

ARS CLINICA ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

Noviembre **2025**
Volumen 10 Número 1

**EL DOCTOR JOSÉ GOYANES CAPDEVILA, MUCHO MÁS QUE UN
INNOVADOR EN CIRUGÍA VASCULAR**

TODOS LOS MÉDICOS SOMOS FILÓSOFOS

**SINERGIA ENTRE LAS CIENCIAS Y LAS ARTES. 50 AÑOS DE
PROFESIÓN MÉDICA ENTRE LA CIENCIA, LA DIVULGACIÓN
POPULAR Y LAS ARMONÍAS DE LA MÚSICA**

RESÚMENES DE SESIONES LITERARIAS



**Gobierno
de Canarias**





"Ars clinica academica" es una revista digital, cuatrimestral y gratuita, de libre distribución, propiedad de la Real Academia de Medicina de Canarias, y que podrá descargarse de la página web de la Real Academia de Medicina. Podrán publicar en ella todos los profesionales de las ciencias de la salud que así lo deseen.

ISSN 2340-7522

Director: Francisco Perera Molinero. Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias

Jefe de Redacción: José Nicolás Boada Juárez.

Comité Editorial:

Manuel Antonio González de la Rosa

Luis González Fera

Arturo Hardisson de la Torre

Luis Hernández Nieto

Manuel Mas García

Raúl Trujillo Armas



Todo el contenido de éste número de Ars Clinica Academica incluyendo Editoriales, Revisiones, Originales, Sesiones literarias, Sesiones Solemnes, Noticias y cualesquiera otros que bajo diferente denominación estuvieran incluidos en el mismo, se hallan publicados bajo la Licencia de Atribución 3.0 de Creative Commons, en los términos y condiciones descritos y establecidos por la misma y que pueden consultarse en <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode>.

ORIGINALES

EL DOCTOR JOSÉ GOYANES CAPDEVILA, MUCHO MÁS QUE UN INNOVADOR EN CIRUGÍA VASCULAR	4
<i>Ilmo .Sr. Dr. D. Rafael Martínez Sanz</i>	

DISCURSO DE INGRESO

TODOS LOS MÉDICOS SOMOS FILÓSOFOS	14
<i>Ilmo Sr. Dr. D. Héctor Roldán Delgado</i>	
SINERGIA ENTRE LAS CIENCIAS Y LAS ARTES. 50 AÑOS DE PROFESIÓN MÉDICA ENTRE LA CIENCIA, LA DIVULGACIÓN POPULAR Y LAS ARMONÍAS DE LA MÚSICA	20
<i>Ilmo Sr. Dr. D. Carlos García</i>	

SESIONES LITERARIAS

LOS TEST: HERRAMIENTAS DE TRABAJO QUE FACILITAN LA PRÁCTICA COLABORATIVA MÉDICO-FARMACÉUTICO	29
<i>Dra. Daida Alberto Armas</i>	
EL DOCTOR JOSÉ GOYANES CAPDEVILA, MUCHO MÁS QUE UN INNOVADOR EN CIRUGÍA VASCULAR	30
<i>Dr. Rafael Martínez Sanz</i>	
EL PEDIATRA LUIS GARCÍA-RAMOS Y SU OBRA PICTÓRICA	31
<i>Dra. Ana María Díaz Pérez</i>	
EXPOSOMA, CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y SALUD: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA POBLACIÓN CANARIA	32
<i>Dr. Luis Domínguez-Boada</i>	
TODOS LOS MÉDICOS SOMOS FILÓSOFOS	33
<i>Dr. Héctor Roldán Delgado</i>	
ANTICONCEPCIÓN MASCULINA. ¿ES YA UNA REALIDAD?	34
<i>Dra. Marta Correa Rancel</i>	
APLICACIÓN DE LOS MODELOS GLM (GENERALIZED LINEAR MODELS AND EXTENSIONS) EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN CIRUGÍA DE LA MANO. NAVEGANDO POR LA CONFUSIÓN	35
<i>Dr. Roberto Sánchez Rosales</i>	
ALERGIA ALIMENTARIA. CRUZAMIENTO CON ALÉRGENOS DE PÓLENES	36
<i>Dr. Fernando de la Torre Morín</i>	

ANEXO

Normas para los autores	37
-------------------------------	----

EL DOCTOR JOSÉ GOYANES CAPDEVILA, MUCHO MÁS QUE UN INNOVADOR EN CIRUGÍA VASCULAR

DOCTOR JOSÉ GOYANES CAPDEVILA, MUCH MORE THAN AN INNOVATOR IN VASCULAR SURGERY

Ilmo .Sr. Dr. D. Rafael Martínez Sanz

Cirujano cardiovascular. Catedrático de cirugía. Académico de Número

Departamento de Cirugía, Sección de Medicina, Facultad de Ciencias de La Salud, Carretera Ofra La Cuesta, s/n. 38320. Teléfono +34922319306 Email: rmsanz@ull.edu.es

Resumen

El doctor José Goyanes Capdevilla gallego nacido en el cuarto final del siglo XIX y que vivió la primera mitad del XX, murió en Tenerife con 88 años tras vivir allí 20 años. Fue un alumno muy brillante en el bachillerato, licenciatura, doctorado y especialidad quirúrgica. Cirujano muy hábil, que hizo más de 12.000 intervenciones. Fue un innovador en cirugía vascular, torácica, plástica, neurocirugía, cervical, oncológica, donde además hizo aportaciones en el diagnóstico de laboratorio y radiológico. Sufragó un laboratorio de cirugía experimental y lo que sería el Instituto Nacional del Cáncer. Destacó en otros muchos campos. Viajero y políglota. Recibió gran cantidad de merecidos honores, y aun siendo mucho más que un innovador en muchos campos quirúrgicos, recordando a un sabio renacentista, su figura se fue perdiendo.

Summary

Dr. José Goyanes Capdevilla, a Galician born in the last quarter of the 19th century and who lived in the first half of the 20th century, died in Tenerife at the age of 88 after living there for 20 years. He was a very brilliant student in high school, a degree, a doctorate and a surgical specialty. A very skilled surgeon, he performed more than 12,000 operations. He was an innovator in vascular, thoracic, plastic, neurosurgery, cervical and oncological surgery, where he also made contributions to laboratory and radiological diagnosis. He funded an experimental surgery laboratory and

what would become the National Cancer Institute. He excelled in many other fields. A traveler and polyglot, he received many well-deserved honors, and despite being much more than an innovator in many surgical fields, reminiscent of a Renaissance sage, his figure has been lost.

Introducción

En este trabajo hablaremos en primer lugar de los datos biográficos y académicos del doctor José Goyanes Capdevilla, haciendo hincapié en su brillantez, espíritu innovador y capacidad de trabajo. En su desarrollo profesional médico, veremos sus innovaciones en diferentes especialidades quirúrgicas y médicas. Contemplaremos sus otros quehaceres como sujeto inquieto, inteligente y con excelente formación. En diferentes tablas mencionaremos sus honores y sus obras.

Datos biográficos y académicos

José Goyanes Capdevilla nació en Monforte de Lemos (Lugo) en 1876. Hijo de juez, décimo de catorce hijos (1,2). Bachiller en Lugo, examinado en La Coruña, con Sobresaliente (1,2). Licenciado en Medicina en la Universidad Central de Madrid en 1900 (3,4), donde fue un alumno brillante (Premios Extraordinarios Furquet y Martínez Molina, pensionado en las Facultades de Ciencias y Medicina).



A



B

En 1903 contrajo matrimonio con María Echigoyen Villeta (5,6,7) con la que tendría 6 hijos (2 médicos). El 18 de julio de 1936 le cogió desprevenido en San Rafael (Segovia), que era zona nacional y donde veraneaba en un palacete que había construido con piedra de una ermita herreriana derruida. Durante la contienda estuvo en Salamanca, haciendo cirugía de guerra (6,7,11).

MEDICINA Y CIRUGIA PRACTICAS

SOBRE ANGIOPLASTIA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO EXPERIMENTAL DE LA CIRUGIA DE LOS VASOS

POR EL

DR. D. JOSÉ GOYANES

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid.

(Continuación).

DE LA ISQUEMIA EN CIRUGÍA VASCULAR

Las antiguas intervenciones quirúrgicas sobre las arterias y las venas, con motivo de traumatismos, se proponían tan sólo cohibir la hemorragia; actualmente la hemostasia representa uno de los fines: el segundo y no menos transcendental, es en cuanto á ciertas arterias y venas se refiere, conservar su calibre, temporal ó definitivamente, y para ello es preciso practicar delicadas suturas, que sólo operando sin hemorragia alguna son factibles. Pero, además, si durante las operaciones vasculares se inunda de sangre el campo, ésta se coagula y los coágulos pueden propagarse al interior del vaso, abierto todavía. Estos dos motivos exigen una hemostasia temporal perfecta en las operaciones vasculares, la cual puede obtenerse por la banda de Esmarch ó por la oclusión temporal de los vasos descubiertos. Pero la banda de Esmarch es difícil ó imposible de aplicar al hombre en las suturas de la femoral, de la ilíaca, de la axilar, de la carótida y la subclavia (únicas que reclaman las modernas operaciones vasculares), y por esto se hace necesario la oclusión de los vasos durante el acto operatorio. Aquella puede obtenerse por ligaduras elásticas (sondas de Nélaton, delgadas y anudadas, que empleó el Dr. San Martín, y yo también en las femorales

Año XXIX. — Tomo LXVII. — Núm. 879. — 21 Abril, 1905.

