de Madrid, el “Cha”, donde vivió un largo y fascinante encuentro con el príncipe Juan Carlos de Borbón, recién llegado a la capital. Siguieron tres fructíferos cursos en el Hospital militar de Carabanchel (1955-58) para especializarse en cirugía y traumatología y sus destinos en la Clínica naval de Baleares (1958-64), Destacamento Naval de Sóller (1965-66) y en la Escuela naval de Marín

(1967). En 1962 se había doctorado en Madrid con la tesis “La medicina medieval en Mallorca”

En Mallorca desarrolló una fecunda labor como cirujano-traumatólogo de la Seguridad Social, de las mutuas laborales y del Instituto Social de la Marina, que compaginó con la dirección de cursos monográficos del doctorado entre 1974 y 1985.

Con el discurso “La medicina en Mallorca a finales del siglo XVIII” ingresó en 1973 en la Real Academia de Medicina de Palma de Mallorca, de la que fue presidente entre 1978 y 1986. En ésta institución llevó a cabo una relevante labor social como conferenciante y divulgador de la historia de la medicina balear y como director (1992-2002) de la revista Medicina Balear.

Su afición por los estudios históricos le llevó a publicar artículos, pronunciar conferencias y dictar cursos de historia de la medicina. Destacó por sus trabajos de divulgación médica y sus ensayos literarios. Es autor de “Historia de la medicina en Mallorca” (tres tomos 1981, 1984, 1986), “La medicina antigua en Mallorca” (1972) además de “Encanto y congoja de Mallorca” (1967), “Camilo José Cela y la medicina” (1974), “Nuevos ensayos sobre Camilo José Cela y la medicina” (1976), “Celiá. Maestros actuales de la pintura” (1980), “Vivir en Mallorca” (1990), “Silva de las sanguijuelas” (1996), entre otras obras.

Admiración y recuerdo

Con sentida admiración propongo la relectura de sus numerosos escritos, como homenaje que perdure más allá de la sepultura y, como despedida, unos versos entrañables de la poetisa de Lluçmajor Maria Antònia Salvà:

“Amic, la meva ploma
decau davant ta mort
per no vessar l'aroma
sagrada del record”

y el párrafo final del ensayo “Del miedo a morir” del propio José M^a Rodríguez Tejerina: “Por súbita, benigna, cruel, esperada o imprevista que sea la Muerte, es siempre, soñamos, queremos creer, absurdamente, un dormir esperanzado. El encuentro, al fin, con una muy lejana y enigmática flor azul. La mítica ofrenda de un Dios Cósmico inimaginable”.

Admirado amigo José María, que Dios te conceda la recordada petición de Miguel de Unamuno:

“Méteme Padre Eterno en tu pecho
misterioso hogar.
Dormiré allí, pues vengo deshecho
del duro bregar”.

*Dr. José Tomás Monserrat
Académico numerario*

Centenario del nacimiento del profesor Severo Ochoa de Albornoz (1905-1993),

Premio Nobel de medicina y académico de honor

J. Tomás Monserrat

Asturias y Málaga

Severo Ochoa de Albornoz nació en Luarca (Asturias) el 24 de septiembre de 1905. Su padre, abogado y hombre de negocios enriquecido trabajando en Puerto Rico, murió cuando el pequeño Severo sólo tenía siete años. Su madre, al poco de enviudar, por motivos de salud, buscando un clima seco y cálido trasladó la residencia familiar a Málaga.

Estudió el Bachillerato en el Instituto de Primera Enseñanza donde tuvo la suerte de conocer unos auténticos maestros, especialmente el joven catedrático de Química, D. Eduardo García Rodejo del que se quedó encantado, preso del sortilegio del mundo nuevo que le iba desvelando y al que en todo momento manifestó gratitud.

Primer viaje a Mallorca

Terminado el Bachillerato, en 1922, fue a Madrid para matricularse en la Facultad de Medicina "no para ser médico, sino pensando en estudiar, en saturarse, de Biología". Buena prueba de su interés es su participación, en el verano de 1923, en un viaje de estudios sobre Biología Marina del Mediterráneo organizado por el profesor D. Odón de Buen y del Cos. En Mallorca, los expedicionarios visitaron el Laboratorio Oceanográfico de Palma y, mientras sus compañeros siguieron viaje a Mónaco, el joven Ochoa regresó a Madrid. Recuerda el erudito Rodríguez Tejerina que Odón de Buen: "por un raro designio histórico, será quien traiga a Mallorca a nuestros dos únicos Premios Nobel de Medicina y Fisiología: Santiago Ramón y Cajal y Severo Ochoa de Albornoz. D. Santiago recibió el Premio Nobel en 1906. El colegio Médico-Farmacéutico le nombró Socio de Honor y organizó una velada, en el Teatro Principal el 3 de mayo de 1907, para testimoniar el entusiasmo que sentía Mallorca por el sabio aragonés" 1.

Licenciatura en Madrid

Durante los primeros cursos de carrera vivió en distintas casas de huéspedes. Tempranamente dió pruebas de un gran talento para la investigación y para la docencia, por lo que el Catedrático de Fisiología D. Juan Negrín, le nombró ayudante de clases prácticas y le animó a comenzar en su laboratorio un trabajo sobre "Estado de las variaciones de la creatinina muscular". Entusiasmado, en el verano de 1925 acude a Glasgow para estudiar con el fisiólogo Noel Paton, el metabolismo de las bases guanídicas y de la creatinina en relación a las paratiroides. Su perspicacia le llevó al descubrimiento del efecto de los derivados guanídicos sobre los melanófonos de la rana.

Huérfano de madre, se instala en la Residencia de Estudiantes donde encuentra el ambiente necesario para seguir su vocación: la investigación bioquímica en los laboratorios de la Residencia dirigidos por los maestros Medinaveitia, Del Río Hortega, Lafora, etc.

El post-grado

En 1929 termina la licenciatura y se doctora con un trabajo sobre "La dinámica energética del músculo en la insuficiencia suprarrenal experimental". Va a Alemania a trabajar con un extraordinario maestro: Otto Fritz Meyerhoff, premio Nobel de Medicina, en 1922, por sus trabajos sobre la actividad muscular, producción de calor y glucosa. Ochoa causa una grata impresión al maestro alemán que le nombró Privat-docent.

Fecundo y brillantísimo investigador

En 1931 se casó con Carmen García Covián de familia acomodada. En 1933 fue nombrado profesor Auxiliar de Fisiología de la Facultad de Medicina de Madrid. Concorre a oposiciones para una cátedra de Fisiología de la Universidad de Santiago de Compostela en las que, inexplicablemente, salió

derrotado. El genial Severo, molesto con su maestro Negrín, presidente del tribunal calificador, se entregó de lleno a nuevos experimentos en el Laboratorio del Profesor Jiménez Díaz. Estalla la guerra, decide irse al extranjero, a Heidelberg, con Meyerhof. Negrín, generosamente le facilita los pasaportes. El matrimonio Ochoa permanece un año en Alemania y, ante la proximidad del estallido de la conflagración mundial, se marchan a Inglaterra para trabajar con Sir Rudolph A. Peters de Plymouth sobre el metabolismo cerebral donde consigue descubrimientos sensacionales.

Con Inglaterra bloqueada, los Ochoa en 1940, en plena Segunda Guerra Mundial, recibieron del matrimonio Carl F. y Gerty Theresa Cori una invitación oficial para marchar a trabajar en los EE.UU; el matrimonio Ochoa, sin dudarle, atraviesa el Atlántico, se va a trabajar a San Luis junto a los Cori hasta que, dos años más tarde, es nombrado agregado a la Universidad de Nueva York de una sección de Bioquímica, vendría después la Cátedra de Farmacología y, finalmente, el Departamento y Cátedra de Bioquímica que ocupará hasta su jubilación 2.

Trascendentes descubrimientos

Desde el primer momento el profesor Ochoa centró sus investigaciones en averiguar el mecanismo de utilización de la energía liberada por la combustión de los alimentos en la célula. Para seguir paso a paso el recorrido utilizó el fósforo radiactivo y una enzima purificada por él del *Azotobacter vinelandi*, "la polinucleótido fosforilasa". Observó que incubando nucleótidos en presencia de magnesio y con la enzima polinucleótido fosforilasa se producía la desaparición de una gran parte del nucleótido y la producción de una nueva sustancia soluble en agua, que se relevó como un polinucleótido idéntico al ácido ribonucleico natural (ARN). Por primera vez, gracias a Ochoa, se había logrado, in vitro, con su enzima la polinucleótido fosforilasa formar ácidos nucleicos semejantes a los ácidos ribonucleicos naturales, es decir, reproducir ARN idéntico al natural.

Los estudios paralelos de su discípulo Arthur Kornberg sobre *Escherichia coli* le llevaron a lograr por la síntesis con monofosfatos de los desoxinucleó-



tidos que aparecen naturalmente y conseguir un ADN idéntico al natural. A partir de los fantásticos descubrimientos de Ochoa y de Kornberg se pudo sintetizar en el laboratorio ARN y ADN con actividad biológica.

Gracias a los experimentos del Profesor Ochoa, se intuyó la posibilidad de la síntesis artificial de ácidos nucleicos, el modo en que la información genética almacenada en el ácido deóxiribonucleico nuclear era transmitida a la fábrica de proteínas citoplasmáticas de la célula y se pudo afirmar que el ácido deóxiribonucleico (DNA) dirigía la síntesis del ácido ribonucleico mensajero específico (ARN) y éste a su vez dirigía la síntesis de una proteína específica.

El conocimiento del mecanismo del código genético llegó en 1953, con el sensacional descubrimiento de la estructura en doble hélice del ADN, por James Watson y Francis Crick. El mecanismo de desdoblamiento del material genético, de su autoreproducción, residía en la estructura del filamento en sí, pues, en efecto, el ADN se presentaba con toda claridad en forma de dos cadenas arrolladas en una especie de larga escalera de caracol. El conocimiento de la clave había empezado gracias al descubrimiento primigenio de la enzima polinucleótido fosforilasa por el Profesor Ochoa de Albornoz. El reconocimiento científico de la trascendencia de los hallazgos de esta admirable pareja de investigadores Ochoa-Kronberg se vio coronada con la concesión del Premio Nobel de Medicina en 1959 3.

Académico de Honor de la Real Academia de Medicina de las Islas Baleares (1969)

En 1969 el presidente de la Real Academia Dr. Javier Garau Armet, compañero de estudios universitarios en la Residencia de Estudiantes de Madrid, propuso a su amigo el Profesor Severo Ochoa como Académico de Honor. Jubilosamente fue aceptado por unanimidad. El 2 de junio, acompañado de su esposa llegó el profesor y, al día siguiente, martes, el Dr. Garau Armet le dio la oficial bienvenida en una Sesión Solemne de recepción, en la que glosó la vida, los estudios, los viajes, y los fantásticos descubrimientos del recipiendario para terminar con una referencia a la necesidad de mejorar la enseñanza universitaria española "para que también nosotros podamos hacer ciencia... como la hacen los demás pueblos..."

A continuación, el Profesor Ochoa agradeció las elogiosas palabras del amigo y antiguo compañero en la Residencia de Estudiantes a la que se refirió "como centro del cultivo de las artes y ciencias donde los jóvenes allí llegados experimentaban una renovación intelectual", recordó a los maestros que le abrieron horizontes insospechados en el estudio de la Química, la Física y la Biología, lamentó no haber podido tener el impulso de Santiago Ramón y Cajal, porque desgraciadamente había sido jubilado el año anterior; "sin embargo, Cajal siempre fue su lumina-ria, un guía, una fuente de inspiración constante".

Defendió la importancia de la investigación básica en la Universidad española, apuntó el hecho de la difícil posibilidad de la dedicación plena, con la tranquilidad, los medios y el ambiente encontrado en el extranjero, dificultad que obligaba a los jóvenes prometedores a alejarse para ampliar su formación y luego no poder volver pues no tienen a dónde ni a qué regresar.

Consideró como algo muy prometedor la nueva Reforma de la Enseñanza Universitaria en España, pues todo "investigador no puede tener vitalidad sin la enseñanza ni ésta sin aquella pues son dos cosas que deben de ir íntimamente unidas" ⁵.

Colegiado de Honor del Colegio Oficial de Médicos de Baleares (1969)

En la historia del Colegio de Médicos destaca la recepción solemne y los entrañables actos sociales

realizados con ocasión del nombramiento y la toma de posesión del Profesor Ochoa como Colegiado de Honor.

El 4 de junio de 1969, abrió el acto el presidente Dr. José M^a del Valle hizo la presentación del sabio investigador, elogió sus descubrimientos, agradeció la aceptación y su presencia en el homenaje. El Dr. Ochoa, a continuación, pronunció una conferencia sobre "Acción antiviral de algunos ácidos nucleicos". Terminada la exposición se le hizo entrega de una Placa conmemorativa y del Diploma acreditativo de la distinción colegial. A continuación se celebró una cena de compañerismo en el restaurante La Caleta.

Al día siguiente el matrimonio Ochoa visitó la Bahía de Pollensa y el Hotel Formentor. Para la jornada del 6 se organizó, con la colaboración del Ferrocarril de Sóller, un viaje al Valle de los naranjos. Para el trayecto Palma - Sóller -Palma se puso un tren especial de tres vagones y la locomotora Diesel de recién estreno. Salió a las 4'30 de la tarde. Se hicieron numerosas paradas para que el profesor Ochoa de Albornoz pudiera admirar la naturaleza y sacar múltiples fotografías de las diversas panorámicas. A continuación se hizo una excursión al Puerto en el tranvía con jardinera y se disfrutó de una merienda típica en el Hotel Miramar.

Al atardecer del día siguiente regresaron en avión a Madrid.



En 1992, en la sede del Consolat de Mar, rodean al Prof. Ochoa de izquierda a derecha los académicos Santiago Forteza, Alfonso Ballesteros, José Tomás, el entonces conseller Gabriel Oliver, y los también académicos Bartolomé Cabrer y Miguel Munar

Tercer viaje a Mallorca

En 1992, invitado por el Dr. Bartolomé Jaume, regresó a Mallorca para inaugurar el II Curso sobre Avances de Genética Humana organizado por la Unidad de Genética del Hospital de Son Dureta.

El profesor Severo Ochoa, viudo desde 1986, era un hombre anciano y solo que, como señala Rodríguez Tejerina, "Quedaron atrás sus afanes de investigador, la ilusionada búsqueda de la bioquímica molecular en las más recónditas urdimbres del cuerpo humano.

La muerte creó, súbitamente, un vacío en torno a su vida". Al año siguiente, el 1 de noviembre de 1993, faltó del consuelo de la fe, murió en la Clínica de la Concepción de Madrid. Ochoa, agnóstico y melancólico, no creía en el Más Allá, pensaba "que el hombre no es más que un conjunto precedido de reacciones físicas y químicas" ⁶.

Sus restos mortales fueron trasladados, en furgoneta fúnebre, al camposanto de Lluçanoves donde, cubiertos con la bandera de Asturias, fueron enterrados.