7

Figura 2. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1905;879:7-14: Sobre Angioplastia.

Figura 1. A: El Dr. Goyanes de joven. B: Como cirujano en la guerra civil.

Llamó la atención de los Catedráticos de Medicina Manuel Alonso Sañudo y de Cirugía Alejandro San Martín Satrustegui (4,5), persona que tuvo una influencia decisiva en su carrera en cirugía vascular y oncología, si bien Satrustegui dijo de su alumno: "Debo mucho de mi pensamiento y en mi técnica a Goyanes". Ganó la plaza de alumno interno en la Cátedra de Cirugía Número Uno del Hospital Clínico de San Carlos. Obtuvo el Grado de Doctor en 1901. Su tesis "Influencia del Tiroides sobre el crecimiento y el desarrollo" recibió Premio Extraordinario (6,7). Al terminar fue nombrado ayudante del Museo Anatómico y al año siguiente por oposición profesor auxiliar de la Facultad de Medicina Sección de Cirugía.

Contribución al estudio experimental de la cirugía de los vasos del Dr. Goyanes.

Datos profesionales. Con 29 años fue nombrado jefe de cirugía del Hospital General de Madrid (hoy Hospital Gregorio Marañón), permaneciendo 7 años (3,8). Realizó la mayor parte de la asistencia en las salas 5ª y 19ª, siendo decano del cuerpo médico provincial. Opositó a Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica en 1911, al jubilarse San Martín (6,7). La Memoria de defensa versó sobre "Cirugía Vascular". Las opiniones estuvieron muy divididas con el valenciano Rafael Mollá. La cátedra quedó desierta. Fue Profesor Agregado de Cirugía, ocupando la vacante dejada por Cervera (1914-1916). Creó en 1922 el

Instituto Príncipe de Asturias y el Pabellón Victoria-Eugenia (Instituto de Investigación Experimental contra el Cáncer), futuro Instituto Nacional del Cáncer, del que fue nombrado director, sustituyendo al fallecido doctor Eulogio Cervera, hasta que en 1931 al llegar la República fue cesado. En 1923 promovió la creación de La Liga Española contra el Cáncer (9,10). En 1925, viajó a centros e instituciones anticancerosas, en Francia, Alemania, Bélgica, Holanda, Suecia, Noruega y Dinamarca (6,10,11). Por motivos familiares se trasladó en 1945 a Tenerife, viviendo en su capital, donde fallecería en 1964 con 88 años, ya ciego por cataratas (3,7). Allí se dedicó a escribir artículos médicos y paramédicos en la Gaceta Médica Española. En 1938, antes de ir definitivamente a Canarias, estudió la antigua industria de la seda tinerfeña (Tabla III-10).

Innovaciones y aportaciones como médico y como cirujano. Entre sus aportaciones a la cirugía vascular (Tabla I) publicó en 1905 "Estudio experimental sobre cirugía vascular" describiendo la sutura perforante y reparadora de las arterias, el uso de seda fina para las suturas arteriales (8). En 1905, Goyanes publicó en la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas: "Sobre angioplastia. Contribución al estudio experimental de la cirugía de los vasos" (Tabla I-1). En diversos trabajos trató las causas de la formación de trombos en los vasos suturados, la reparación o la cicatrización de las heridas arteriales y venosas. Específicamente la vitalidad de las paredes vasculares denudadas y el trasplante vascular o injerto vascular. El ideado por Goyanes en 1906, conocido como "arterioplastia venosa u operación de Goyanes o anastomosis doble arteriovenosa término terminal", consiste en interponer entre ambos extremos arteriales un puente venoso tomado de su vecindad, pero sin desprender totalmente la vena de los tejidos paravasculares (11,12). El 12 de junio de 1906 operó un aneurisma de arteria poplítea (Tabla I-3,15), primicia mundial (La Cirugía Vascular recibiría el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1912 en la figura de Alexis Carrel, por trabajos que en parte ya había publicado Goyanes, como la triangulación en las anastomosis). Trasplantó exitosamente entre perros la femoral en la carótida; pero los trasplantes arteriales entre animales de distintas especies fracasaron, como los trasplantes de venas, por trombosis. Insertó en un perro un segmento de la cava en la aorta que finalizó con hemorragia al cuarto día (11,12). Propuso la anestesia intraarterial periférica (Tabla I-14), la narcosis cerebral por vía carotídea, las anastomosis arteriovenosas, la quimioterapia regional arterial, el cateterismo venoso, la punción arterial percutánea, la sustitución ureteral por vena espermática, la reconstrucción del conducto

de Stenon por la vena transversal facial. Describió la resección de la aorta y su sustitución con la vena cava, la anastomosis mesentéricocava (11,12).

Desde el punto de vista instrumental son interesantes las aportaciones en el desarrollo de balones oclusores con fines isquémicos y de bloqueo de flujo arterial, y clamps curvados blandos atraumáticos para ocluir los vasos sin destruirlos, que encargó al fabricante Collin de París (8,12). De esta forma realiza trabajos experimentales sobre autotrasplantes venosos que inicia en la "Casa de Salud La Gallega" (8) y que luego continúa en las instalaciones de los laboratorios de la Cátedra de Fisiología que dirigía el profesor Gómez Ocaña de la Facultad de Medicina (11-13).

En el campo neuroquirúrgico (Tabla II) operó grandes traumatismos craneales, cuerpos extraños, tumores intracraneales e intravertebrales, y derivaciones por hipertensión craneal al seno longitudinal mediante un fragmento de vena; extirpó el ganglio de Gasser con una nueva técnica (neuralgia del trigémino); trató la siringomielia (4,6).

Aportaciones en cirugía cervical (Tabla II). Operó cuerpos extraños esofágicos por vía cervical y resolvió sus estrecheces. Publicada su serie de cirugía tiroidea, Sauerbruch (el cirujano más influyente en Europa en la primera mitad siglo XX) en su visita a Madrid, dijo: "No lo creo. Si son verdad los buenos resultados que ha obtenido en la cirugía del Basedow con 4 fallecidos de 40 operados, es Vd. el mejor de los cirujanos de bocio". Quiso verle operar un tiroides, y cuando Goyanes se estaba lavando contestó a la pregunta de Sauerbruch, sobre cuanto tardaba en realizarla, al contestar que de 15 a 20 minutos en la cirugía; no se lo creyó y se fue sin ver la intervención (14,15).

Aportaciones en cirugía general y digestiva (Tabla II). Creó un método para realizar la intervención conocida como "gastro-enteroanastomosis", muy utilizada en el primer tercio del siglo XX. Con la técnica de la gastroscopia podía hacer el diagnóstico intraoperatorio de la úlcera gastroduodenal (15,16). Describió un método de colostomía perineal como tratamiento de la estrechez rectal. También ideó modificaciones en la técnica de la herniorrafia. En relación con la cirugía biliar, pronto se incorporó a la corriente moderna de la colecistectomía: fue el primer cirujano español que llevó a cabo una colecistoduodenostomía en España (4,16). Practicó más de 12.000 intervenciones. Fundó un Departamento de Cirugía Experimental, que costó (4,8,16).

Aportaciones en cirugía torácica (Tabla II). Diseño sencillo de una caja de madera y cristal en la que metía la cabeza del enfermo y hacía un cierre hermético para elevar la presión de la caja y del árbol bronquial (4), procedimiento distinto del de Sauerbruch de presión diferencial (pulmón artificial mecánico). Operó procesos pulmonares, como quistes hidatídicos, bronquiectasias e inversión de costillas para colapsar el pulmón (toracoplastias) muy usado para tratar un pulmón tuberculoso (8,11). Apuntó la posibilidad de que la cirugía pulmonar fuera una especialidad (4,11).

En cirugía plástica (Tabla II). Dejó constancia de que los tejidos embrionarios prenden con más facilidad que los adultos. Hizo plastias faciales, creó un método para la restauración de la ceja cuando ésta ha sido destruida por una cicatriz u "ofridoplastia" (3,18). Realizó plastias cutáneas diversas. Apuntó la necesidad de las osteoplastias, que practicó para evitar en lo posible las amputaciones extensas por heridas de guerra (4,8,18).

Aportaciones en cáncer (Tabla II). Hizo estudios sobre la producción de sarcomas por virus en la cresta del gallo (virus del sarcoma de Rous) y la influencia de los parásitos en la génesis del cáncer (6,14). La etiología múltiple en tumores malignos. El diagnóstico de los tumores por pruebas serológicas (10). La mortalidad por cáncer en España fue aportada por él. Realizó la primera mamografía en España y dio cuenta de ello en un trabajo titulado: "Mamografía con rayos blandos" , 1931 (10,18), denominándose "mamografía con rayos blandos de Goyanes", técnica que perfeccionaron Leborgne en Uruguay y Gershon Cohen en Estados Unidos, popularizando su uso (4,8,11).