Descanse en paz, eternamente, al lado de su madre, de sus tres hermanas, de Carmen, la esposa bienamada, en la tierra mollar de Lluçanoves."Unidos para siempre al agua pura y a los planetas"

Bibliografía

- 1.-Vid. José María Rodríguez Tejerina. Severo Ochoa en Mallorca. Medicina Balear 1989; 4 (3): 199-207
- 2.- Ibid.
- 3.- Premios Nobel del Siglo XX. 1959. Severo Ochoa de Albornoz-Arthur Kornberg. In: La medicina del siglo XX. Madrid; 1994: 236.
- 4.- Javier Garau Armet. Parlamento de bienvenida. In: Sesión Inaugural del 29 de enero de 1970 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Palma de Mallorca: Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca; 1970
- 5.- Severo Ochoa de Albornoz [Contestación transcrita]. In: Sesión Inaugural del 29 de enero de 1970 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca. Palma de Mallorca: Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca; 1970: 14-18
- 6.-José M^a. Rodríguez Tejerina. Necrológica. El Excmo Sr. Dr. D. Severo Ochoa de Albornoz. Medicina Balear 1993; 8 (3): 156-157.
- 7.-José M^a Rodríguez Tejerina. Ensayo. Unas infancias remotas. Medicina Balear 1998; 13 (1): 41-49.

Estudio prospectivo sobre los patrones epidemiológicos de presentación de las Infecciones Respiratorias Agudas de etiología viral en la población infantil (1995-2004)

Jordi Reina

Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una de las patologías más frecuentes a lo largo de la edad infantil. La etiología de estas entidades puede ser muy amplia, pero los virus son en general los agentes implicados de una forma más frecuente. De este modo debe considerarse a las IRAs de etiología viral como una de las más importantes patologías que afectan a la población infantil, preferentemente durante el período de lactancia (menores de 2 años) (1). De los diferentes virus implicados el virus respiratorio sincitial (VRS) es considerado a nivel mundial como el principal agente etiológico. Alrededor del 60-80% de los casos con diagnóstico etiológico están causados por este virus (1-4). Sin embargo existen otros agentes víricos que también participan en este proceso infeccioso, aunque casi siempre, con un porcentaje de implicación e incidencia mucho más bajo. Estos virus (virus gripales o influenza, adenovirus y parainfluenza) se repartirían el 25-30% de la etiología restante aunque variarían ampliamente dependiendo de la zona geográfica y de las características epidemiológicas de la población infantil (1-5).

Debido a la importancia clínica y epidemiológica de estos procesos respiratorios agudos y a la necesidad de adecuar los recursos diagnósticos y sanitarios a su prevalencia, hemos realizado un estudio prospectivo analizando los patrones epidemiológicos de los principales virus aislados en muestras respiratorias pertenecientes a pacientes pediátricos menores de 2 años con un diagnóstico clínico de IRA.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio prospectivo durante el período comprendido entre enero de 1995 y

diciembre de 2004 (aunque en el caso de los virus gripales hasta junio de 2005) sobre la etiología vírica de los niños menores de 2 años con un cuadro clínico de IRA.

Las muestras analizadas han sido aspirados nasofaríngeos y en ocasiones frotis faríngeos. La detección antigénica frente al VRS se realizó mediante un sistema de ELISA comercial (Directigen RSV; Becton & Dickinson, USA). Desde el año 2000 a las todas las muestras VRS-negativas se les realizó la detección antigénica frente al virus influenza A e influenza B mediante un método ELISA comercial (Directigen FluA+B; Becton & Dickinson, USA).

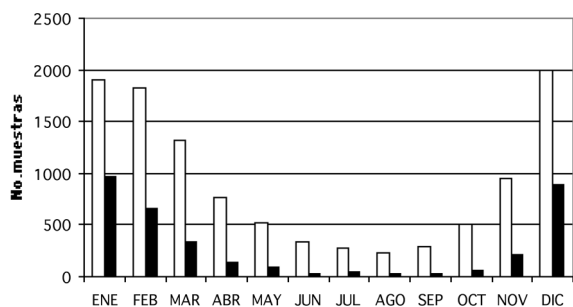
Las muestras que fueron positivas en la prueba de detección antigénica frente al VRS sólo fueron sembradas para el aislamiento de este virus (línea celular Hep-2; Vircell, Granada) y siguiendo la metodología shell-vial. A los 2 días de incubación a 36°C los viales eran revelados mediante una iIFD con un anticuerpo monoclonal contra el VRS (Monofluokit RSV, Pasteur Diagnostics).

El resto de las muestras fueron inoculadas en 2 viales de la línea celular Hep-2 (VRS y adenovirus), 2 viales de la línea celular MDCK (virus influenza A e influenza B), 2 viales de la línea celular LLC-MK2 (virus parainfluenza 1,2 y parainfluenza 3) y un vial de la línea celular MRC-5 (enterovirus). La búsqueda de enterovirus en muestras respiratorias sólo se realizó a partir de 1998. La investigación de citomegalovirus (CMV) sólo se realizó en pacientes ingresados en alguna unidad de cuidados intensivos o en muestras tomadas en maniobras pulmonares invasivas (BAS, BAL y LBA). En estos casos se inocularon las muestras en 2 viales de la línea MRC-5 que se dejaron incubar 3 y 5 días. Los viales fueron fijados con acetona o metanol y revelados con anticuerpos monoclonales dirigidos contra cada uno de los distintos virus mediante una técnica de IFI (Monofluokit, Pasteur Diagnostics).

Se ha estudiado la distribución de las muestras, positividad y aislamiento de los virus en función de los meses del año. En algunos virus (VRS y gripales) se ha analizado su distribución anual pero en disposición epidémica (julio-junio). En el caso del VRS y de los virus gripales el estudio ha abarcado hasta junio de 2005 para poder establecer su aislamiento y distribución en las diferentes temporadas epidémicas anuales (octubre-marzo).

Resultados

A lo largo del estudio se han analizado 10.937 muestras respiratorias, de los cuales 3.503 (32.1%) fueron considerados como positivas. El número de muestras ha ido incrementándose a lo largo del estudio pasando de 401 en 1995 a 1.823 en 2004 ($p < 0.05$) lo cual representa un incremento del 454%. El porcentaje medio de positividad ha mostrado diferencias a lo largo del estudio pasando del 48.3% en 1995 al 18.4% en 2004 ($p < 0.05$) (Gráfica 1).

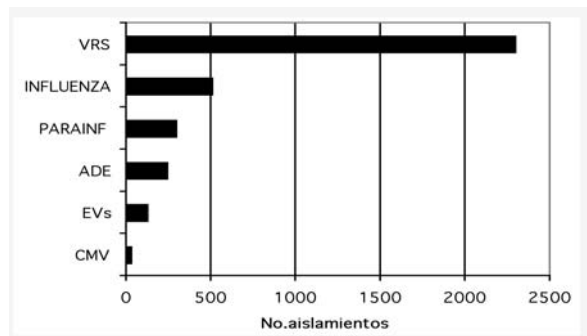


Gráfica 1. Evolución acumulada del total de muestras respiratorias estudiadas (columnas blancas) y de las muestras consideradas como positivas (columnas negras)

Las muestras respiratorias se han acumulado preferentemente entre los meses de noviembre y marzo, representando el 72.9% de todas ellas. Los mayores porcentajes globales de positividad se han obtenido en los meses de diciembre a febrero, siendo el mes de enero el que ha mostrado el máximo porcentaje de positividad del 50.9%. Se ha observado una diferencia significativa entre el número de muestras estudiadas y su porcentaje de positividad entre los primeros 5 años (3.363 muestras y 40.3%) y los últimos 5 años del estudio (7.574 muestras y 28.3%) ($p < 0.05$).

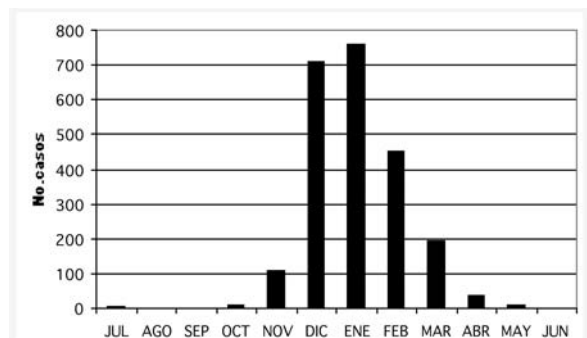
A lo largo del estudio se han aislado 3.503 virus, lo cual representa el 32.1% del total de las muestras

procesadas. Se han aislado 2.300 VRS lo que representa el 65.6% de todos los cultivos positivos. Del mismo modo se han aislado 510 virus gripales (385 Influenza A y 125 B) representando el 14.5% y el 4.6%; 294 virus parainfluenza (27 serotipos 1,2 y 267 serotipo 3) representando el 8.3% y el 2.6%; 240 adenovirus representando el 6,8% y el 2.2%; 124 enterovirus representando el 3.5% y el 1.1%; y 35 CMV representando el 0.9% y el 0.3% respectivamente (Gráfica 2).



Gráfica 2. Principales virus aislados en las muestras respiratorias estudiadas.

El VRS ha sido el virus aislado con un mayor porcentaje global (65.6%), aunque éste ha variado a lo largo del estudio; así el VRS representó el 81.9% de los virus en 1995 y el 18.4% en 2004 ($p < 0.05$). Las mayores tasas de aislamiento del VRS se han presentado entre los meses diciembre-febrero de cada año, mostrando su marcado carácter epidémico (Gráfica 3). Se ha observado un cambio significativo en la presentación mensual epidémica del VRS, así en el período 1995-1998 los picos máximos correspondían a los meses de enero y febrero, mientras que a partir de 1999 se ha observado desplazamiento del mes de presentación máxima hacia diciembre.



Gráfica 3. Distribución mensual acumulada de los casos de IRA causados por el virus respiratorio sincitial (VRS).

Los virus gripales (Influenza A y B) han representado el segundo grupo etiológico viral (14.5%) aislado a lo largo del estudio, presentando un porcentaje estadísticamente inferior ($p < 0.05$) al VRS. Los virus gripales han predominado en los meses invernales (diciembre-marzo) con un predominio en los meses de enero (31,5%) y febrero (24.5%) (Gráfica 4). De los 510 virus gripales aislados 385 (75.5%) pertenecían al tipo A y 125 (24.5%) al tipo B ($p < 0.05$). Las cepas del virus influenza A fueron subtipadas perteneciendo 333 (86.5%) al subtipo H3N2 y 52 (13.5%) al subtipo H1N1 ($p < 0.05$).

A lo largo de los años se ha observado un descenso en las tasas de aislamiento del VRS y un incremento significativo del aislamiento de los virus gripales, especialmente a partir de la temporada 1999-2000 con la puesta en marcha de la Red de Vigilancia de la Gripe en la Comunidad Balear (RVG). Esta es la causa de que en el año 2003 el porcentaje de aislamiento de los virus gripales fuera muy cercano (36.2%) al del VRS (39.6%) ($p > 0.05$).

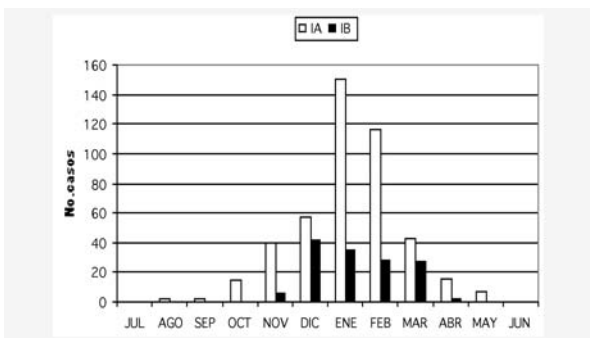
Los virus Parainfluenza 1, 2 y 3 han representado globalmente el 8.3% de todos los virus aislados. De los 294 casos, 267 (90.8%) correspondían al serotipo 3 y 27 (9.2%) al serotipo 1+2 ($p < 0.05$). Se ha observado un incremento significativo en el aislamiento del virus parainfluenza del 333% desde el inicio del estudio ($p < 0.05$) y entre los primeros y últimos cinco años del estudio. La distribución mensual acumulada de estos virus demuestra su predominio en los meses posteriores a las epidemias de VRS y gripe y su mantenimiento a lo largo del año (incluso en verano) alcanzando un segundo pico máximo en los meses invernales (Gráfica 5). El cuarto grupo etiológico viral lo han constituido

los adenovirus con 240 aislamientos y el 6.8% de las muestras positivas. Se ha observado un incremento significativo en el número de casos de infección respiratoria por adenovirus a lo largo del estudio; así en 1995 se aislaron 6 cepas mientras que en 2004 fueron 45 cepas (+750%) ($p < 0.05$).

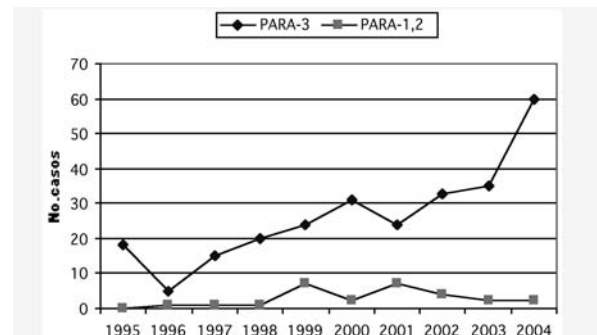
Los virus Parainfluenza 1, 2 y 3 han representado globalmente el 8.3% de todos los virus aislados. De los 294 casos, 267 (90.8%) correspondían al serotipo 3 y 27 (9.2%) al serotipo 1+2 ($p < 0.05$). Se ha observado un incremento significativo en el aislamiento del virus parainfluenza del 333% desde el inicio del estudio ($p < 0.05$) y entre los primeros y últimos cinco años del estudio. La distribución mensual acumulada de estos virus demuestra su predominio en los meses posteriores a las epidemias de VRS y gripe y su mantenimiento a lo largo del año (incluso en verano) alcanzando un segundo pico máximo en los meses invernales (Gráfica 5).

El cuarto grupo etiológico viral lo han constituido los adenovirus con 240 aislamientos y el 6.8% de las muestras positivas. Se ha observado un incremento significativo en el número de casos de infección respiratoria por adenovirus a lo largo del estudio; así en 1995 se aislaron 6 cepas mientras que en 2004 fueron 45 cepas (+750%) ($p < 0.05$). Los adenovirus han predominado en los meses invernales y de primavera con un pico máximo de aislamientos en el mes de marzo (17.5%) (Gráfica 6).