Aportaciones en actividades no médicas (Tabla III). Otras contribuciones. Poeta y escritor, historiador, filósofo, humanista, viajero, del círculo intelectual contemporáneo, comentarista deportivo y de arte (7).

Goyanes como intelectual. Conocía numerosos idiomas (7), incluidos el latín y griego. Amigo de las grandes figuras quirúrgicas como Sauerbruch, Rudolph Matas, los hermanos Mayo, Alexis Carrel, etc. (4,7,10). Amigo de intelectuales: Unamuno, Ortega y Gasset, Gregorio Marañón, Pérez de Ayala y otros (7,10).

Viajes. Visitó España y Europa en profundidad. Realizó numerosas excursiones por la sierra madrileña desde

su casa de San Rafael (7). Viajó a Grecia con el biólogo Cándido Bolívar y su discípulo José Die Mas (más tarde su yerno). Estudió la medicina griega, influyendo aún en la medicina actual. Investigó sobre la religión y la sexología griegas, la literatura, la música y el teatro, conoció su mitología; habla de Thesalia, del teatro de Esquilo, de la cultura miceno-egaea (Tabla III). En su viaje, subió al monte Olimpo, suponemos buscando a Júpiter, Juno y otros dioses (6,7). En 1922 participó en el conocido viaje a Las Hurdes, con el Rey Alfonso XIII, el ministro de la Gobernación Piniés, el doctor Gregorio Marañón, el doctor Enrique Bardají, inspector provincial de Sanidad y el antropólogo Luis Hoyos (con quién tuvo que actuar como barbero, aspecto humilde recogido en la Tabla IV-A6).

Tenerife. Además del estudio de la seda de 1938 mencionado, publicó en 1957 un estudio sobre la heliorradiación en Memoria y trabajos del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife (Tabla II-29). Al exponer en Santa Cruz de Tenerife su vida durante la Sesión Literaria del 25 de febrero de 2025 en la Real Academia de Medicina de Canarias (RAMC), algunos académicos comentaron que en su juventud conocieron al doctor Goyanes viviendo en Tenerife. Aportaron una faceta menos conocida, como ser pintor de cuadros y taxidermista de aves. Intentamos recabar si había estado colegiado en Tenerife, ejercido la medicina o la cirugía, o si participó en la RAMC Distrito de Tenerife, ignorándose estos aspectos.

Goyanes como historiador (Tabla III). Hizo una revisión histórica del modo de hacer de los árabes en materia médica, con comentarios a la cirugía de Abulcasis, el médico andalusí que integró la cirugía en la medicina en el siglo X (9,10). Estudió la obra de Maimónides. Revisó profundamente la vida y el pensamiento de Miguel Servet (9). También llegó a enjuiciar las ideas biológicas de Goethe. Hizo semblanzas de su maestro Alejandro San Martín, de Ramón y Cajal y de Agustín del Cañizo (11).

Como filósofo (Tabla III). Exploró la mística religiosa y estudió la mística en la oración, el misticismo alemán y en Aristóteles, Séneca, San Agustín, Kant y Mahoma. Analizó el existencialismo, la virtud y la obra de Unamuno, amigo a quien admiraba. Analizó el bien y el mal. El erotismo, la homosexualidad, el matrimonio, la degradación sexual de los romanos y la lucha de sexos.

Goyanes como poeta y escritor (Tabla III). Se inició en la poesía, con poca fortuna, con "Crisotemis" y con el poema épico "Los atlantes. Epopeya de los

castellanos por el mar". Se inició en el ensayo con "Tipología del Quijote" con prólogo de Gregorio Marañón, "El sentimiento cómico en la vida y en el arte", "Introducción a la psicología del chiste" y "Fisiología y psicología de la risa".

Como comentarista de arte y deportivo (Tabla III).

Se metió en la interpretación de las bellas artes penetrando en la pintura de Velázquez, de quien dice que "retrata el alma" (7,18). Se atrevió a opinar sobre deportes, y en su artículo "Adversus futbol" dijo que no esperaba éxito para un juego en el que, la punta dura y redondeada de la bota de aquella época, al impactar sobre el balón redondo, no podía conseguir un buen control del juego (6,7,18). Es de las pocas cosas en las que se equivocó.

Recibió gran cantidad de honores, homenajes y reconocimientos (Tabla IV).

En 1928, fue nombrado Doctor Honoris Causa (Facultad de Medicina de la Universidad de Burdeos). Por ello, el consejo y dirección de la Gaceta Médica Española, editaron por suscripción popular un libro-homenaje, cuyos beneficios fueron cedidos por el homenajeado a los fines benéficos de la Liga Española contra el Cáncer (4,7,18). Director-fundador en 1929 de la revista Archivos Españoles de Oncología y el Boletín de la Liga Española contra el cáncer (18,19). Ingresó el 8 de diciembre de 1918 en la Real Academia Nacional de Medicina ocupando el sillón 41. En la toma de posesión pronunció el discurso "Introducción al estudio de la operatoria quirúrgica". Fue contestado por D. Enrique de Isla y Bolómburu (18).

Reconocimiento de su obra y su figura. Goyanes fue una importante figura de la ciencia y la cultura españolas, apreciadísimo en su tiempo, pero al trasladarse a Tenerife su "estrella" empezó a declinar. Siendo uno de los mejores cirujanos de la historia quirúrgica española, un gran clínico e investigador, un personaje de la cultura, en suma, un "hombre universal", "un sabio medieval" (4,7,19), hay que reconocer que ha sido ignorado y casi olvidado en la actualidad (7,11).

Causas del olvido actual. Sus trabajos médicos fueron publicados en revistas españolas con poca proyección internacional, mientras que Alexis Carrel, desde el "Rockefeller Institute" de Nueva York, publicó sus trabajos de cirugía vascular en las revistas más importantes, lo que le dio mayor proyección internacional y la concesión del Nobel. A Carrel se le atribuyeron la paternidad de técnicas de cirugía vascular que Goyanes había publicado antes en

revistas españolas (11,12). Fue en su momento una figura médica, intelectual y social, lo que no le perdonaron los envidiosos. No accedió a una cátedra, dificultándole crear una escuela. Tuvo "amistades sospechosas". Hombre honesto e independiente que, chocó con la República en 1931. Perteneció unos meses al Partido Radical (baja en 1935). Movilizado, fue oficial médico del bando nacional, donde sus ideas progresistas no encajaron. Su mejor discípulo, José Die Mas (futuro yerno), siguió la línea oncológica. Por motivos familiares, mal explicados, salió en 1945 hacia Canarias, donde quedó casi olvidado, pues allí no tuvo una actividad profesional ni publicó sobre temas quirúrgicos. Fue taxativo en su artículo "Contra la Sindicación de la clase médica y a favor de la clase proletaria". Todo esto pudo impedir su promoción y darnos una idea de su declive y olvido.



Figura 3. A: Primera Junta Directiva de la Asociación Española de Cirujanos, Madrid 1931. José Goyanes (presidente) y Mariano Gómez Ulla (vicepresidente), sentados.



B: José Goyanes Capdevilla junto a Miguel de Unamuno y Jugo, Salamanca 1935.

Serendipia. Teníamos un escaso conocimiento de las aportaciones vasculares y de otras del español Goyanes, pues pocos tratados de cirugía vascular le mencionaban en la historia de esta especialidad, que habitualmente se refieren al norteamericano nacido en Nueva Orleans (Luisiana) Rudolph Matas (hijo de dos emigrantes de Gerona) y al Nobel francés Alexis Carrel, como los pioneros en la cirugía vascular. Conocíamos por el tratado "Cirugía" de los Profesores Santiago Tamames Escobar y Carlos Martínez Ramos, de la editorial Panamericana, una breve referencia a Goyanes como pionero en angiología y cirugía vascular. Cuando tuvimos mayor conocimiento de este nombre fue cuando se nos concedió en 2016 un inesperado premio que lleva su nombre, concedido anualmente por La Revista Iberoamericana de Cirugía Vascular, al considerar un trabajo nuestro publicado en 2015 en ella como el mejor ese año. A partir de ahí indagamos sobre su persona y obra.

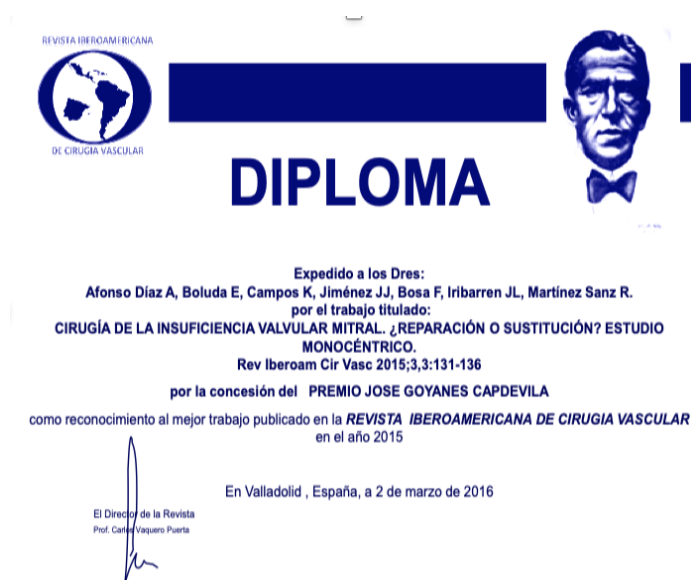


Figura 4. Premio José Goyanes Capdevilla 2016 de la Revista Iberoamericana de Cirugía Vascular al mejor trabajo publicado en ella en 2015.

Resumiendo:

El doctor Goyanes fue un cirujano muy brillante, un innovador, "un sabio medieval", honesto, sencillo, muy trabajador, con infinita curiosidad, socialmente progresista, un verdadero médico, nacido para ser cirujano, ahora casi olvidado al apartarse de las tendencias nacionales e internacionales al uso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bugallo Rodríguez A. En: XA Fraga y A Mato Domínguez (coords.), Diccionario Histórico das Ciencias e das Técnicas de Galicia: Autores (1868-1936). A Coruña, Edicios Do Castro, 1993, págs. 160-2.
2. Varios autores. Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana, tomo XXVI. Madrid, Espasa Calpe, 1925, pág. 835.
3. Die-Goyanes A, Die-Trill J. José Goyanes, Cirujano y humanista. Cir Esp, 2008;83(1):8-11
4. González Duarte P. Homenaje al Dr. Goyanes. Bol Soc Hist Med (BSHM), 1964;4:51-3.
5. Álvarez-Sierra J. Diccionario de Autoridades Médicas. Madrid, Editora Nacional, 1963, págs. 299-300.
6. Vilanova Rodríguez A. Gran Enciclopedia Gallega, tomo XVI. Santiago de Compostela, Editorial Silverio Cañada, 1974, págs. 176-7.
7. Hernando T. Goyanes, el hombre. Bol Soc Hist Med (BSHM), 1964;4:41-8.
8. Barros JL. Investigaciones sobre los trabajos vasculares del Dr. Goyanes Capdevilla. Cir Ginecol Urol, 1965;19:1-26.
9. Granjel LS. José Goyanes, historiador de la medicina, Bol Soc Esp Hist Med (BSHM), 1964;4: 41-3.
10. Granjel LS. Historia General de la Medicina Española, tomo V. Salamanca, Universidad Salmantina, 1981, págs. 184-5.
11. Vaquero C, et al. José Goyanes Capdevila (1876-1964). Pionero de la cirugía vascular española. An Real Acad Med Cir Vall, 2017;54:71-82.
12. Lozano Sánchez FS, Reparaz Asensio LM. José Goyanes, Aportaciones experimentales a la cirugía vascular. Angiología, 2021;73(1):44-6.
13. Criado E, Girón F. José Goyanes Capdevila, unsung pioneer of vascular surgery. Ann Vasc Surg, 2006;20(3):422-5.

14. López Piñero JM, et al. Diccionario Histórico de la Ciencia Moderna en España, vol. I. Barcelona, Editorial Península, 1983, págs. 420-1.
15. Orozco Acuavica A. Historia de la endocrinología española. Madrid, Díaz de Santos Ed., 1999.
16. López-Ríos Fernández F. Orígenes históricos de la cirugía gastro-intestinal en España (1830-1914). Madrid, Universidad Complutense, 1987, págs. 45-9, 91-109, 145-50, 180-4.
17. López Piñero JM, Lujosa Homar F. Clásicos españoles de la anestesiología. Valencia, Cátedra de Historia de la Medicina, Universidad de Valencia, 1981.
18. Matilla V. 202 Biografías Académicas. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1987, págs. 171-3.
19. Die y Mas J. José Goyanes Capdevila. In Memoriam. Rev Esp Onc, 1964;11:11-2.
6. Sobre la sutura lateral y circular de las venas (con exposición de un caso de resección y sutura circular de la vena subclavia), Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 1907;75:369-83.
7. Un caso de herida de la arteria femoral profunda. Aneurisma difuso consecutivo. Sutura arterial. Curación. Revista Clínica de Madrid, 1909: 331-4.
8. La sutura en cirugía del sistema vascular. Madrid: Fortanet. 1911.
9. La anestesia por vía arterial. Rev Clin Madrid, 1912;8:401-22.
10. Tratamiento quimioterápico directo por la vía arterial de las tuberculosis locales, Revista Clínica de Madrid, 1914;12:401-22.
11. Sobre el cateterismo de las arterias y venas. ESM, 1918;55:893-5.
12. Ideas antiguas y modernas acerca del tratamiento quirúrgico de los aneurismas, Archivos de Cardiología y Hematología, 4: 92-100. 1923

TABLA I

Publicaciones vasculares de Goyanes

1. Sobre angioplastia. Contribución al estudio experimental de la cirugía de los vasos. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas 1905;879:7-14.
2. Sobre angioplastia: Contribución al estudio de la cirugía de los vasos. Madrid, Nicolás Moya, 1905.
3. Sustitución plástica de las arterias por las venas o arterioplastia venosa aplicada como nuevo método al tratamiento de los aneurismas". El Siglo Médico 1906;2752:561-4.
4. Nuevo trabajo de cirugía vascular plástica de las arterias por las venas o arterioplastia venosa aplicada como nuevo método del tratamiento de los aneurismas. El Siglo Médico, 1906;53:546-8.
5. Sustitución plástica de las arterias por las venas o arterioplastia venosa aplicada como nuevo método al tratamiento de los aneurismas, El Siglo Médico, 53: 561-4. 1906.

13. La sutura en cirugía del sistema vascular, Madrid, Est. Tipográfico Fortanet, 1912.
14. Sobre el cateterismo de las arterias y venas", El Siglo Médico, 55:893-5. 1918.
15. Cirugía de los aneurismas: la ligadura y la sutura de los vasos", Barcelona, Talls, 1942.

TABLA II

Obras médicas no vasculares de Goyanes (La 29, en Tenerife)

1. Un nuevo caso de osteoma de la órbita. Revista Medicina Cirugía Práctica 1904;64:1-12.
2. Colostomía perineal retropróctica. El Siglo Médico (ESM), 1905;52:492-6.
3. Un caso de pie equino traumático habitual (Tenotomía del tendón de Aquiles y enucleación del astrágalo). Herida accidental de la arteria tibial posterior. Sutura arterial. Curación. El Siglo

- Médico, 1906;53:3-5.
4. Un nuevo caso de anestesia regional, Rev Clín Madrid, 1908:12-19.
 5. Un nuevo método de anestesia regional, Rev Clín Madrid, 1912;8: 401-22.
 6. Terapéutica de las estrecheces del esófago, con exposición de un nuevo procedimiento, modificación del cateterismo sin fin de von Hacker, Madrid: Viuda Antonio Álvarez. 1912.
 7. Una modificación al procedimiento de gastroenterostomía en Y de Roux. Gastroenterostomía en T, en ESM, 1916;63:322-4.
 8. Estado actual de la cirugía plástica, sus problemas y sus conquistas. Conferencia de extensión de cultura médica, celebrada en la Real Academia Nacional de Medicina, Madrid: Enrique Teodoro. 1917.
 9. Introducción al estudio de la operatoria quirúrgica con un resumen estadístico de la labor realizada durante los últimos siete años (1911-1917) en las clínicas a nuestro cargo en el Hospital General", Madrid, Imprenta Clásica Española, 1918.
 10. Discursos leídos en la Real Academia Nacional de Medicina para la recepción pública del Dr. D. José Goyanes Capdevila (Contestación de D. Enrique de Isla y Bolombúru), Madrid: Imp. Clásica Española.1918
 11. Sobre un foco de bocio y cretinismo endémicos en los Valles del Tormes y del Alberche (Ávila), Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro. 1918.
 12. La ureterostomía como operación de urgencia, Madrid: Julio Cosano.1919
 13. La transplatación en Cirugía. Madrid, Enrique Teodoro. 1920. Publicado también en El Siglo Médico, 57: 214-244,261-265, 285-287, 304-307.
 14. Casuística de cirugía del pulmón, Madrid: José Molina.1925
 15. Sur la mortalité par le cancer en Espagne pendant les vingt premiers années du siècle present. Avec la collaboration du Dr. J. Die. (Man, 1925), Madrid: Joseph Molina. 1925.
 16. La mortalidad por el cáncer en España durante los veinte primeros años del siglo actual; con la colaboración del Dr. D. J. Die, Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro. 1925.
 17. Dos pequeñas contribuciones originales a la cirugía de la úlcera gástrica, en Gaceta Médica Española (GME), 1928;26:69-73.
 18. Cirugía de las trasplantaciones óseas. En Libro Homenaje Goyanes, Madrid, Gaceta Médica Española, 1929-1930, págs. 669-700.
 19. Cirugía del tiroides. Madrid: Sucesores de Enrique Teodoro. 1930.
 20. Relación de las sífilis con el cáncer. Valor de la lucha antivenérea desde el punto de vista oncológico. Conferencia pronunciada el 5 de diciembre de1930, Madrid: s.n. Ecos españoles de Dermatología y Sifilografía. 1931
 21. Tratamiento quirúrgico del cáncer, Madrid: s.n. 1931.
 22. Actas de la Sociedad de Cirugía de Madrid. Discurso inaugural por el Prof. J. Goyanes, Madrid: s.n. 1931.
 23. Ensayo sobre los tipos psicósomáticos de "El Quijote", Madrid: Sucesores de Enrique Teodosio. 1931
 24. Quiste dermoide del pulmón. Actas de la Sociedad de Cirugía de Madrid, 1932;2:49-54.
 25. Cirugía conservadora de los huesos. Zaragoza, Tipografía La Académica, 1932
 26. Sobre el problema etiológico del cáncer, Madrid: Bermejo imp. 1934.
 27. Introducción a la psicopatología de las vivencias místicas, Madrid: Imp. Góngora. 1934.
 28. Origen y progresos de la cirugía gástrica en la época de la reforma antiséptica", en GME, 1956;5:161-5.
 29. La heliorradiación", en Memoria y trabajos del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife (MTIFPRT), 1957;3: 1-3.