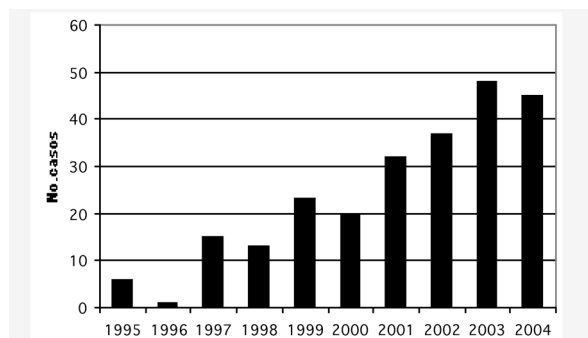
Los Enterovirus y el CMV no suelen considerarse como virus respiratorios pero pueden aislarse en estas muestras. Sólo se inició el estudio rutinario de los enterovirus en muestras respiratorias a partir del año 1998 observándose un incremento significativo de los mismos, pasando de 3 casos en este año a 21 en el año 2004 (+700%) ($p < 0.05$).



Gráfica 4. Distribución mensual acumulada de los aislamientos correspondientes a los virus gripales.



Gráfica 5. Aislamientos acumulados y evolutivos de los diferentes serotipos de los virus Parainfluenza.



Gráfica 6. . . Aislamiento de adenovirus a lo largo del estudio epidemiológico.

Los CMV sólo se han estudiado en muestras de pacientes ingresados en la UCI de modo que los casos aislados no representan la tasa real sobre el total de muestras estudiadas. A pesar de ello los 35 casos representan cerca del 1% de los positivos; observándose amplias variaciones en su aislamiento a lo largo de los años.

Discusión

Dado el marcado carácter epidémico de la mayoría de infecciones respiratorias víricas, es lógico que el mayor número de pacientes se acumulen en los meses correspondiente al pico epidémico. En nuestro caso los meses invernales (desde noviembre a marzo) se han constituido como aquellos que aportaban una mayor cantidad de muestras respiratorias (mayores tasas de prevalencia de las IRAs) (6,7). También en estos meses se han obtenido los porcentajes más elevados de positividad viral, coincidiendo con las epidemias anuales de infección por el VRS y los virus gripales (2,7). Aunque la media de positividad global de todo el estudio ha sido del 32.1%, el mes de enero ha presentado una positividad acumulada del 50.9% por encima de la observada en el mes de diciembre (44.2%) y significativa en relación a los otros meses del año (1-7).

El VRS ha sido el virus aislado con una mayor frecuencia en los pacientes con IRA coincidiendo con las epidemias invernales anuales (7,8). El patrón epidemiológico del VRS es bien conocido desde hace mucho tiempo y por lo tanto previsible (8,9). Durante el período epidemiológico 1995-1998 la onda epidémica anual causada por el VRS se iniciaba en enero alcanzaba el pico máximo en febrero y descendía a partir de marzo (9,10). Sin embargo en la temporada 1999-2000, observamos como la onda epidémica viral anual se adelantaba al mes de diciembre y luego empezaba a descender; el mismo

patrón epidemiológico se observó en las temporadas siguientes y persiste en la actualidad. De este modo en estos momentos la temporada epidémica anual del VRS se inicia intensamente en diciembre y el pico máximo se produce este mes o enero (11,12).

Los virus gripales (influenza virus A y B) también se presentan epidemiológicamente como ondas durante los meses de invierno, aunque en general lo hacen un poco más retrasados que el VRS (1,13). Sin embargo ambos virus coinciden en los meses de enero y febrero de modo que durante los mismos es clínicamente imposible distinguir las IRAs causadas por estos virus (1,2). En los últimos años hemos observado un incremento en la incidencia de las bronquiolitis y otras infecciones respiratorias causadas por los virus gripales (13,14). Prueba de este incremento es que globalmente se constituyen en nuestra zona geográfica como el segundo grupo vírico causante de bronquiolitis y eso a pesar de que tan sólo se puede detectar su presencia seis meses al año (15,16). En la temporada 1999-2000 se creó la RVG en la Comunidad Balear. Debido a ello se ha observado un incremento de casos de gripe a partir de esta temporada.

El número de casos de gripe detectados en cada temporada es muy variable y va a depender de las características antigénicas de la cepa circulante y su similitud con la incluida en la vacuna antigripal recomendada. Así mismo hemos podido observar como el virus Influenza A e Influenza B han presentado y presentan unos patrones epidemiológicos bastante distintos. El virus Influenza A está presente siempre en cada temporada gripal, con mayor o menor tasas de ataque en función del subtipo predominante (H3 o H1). El virus Influenza B se ha presentado de forma epidémica cada 2 años aproximadamente. Además de este comportamiento epidemiológico, las tasas máximas alcanzadas por el virus Influenza B son casi siempre inferiores a las del virus Influenza A y con una menor morbilidad en las personas infectadas (14,17). Sin embargo la aparición de un tipo antigénico nuevo a nivel mundial del virus Influenza B en la temporada 2002-2003 (B/Hong Kong/330/01) determinó que este virus alcanzara la tasa más elevada de infección comunitaria conocida en nuestra zona geográfica. El virus de la parainfluenza está constituido por cuatro serotipos, sin embargo el subtipo 3 es el prevalente en la patología respiratoria, mientras que los otros serotipos (preferentemente el 1 y 2) predominan en las laringitis, laringotraqueitis y sobre todo en el croup (1,18,19).

De los 294 virus de la parainfluenza aislados, 267 (90.8%) pertenecían al serotipo 3 y 27 (9.2%) a los serotipos 1,2, coincidiendo con otros estudios (19,20). El número de casos causados por el virus parainfluenza se ha incrementado significativamente en los últimos años pasando de 18 casos en 1995 a 60 casos en el año 2004 (+333%) ($p < 0.05$). Cabe destacar que 19 (70%) de los 27 casos causados por el virus parainfluenza serotipos 1,2 se produjeron en el trimestre octubre-diciembre, lo cual confirma su prevalencia en los meses invernales previos a las epidemias ya descritas (19,20).

Aunque el virus parainfluenza puede aislarse a lo largo del año, se observa un predominio claro y significativo en los meses de primavera-verano (abril-mayo), siendo en este período en el que alcanza la mayor incidencia (18). Estudios previos ya habían observado este fenómeno y el hecho demostrado que el virus parainfluenza emerge como patógeno ocupando el nicho ecológico viral una vez que el VRS y los virus gripales desaparecen en la comunidad (20). A pesar de su predominio en estos meses hemos detectado un segundo pico de máxima incidencia al inicio del invierno (noviembre y diciembre), a expensas de los casos causados por los serotipos 1,2, solapándose con el inicio de la epidemia del VRS (19,20).

Los adenovirus constituyen un grupo vírico responsable de la etiología de una gran variedad de cuadros clínicos en la infancia. Los adenovirus son los causantes del 5-24% de las infecciones respiratorias en los niños de menos de 5 años, disminuyendo su incidencia a medida que aumenta la edad (1,2,21). Los adenovirus se han presentado como el grupo viral causante de IRA de menor prevalencia (6.8%) detectado a lo largo de este estudio, aunque su tasa de aislamiento se ha incrementado significativamente en los últimos años pasando de 6 casos en 1995 a 45 casos en el año 2004 (+750%) ($p < 0.05$). Estos virus han mostrado un comportamiento irregular a lo largo del año, aunque su prevalencia máxima a correspondido al primer trimestre del año, solapándose con el VRS y los virus gripales (21,22).

Aunque existen muchos estudios sobre la mayoría de infecciones por enterovirus, no es así sobre su participación en las infecciones respiratorias tanto del tracto superior como inferior. Estudios clásicos, sin embargo, parecen indicar que los enterovirus son los principales agentes etiológicos de las enfermedades respiratorias agudas durante los meses de verano (23), pudiendo llegar a representar entre el 23-27% de todos los virus en este período anual (2,23). Aunque si se realiza un estudio sobre su

significado a lo largo de todo un año, se puede observar como su participación en las infecciones respiratorias es del 4-6% (24).

Dentro de las patologías producidas por CMV, las infecciones respiratorias son poco frecuentes y casi siempre se presentan en pacientes inmunodeprimidos o con patologías de base predisponentes (25). El porcentaje de aislamiento de CMV en muestras respiratorias es $< 10\%$, aunque en la mayoría de ocasiones no presenta un significado patológico evidente (1,25). La investigación de CMV en muestras respiratorias no se ha realizado de una forma rutinaria en las 10.937 muestras, de modo que el porcentaje de positividad asignado es sólo aproximativo. Cada año detectamos 2-4 casos nuevos de infección respiratoria por CMV afectando preferentemente a niños con infección congénita por el propio CMV, inmunodeprimidos (HIV-positivos) o post-transfusionales. La implicación del CMV en la patología respiratoria es en muchos casos difícil de demostrar, pero debe considerarse como patógeno en ausencia de otros microorganismos reconocidos (26).

Bibliografía

1. Palumbo PE, Douglas RG. Respiratory tract infections. En: Specter S, Lanz GJ, editores. Clinical virology manual. Elsevier, New York, 1986, p.263-282.
2. Hall CB, McBride JT. Bronchiolitis. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds.). Principles and practice of infectious diseases (5th). Churchill Livingstone, Philadelphia, 2000 p.710-717,
3. Welliver RC. Bronchiolitis and infectious asthma. En: Feigin RD, Cherry JD (eds.). Textbook of pediatric infectious diseases (4th). WB Saunders Co., Philadelphia, 1998 p.249-259.
4. Hall CB. Respiratory Syncytial virus. En: En: Feigin RD, Cherry JD (eds.). Textbook of pediatric infectious diseases (4th). WB Saunders Co., Philadelphia, 1998 p.2084-2110.
5. Chang TC, Wang CL, Han HL. Etiologic and clinical investigation of bronchiolitis. Chinese Med J 1978; 4:135-141.
6. Taussing LM, Wright AL, Morgan WJ, Harrison HR, Ray CG. The Tucson children's respiratory study. I. Design and implementation of a prospective study of acute and chronic respiratory illness in children. Am J Epidemiol 1989; 129:1219-1231.

7. Wright AL, Taussing LM, Ray CG, Harrison HR, Holberg CJ. The Tucson children's respiratory study. II. Lower respiratory tract illness in the first year of life. *Am J Epidemiol* 1989; 129:1232-1246.
8. Henderson FW, Collier AM, Clyde WA, Denny FW. Respiratory syncytial virus infections, reinfections and immunity: a prospective, longitudinal study in young children. *New Engl J Med* 1979; 300:530-534.
9. Brandt CD, Kim HW, Arrobio JO, Jeffries BC, Wood SC, Chanock RM, Parrott RH. Epidemiology of respiratory syncytial virus infection in Washington DC. *Am J Epidemiol* 1973; 98:355-364.
10. McIntosh K. Respiratory syncytial virus. En: Evans AS, Kaslow RA (eds). *Viral infections of humans. Epidemiology and control* (4th). Plenum Medical Book Co., New York, 1997 p.691-711.
11. Reina J, Ballesteros F, Mari M, Subirats M, Munar M. Modificación epidemiológica del brote anual de infección por el VRS (1998-1999). VI Congreso Nacional de Virología. Majadahonda, 1999. Libro de Comunicaciones Abstract No.P7-04, p.167.
12. Ortiz de Lejarazu R, de Prada A, Labayru C, Ortega M, Eiros JM, Moreno M, Rodríguez Torres A. Infecciones por virus respiratorio sincitial durante el período 1990-2000. VII Congreso Nacional de Virología. Valencia, 2001. Libro de Comunicaciones Abstract No.P4.02, p.145.
13. Mullooly JP, Barker WH. Impact of type A influenza on children: a retrospective study. *AM J Public Health* 1982; 72:1008-1016.
14. Reina Prieto J, M.J.Ros Aranda MJ, Del Valle Millan M. Características clínicas y virológicas de las infecciones respiratorias causadas por el virus Influenza A. *Rev Esp Pediatr* 1996; 52:315-319.
15. Reina J, García C, Ferres F, Alberto C, del Valle JM, Munar M. Características clínicas de las infecciones respiratorias causadas por el virus Influenza tipo B. *Rev Esp Pediatr* 1998; 54:308-312.
16. Reina J, Ballesteros F, Mesquida X, Galmes M, Ferres F, Ruiz de Gopegui E. Bronquiolitis causadas por el virus Influenza tipo A. Una enfermedad infecciosa emergente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19:467-470.
17. Reina J, Ballesteros F, Ferres F, Figuerola J, Mesquida X, Galmes M. Correlación entre los subtipos H3N2 y H1N1 del virus influenza A y los diferentes tipos de patología respiratoria. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57:164-168.
18. Glezen WP, Frank AL, Taber LH, Kasel JA. Parainfluenza virus type 3: seasonality and risk of infection and reinfection in young children. *J Infect Dis* 1984; 150:851-857.
19. Glezen WP, Denny FW. Parainfluenza viruses. En: Evans AS, Kaslow RA (eds). *Viral infections of humans. Epidemiology and control* (4th). Plenum Medical Book Co., New York, 1997 p.551-567.
20. Reed G, Jewett PH, Thomson J, Tollefson S, Wright PF. Epidemiology and clinical impact of parainfluenza virus infections in otherwise healthy infants and young children <5 years old. *J Infect Dis* 1997; 175:807-813.
21. Ruuskanen O, Meurman O, Akusjarvi G. Adenoviruses. En: Richman D, Whitley RJ, Hayden FG (ed). *Clinical Virology*. Churchill Livingstone. New York, 1997 p.525-547.
22. Ballesteros F, Reina J, Ferres F, Figuerola J, Alberto C, Mari M, Munar M. Análisis de las características clínicas y virológicas de los pacientes con aislamiento de adenovirus en muestras respiratorias. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56:225-230.
23. Chonmaitree T, Mann L. Respiratory infections. En: Rotbart HA, editor. *Human enterovirus infections*. American Society for Microbiology, Washington. 1995, p.255-272.
24. Reina J, Ferres F, Gonzalez Cardenas M, Ruiz de Gopegui E, Alonso F, Padilla E. Aislamiento de poliovirus vacunales en diferentes muestras clínicas (1997-2002). *Rev Esp Pediatr* 2003; 59:492-495
25. Demmler GJ. Acquired cytomegalovirus infections. En: Feigin RD, Cherry JD, editores. *Textbook of pediatric infectious diseases*. 3ª edición. Philadelphia. WB Saunders, 1992, p.1532-1543.
26. Reina, J Ballesteros F, Figuerola J, Ferres F, Balliu P, Munar M, Mari. M Análisis del significado clínico y virológico del aislamiento de citomegalovirus en muestras del tracto respiratorio. *Rev Esp Pediatr* 1999; 55:240-245.

Valoración de la implicación y del estrés ocupacional en población laboral de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears mediante el modelo de Siegrist

A. Arturo López González, N. Monroy Fuenmayor ¹, C. Núñez Fernández ²,

I. Campos González ²

Introducción

Si realizamos un repaso a los estudios científicos que abordan la relación existente entre las malas condiciones psicosociales en el puesto de trabajo y la presencia de patología en los trabajadores que las sufren vemos que esta relación es incuestionable en la actualidad.

Cuando se valora la prevalencia de un determinado problema es frecuente encontrar un baile de cifras según los diferentes autores y trabajos que se consulten, esta situación se repite cuando hablamos de condiciones psicosociales desfavorables, aunque la mayoría de autores la cifran en el 10-30%. Cuando valoramos estas condiciones psicosociales poco favorables vemos que destaca entre ellas el estrés laboral.

Al principio, el estrés puede mejorar el rendimiento del trabajador al aumentar entre otras la atención y la memoria, pero si el proceso es muy intenso o continua en el tiempo los recursos de la persona se agotan y se produce una disminución del rendimiento.

El estrés actúa negativamente sobre la salud de diferentes maneras:

- Modificando los hábitos saludables: Se fuma, come y bebe más. Se hace menos ejercicio y se duerme menos.

- Hiperactivación fisiológica que mantenida en el tiempo provoca: enfermedades cardiovasculares (hipertensión, cardiopatía isquémica..), enfermedades digestivas, sexuales, osteomusculares, inmunodepresiones que hacen aumentar el riesgo de cuadros infecciosos como la gripe, etc.

Premi Mutua Balear 2005

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de GESMA

1 Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de CAIB

2 Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Soluciones Preventivas

· Trastornos de ansiedad o incluso ataques de pánico.

De todos estos datos se deduce que es muy importante conocer los niveles de estrés en las personas y, trasladándolo al mundo laboral, en los diferentes sectores productivos.

En la actualidad existen dos modelos que permiten una evaluación cuantitativa del problema:

-Demanda – Control de Karasek.

-Desequilibrio Esfuerzo – Recompensa de Siegrist.

Mientras el modelo de Karasek evalúa las características específicas del puesto y el grado de control sobre las tareas, el modelo de Siegrist nos da información adicional sobre una serie de características del trabajador como son el esfuerzo que debe realizar para completar sus tareas, la recompensa que obtiene y el nivel de implicación que tiene con la empresa.

Con el presente trabajo nos proponemos conocer los niveles de esfuerzo, recompensa, implicación y estrés de un colectivo de trabajadores de Baleares, así como la influencia que tienen diversos factores sociodemográficos en los citados valores.

Además pretendemos establecer valores de referencia con este modelo en población española y en diferentes colectivos laborales que sirvan de punto de partida para posteriores estudios.

Personas y método

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el que participan 1746 trabajadores de Baleares. El tamaño muestral se calcula para una seguridad del 99% y una precisión del 2%. Se realiza un muestreo aleatorio por colectivos laborales en base al tamaño de muestra obtenido.

Las características sociodemográficas más relevantes son:

Edad media 36,78 años (d típica 9,83). 49,94% tienen hasta 35 años, 37,97% entre 36 y 49 años, 12,08% más de 49 años. 41,98% son mujeres. Sin estudios o primarios (29,5%), Secundarios (37,4%), Universitarios (33,1%). Directivos 8,53%, encargados 22,97%, trabajadores manuales 33,45%, trabajadores no manuales 31,21% y autónomos 3,84%. Sector público 44,73%, privada 55,27%. Antigüedad hasta 1 año 23,08%, más de 1 y hasta 5 años 29,67%, más de 5 años 47,25%. 16,84% tienen pluriempleo, 21,76% trabajan más de 40 horas a la semana.

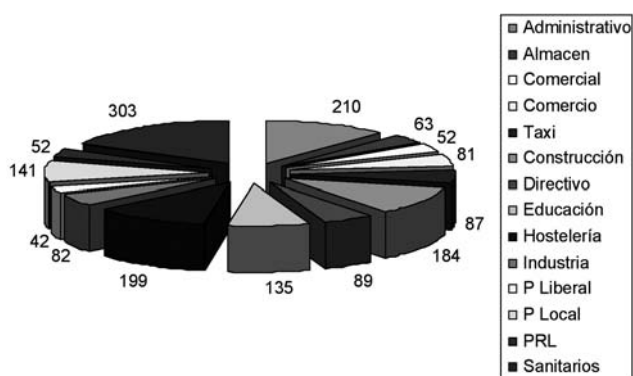


Fig. 1.

66,09% no tienen turnos, 18,04% turnos sin noche y 15,86% turnos con noche. El reparto por colectivos laborales se ve en la figura 1.

Como instrumento de medida se utiliza el cuestionario abreviado de Siegrist & Peter de la Universidad de Dusseldorf 1998 validado para la población española por Macías Robles et al en el año 2003 en una muestra de 298 trabajadores sanitarios del Hospital Comarcal de Avilés.

El cuestionario es autoadministrado y anónimo para asegurar la confidencialidad.

Consta de tres partes:

- Variables sociodemográficas: Se recogen las variables más importantes (edad, sexo, nivel educativo) y un mínimo de información descriptiva del ambiente laboral (situación laboral, profesión, tipo de trabajo, tipo de empresa, antigüedad, pluriempleo, nº de horas que trabaja, trabajo a turnos). En total son 11 preguntas.

- Componente extrínseco: Combina información sobre las demandas y las recompensas en el trabajo. Consta de 17 preguntas.

Escala de esfuerzo extrínseco: representa el esfuer-

zo que para el trabajador exige su tarea. Consta de 5 o 6 preguntas (dependiendo de que el trabajo sea manual o no se contestará o no la pregunta número 5). Las preguntas abordan diferentes aspectos: 1 Ritmo apurado. 2 Interrupciones frecuentes. 3 Mucha responsabilidad. 4 Horas extra. 5 Esfuerzo físico. 6 Cada vez más trabajo. Todas estas preguntas tienen descriptores de respuesta estratificados en dos pasos; en primer lugar, se pregunta si se está o no de acuerdo con la cuestión y, en segundo lugar, se pide que se evalúe en que medida afecta negativamente la experiencia al trabajador. Así, si la cuestión no es aplicable al trabajador se puntúa 1; si es aplicable pero no le afecta, la puntuación es 2; si le afecta moderadamente se puntúa 3; si le afecta mucho, 4; y si le afecta muchísimo 5. A mayor puntuación mayor esfuerzo extrínseco.

Escala recompensa: Consta de 3 factores :ESTATUS FINANCIERO (escasa promoción, adecuación al cargo, oportunidades de promoción adecuadas y salario adecuado), ESTIMA (Reconocimiento de los superiores y de los compañeros, apoyo en situaciones difíciles, tratamiento injusto, reconocimiento del esfuerzo) y SEGURIDAD EN EL TRABAJO (Empeoramiento del trabajo e inseguridad del puesto de trabajo). En total son 11 preguntas. La categorización de las respuestas es similar a la escala anterior. El rango de puntuación final que oscila entre 11 y 55. Si la puntuación es baja indica una recompensa baja.

Nivel de estrés del trabajador: es el resultado de dividir esfuerzo extrínseco y recompensa. Para compensar el distinto número de preguntas de cada escala se multiplica el cociente por un factor de corrección (0,4545 o 0,5454 dependiendo que el numerador tenga 5 o 6 preguntas). Con todo esto obtenemos una medida estandarizada del componente extrínseco del modelo definida por un umbral donde:

- Valores no patológicos: Hasta 1.
- Valores de estrés: Más de 1.
- Nosotros, valorando la importancia de la prevención primaria, consideramos que se deben tener en cuenta valores algo menores (a partir de 0,7) ya que nos estarían indicando lo que podríamos llamar una situación de pre estrés donde las medidas preventivas todavía pueden resultar eficaces.

- Componente intrínseco (sobreimplicación): Valora la dedicación excesiva al trabajo, los sentimientos positivos y negativos y las actitudes relacionadas con el trabajo.

Se utiliza una versión reducida de 6 preguntas que ha demostrado en estudios previos que representa adecuadamente la citada dimensión. Se valoran también con una escala tipo Likert, pero de 4 intervalos: 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 de acuerdo y 4 muy de acuerdo. Una de las preguntas tiene sentido negativo y por ello se codifica de forma inversa al resto. Los valores van de 6 a 24. A mayor valor más implicación en el trabajo.

Resultados

Para determinar si hay diferencias estadísticamente significativas en cada variable estudiada (Esfuerzo, Recompensa, Estrés e implicación) se utiliza la estimación y contraste de la diferencia poblacional de dos proporciones. Para valorar si hay diferencias en el % de trabajadores con Estrés o Estrés más Pre Estrés se emplea la t-student.

En primer lugar vamos a exponer los resultados obtenidos en cada una de las variables estudiadas (esfuerzo, recompensa, nivel de estrés, implicación y porcentaje de personas sin estrés, con pre estrés o con estrés establecido) relacionándolas con los distintos factores sociodemográficos.

En los valores de esfuerzo, recompensa, implicación y estrés se indicará la media y entre paréntesis

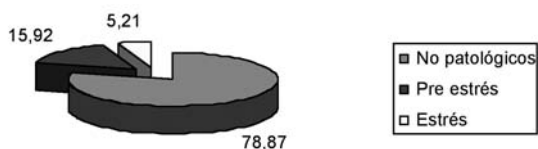


Fig. 2.

la desviación típica.

Cuando se valore el % de trabajadores según nivel de estrés plantearemos dos situaciones: 1.- Sólo % de trabajadores con estrés y 2.- % de trabajadores con Estrés + Pre estrés (ya que consideramos que se debe intervenir no sólo cuando el estrés ha aparecido si no cuando se empieza a esbozar).

Resultados globales:

· Esfuerzo (E): 11,72. Recompensa (R): 48,35. Estrés (E/R): 0,515. Implicación (I): 13,488.

·Valores: No patológicos (NP): 78,87%. Pre estrés (PE): 15,92%. Estrés (ES): 5,21%.

Resultados según variables sociodemográficas:

Por Edad:

Hasta 35 años: E 11,5356 (4,3192) R 48,753 (6,66). E/R 0,4973 (0,2303). I 13,359 (3,607)

Valores: No patológicos (NP): 80,16%. Pre estrés (PE): 16,055%. Estrés (ES): 3,78%.

De 36 a 49 años: E 11,817 (4,7265). R 47,9 (7,3538). E/R 0,5278 (0,2745). I 13,43 (3,803).

Valores: No patológicos (NP): 79,638%. Pre estrés (PE): 14,78%. Estrés (ES): 5,58%.

Más de 49 años: E 12,194 (5,3927). R 48,0758 (7,2331). E/R 0,5489 (0,3114). I 14,22 (4,066)

Valores: No patológicos (NP): 72,51%. Pre estrés (PE): 18,957%. Estrés (ES): 8,53%.

No hay diferencias estadísticamente significativas en Esfuerzo en ninguna de las categorías.

En Recompensa sólo hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 y 2. p 0,0191

En Implicación hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 3 (p 0,0035) y 2 y 3 (p 0,0133).

En Estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p 0,0038) y 1 y 3 (p 0,002).

En el porcentaje de trabajadores con Estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p 0,0035).

En el porcentaje de trabajadores con Estrés más Pre Estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 3 p 0,0149) y entre 2 y 3 (p 0,0297)

Por Género:

Mujeres: E 11,84 (4,439). R 47,7667 (7,0789). E/R 0,5265 (0,2506). I 13,82 (3,8254)

Valores: No patológicos (NP): 76,81%. Pre estrés (PE): 19,37%. Estrés (ES): 3,82%.

Hombres: E 11,637 (4,7451). R 48,765 (6,9305). E/R 0,507 (0,2648). I 13,23 (3,6636).

Valores: No patológicos (NP): 80,75%. Pre estrés (PE): 13,42%. Estrés (ES): 6,22%.

No hay diferencias estadísticamente significativas en Esfuerzo (p 0,3649) pero si en Recompensa (p 0,0033) e Implicación (p 0,032)

Hay diferencias estadísticamente significativas en porcentaje de trabajadores con Estrés (p 0,026) y Estrés más Pre Estrés (p 0,0457).

Por nivel educativo:

Sin estudios o primarios: E 10,901 (4,5352). R 50,247 (6,0297). E/R 0,4418 (0,2112). I 13,387 (3,8459). Valores: No patológicos (NP): 86,99%. Pre estrés (PE): 10,48%. Estrés (ES): 2,52%.

Secundarios: E 11,55 (4,5368). R 48,23 (7,0927). E/R 0,5036 (0,2468). I 13,3717 (3,7898).

Valores: No patológicos (NP): 81,62%. Pre estrés (PE): 14,24%. Estrés (ES): 3,52%.

Universitarios: E 12,6488 (4,6309). R 46,7872 (7,3245). E/R 0,5936 (0,2884). I 13,6968 (3,6095).

Valores: No patológicos (NP): 68,51%. Pre estrés (PE): 22,66%. Estrés (ES): 8,82%.

En Esfuerzo hay diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías. Entre 1 y 2 (p,0,015), entre 1 y 3 (p 0,0005) y entre 2 y 3 (p 0,003).

En Recompensa hay diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías. Entre 1 y 2 (p,0,0003), entre 1 y 3 (p 0,0001) y entre 2 y 3 (p 0,0005).

En Implicación no hay diferencias estadísticamente significativas entre ninguna de las categorías.

En Estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías. Entre 1 y 2 (p 0,0007), entre 1 y 3 (p 0,00001) y entre 2 y 3 (p 0,0005).

El porcentaje de trabajadores con Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 3 (p 0,0009) y 2 y 3 (p 0,0009).

El porcentaje de trabajadores con Estrés + Pre Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas en todas las variables. Entre 1 y 2 (p,0,013), entre 1 y 3 (p 0,0004) y entre 2 y 3 (p 0,001).

Por tipo de trabajo:

Directivos: E 14,832 (5,6871). R 48,322 (6,1284). E/R 0,6648 (0,2966). I 15,2238 (3,9189).

Valores: No patológicos (NP): 52,35%. Pre estrés (PE): 34,9%. Estrés (ES): 12,75%.

Encargado: E 11,237 (4,6719). R 48,686 (6,8652). E/R 0,5 (0,2485). I 13,667 (3,6942).

Valores: No patológicos (NP): 80,8%. Pre estrés (PE): 14,46%. Estrés (ES): 4,74%.

Trabajadores manuales: E 11,719 (4,4305). R 48,899 (6,7169). E/R 0,4866 (0,2425). I 13,139 (3,7714).

Valores: No patológicos (NP): 82,02%. Pre estrés (PE): 14,21%. Estrés (ES): 3,77%.

Trabajadores no manuales: E 11,189 (4,165). R 46,833 (7,5719). E/R 0,5247 (0,2683). I 12,96 (3,4708).

Valores: No patológicos (NP): 79,63%. Pre estrés (PE): 14,86%. Estrés (ES): 5,5%.

Autónomos: E 12,074 6 (4,1389). R 53,8955 (2,0459). E/R 0,4409 (0,154). I 16,3725 (3,2247).

Valores: No patológicos (NP): 92,52%. Pre estrés (PE): 7,46%. Estrés (ES): 0%.

En Esfuerzo hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y el resto y entre 3 y 4.

/En Recompensa hay diferencias estadísticamente significativas entre 5 y el resto y entre 4 con 2 y 3.

En Implicación hay diferencias estadísticamente significativas en todos salvo entre 1 y 5, y entre 3 y 4.

En Estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y el resto, entre 3 y 4 y entre 4 y 5.

En el porcentaje de trabajadores con estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y el resto y entre 4 y 5.