TABLA III

Obras no médicas de Goyanes (La 10, en Tenerife, reseñada)

1. El Doctor Alejandro San Martín, Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas, 1908;20:321-6.
2. Crisotemis: Poemas breves de la vida breve. Ensayos, Madrid, José Molina, 1925.
3. La leyenda y culto de Esculapio en la Grecia antigua, Madrid, Julio Cosano, 1925.
4. Excursiones artísticas por Grecia, Madrid, J. Molina, 1926.
5. San Martín y su obra, Madrid: Art Gráf Plus-Ultra, 1920.
6. El profesor Jean Bergonie. Trabajo leído en la velada necrológica celebrada en el Instituto Francés, Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro. 1925.
7. San Martín y su obra, Médicos ilustres del siglo XIX, Madrid, 1926, pp. 66-95.
8. Los Atlantes. Epopeya de los castellanos por el mar: Poema heroico del descubrimiento del Nuevo Mundo, Madrid, S. Aguirre, 1935.
9. El Greco, pintor místico, Madrid, 1936.
10. Las antiguas industrias de la seda en Tenerife. Tenerife, Imprenta Romero, 1938.
11. Contribución de los escritores místicos españoles del siglo XVI a la historia de la psicología, en Archivos Iberoamericanos Historia de la Medicina, 1952;4:79-140.
12. Fundación y primeros tiempos de la Universidad salmanticense, en Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y Antropología Médica, 1957;9: 241-4.
13. Sonidos y colores. Música y pintura: ensayo de psicología del paralelismo de las sensaciones acústica y óptica, en MTIFPRT, 1957;3:1-6.
14. El eterno femenino, en MTIFPRT, 1959;5:1-22.
15. Materia y espíritu del arte gótico: el concepto de belleza en la época y en el Renacimiento", en MTIFPRT, 1959;5:1-10.
16. Del sentimiento cómico en la vida y en el arte: Ensayo estético-psicológico, Madrid, J. Puedo, 1932.
17. Biografía del autor, en M. Servet, Descripciones geográficas del estado moderno de las regiones, en la geografía de Claudio Ptolomeo Alejandrino, trad. del latín. Madrid, Real Academia de Medicina, 1932.
18. Tipología de El Quijote: Ensayo sobre la estructura psicosomática de los personajes de la novela, Madrid, J. Aguirre, 1932.
19. Miguel Serveto, teólogo, geógrafo y médico, descubridor de la circulación de la sangre: Su vida y sus obras, sus amigos y enemigos. Madrid, Ed. Hernando, 1933.
20. Introducción a la psicopatología de las vivencias. Madrid, Imprenta Góngora, 1934.
21. La sátira contra los médicos y la Medicina en los libros de Quevedo. Conferencia leída por... en la "Fiesta del libro". Abril de 1934, Madrid: Academia Nacional de Medicina, Imp. J. Cosano. 1934.
22. Introducción a la psicología del chiste, en Libro Homenaje Goyanes, Madrid, Gaceta Médica Española, 1929-1930, págs. 701-8.
23. M. Servet, Razón universal de los jarabes según inteligencia de Galeno diligentemente expuesta a la cual se añade, después de la íntegra disertación acerca de la concocción, el verdadero método de purgar, con exposición del aforismo "Concocta medicari", trad. al castellano, con la colaboración de J. Torrubiano Ripoll, Madrid, J. Cosano, 1935.
24. La personalidad médica de Maimónides al lado de su personalidad total. Córdoba: Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba. Madrid, Bolaños y Aguilar, 1935.
25. El tipo psicofísico de don Miguel de Unamuno, Gaceta Médica Española, 1954;329:29-30.

TABLA IV.

Frases, sentencias, honores y reconocimientos de Goyanes

A-Frases y sentencias

1. "Nací y me críe para médico, o quizás más bien para cirujano".
2. "Todo cirujano está obligado a enseñar desinteresadamente su ciencia y su arte a los alumnos y médicos que deseen aprender".
3. De la especialidad cirugía plástica dijo "va aparejada al conocimiento de la gran ciencia biológica".
4. La gran cirugía se hizo para tratar el cáncer, y es la más extensa, la más plástica y la más difícil"
5. Para luchar contra la pesantez de sumergirse totalmente en las labores del oficio médico hay dos caminos: la investigación asidua y porfiada o dedicar parte de la energía a otros órdenes de la inteligencia"
6. Siendo los barberos los primeros cirujanos, la primera operación que debemos aprender es la del oficio y, si llega el caso, practicarla"

B-Honores y reconocimientos

- Presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española 1911
- Primera Junta Directiva Sociedad de Cirugía de Madrid 1931
- Presidente de la Real Sociedad Española de Historia Natural 1931
- Presidente de la Asociación Española de Cirujanos 1936
- Presidente de la Liga Anticancerosa Española 1923
- Socio de Honor de la Academia Médica de Guipúzcoa

- Socio de Honor de la Sociedad Internacional de Cirugía
- Socio de Honor de la Sociedad de Cirujanos de Bruselas
- Doctor honoris causa por la Facultad de Medicina de Burdeos 1928
- Miembro del Colegio de Cirujanos de Norteamérica
- Gran Cruz de la Orden Civil de Alfonso XII
- Oficial de la Legion d'Honneur de Francia
- Caballero de la Orden de Santiago de la Espada de Portugal
- Patrón del Real Patronato de las Hurdes 1922
- Ocupó el sillón 41 en la Real Academia Nacional de Medicina 1917
- Presidió la inauguración del curso académico 1933-1934

TODOS LOS MÉDICOS SOMOS FILÓSOFOS

Ilmo Sr. Dr. D. Héctor Roldán Delgado

*Jefe de Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario de Canarias.
Profesor Asociado. Departamento de Cirugía. Universidad de La Laguna*

Académico Correspondiente

Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Canarias

Desde Aristóteles, los sistemas filosóficos -las grandes explicaciones de los filósofos para todo lo que sucede en el mundo- abordan tres ámbitos fundamentales, que constituyen las ramas de la propia filosofía. La metafísica trata de qué son las cosas (qué es el ser humano, qué es Dios, qué son los seres vivos); la epistemología o teoría del conocimiento, de cómo conocemos las cosas, y la ética, de cómo tomamos las decisiones y si esas decisiones son buenas o correctas. Aparte de estas ramas fundamentales, algunos sistemas filosóficos incorporan la filosofía política, la estética -que versa sobre la belleza y el concepto de lo bello- o la lógica, como, por ejemplo, el propio sistema aristotélico.

Intentemos acotar ahora sobre lo que vamos a hablar en este artículo.

A lo largo de la historia ha habido médicos filósofos. Conocemos el Canon de Avicena, es decir, sus aportaciones a la medicina, pero también sabemos que fue un destacado intérprete de Aristóteles. Sexto Empírico fue un renombrado filósofo romano de la escuela escéptica, del que nos han llegado varios libros, como los Esbozos Pirrónicos. Empírico en su nombre implica que perteneció a la escuela médica de los empíricos y probablemente ejerció la medicina en ciudades como Alejandría o Roma. De Hipócrates, todos recitamos su Juramento cuando comenzamos a ejercer, en el que se resume su gran aportación a la ética médica, pero también tenemos sus contribuciones a la medicina en el Corpus Hippocraticum. Sin embargo, no es de médicos filósofos de lo que vamos a hablar en este artículo.

Existe también la filosofía de la medicina, es decir, la aplicación de los métodos filosóficos a la práctica

médica. Existe una metafísica de la medicina, que trata conceptos como qué son la salud y la enfermedad, entre otros; una epistemología de la medicina, que versa sobre cómo logramos llegar a la verdad en la práctica médica -por ejemplo, a través de los ensayos clínicos-, y, por supuesto, una ética médica, más conocida por todos los médicos, que se ocupa de nociones como la beneficencia, la justicia, la no maleficencia, la equidad, etc. Pero tampoco es de filosofía de la medicina de lo que vamos a tratar en el presente artículo.

Nuestro objetivo es hacer consideraciones sobre un concepto diferente: medicina y filosofía.

La práctica médica y, sobre todo, la práctica asistencial, nos lleva a los médicos a profundas reflexiones que de ninguna manera son diferentes de los pensamientos de los grandes filósofos de la historia, incluso aunque estos no hayan dedicado especial atención a la medicina, como Platón. Estas reflexiones nuestras son en la mayoría de las ocasiones de naturaleza ética, puesto que los médicos estamos siempre preocupados por tomar las mejores decisiones con nuestros pacientes, habida cuenta de que tenemos en nuestras manos cuestiones tan delicadas e importantes como la salud o la vida. Pero también la práctica médica lleva a reflexiones de orden metafísico o epistemológico.