En el porcentaje de trabajadores con Estrés más Pre Estrés hay diferencias estadísticamente significativas entre 1 y el resto y entre 5 y el resto.

Por tipo de empresa:

Pública: E 11,7644 (4,4553). R 46,758 (7,1818). E/R 0,5417 (0,2643). I 13,1602 (3,6619).

Valores: No patológicos (NP): 76,18%. Pre estrés (PE): 18,31%. Estrés (ES): 5,5%.

Privada: E 11,6881 (4,7492). R 49,6342 (6,5939). E/R 0,4937 (0,2528). I 13,7462 (3,7918).

Valores: No patológicos (NP): 81,03%. Pre estrés (PE): 13,99%. Estrés (ES): 4,97%.

Hay diferencias estadísticamente significativas en Recompensa (p 0,00001) e Implicación (p 0,0017) y no la hay en Esfuerzo (p 0,7316).

Hay diferencias estadísticamente significativas en Estrés (p 0,0001).

No hay diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de trabajadores con Estrés (p 0,6202) pero si en el de Estrés más Pre Estrés (p 0,0136).

Por antigüedad:

Hasta 1 año: E 10,8759 (4,3434). R 49,464 (5,9279). E/R 0,4533 (0,207). I 12,4589 (3,4357).

Valores: No patológicos (NP): 84,12%. Pre estrés (PE): 14,64%. Estrés (ES): 1,24%.

Más de 1 año y hasta 5 años: E 11,874 (4,4939). R 47,797 (7,3). E/R 0,531 (0,262). I 13,582 (3,6675).

Valores: No patológicos (NP): 77,41%. Pre estrés (PE): 16,6%. Estrés (ES): 5,98%.

Más de 5 años: E 12,04 (4,7791). R 48,1479 (7,2531). E/R 0,5351 (0,275). I 13,986 (3,8513).

Valores: No patológicos (NP): 77,2%. Pre estrés (PE): 16,12%. Estrés (ES): 6,66%.

Esfuerzo presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p0,0007) y entre 1 y 3 (p 0,0004)

Recompensa presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p0,0002) y entre 1 y 3 (p 0,0016).

Implicación presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p0,0003) y entre 1 y 3 (p 0,0005).

Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p0,0001) y entre 1 y 3 (p 0,0001).

El porcentaje de trabajadores con Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p0,0002) y entre 1 y 3 (p 0,0003).

El porcentaje de trabajadores con Estrés más Pre Estrés

presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p 0,011) y entre 1 y 3 (p 0,0048).

Por pluriempleo:

Si: E 12,8095 (4,6792). R 46,707 (7,1866). E/R 0,5833 (0,2724). I 13,798 (3,7352).

Valores: No patológicos (NP): 67,69%. Pre estrés (PE): 25,17%. Estrés (ES): 7,14%.

No: E 11,502 (4,5769). R 48,6798 (6,9274). E/R 0,5010,2541). I 13,43 (3,7458).

Valores: No patológicos (NP): 81,13%. Pre estrés (PE): 14,05%. Estrés (ES): 4,82%.

Esfuerzo (p 0,0009) y Recompensa (0,0001) presentan diferencias estadísticamente significativas mientras Implicación no (p 0,1476).

Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas (p 0,0006).

El porcentaje de trabajadores con Estrés no presenta diferencias estadísticamente significativas (p 0,1026), el de Estrés más Pre Estrés si (p 0,0003).

Por horas trabajadas:

Hasta 40 horas: E 11,503 (4,4723). R 47,9466 (7,1906). E/R 0,5149 (0,2633). I 13,3416 (3,6429).

Valores: No patológicos (NP): 79,35%. Pre estrés (PE): 15,67%. Estrés (ES): 4,98%.

Más de 40 horas: E 12,5095 (5,045). R 49,7724 (6,1875). E/R 0,5154 (0,2435). I 14,0511 (4,0546).

Valores: No patológicos (NP): 76,69%. Pre estrés (PE): 17,34%. Estrés (ES): 5,96%.

Esfuerzo (p 0,0002), Recompensa (p 0,0009) e Implicación (0,002) presentan diferencias estadísticamente significativas.

Estrés no presenta diferencias estadísticamente significativas (p 0,9738).

El porcentaje de trabajadores con Estrés no presenta diferencias estadísticamente significativas (p 0,4514) , el de Estrés más Pre Estrés tampoco (p 0,2674).

Por realización de turnos:

Sin turnos: E 11,6646 (4,5551). R 48,7149 (7,023). E/R 0,5175 (0,2659). I 13,777 (3,7767).

Valores: No patológicos (NP): 78,51%. Pre estrés (PE): 15,94%. Estrés (ES): 5,55%.

Con turnos sin noches: E 11,222 (4,7089). R 48,581 (6,4578). E/R 0,477 (0,238). I 12,934 (3,5518).

Valores: No patológicos (NP): 84,13%. Pre estrés (PE): 11,74%. Estrés (ES): 4,13%.

Con turnos con noches: E 12,5307 (4,693). R 46,552 (7,2947). E/R 0,5486 (0,2479). I 12,877 (3,6951).

Valores: No patológicos (NP): 74,37%. Pre estrés (PE): 20,94%. Estrés (ES): 4,69%.

Esfuerzo presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 3 (p 0,0048) y entre 2 y 3 (p 0,0008).

Recompensa presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 3 (p 0,0005) y entre 2 y 3 (p 0,0004).

Implicación presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p 0,0006) y entre 1y 3 (p 0,0006).

Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 3 (p 0,0155) y entre 2 y 3 (p 0,0004).

El porcentaje de trabajadores con Estrés no presenta diferencias estadísticamente significativas.

El porcentaje de trabajadores con Estrés más Pre Estrés presenta diferencias estadísticamente significativas entre 1 y 2 (p 0,0279) y entre 2 y 3 (p 0,0033).

Por colectivos laborales:

Administrativo: E 10,55. R 48,238. E/R 0,5. I 13,627.

Valores: No patológicos (NP): 84,28%. Pre estrés (PE): 11,43%. Estrés (ES): 4,29%.

Almacén: E 11. R 50,33. E/R 0,4369. I 13,619.
Valores: No patológicos (NP): 90,48%. Pre estrés (PE): 9,52%. Estrés (ES): 0%.

Comerciales: E 12,15. R 51,15. E/R 0,5061. I 14,58.

Valores: No patológicos (NP): 80,77%. Pre estrés (PE): 15,38%. Estrés (ES): 3,85%.

Comercio: E 10,642. R 49,91. E/R 0,44. I 12,49.

Valores: No patológicos (NP): 80,24%. Pre estrés (PE):

14,81%. Estrés (ES): 4,94%.

Taxistas: E 10,625. R 53,32. E/R 0,3969. I 14,62.

Valores: No patológicos (NP): 93,1%. Pre estrés (PE): 6,9%. Estrés (ES): 0%.

Construcción: E 10,94. R 50,196. E/R 0,439. I 12,696.

Valores: No patológicos (NP): 90,22%. Pre estrés (PE): 4,35%. Estrés (ES): 5,43%.

Directivos: E 16,66. R 47,49. E/R 0,7576. I 16,01.

Valores: No patológicos (NP): 37,08%. Pre estrés (PE): 48,31%. Estrés (ES): 14,61%.

Educación: E 13,3. R 45,34. E/R 0,6506. I 14,39.

Valores: No patológicos (NP): 65,18%. Pre estrés (PE): 22,96%. Estrés (ES): 11,85%.

Hostelería: E 11,67. R 49,41. E/R 0,4684. I 13,37.

Valores: No patológicos (NP): 84,93%. Pre estrés (PE): 13,06%. Estrés (ES): 2,01%.

Industria: E 10,62. R 47,72. E/R 0,489. I 12,73.

Valores: No patológicos (NP): 85,37%. Pre estrés (PE): 4,88%. Estrés (ES): 9,76%.

Profesiones liberales: E 11,9. R 49,57. E/R 0,5295. I 14,41.

Valores: No patológicos (NP): 76,19%. Pre estrés (PE): 19,05%. Estrés (ES): 4,76%.

Policía Local: E 10,03. R 46,86. E/R 0,4696. I 11,93.

Valores: No patológicos (NP): 88,65%. Pre estrés (PE): 9,93%. Estrés (ES): 1,42%.

Técnicos PRL: E 12,25. R 47,1. E/R 0,5464. I 13,32.

Valores: No patológicos (NP): 69,23%. Pre estrés (PE): 30,77%. Estrés (ES): 0%.

Sanitarios: E 12,35. R 46,32. E/R 0,553. I 13,15.

Valores: No patológicos (NP): 73,27%. Pre estrés (PE): 20,79%. Estrés (ES): 5,94%.

En la imagen se observa el reparto en los niveles de estrés, pre estrés y situación no patológica en los diferentes colectivos.

Resumen de resultados:

Los niveles de Estrés se ven influidos por :

- Edad (van aumentando a medida que lo hace ésta).
 - Nivel de estudios (van aumentando a medida que lo hacen éstos).
 - Tipo de trabajo (especialmente entre directivos y resto de colectivos). Llama la atención la situación de los autónomos y su bajo nivel de estrés.
 - Tipo de empresa (mayor nivel en la pública).
 - Antigüedad (entre los ≤ 1 año y el resto).
 - Pluriempleo (mayor nivel si hay pluriempleo).
 - Trabajo con noches (no es en si el trabajo a turnos el que influye, sino que éste incluya las noches).
- No hay relación entre niveles de Estrés y :

- Género.
- Horas trabajadas.

Por colectivos:

·Entre los valores de Esfuerzo llaman la atención los de Directivos y Educación (valores elevados) y Administrativos, Comercio, Taxistas, Industria y Policía (valores bajos).

·Entre los valores de Recompensa destacan Educación, Sanitarios, Policía, Técnicos PRL, Directivos e Industria (valores bajos) y Taxistas y Comerciales (valores altos).

·En los valores de Implicación destacaremos Directivos, Taxistas, Comerciales, Profesiones liberales y Educación (valores altos) y Policía Local (valores bajos).

·En los valores de Estrés destacamos Directivos, Educación, Sanitarios, Técnicos PRL y Profesiones liberales (valores altos) y Taxistas, Almacén, Construcción y Comercio (valores bajos).

·En el % de personas con estrés observamos que Directivos, Educación , Industria, DUE y Aux de Enfermería tienen valores altos mientras Taxistas, Almacén y Técnicos PRL no presentan ningún trabajador con estrés.

·En el porcentaje de personas con estrés + pre estrés observamos valores elevados en Directivos, Educación, Sanitarios y P liberales, y valores bajos en Taxistas, Almacén , Construcción y Policía Local.

Conclusiones

El modelo de Siegrist no sólo da información sobre los niveles de Estrés que padecen los trabajadores si no que también nos informa de otros conceptos importantes como son el esfuerzo que realizan, la recompensa que obtienen y el grado de implicación con su empresa.

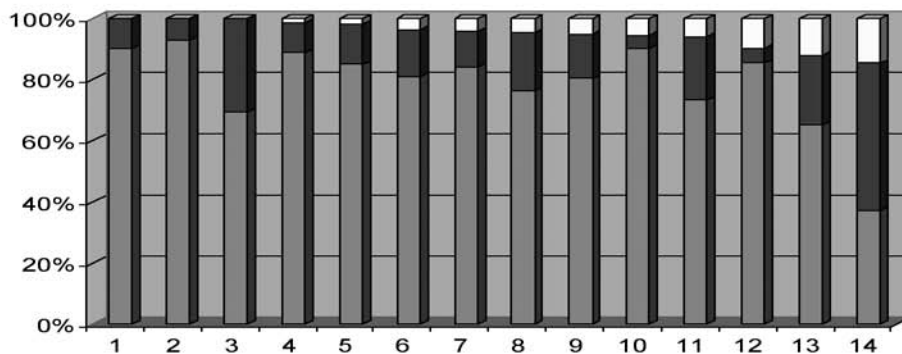


Fig 3. En amarillo estrés, en morado pre estrés y en azul no patológico.

- 1.- Almacén. 2.- Taxistas. 3.- Técnicos PRL. 4.- Policía Local. 5.- Hostelería. 6.- Comerciales. 7.- Administrativos. 8.- Profesiones Liberales. 9.- Comercio. 10.- Construcción. 11.- Sanitarios. 12.- Industria. 13.- Educación. 14.- Directivos

Esta información que nos añade el método es importante ya que nos permite detectar situaciones distintas del mero estrés, es decir, aquellas personas que no teniendo estrés establecido si presentan realidades que podríamos denominar como poco satisfactorias (elevado esfuerzo, baja recompensa, escasa implicación...) y que en caso de persistir en el tiempo pueden llegar a desembocar en estrés.

Creemos que es importante poder disponer, por primera vez, de datos de estrés con el modelo de Siegrist en población laboral general de España (hasta ahora sólo había del colectivo sanitario) ya que esto nos puede servir de marco de referencia para posteriores estudios.

En base a los resultados obtenidos creemos que sería importante realizar actividades encaminadas a :

- Impedir la implantación del estrés en situaciones que hemos denominado de pre estrés aprovechando que se ha realizado un diagnóstico precoz. Para ello se debería actuar sobre el sistema de trabajo y con una acción colectiva.

- Impedir la evolución y el aumento de las situaciones de estrés ya establecidas. Para ello se debería actuar no sólo sobre el sistema de trabajo sino también sobre el individuo (acción colectiva e individual).

Aprovechando los resultados obtenidos deberíamos orientar nuestras actividades sobre aquellos colectivos más afectados (mayores de 49 años, universitarios, empresa pública, antigüedad mayor de 1 año, pluriempleo, turnos de noche, directivos, educadores y sanitarios).

Bibliografía

1. Macías Robles, M.D.; Fernández López, J.A.; Hernández Mejía, R.; Cueto Espinar, A.; Rancaño. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español: estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo "Desequilibrio-recompensa" de Siegrist, J. *Medicina clínica*, 2003; 120(17)

2. Hans Martin Hasselhorn, María Widerszal-Bazyl, Pjotr Radkiewicz and the NEXT-Study Group. Effort, reward and effort-reward imbalance in the nursing profession in Europe.

3. Aleck S Ostry, Shona Kelly, Paul A Demers, Cameron Mustard and Clyde Hertzman. A comparison between the effort-reward imbalance and demand control models. *BMC Public Health* 2003, 3:10.

4. Akizumi Tsutsumi, Kazunori Kayaba, Makiko Nagami, Akiko Miki, Yuri Kawano, Yumiko Ohya, Yuko Odagiri and Teruichi Shimomitsu. The effort-reward imbalance model: experience in Japanese working population. *J Occup Health* 2002; 44: 398-407.

5. Kivimäki Mika, Päivi Leino-Arjas, Ritva Luukkonen, Hilikka Riihimäki, Jussi Vahtera, Juhani Kirjonen. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *BMJ* 2002; 325: 857.

6. Siegrist J. The model of effort-reward imbalance: Measurement www.uni-duesseldorf.de/MedicalSociology/eri/measurement.htm

7. López González A A et al. Estudio del estrés laboral en Baleares aplicando el cuestionario desequilibrio esfuerzo recompensa. *Medicina Balear*. Septiembre-Diciembre 2004.

8. Siegrist J, Starke D, Chamola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, & Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work. European Comparison. Special Issue *Social Science & Medecine*.

9. Siegrist J. Adverse health effects of high effort-low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol* 1:27-43.

10. Siegrist J. Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: Theory, empirical support and implications for prevention. Cooper C, ed. *Theories of Organizational Stress*. Oxford: Oxford University Press, 1998: 190-204

Actividad obstétrica en el Hospital de Manacor.

Una revisión histórica (1997-2005)

J. Agüera Ortiz, A. Calvo Pérez¹

Introducción y objetivos

El 16 de abril de 1997 a las 07.40 horas, nació el primer niño en el Hospital de Manacor: fue un parto eutócico con anestesia epidural. Desde entonces, el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Manacor ha venido cubriendo las necesidades de asistencia obstétrica de la mitad oriental de la isla de Mallorca (el Llevant Mallorquí).

En el momento de la apertura del hospital, nuestro centro daba cobertura al 20% de la población de Mallorca. Hoy en día, a pesar de la apertura de nuevos centros sanitarios en la isla, nuestra área de influencia sigue siendo prácticamente la misma pero el porcentaje de población atendido es significativamente mucho mayor.

La asistencia al parto, el porcentaje de cesáreas, el uso de la episiotomía en partos normales, los cambios poblacionales por la migración, la elección libre del tipo de parto son entre otros, temas de plena actualidad en los foros nacionales e internacionales de la obstetricia, pero también son motivo cada vez más de opiniones y reivindicaciones por parte de movimientos sociales ajenos a la profesión médica. Estas corrientes de opinión en la sociedad en general, en las asociaciones de mujeres, en las decisiones judiciales cuando se producen casos desgraciados etc., ejercen sin duda su influencia en la asistencia al parto, una parte de la medicina con gran repercusión social, desde siempre aunque mayor si cabe en los últimos tiempos.

El objetivo fundamental de esta revisión es hacer un análisis de la actividad obstétrica realizada por el Servicio de Ginecología del Hospital de Manacor, desde su apertura hasta nuestros días, compartir esta información con los profesionales de otros centros

maternales de les Illes Balears y con todos aquellos facultativos, que aunque pertenecientes a otras especialidades, tengan interés por la evolución en nuestra isla de esta parcela de la atención sanitaria.

Material y métodos

Se analizan los partos ocurridos en el Hospital de Manacor desde abril de 1997, fecha de su apertura a diciembre de 2005, estudiando diversas variables, como el número total de partos, tipo de parto (eutócico, podálica, vaginal instrumentado o cesárea), porcentaje de partos inducidos, porcentaje de partos con anestesia epidural, el uso de episiotomía y la mortalidad perinatal, incluyendo fetos de más de 500 gramos de peso al nacer.

Se realiza un análisis comparativo de algunas de las variables en los diferentes años estudiados, utilizando pruebas estadísticas de comparación de proporciones mediante el paquete estadístico R-SIGMA.



Grafico 1.

Resultados

En el año de apertura del Hospital de Manacor, 1997, hubo un total de 491 partos, de los cuales el 69.9% fueron eutócicos (vaginales normales), en 39 casos se realizaron extracciones mediante ventosa (vacuo-extracción) (7.9% de los partos) y en 32 casos el parto fue mediante forceps (6.5%).

Jefe de sección de Ginecología

¹Jefe de servicio de Obstetricia y Ginecología
Servicio de Obstetricia y Ginecología
Hospital de Manacor

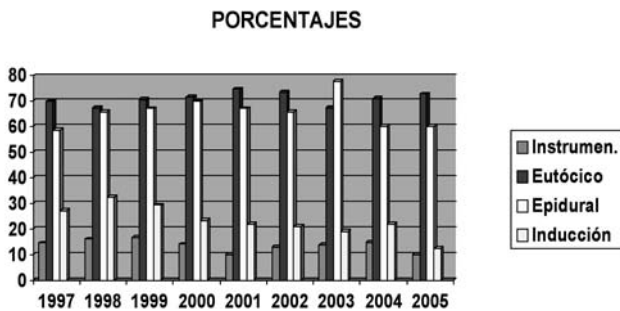


Grafico 2.

En ese año no estaba todavía introducido en nuestro centro el uso de otros instrumentos tocúrgicos para la extracción fetal como las espátulas de Thierry. En 5 casos se realizó un parto vaginal de nalgas (1%).

Las cesáreas supusieron el 14.7% de los partos de 1997 .

Otros datos de interés fueron por ejemplo que el 58.8% de las mujeres a las que se les atendió el parto, disfrutaron de la anestesia epidural y que del total de los 491 partos, el 27% fueron inducidos (provocados artificialmente) por diferentes motivos médicos, ya fueran por alteraciones en el bienestar materno o fetal.

La mortalidad perinatal de ese año fue del 4.07 por mil. Y como curiosidad demográfica el porcentaje de partos de madres procedentes de países ajenos a la Unión Europea fue del 1.4%.

El año 1998 hubo 911 partos, casi el doble del año anterior. De estos partos, el 67.1% fueron eutócicos, hubo un 8% de partos mediante ventosa, 5,7% de partos mediante forceps y se introdujeron las espátulas de Thierry, realizándose 20 partos (2.1%). Los partos vaginales de nalgas fueron 12 (1.3%). En cuanto a las cesáreas supusieron el 15.5% de los partos. El 66.0% de las parturientas optaron por la anestesia epidural y las inducciones supusieron el 32.4% de los partos. La mortalidad perinatal de ese año ascendió al 7.6 por mil

En 1999 hubo 931 partos, un incremento discreto respecto del año anterior. El 70.5% fueron partos normales (eutócicos), las ventosas fueron el 5.4% de los partos, los forceps el 7.9% y las espátulas el 3.2%. Los partos vaginales de nalgas fueron un 0.9%. Las cesáreas representaron el 12.7%, un porcentaje bajísimo. El número de partos con anestesia epidural supuso el 67%. Las inducciones fueron el 29.2% de

todos los partos y la mortalidad perinatal descendió al 4.28 por mil.

Durante el año 2000 hubo 1059 partos en el hospital de Manacor, de ellos el 71.1% fueron normales, el 5.3% mediante ventosa, el 7.1% mediante forceps, el 1.5% mediante espátulas y el 0.9% vaginales de nalgas. Hubo un 13.6% de cesáreas, las inducciones supusieron el 23.1% de todos los partos. El 69.9% de los partos se realizó con anestesia epidural, pero la mortalidad perinatal volvió a ascender al 9.4 por mil.

En este año contabilizamos por primera vez el número de episiotomías realizadas (en 585 partos), como quiera que consideramos que en los partos instrumentados (forceps, ventosa o espátulas) el uso de la episiotomía sistemática está totalmente indicado para evitar problemas mayores, analizamos lo sucedido en los partos eutócicos (no instrumentales). Hubo 438 partos eutócicos en los que se realizó episiotomía (58.01% de los partos eutócicos). En aquellos partos eutócicos en los que no se realizó episiotomía (317) hubo 87 desgarros (el 27.4% de estos partos eutócicos sin episiotomía), que clasificados de mayor a menor gravedad, 4 fueron de tercer grado (el 4.5%), es decir, afectaron a mucosa anal, 16 fueron de segundo grado lo que indica afectación del plano muscular (el 18.3%) , y 67 (el 77%) lo fueron de primer grado, con afectación de piel o mucosa vulvo-vaginal.

Sólo se consideran las lesiones que requirieron reparación mediante sutura, no las laceraciones que no necesitaron de tratamiento. Los datos del año 2001 fueron los siguientes: 1117 partos, el 74.7% eutócicos, el 4.4% mediante ventosa, el 3.7% mediante forceps, el 1.7% mediante espátulas y la realización de partos vaginales de nalgas cayó al 0.4% (5 partos) puesto que las recomendaciones que se iban imponiendo en el mundo de la obstetricia era dejar de realizar el parto de nalgas por su mayor riesgo fetal y realizar cesárea electiva en estos casos.

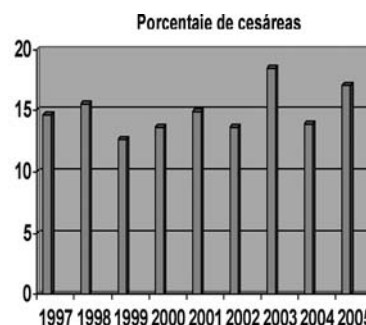


Grafico 3.

Las cesáreas representaron el 14.9% del total de los partos. Las inducciones el 21.7% y los partos con epidural el 67.0%. La mortalidad perinatal de aquel año, fue del 8.1 por mil.

En el año 2001 se realizaron 548 episiotomías, de ellas 439 en partos eutócicos, es decir en el 54.7% de los partos eutócicos). En los 363 partos eutócicos en los que no se realizó la episiotomía, se produjeron 99 desgarros (27.2%), que ordenados por gravedad, hubo 1 caso de desgarro de tercer grado (1.01%), 32 de segundo grado (32.3%) y 66 de primer grado (66.6%)

En el año 2002 hubo 1128 partos en el Hospital de Manacor, de los cuales el 73.4% fueron eutócicos, 7.8% ventosas, 3.8% forceps, 1.2% espátulas y hubo tan sólo un parto de vaginal de nalgas (0.08%). El porcentaje de cesáreas fue del 13.6%, las inducciones el 20.7%, los partos con epidural el 65.8% y la mortalidad perinatal el 5.3 por mil.

Respecto a episiotomías, en el año 2002 se realizaron 506, de ellas 396 en partos eutócicos (48% de los partos eutócicos). En los partos eutócicos en los que no se realizó episiotomía (429), hubo un 19.5% de desgarros (84 casos), de ellos 2 de tercer grado (2.3%), 6 de segundo (7.1%) y 76 de primero (90.4%).

Los datos del 2003 fueron los siguientes: 1181 partos, el 67.2% eutócicos, 6.7% ventosas, 4.3% forceps, 2.8% espátulas y un sólo parto vaginal de nalgas (0.08%). Las cesáreas sufrieron un notable incremento hasta el 18.4%. Las inducciones supusieron el 18.9% de los partos, el 77,8% de los partos lo fue con anestesia epidural y la tasa de mortalidad perinatal fue del 8.6 por mil.

En el año 2003 hubo 624 partos eutócicos en los que se realizó episiotomía (79.2%). En los partos eutócicos en los que no se realizó la episiotomía, hubo 103 desgarros (63.1%), ninguno de tercer grado, 27 de segundo (26.2%) y 76 de primero (73.7%).

El año 2004 fue el único en que disminuyó el número total de partos, siendo de 1128, los partos eutócicos fueron el 71.1%, las ventosas el 9.5%, los forceps el 2.1%, las espátulas el 3.2% y no hubo ningún parto vaginal de nalgas. Las cesáreas bajaron al 13.9%, las inducciones supusieron el 22.0%, el porcentaje de partos con epidural fue del 60% y la mortalidad perinatal fue del 4.4 por mil

Respecto a las episiotomías, se realizaron en 156 partos eutócicos (19.4%). En los 646 en los que no se

realizó, hubo 95 desgarros (14.7%), ninguno de tercer grado, 28 de segundo (29.4%) y 67 de primero (70.5%)

Por último en el año 2005 se realizaron en el Hospital de Manacor 1190 partos. Los partos eutócicos fueron el 72.81%, las espátulas el 3.2%, las ventosas el 5.2% y los forceps el 1.6%. Las cesáreas fueron el 17.1%, los partos inducidos supusieron el 12.1%, los partos con epidural el 60.8% y la mortalidad perinatal del 7.6 por mil.

En este año se realizaron 100 partos eutócicos con episiotomía (12.2%), y de los partos eutócicos en los que no se realizó episiotomía hubo un 49.2% de desgarros (352 casos), 7 casos de tercer grado (1.9%), 87 de segundo grado (24.7%) y 258 de primer grado (73.2%).

Como dato sociológico, el 27.3% de las parturientas atendidas procedía de áreas geográficas de fuera de la Unión Europea, principalmente del norte de África.

Discusión

Muchas cosas han cambiado en el Hospital de Manacor desde su apertura y también ha habido cambios en su actividad obstétrica. El número de partos casi se ha multiplicado por tres. La apertura del Hospital Son Llatzer, en el área de la ciudad de Palma, no supuso en su momento, ni lo ha supuesto después, una disminución del número de partos atendidos en nuestro centro, que salvo un descenso puntual en el año 2004, ha experimentado un progresivo incremento.

En este incremento han influido grandemente las corrientes migratorias que recibe Mallorca, como ocurre en el resto de España, aunque globalmente el aumento de la natalidad entre la población autóctona y residente (nacional o comunitaria) sea la principal causa. En suma, el aumento de parturientas de áreas de fuera de la Unión Europea, es pues muy evidente, (1,4% de 1997 frente al 27.3% de 2005, $p < 0,001$).

Valorando el tipo de parto, la proporción de cesáreas ha ido aumentando ligeramente, aunque de manera irregular de un año a otro. Este aumento del porcentaje de cesáreas ha sido común a la mayoría de los hospitales de España, siendo del 28.96% según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística para el conjunto de los centros españoles, ya sean públicos o privados⁽¹⁾.

Porcentaje de partos eutócicos con episiotomía

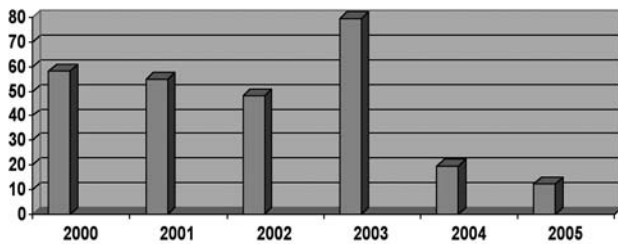


Grafico 4.

En nuestro centro el aumento se ha producido fundamentalmente, en las cesáreas electivas, es decir aquellas en las que se opta por esta vía inicialmente y no cuando el parto ya ha comenzado, como por ejemplo el abandono de la vía vaginal para los partos de nalgas, lo cual en nuestro caso ha supuesto un incremento de un 1% en la tasa de cesáreas, el acumulo de pacientes con dos o mas cesáreas previas o con cirugías uterinas (miomectomías en casos de infertilidad) que contraindicaban la vía vaginal o bien casos de especial riesgo, ya sea materno o fetal en los que se decidió la cesárea electiva como vía más segura para el parto.

Sin embargo nuestro índice medio de cesáreas a lo largo de éstos años, el 14.9% (mínimo de 12.7% en el 1999 y máximo del 18.4% en el 2003), está dentro de lo recomendado por la OMS (no mas del 15%) (2) y muy por debajo del máximo recomendado por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el 20% (3) . Hay que recordar que la tasa de cesáreas para el conjunto de los hospitales públicos de Baleares es del 20.85% (1) .