Mediante dos casos clínicos extraídos de la práctica habitual de un neurocirujano, intentaremos apoyar la idea de que el ejercicio de la medicina puede plantear disquisiciones metafísicas o epistemológicas que, como ya hemos dicho, nos llevan directamente a las reflexiones de los grandes filósofos de la historia.

Caso clínico nº 1

Se trata de un paciente de mediana edad, que ingresa con un voluminoso hematoma cerebral espontáneo en hemisferio dominante que le provoca un rápido deterioro neurológico. Siguiendo las guías clínicas¹, se decide intervenir quirúrgicamente. La operación transcurre sin incidencias, y, tras varias horas, el paciente es trasladado, intubado y sedoanalgesiado, a la Unidad de Cuidados Intensivos. El cirujano, cansado y todavía con un cierto grado de adrenalina elevada en la sangre, se retira a la habitación del médico de guardia, y allí surgen las inevitables preguntas. En primer lugar, ¿se hizo lo correcto? Ésta es, sin duda, una reflexión de naturaleza ética, con respuesta bastante sencilla: se han seguido las directrices de las guías clínicas más actualizadas. De esta manera, el cirujano consigue un cierto grado de consuelo (*consolatio*, según los romanos), que se perturba pronto cuando surge la siguiente pregunta: ¿a quién hemos conseguido salvar? Y esta es una reflexión de carácter metafísico, porque nos cuestiona sobre la noción de ser humano y de persona.

La historia de la filosofía nos plantea dos teorías en este sentido: la personalista, que defiende que todo ser humano es persona, y la gradualista, por la que discurriríamos, que aboga por que no todos los seres humanos son personas, pues no todos tienen los atributos que permiten denominarlos como tal. El ejemplo clarificador es el caso de los niños recién nacidos, que son seres humanos, pero que todavía no han desarrollado los atributos propios de la persona. Se les considera personas en potencia, utilizando un término de Aristóteles².

La cuestión es cuáles son esos atributos que nos permiten considerar a un ser humano como persona. En términos filosóficos, esto equivale a determinar la esencia de la persona. Prácticamente toda la tradición filosófica hasta el siglo XX nos emplaza a la razón como el centro de la esencia de la persona, entendiendo por razón un concepto muy amplio que incluye diferentes capacidades para toma de decisiones, planificación, pensamiento abstracto, resolución de problemas y, por supuesto, el lenguaje y la conciencia de sí mismo (autoconciencia). La historia de la filosofía ha estado muy influida por la definición de persona del filósofo tardorromano Severino Boecio, que escribió que «la persona es una sustancia individual de naturaleza racional»³. Definiciones parecidas las encontramos en la *Ética* a Nicómaco de Aristóteles⁴ y las *Meditaciones metafísicas* de Descartes⁵.

Ese imperio de la razón llegó a extremos tan

extravagantes como el culto a la diosa Razón que se impuso en la Revolución Francesa: en el año 1793 se organizó una procesión desde la Comuna de París hasta la iglesia de Notre-Dame, que había sido desacralizada, llevando en andas a una mujer de carne y hueso ataviada como la diosa Razón.

Por otra parte, las emociones y los sentimientos fueron considerados a menudo a lo largo de la historia de la filosofía como un obstáculo para la razón. En las *Meditaciones*, Marco Aurelio nos dice⁶:

«La inteligencia libre de pasiones es una ciudadela. Porque el hombre no dispone de ningún reducto más fortificado en el que pueda refugiarse y ser en adelante imposible de expugnar.»

Es en el siglo XX, con el advenimiento de los filósofos existencialistas y protoexistencialistas (Husserl, Heidegger), cuando se cuestiona el papel de la razón como esencia de la persona, y aparecen otros conceptos como la voluntad, la importancia de la libertad, etc.

Sin embargo, en el siglo XVII destaca un filósofo que se enfrenta a la corriente dominante que identifica a las emociones y sentimientos como enemigos de la razón: Baruch Spinoza, judío, nacido en Ámsterdam y de ascendencia portuguesa. Hijo de comerciantes, rechazó la fortuna familiar para dedicarse a la filosofía y, como de eso no se podía sustentar, se dedicó a pulir lentes. Murió muy joven, a los 44 años, en apariencia de una tuberculosis, aunque se sospecha que falleció por una neumoconiosis producida por la inhalación continua de los polvos del pulimento de las lentes. Las ideas de Spinoza fueron sin lugar a dudas revolucionarias en aquella época. Decía que las emociones (*affectus*) y los sentimientos, es decir, las ideas conscientes de esos sentimientos (*ideae affectus*), son tan naturales para la persona como la razón. Defendía que las emociones no son enemigas de la razón, sino fundamentales para el buen desarrollo de la misma y que comprender los afectos era imprescindible para alcanzar la libertad y la felicidad. Además, opinaba que las personas se mueven por una fuerza interna que los impulsa no solamente a sobrevivir, sino además a desarrollarse como tales, un impulso que denominaba *conatus*⁷. Con estas ideas, y alguna otra sobre la naturaleza de Dios, no sorprende que fuera condenado a un herem, la forma más cruel de ostracismo, que no sólo implicaba hacer público que no podía tener contacto con la comunidad judía de Ámsterdam, sino que además se lo maldecía a él en todo momento, de día y de noche. Sus obras fueron relegadas a la clandestinidad y el olvido durante siglos,

y sólo fueron resucitadas en el siglo XIX por escritores alemanes como Hegel o Goethe.

Estas ideas de Spinoza se extendieron por la comunidad médica a principios del siglo XX, de manos de un neurólogo nacido en una ciudad de la actual República Checa, que ejercía en esos momentos en Viena: Sigmund Freud. El paralelismo entre las ideas de Spinoza y Freud es innegable. El conatus del filósofo holandés nos recuerda al concepto de Eros del primer Freud. Que Spinoza nos dijera que la felicidad depende de entender mediante la razón nuestras emociones y sentimientos se relaciona con claridad con la necesidad de hacer consciente nuestros conflictos inconscientes que proponía Freud para conseguir la salud mental. Freud negó en varias ocasiones la influencia de las ideas de Spinoza, y sólo en 1931 reconoció este vínculo en una carta al médico Lothar Bickel⁸:

«Admito de buen grado mi dependencia de la doctrina spinoziana. Nunca hubo razones para que mencionara expresamente su nombre, pues concebí mis hipótesis más a partir de la atmósfera creada por él que del estudio de su obra.»

Antonio Damasio, un neurólogo portugués que ha desarrollado su carrera como neurocientífico en Estados Unidos publicando en importantes revistas médicas actuales, considera a Spinoza como un visionario, un precursor de los conceptos que hoy en día apoya la neurociencia sobre la esencia de la persona, algo así como un Julio Verne de la neurobiología.

En su libro *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*⁹, Damasio dice que las emociones son respuestas automáticas del cuerpo ante ciertos estímulos que pueden ser tanto internos como externos, y nos permiten relacionarnos y decodificar el mundo alrededor nuestro. Los sentimientos serían las representaciones conscientes de esas emociones, es decir, un mapa cerebral del estado del cuerpo. Y, por supuesto, emociones y sentimientos son fundamentales para el buen funcionamiento de la razón y la toma de decisiones.

John Harris es un filósofo de la ciencia, un bioético con ideas controvertidas, que en su obra *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics* ha propuesto el concepto de ex-persona para aquellos seres humanos que en algún momento determinado han presentado esos atributos propios de la persona, pero que los han perdido, generalmente por

enfermedad¹⁰.

Por tanto, de madrugada, la reflexión metafísica del cirujano en la habitación del médico de guardia versa sobre si el paciente que se ha intervenido del hematoma intraparenquimatoso sigue conservando esos atributos propios de la persona, entendiendo que esa esencia es ese diálogo, esa interacción continua entre razón y emociones y sentimientos que nos plantea la neurociencia, o bien que por desgracia acabe convirtiéndose en ex-persona, porque acabe evolucionado a un cuadro de estado vegetativo.

Caso clínico nº 2

Se trata de una paciente con dolor lumbar, sin ningún tipo de irradiación, que valoramos en nuestra consulta de neurocirugía. Tras una exhaustiva anamnesis y exploración, no se identifican signos de alarma de patología grave, como fracturas, tumores o infecciones, y no se detecta ningún tipo de clínica neurológica. La paciente nos aporta una resonancia magnética (RM), que le ha solicitado otro médico, en la que se visualizan dos protrusiones discales. La paciente nos pregunta por qué le duele.

Si utilizamos la lógica aristotélica, a la pregunta de cuál es la causa del dolor, se pueden plantear cuatro respuestas en forma de proposiciones particulares, todas ellas excluyentes entre sí:

1. El dolor procede sólo del disco protruido superior.
2. El dolor procede sólo del disco protruido inferior.
3. El dolor procede de ambos discos protruidos.
4. El dolor no procede de los discos protruidos, sino de otras estructuras, como otras articulaciones -por ejemplo, las facetarias-, ligamentos o músculos.