Es decir, a pesar de la presión que se ejerce sobre el parto y sus resultados desde fuera del ámbito médico donde la opinión pública general no entiende que actualmente un parto pueda tener un resultado adverso para el feto, cuando cada vez más se producen denuncias penales hacia los ginecólogos “por no haber hecho una cesárea” y donde a la par que la petición de partos menos medicalizados también crece entre las embarazadas la petición de una cesárea electiva por motivos fundamentados o no, parece que en el Hospital de Manacor, mantenemos un porcentaje de cesáreas muy ajustado a las razones estrictamente médicas. El porcentaje de partos que terminaron vía vaginal pero que necesitaron de una intervención del ginecólogo mediante algún instrumento tocúrgico (forceps, espátulas o ventosa) ha sido muy variable a lo largo de

Porcentaje de desgarros en partos eutócicos sin episiotomía

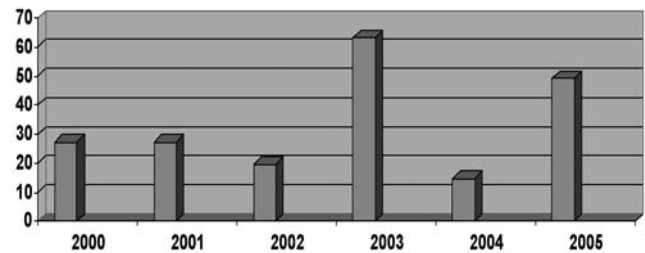


Grafico 5.

éstos años , desde el 9.8% del 2001 al 16.5% del 1999, con una media total del 12.5%, y sin que encontremos relación con el número de cesáreas o con el porcentaje de partos con anestesia epidural de cada año estudiado (estadísticamente no significativo), es decir nuestros resultados avalan los últimos estudios en que se pone de manifiesto que la aplicación de anestesia epidural en los partos no supone la realización de mayor operatoria obstétrica, si se conduce el parto adecuadamente(4,5,6).

No parece que el número de partos instrumentados esté aumentando en nuestro centro, aunque parece existir una tendencia al cambio de instrumento utilizado. Así la utilización de forceps ha sufrido una disminución significativa a lo largo de éstos años (del 7.9% del 1999 al 1.6% del 2005, p>0.01), incrementándose el uso de espátulas de Thierry y manteniéndose más o menos estable el uso de ventosas.

A pesar de la mala fama que entre la población general ajena al mundo de la obstetricia, tiene la utilización de forceps para finalizar un parto, y que quizás esté influenciando injustificadamente a los ginecólogos noveles, este instrumento sigue siendo muy valioso en multitud de ocasiones y utilizado en condiciones adecuadas, es tan seguro como cualquier otro por lo tanto creemos que, los cambios en cuanto a la utilización de uno u otro instrumento se deben más a la costumbre del hospital donde se ha formado cada ginecólogo que ha trabajado en el Servicio de Ginecología del hospital de Manacor que a otras causas.

El porcentaje de partos inducidos, es decir gestaciones en las que por problemas médicos se ha decidido provocar el parto sin esperar a su inicio espontáneo, ha sido relativamente alto, con un 23.01% de media en estos nueve años, pero también con gran variabilidad de año a año, del 12,1% del 2005 al 32.4% del 1998.

Hay que hacer constar la importante disminución del porcentaje de inducciones durante el pasado 2005, probablemente debido a la introducción de un protocolo más conservador en cuanto al manejo de las roturas prematuras de membranas, circunstancia ésta que siempre ha supuesto la principal causa de inducción del parto en nuestro centro. Habremos de esperar a los próximos años para confirmar que efectivamente esta disminución del número de partos inducidos se afianza.

Aunque la inducción del parto conlleva un riesgo de finalizar el mismo en cesárea, esta relación no se ha podido comprobar en nuestro caso, ni tampoco un mayor número de partos acabados con instrumentación vía vaginal fuera cual fuera el instrumento utilizado. Es cierto que existe una tendencia respecto a la relación del porcentaje de inducciones con los porcentajes de cesáreas y partos instrumentales; sin embargo no hemos encontrado una relación estadísticamente significativa.

La anestesia epidural ha sido una opción disponible en nuestro centro desde su apertura, y los porcentajes de partos con epidural han sido superiores al 50% en todos estos años (del 58.8% del 1997 al 77.8% del 2003). El Hospital de Manacor fue en su momento pionero en la oferta universal de este tipo de anestesia en la red hospitalaria pública de Mallorca y esperamos que la pronta incorporación de nuevas técnicas como la "walking epidural" o la dosificación analgésica a demanda, ya introducidas actualmente en otros centros públicos, mejore aún más este aspecto de calidad asistencial.

Respecto al uso de episiotomía en los partos eutócicos, vemos que existe un progresivo descenso en su uso, sobre todo en los dos últimos años, salvando el año 2003 en el que excepcionalmente se produjo un incremento. Esto obedece a un intento de adecuarse a las nuevas tendencias de respeto a un parto lo más natural posible y de no lesionar innecesariamente a la madre. Nosotros seguimos los protocolos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia ⁽⁷⁾ respecto a la asistencia al parto normal, es decir no utilizamos la episiotomía de forma sistemática en los partos eutócicos, pero si observamos que probablemente de producirán desgarros más graves que la incisión quirúrgica que supone la episiotomía o que por prematuridad, bajo peso o bradicardias repetitivas en el expulsivo, creemos que el feto debe alumbrar cuanto antes, realizamos la episiotomía a fin de evitar males mayores.

Es imposible sistematizar cuando se debe realizar una episiotomía y cuando no, porque la experiencia y "el arte" del profesional que atiende al parto (ginecólogo o matrona) en cada caso específico es fundamental para decidir una opción u otra. Así pues, concluimos que rechazamos el uso sistemático de episiotomía para el parto normal, sea de primípara o múltipara pero sabemos que a veces es necesaria y no dudamos en utilizarla si lo creemos conveniente en un parto concreto. De hecho constatamos que en algún caso se han producido desgarros graves en partos eutócicos donde no se empleó la episiotomía, y que contabilizando cualquier desgarro que requiriera sutura del mismo, la media de todos estos años en partos eutócicos sin episiotomía es del 55.5% aunque la variabilidad anual ha sido bastante amplia, de un máximo del 63.1% en el 2003 a un mínimo del 14.7% en el 2004.

La tasa de mortalidad perinatal, se define como el número de muertes fetales y neonatales acaecidos desde que el feto alcanza los 500gr (aproximadamente las 24 semanas de gestación) hasta los siete primeros días de vida tras el nacimiento, dividido por el número de recién nacidos vivos en un año, multiplicado por mil.

Al considerar la mortalidad perinatal de esta manera y no como tradicionalmente se ha considerado, contando los fetos a partir de los 1000 gramos o 28 semanas de gestación, nuestra tasa se eleva de manera importante, ya que la mayoría de nuestras pérdidas perinatales son de fetos entre los 500 y los 1000 gramos; estos fetos ya no son considerados inviábiles en la actualidad por lo que creemos que es necesario contabilizarlos.

La mortalidad perinatal ha disminuido en España grandemente en los últimos 30 años, pasando de un 21.1 por mil en 1975 a un 6.91 por mil de los últimos datos publicados para el conjunto de los hospitales del Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁾, esto ha sido debido claramente a la mejora en la asistencia al embarazo y al parto.

La mortalidad perinatal media de éstos años en el Hospital de Manacor es del 6.63 por mil. Esta cifra es discretamente inferior a la media nacional y también ligeramente inferior a la tasa para los hospitales públicos de las Baleares que es del 6.86 por mil ⁽¹⁾.

Está claro que esta tasa depende mucho de la complejidad de los embarazos y partos atendidos, siendo superior en centros de referencia que atienden a grandes prematuros, pero para los hospitales tipo medio como el de Manacor es una cifra más que adecuada, ya que asumimos cualquier patología del embarazo y tan sólo remitimos al centro de referencia a aquellas gestaciones que se hayan de finalizar antes de las 32 semanas o con fetos de peso inferior a los 1700 gramos.

En suma, el servicio de Ginecología del Hospital de Manacor se siente orgulloso del camino recorrido en lo que se refiere a la asistencia obstétrica: un número de cesáreas bajo, una oferta de anestesia epidural a demanda y unos resultados de mortalidad perinatal también adecuados, manteniendo nuestra calidad a pesar del incremento de la presión asistencial.

Nuestros resultados contribuyeron a que el año pasado nuestro servicio fuera reconocido como uno de los mejores de España, galardonándonos con el premio TOP 20, premio que en la misma categoría compartimos con el Hospital Son Llatzer y en categoría de hospital de referencia con el servicio de obstetricia del Hospital Son Dureta.

Bibliografía

- 1- Estadística de indicadores hospitalarios. Indicadores de actividad obstétrica. Instituto Nacional de Estadística . 2001.
- 2-World Health Organization. Informe sobre salud en el mundo. 2003 (extraido de página web: www. Who.int)
- 3- Protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Cesárea abdominal. 1999
- 4-Regional analgesia and progress of labor. Sharma SK; Leveno KJ. Clin Obstet Gynecol 46(3): 633-645.2003
- 5-Epidural analgesia for labour and delivery. Current evidence. Marucci M ; Fiore T. Minerva Anesthesiol 70(4):643-650: 2004
- 6-Epidemiology of epidural analgesia and cesarean delivery. Liebermann E. Clin Obstet Gynecol 47(2): 317-331. 2004
- 7- Protocolos de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Asistencia al parto. 2002

Enoftalmos en paciente con antecedentes de traumatismo facial

G. Amengual Alemany, H. Sarasibar Ezcurra, A. Estremera Rodrigo

M^a A. Jaume Garrido¹

Caso clínico

Paciente remitido para realizar TAC orbitario por presentar enoftalmos del ojo derecho un año después de sufrir traumatismo facial por accidente de tráfico. Los datos clínicos aportados no indican diplopia, siendo la exploración de la motilidad ocular normal.

Se realiza TAC orbitario con técnica helicoidal y adquisición axial con reformaciones en el plano coronal. Las imágenes se graban con algoritmo óseo y de partes blandas.

Se aprecia imagen de fractura de los huesos propios

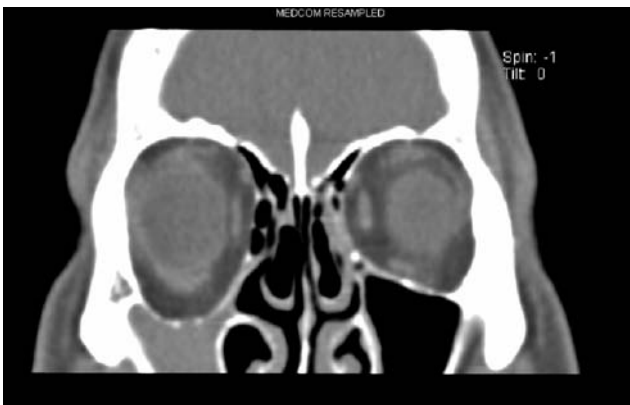


Fig 1. Esta imagen en el plano coronal muestra la depresión del suelo de la órbita.

nasales. Existe una depresión del suelo de la órbita derecha sin imagen de solución de continuidad sospechosa de fractura, no hay signos de herniación de la grasa orbitaria o de la musculatura extraocular hacia el seno maxilar. Llama la atención la opacificación del seno maxilar derecho que es de pequeño tamaño y muestra retracción de sus paredes de forma centrípeta. El conjunto de estos hallazgos hacen pensar en la atelectasia del seno maxilar “síndrome del seno silente” para incluirla en el diagnóstico diferencial de las posibles causas del enoftalmos descrito.

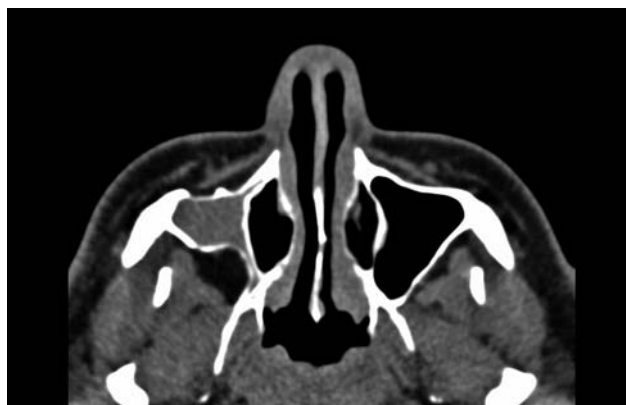


Fig 2. Imagen en el plano axial en la que se aprecia retracción de las paredes del seno maxilar derecho. El seno está completamente opacificado. Como en la Fig.1 se evidencia el pequeño volumen del seno maxilar que se ha “atelectasiado”.

Comentario

El síndrome del seno silente o atelectasia del seno maxilar está caracterizado por un enoftalmos indoloro asociado a una involución del seno maxilar secundaria a la oclusión del infundíbulo de drenaje.

El paciente típico, en relación a este síndrome, es un adulto que consulta por la aparición de asimetría oculo-facial indolora que puede asociarse o no a diplopia. El enoftalmos suele detectarse en la exploración física. La sintomatología sugerente de sinusitis puede no estar presente.

Los hallazgos por imagen del síndrome del seno silente son característicos. La TC muestra retracción de las paredes del seno maxilar asociado a un seno opacificado y de pequeño volumen.

En la patogenia del proceso juega un papel fundamental la obstrucción crónica del infundíbulo de drenaje del seno maxilar lo que provoca hipoventilación, un estado que eventualmente produce una presión negativa en el interior del seno lo que, junto al proceso inflamatorio crónico, es la causa de la disminución de volumen del seno con retracción centrípeta de sus paredes (Figs. 1 y 2).

El diagnóstico diferencial del enoftalmos incluiría la causa traumática con fractura de una de las paredes de la órbita y desplazamiento del globo ocular, que en este caso no se evidencia, la atrofia de la grasa retrobulbar, que no aparece en el presente estudio, y la paresia simpática (síndrome de Horner) en este caso no apoyada por la clínica.

El tratamiento es quirúrgico mediante antrostomía maxilar endoscópica que permite un drenaje mucoso del seno obstruido. El suelo orbitario puede repararse después de la cirugía endoscópica funcional o de forma conjunta, aunque dicho procedimiento suele reservarse para pacientes afectados de diplopia o con

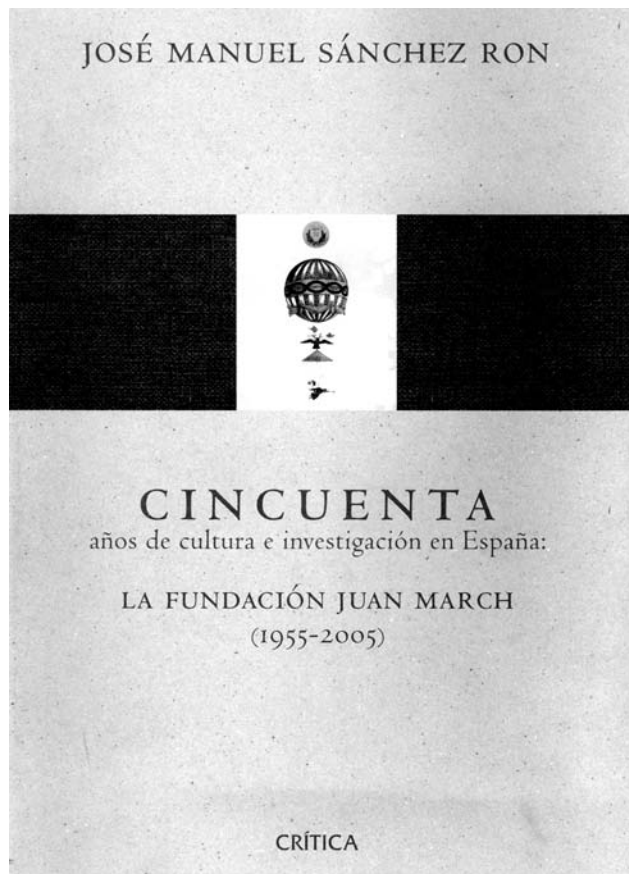
severa deformidad cosmética.

Bibliografía

1. Grossman RI, Yousem DM. *Neuroradiology*. 2 nd Edition. Mosby 2003.
2. Illner A, Davidson HC, Harnsberger HR et al: The silent sinus syndrome: Clinical and radiographic findings. *AJR* 2002; 178:503-506.
3. BuonoLM : The silent sinus syndrome: maxillary sinus atelectasis with enophtalmos and hypoglobus. *Curr Opin Ophthalmol*. 2004 Dec;15(6):486-9

La Fundación Juan March: cinquanta anys

Francesc Bujosa i Homar



Probablement no sabrem mai quin fou l'origen de la idea, però el fet és que el 1955 el financer mallorquí Joan March i Ordinas va signar l'acte de constitució de la que després seria mundialment coneguda com a "Fundación Juan March". Eren encara uns anys difícils per Espanya. La guerra civil havia tengut unes conseqüències devastadores tant pel que fa a l'economia com al conreu intel·lectual. N'hi ha prou en recordar que Espanya havia passat de tenir una renda per càpita de 35.000 pessetes en els anys anteriors a la guerra a tenir-ne 23.000 en els anys immediatament posteriors. Pel que fa al món de la cultura tothom sap que la majoria de les grans –i de les més modestes– figures hagueren de prendre el camí de l'exili, on continuaren, els que pogueren, la seva tasca. Les intencions del financer mallorquí quedaren reflectides en els primers punts de l'escriptura fundacional: "Esta Fundación es fruto de un propósito que el otorgante lleva muchos años madurando. Al darle realidad, quiere comenzar exponiendo los motivos que le han

impulsado a crearla y los criterios en que se inspira su voluntad de fundador. De una parte, el punto de partida y el motivo primordial de su decisión es el convencimiento de que todo hombre, dentro de sus posibilidades y en proporción a sus medios, debe contribuir al bien del prójimo y al mejoramiento de la vida de sus semejantes. Y es para él un inmensa alegría poderse desprender, en vida suya, de una parte de sus bienes, destinandola a fines que, con la ayuda de Dios, podran redundar en beneficio de muchas futuras generaciones".

Encara que la Fundació tenia objectius benèfics i culturals Joan March va prioritzar els segons front al primers. El estatuts afirmaven que *"si la Fundación tuviera que atender, necesariamente, a todos los fines que, como posibles, se prevén en sus estatutos, su actividad se dispersaria ineficazmente, porque todas sus aportaciones sumadas serían como una gota de agua en el mar de las necesidades existentes...En su virtud, dentro de este amplio objetivo de caridad y auxilio, podrá crear y sostener, a su libre elección, premios a la cultura y a la virtud; costear títulos, matriculas o pensiones de estudiantes económicamente necesitados e instituir becas para los mismos; proporcionar material de enseñanza; fomentar la educación e instrucción de obreros y, en general auxiliar la formación moral, profesional y educativa; propulsar la investigación científica y la cultura e intensificar, incluso con intercambio de profesorado, artistas, profesionales, tecnicos o estudiantes, las relaciones científicas, culturales y artísticas entre España y los demás países"*

Tanmateix per posar en marxa una fundació cal qualque cosa més que una bona declaració d'intencions. Fa falta capital. March volgué que la seva fundació no depengués de la voluntat anual dels seus patronitzadors i per això li atorga un capital mobiliari, les rendes dels qual serien els ingressos que la Fundació rebria cada any. En un principi foren 300 milions de pessetes més un milió i mig de dòlars els que la Fundació rebé, però el 1961 el capital augmentà considerablement. El "culpable" fou D. Juan Antonio Suances aleshores president de l'Institut Nacional de Industria. La Fundació li atorgà un premi i encara que era habitual que el premiat anàs a la Fundació a rebre'l, aquesta vegada fou al revés:

fou el propi Joan March el que acudí a la oficina de Suances que rebé el premi i el repartí entre el personal del seu Institut. Suances, tanmateix, aprofità la visita de Joan March per fer-li veure que si volia una fundació de projecció internacional era necessari augmentar la seva dotació fins als mil milions de pessetes. March va entendre les raons de Suances i va seguir els seus consells.

Una de las primeres activitats de la Fundación Juan March fou premiar diverses personalitats de la vida cultural espanyola. A tall d'exemple podríem citar Gregorio Marañón, José María Pemán, Hermen Anglada Camarasa, Azorín, Julio Palacios, Josep Maria Vallicrosa, Gerardo Diego, José Hierro, Dámaso Alonso, Ramón Gómez de la Serna, Martín de Riquer, Manuel Cardona, Pedro Laín Entralgo, Miguel Delibes, Joaquín Catalá, Gonzalo Torrente Ballester, Jose Ferrater Mora, Rafael Sánchez Ferlosio, Carmen Martín Gaité etc.

Juntament amb els premis, la Fundació convocà beques i ajuts a la recerca tant per l'interior del país com a l'estranger. Fins el 1972 foren més de mil aquest ajuts que reberen els investigadors espanyols. A partir del 1972 els que dirigien la fundació pensaren que seria millor concentrar els objectius i decidiren que els ajuts es donarien per a temes predeterminats. Aquest temes foren la biologia i la sociologia.

En els seus anys d'existència la Fundación Juan March no s'ha limitat a concedir premis beques i ajuts, sinó que ha realitzat altres actuacions en favor de la cultura. Un exemple fou l'adquisició, per cedir-lo després a la Biblioteca Nacional, del Còdex del Poema de Mío Cid.

Des de la seva creació la Fundació va tenir la seu a unes instal·lacions annexes al Palau March de Madrid. Però el 1970 Joan March, impressionat per la visita que havia fet a la Fundació Gulbenkian, va decidir dotar la Fundació amb un edifici que pogués aixoplugar les activitats de la Fundació. L'edifici fou construït, sota la direcció, de l'arquitecte José Picardo Castellón, en un solar que feia cantonada entre el carrers Castell i Padilla, dispostat de tal manera que els jardins de la Fundació i del Palau March es comunicaven.

La possessió d'una seu adient va propiciar que la Fundació obrís uns altres fronts en les seves activitats. Estic fent esment a les exposicions de pintura. Seria pesat citar tots els pintors que han penjat els seus quadres al nou edifici de la Fundació. Citarem únicament

a manera d'exemple Giacometti, Kokoschka, Matisse, Motherwell, Picasso, Hockney, Mondrian, Rothko, Hopper, Warhol etc.

No ha estat a Madrid únicament el lloc on la Fundació ha fet exposicions. El museu de Conca s'ha vist recolzat per la Fundación March que ha possibilitat que l'esmentat museu s'hagi convertit en el referent més important de l'art espanyol de la segona meitat del segle XX.

Fins ara quasi no hem esmentat a la relació que té la Fundació amb les Balears. Tanmateix, si volem fer justícia hem de dir que la Fundació mai no ha oblidat la terra que va veure néixer Joan March i Ordinas. Per mostrar que aquesta afirmació no es gratuïta podem dir que de les 763 operacions culturals, científiques i socials que ha promogut la Fundació, el 11% han estat relacionades amb les Balears. També hi està, lògicament, el Museu d'Art Espanyol Contemporani que té la seva seu al carrer de San Miquel a la casa coneguda com Can Gallard del Canyar que fou adquirida el 1916 per Joan March i Ordinas. A la col·lecció permanent del museu es poden veure els quadres més importants del més significatiu pintors espanyols de la segona meitat del segle XX.

El nou edifici de la Fundació a Madrid no solament va possibilitar ampliar les accions de la Fundació en el camp de la pintura també ho va fer en el de la música. La Fundació ha organitzat concerts dedicats a Frederic Monpou, Joaquín Rodrigo, Xavier Monsalvatge, Alberto Ginastera, Rodolfo Halffter i un llarg etc. que inclou la pràctica totalitat dels compositors espanyols del segle passat.

L'any passat, el 2005, es compliren els cinquanta anys de la creació de la Fundación Juan March. Per preparar l'esdeveniment la Fundació va posar el seus arxius en les mans de José Manuel Sánchez Ron. El catedràtic d'Història de la Ciència de Madrid ha fet un treball admirable que ha pres la forma de llibre: *Cincuenta años de cultura e investigación en España. La Fundación Juan March (1955-2005)*. Madrid, Crítica, 2005. En aquest llibre s'afirma, amb tota raó, que no es pot escriure la història de la cultura espanyola de la segona meitat del segle XX sense tenir molt present el paper jugat per la Fundación Juan March. A partir d'ara es podrà dir, de la mateixa manera, que no es pot parlar de la Fundación Juan March sense haver llegit l'esplèndid llibre que José Manuel Sánchez li ha consagrat.

PROGRAMA DE PREMIOS PARA EL CURSO 2006

A.- PREMIO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LAS ILLES BALEARS

La Real Academia de Medicina de las Illes Balears abre Concurso para conceder durante el año 2006, el Premio de esta Real Academia, de título de Académico correspondiente y 1.000 €, al autor del mejor trabajo presentado sobre un tema de medicina o cirugía en cualquiera de sus especialidades.

B.- PREMIOS PATROCINADOS

Asimismo, la Real Academia de Medicina de las Illes Balears convoca, en colaboración, los siguientes premios dotados de 1.500 € y un diploma acreditativo.

Premio Dr. Francisco Medina Martí. Pediatría.

Premio Dr. Ramón Rotger Moner. Cirugía y especialidades quirúrgicas.

Premio Mutua Balear. Salud laboral.

Premio Fundación MAPFRE Medicina. Gestión sanitaria.

Premio Policlínica Miramar. Medicina y especialidades médicas.

Premio Grup Fer. Medicina Veterinaria.

Premio Air Europa. Medicina Aeronáutica.

Premio Médicos Rosselló. Urología.

Premio TIRME. Salud medioambiental.

Premio Fundació Mateu Orfila. A la trayectoria de un profesional de la salud.

Premio "Sa Nostra", Caixa de Balears. Estudio histórico sanitario sobre las Illes Balears.

Premio Fundación Cabana. Humanidades Médica

La concesión de estos premios se regirá por las siguientes:

BASES

1. El Premio *Fundació Mateu Orfila* se concederá a un profesional sanitario seleccionado entre los currículos profesionales propuestos por los Colegios Oficiales de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, que tengan relación con las ciencias de la salud. Las propuestas y currículums deberán remitirse antes del 1 de Octubre de 2006.

2. A los otros premios podrán concursar doctores o licenciados en medicina y cirugía o en ciencias afines, de la Unión Europea. Los aspirantes deberán remitir sus trabajos antes del 1 de Noviembre del año en curso. **Los patrocinadores podrán divulgar las bases del concurso de cada uno de los premios en los medios de comunicación que consideren oportuno.**

3. Los trabajos que opten a los premios deberán ser originales e inéditos, no siendo aceptados aquellos que en el momento de la adjudicación hayan sido total o parcialmente publicados.
4. Los trabajos estarán escritos mediante programa Word o WordPerfect de tratamiento de textos, a espacio y medio. La extensión de los originales será de un mínimo de 20 hojas y un máximo de 50 hojas DIN A4 por una sola cara, incluyendo en el texto bibliografía o referencias documentales, además de iconografía complementaria..
5. Los originales (cuatro copias impresas y un disquete), redactados en lengua catalana o castellana, serán remitidos a la Secretaria General de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears (Calle de Can Campaner, 4, bajos. 07003 Palma de Mallorca) bajo sistema de lema y plica, sin firma del autor o autores, cuya identificación, dirección y teléfono deberán figurar en un sobre cerrado, a su vez identificado con el mismo lema del trabajo original. Junto al lema, en el trabajo figurará claramente el nombre del premio al que se concurre. En aquellos casos que la Real Academia estime conveniente , por el contenido del trabajo, podrá reasignarse a optar al premio más afín.
6. Los premios se votarán en sesión de gobierno extraordinaria de la Real Academia, previo informe de la Sección correspondiente. **En los premios patrocinados, un representante designado por el patrocinador podrá participar, con voz pero sin voto, en las deliberaciones de la Sección de evaluación.**
7. El fallo del concurso será inapelable y se hará público a través de rueda de prensa con los medios de comunicación locales. Igualmente será comunicado oficialmente al primer autor de los trabajos premiados. La entrega de los premios tendrá lugar en la Solemne Sesión inaugural del próximo Curso Académico de 2007. **El Secretario general de la Real Academia reflejara en la memoria anual una semblanza del patrocinador.**
8. En caso de que el trabajo galardonado con el Premio de la Real Academia fuese de más de un autor, el título de Académico correspondiente sólo será otorgado, obligatoriamente, al primer firmante.
9. Los trabajos premiados quedarán en propiedad de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears, que podrá publicarlos en su revista de Medicina Balear, en cuyo caso se podrá solicitar a los autores las correcciones necesarias con el fin de adaptarlos a las características de dicha publicación.
10. Los premios no podrán dividirse, pero podrán ser declarados desiertos, en cuyo caso la cuantía de los premios patrocinados se destinará a becas concedidas por un concurso convocado a tal fin, que se publicará en los medios de comunicación y la pagina web de la Real Acadèmia.
11. La participación en el presente concurso implica la aceptación total de las bases de esta convocatoria, cuya interpretación será exclusiva de esta Real Academia.

El secretario general
Bartolomé Anguera Sansó

El Presidente
Alfonso Ballesteros Fernández

Palma de Mallorca, 26 de enero de 2006

C.- BECAS 2006

Por haber sido declarados desiertos los premios de igual denominación se convocan las siguientes becas, que estarán dotadas de **1.500 €** y destinadas a realizar estudios referentes a la materia específica de cada una.

- Beca **Air Europa**. Medicina aeronáutica
- Beca **TIRME**. Sanidad ambiental

Las solicitudes, que irán acompañadas de un breve cv del solicitante y una memoria del trabajo a realizar, deberán ser remitidas a la secretaría de esta Real Academia, sita en la calle Can Capaner, 4.07003. Palma de Mallorca, antes del **1 de octubre del 2006**.

La concesión de las becas se comunicará a los interesados y se anunciará en la prensa local.