Desde los años 90 hay muchos artículos que muestran que en torno a un 30% de pacientes asintomáticos para dolor lumbar pueden aparecer protrusiones discales en RM¹¹. Estos hallazgos se interpretan como que las protrusiones discales puede que no sean la causa del dolor lumbar. En una revisión sistemática de 2015¹² sobre este tema, con más de 30 artículos y un tamaño muestral superior a 3000 pacientes, las protrusiones discales aparecen en un 30% de pacientes

asintomáticos y esta cifra se incrementa de forma leve a medida que aumenta la edad de los pacientes, lo que hace probable que la aparición de las protrusiones discales y otros hallazgos en la columna se correspondan con el envejecimiento normal de la misma.

Por tanto, con los síntomas que presenta la paciente y los hallazgos de la RM, no se puede saber cuál de las proposiciones que antes hemos propuesto es la correcta. Existe un problema diagnóstico, que en términos filosóficos es un problema epistemológico, pues no se puede saber cuál es la verdad sobre el origen de ese dolor lumbar que presenta la paciente, al menos con RM.

Desde un punto de vista clínico, para solucionar este problema epistemológico se han utilizado técnicas de diagnóstico invasivo, como las discografías o los bloqueos facetarios, sin un gran avance en términos netos en lo que se refiere al diagnóstico del origen del dolor, pues todas estas técnicas presentan un alto número de falsos positivos¹³.

Las sociedades científicas recomiendan que el manejo del dolor lumbar pase por un sistema de doble filtro. En primer lugar, se debe hacer un esfuerzo, mediante una anamnesis detallada, para detectar signos de alarma o banderas rojas, que hagan pensar que la etiología de ese dolor lumbar pueda ser una causa grave, como una fractura, un tumor o una infección. En segundo lugar, se debe hacer una evaluación de síntomas y signos neurológicos, para detectar no sólo patología que pueda requerir una cirugía de urgencias, como una hernia discal que produzca un síndrome de cauda equina, sino establecer si hay una sospecha razonable de que pueda haber un cuadro de compresión radicular producido por una hernia discal o una estenosis de canal lumbar¹⁴.

Si se pasan estos dos filtros con resultado negativo, ese dolor se tipifica como dolor lumbar inespecífico, lo que equivale a tildar a ese dolor lumbar de idiopático. El problema es que la Organización Mundial de la Salud establece que más de un 80 % de toda la población tiene al menos un episodio de dolor lumbar a lo largo de su vida, y que el 90 % de estos episodios de dolor lumbar se corresponden con estos dolores lumbares inespecíficos. Por tanto, tenemos un problema diagnóstico de primera magnitud por su altísima prevalencia entre la población.

Desconocer la causa en nuestro caso clínico del dolor lumbar inespecífico nos lleva a un callejón sin salida desde el punto de vista epistemológico, a un muro que no podemos franquear con los conocimientos

actuales. En filosofía, esto se llama una aporía, en este caso, una aporía médica.

¿Y qué actitud debemos adoptar ante esta aporía? Sin duda, la suspensión del juicio.

Pirrón de Elis fue un filósofo griego de la época helenística, creador de la escuela escéptica. Durante mucho tiempo fue soldado, y acompañó a Alejandro Magno en las campañas de Persia y de la India. En la India conoció a unos filósofos que predicaban desnudos y que los griegos denominaron por este motivo gimnosofistas. Los gimnosofistas eran escépticos radicales, que creían que el ser humano no puede conocer la verdad de las cosas. Pirrón quedó tan impresionado por esta postura que, cuando volvió a Grecia, predicó entre sus alumnos la actitud epistemológica que denominamos suspensión del juicio, que quiere decir que, si no sabemos si algo es verdadero o falso, no podemos afirmar ni negar nada sobre esa cuestión.

Este concepto puede parecer muy simple y evidente, pero tiene una serie de derivadas de naturaleza ética muy importantes en el manejo clínico de los pacientes con dolor lumbar inespecífico.

En primer lugar, tenemos que ser conscientes de que debemos informar a los pacientes que estamos en una aporía diagnóstica. Eso quiere decir que cuando, en este caso, la paciente nos pregunte cuál es la causa de su dolor, tenemos que hacerla partícipe de nuestro desconocimiento, o bien decirle que su dolor puede venir de numerosas ubicaciones, como el disco, las articulaciones facetarias, ligamentos, músculos, etc. El problema se complica si la paciente ha tenido acceso libre al informe radiológico sin que haya ningún médico que contextualice los hallazgos que quedan reflejados. Los radiólogos son morfólogos y tienen que dejar constancia de lo que identifican, pero la interpretación clínica de los hallazgos del informe radiológico es otra cosa diferente. Si no existe esta adecuada contextualización y, sobre todo, personas no versadas han opinado sobre el contenido del informe, se puede crear en la paciente una sensación de desconfianza hacia nuestra falta de certeza. El problema se incrementa cuando estas opiniones inexpertas puedan inducir en la paciente una idea de que tiene un problema estructural en su columna de muy difícil solución, todo lo cual puede contribuir a la cronificación de un dolor que en principio debería ser pasajero. En este sentido, desde la Junta Directiva de la Sociedad Española de Cirugía Vertebral y Medular (Neuro-raquis) publicamos en la revista de la Sociedad Española de Neurocirugía una editorial

advirtiéndolo de las potenciales consecuencias sobre el acceso indiscriminado a los informes radiológicos¹⁵.

La segunda consecuencia es que tenemos que tratar al paciente recordando siempre que estamos en suspensión del juicio. En un artículo de la revista *The Lancet* de 2017, se advierte del exceso de tratamiento en casos de dolor lumbar inespecífico¹⁶. Esto atañe, entre otras cosas, al exceso de indicación quirúrgica, sobre todo de cirugías de artrodesis lumbar, en situaciones en las que deberíamos estar en suspensión del juicio, porque no conocemos la causa del dolor.

Sócrates nos dijo que en muchas ocasiones tenemos falta de certeza, pero que es muy importante ser conscientes de que no tenemos esta certeza. Como sabemos, Sócrates no dejó nada escrito, y en los diálogos de Platón o en los textos de Jenofonte en los que se hace alusión a la figura de Sócrates no se encuentra la frase "solo sé que no sé nada". Sin embargo, en *La Apología de Sócrates* de Platón, se pone en boca del filósofo ateniense las siguientes palabras¹⁷:

"Yo, por mi parte, soy más sabio que este hombre: es muy probable que ninguno de los dos sepa nada bueno y bello, pero él cree que sabe algo que no sabe, mientras que yo, como no sé, tampoco creo saber."

Sin duda alguna, esto es una invitación al ejercicio de una de las cuatro virtudes cardinales de la Grecia clásica, acaso la más importante, la *phronesis* o prudencia. Si estamos en suspensión del juicio, no debemos lanzarnos con facilidad a defender hipótesis diagnósticas o a indicar tratamientos agresivos y no reversibles, sino que tenemos que actuar siempre con infinita prudencia.

Conclusiones

Estos casos clínicos extraídos de la práctica habitual de un neurocirujano muestran que el ejercicio de la medicina nos plantea, aparte de cuestiones éticas, reflexiones filosóficas de orden metafísico o epistemológico con más frecuencia de lo que podemos sospechar. Muchos de los pensamientos que nos vienen a la mente son ideas ya expuestas y analizadas por los grandes filósofos de la historia.

Hemos pasado de la medicina a la filosofía y hemos vuelto de la filosofía a la medicina de manos de

Sigmund Freud y de Antonio Damasio. El vínculo entre medicina y filosofía es mucho más estrecho de lo que podemos pensar, y es que la profesión médica lleva con frecuencia a la reflexión filosófica, aunque muchas veces no nos demos cuenta de ello.

Referencias

1. Greenberg SM, Ziai WC, Cordonnier C, Dowlathshahi D, Francis B, Goldstein JN, Hemphill JC 3rd, Johnson R, Keigher KM, Mack WJ, Mocco J, Newton EJ, Ruff IM, Sansing LH, Schulman S, Selim MH, Sheth KN, Sprigg N, Sunnerhagen KS; American Heart Association/American Stroke Association. 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022 Jul;53(7):e282-e361. doi: 10.1161/STR.0000000000000407.
2. Aristóteles. *Metafísica*. 2ª ed. Madrid: Gredos; 1984.
3. Boecio. *La consolación de la filosofía*. Madrid: Gredos, 1986.
4. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. 2ª ed. Madrid: Gredos; 1985.
5. Descartes R. *Meditaciones metafísicas*. 2ª ed. Madrid: Gredos; 1986.
6. Marco Aurelio. *Meditaciones*. 1ª ed. Madrid: Gredos; 2019.
7. Spinoza B. *Ética*. 1ª ed. Madrid: Gredos; 2015.
8. Freud S. Carta a Lothar Bickel. 28 de junio de 1931. In: *Along lost and recent recovered letter of Freud*. *Israel Annals of Psychiatry*. 1975;3(2):168.
9. Damasio A. *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica; 2005.
10. Harris J. *The Value of Life: An Introduction to Medical Ethics*. London: Routledge & Kegan Paul; 1985.
11. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N,

Modic MT, Malkasian D, Ross JS. Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med*. 1994 Jul 14;331(2):69-73. doi: 10.1056/NEJM199407143310201.

12. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, Halabi S, Turner JA, Avins AL, James K, Wald JT, Kallmes DF, Jarvik JG. Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015 Apr;36(4):811-6. doi: 10.3174/ajnr.A4173.
13. Manchikanti L, Kaye AD, Soin A, Albers SL, Beall D, Latchaw R, Sanapati MR, Shah S, Atluri S, Abd-Elseyed A, Abdi S, Aydin S, Bakshi S, Boswell MV, Buenaventura R, Cabaret J, Calodney AK, Candido KD, Christo PJ, Cintron L, Diwan S, Gharibo C, Grider J, Gupta M, Haney B, Harned ME, Helm li S, Jameson J, Jha S, Kaye AM, Knezevic NN, Kosanovic R, Manchikanti MV, Navani A, Racz G, Pampati V, Pasupuleti R, Philip C, Rajput K, Sehgal N, Sudarshan G, Vanaparthi R, Wargo BW, Hirsch JA. Comprehensive Evidence-Based Guidelines for Facet Joint Interventions in the Management of Chronic Spinal Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines Facet Joint Interventions 2020 Guidelines. *Pain Physician*. 2020 May;23(3S):S1-S127.
14. Verhagen AP, Downie A, Popal N, Maher C, Koes BW. Red flags presented in current low back pain guidelines: a review. *Eur Spine J*. 2016 Sep;25(9):2788-802. doi: 10.1007/s00586-016-4684-0.
15. Delgado-López PD, Fernández Carballal C, Paredes I, Roldan Delgado H, Suárez Fernández D, Vázquez Míguez A. Catastrophising in spinal surgery and the impact of radiology reports. *Neurocirugia (Astur: Engl Ed)*. 2023 Sep-Oct;34(5):217-220. doi: 10.1016/j.neucie.2023.07.005.
16. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017 Feb 18;389(10070):736-747. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30970-9.
17. Platón. *Apología de Sócrates*. 1ª ed. Madrid: Gredos; 2010.

SINERGIA ENTRE LAS CIENCIAS Y LAS ARTES. 50 AÑOS DE PROFESIÓN MÉDICA ENTRE LA CIENCIA, LA DIVULGACIÓN POPULAR Y LAS ARMONÍAS DE LA MÚSICA

Ilmo Sr. Dr. D. Carlos García

Carlos García, especialista en traumatología y cirugía ortopédica, y doctor en Medicina y Cirugía

Académico Correspondiente

Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Canarias

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias; Ilustrísimos/os Sres. Académicos; queridos colegas, querida familia y queridos amigos...

En primer lugar agradecer las cordiales y amables palabras que el Dr. Rodríguez Maffiotte Martín ha realizado en la presentación de mi persona en el día de hoy.....gracias Conrado.....

En 1966 decidí estudiar Medicina. Fue una decisión meditada entre continuar estudios musicales, en este caso el de violín, con el que me encontraba ya cursando el sexto curso del mismo en el Conservatorio de Música de Santa Cruz de Tenerife y bajo el aprendizaje del profesor Agustín León Villaverde, o marchar a la península a comenzar en la Universidad la carrera de Medicina.

En ese entonces se me ofreció, por parte de mi profesor de violín y por deseo de mis padres, la posibilidad de finalizar aquí los ocho años de instrumento y posteriormente marchar a Bruselas a realizar un perfeccionamiento con el profesor Agustín León Ara, hijo del primero mencionado, reputado violinista y docente de máximo nivel en Europa, para encaminar mi futuro como músico profesional.

Esta decisión, entre una enseñanza artística, la música, para una dedicación profesional, en la que la emoción, la creatividad y la transmisión de sentimientos están inmersas en la misma como una de las ramas del arte que es, y unos estudios de ciencia como es la medicina, no tuvo en mí un conflicto demasiado largo e intenso, puesto que de forma decidida opte por esta última, sin tener antecedente alguno en mi entorno familiar

ni cercano. Y así, me trasladé a Granada, en cuya facultad completé mi formación universitaria licenciándome, en 1972, en Medicina y Cirugía.

Pero siempre me di cuenta que la medicina tenía una relación muy directa con los aspectos de las actividades artísticas, tratándose de una profesión donde las humanidades están muy presentes ya sean de la historia, la filosofía, la ética, y está interrelacionada con la antropología, con la sociología y con las artes, incluyendo especialmente la literatura, la música y con otras muchas más.

Y así nos lo recuerda el médico Edmund Pellegrino cuando dice que "la medicina es la más científica de las artes y la más artística de las humanidades, la más humanista de las ciencias, donde el humanismo adquiere su mayor significado".

Esta dualidad humanística la empecé a sentir de manera muy importante en el último año de mis estudios cuando, cursando el sexto curso y en la asignatura de Historia de la Medicina, impartida por el profesor Luis García Ballester, recién llegado a la facultad granadina, nos impuso realizar un estudio sobre medicina popular en nuestros respectivos territorios de residencia.

De esta asignatura, Historia de la Medicina, y de la mano del cátedro, se me abrieron nuevos horizontes, recordando aquellas clases en que, embelesado por las disquisiciones que hacía sobre ciencia, la cultura universal y española y la medicina, me impactaron enormemente y me ayudaron a encontrar un camino algo diferente que he cultivado a lo largo de los años.

Y entonces, en las vacaciones de navidad de 1971, me dirigí al pueblo de Masca en busca de respuestas a un cuestionario sobre medicina popular, que había elaborado el profesor de nuestra facultad, que recogía aspectos tradicionales sobre esta medicina arraigada en el pueblo llano, realizada y mantenida por viejas y viejos curanderos, aplicada a una población que no disponía de recursos, totalmente aislada y sin relación con la medicina científica y ortodoxa.

Allí conocí a José Pérez, alcalde pedáneo del caserío que me presentó y dio acceso a la curandera, santiguadora y partera del lugar, Josefa o María, que ahora se desvanece su nombre en mi memoria transcurridas tantas décadas. Y con la aportación de sus datos rellené aquel cuestionario en el que se mencionaban tratamientos para la erisipela, el buche virado, las verrugas, el hipo, hernias, chichones, hemorragias nasales, dolores menstruales, sacar el sol, y otras tantas afecciones que ella trataba con sus hierbas, cocciones y emplastos, sin olvidar sus rezos y santiguados de los que aún conservo lo escrito en los cuestionarios mencionados.

Ese trabajo fue puntuado con una alta calificación que dio, como resultado final, una nota de Sobresaliente en la asignatura en el fin de curso.

Y fue entonces cuando empecé a interesarme por este mundo de la Medicina Popular, de la Folk-Medicine como entonces la llamaba de manera algo snob. Y me di cuenta que la medicina científica, la ortodoxa, aprendida en la universidad, no tenía que estar reñida con los conocimientos populares, y que el interés y respeto por esta otra medicina, tenía que estar en mi condición de médico, lo que he mantenido a lo largo de toda mi trayectoria profesional.

Además, en aquellos tiempos ya estaba muy interesado en el conocimiento de todo lo relacionado con la Identidad Cultural de Canarias, con su Cultura Popular, con su historia, con sus manifestaciones artísticas, su folklore, sus costumbres, sus tradiciones, y en definitiva con el patrimonio tradicional y popular; y desde esa temprana edad he mantenido, hasta el día de hoy, ese afán por seguir conociendo más de lo que somos, de la manera de ser de todo lo que concierne a nuestra tierra y a los canarios.

Porque además de los conocimientos académicos y científicos adquiridos en mi formación profesional, en la universidad, en el hospital durante mi especialidad, en los distintos cursos y aprendizajes a lo largo de mi vida, no quise desestimar la oportunidad de tener una visión más amplia que enriqueciera todo lo

relacionado con la salud y la enfermedad, y que sirviera para elevar la capacidad de mi labor y cometido, enriqueciendo mis conocimientos con una visión ampliada del patrimonio cultural, con la aplicación de humanidades artísticas a mi profesión.

Por ello, también, y ampliando lo dicho de mi vida en general, me dediqué a seguir cultivando y practicando mi afición a la música, combinándolo con el ejercicio de mi profesión habitual.

La música en mi entorno familiar siempre estuvo presente, siempre dispuso de una relación buena y cercana, pues mi madre fue pianista profesional y docente, y nos ofreció la oportunidad, a mis hermanos y a mí, de acometer un aprendizaje musical que vino dado rodado a lo largo de los años. De esa manera, he mantenido un vínculo continuado entre la ciencia, la comunicación y el arte porque creo que su combinación, no solo no está reñida sino que mejora el nivel científico, permitiendo una oportunidad para que la ciencia interactúe con las artes, la música o la literatura, dando posibilidad de ofrecer nuevos estímulos y pensamientos. Porque no son dos mundos dispares sino muy entrelazados: las ciencias y las artes, siendo para mí una gran satisfacción destacar a la música y la literatura como dos formas de expresión muy arraigadas en nuestra cultura y que encuentran su base y su inspiración en los dominios de la ciencia.

Casi toda la vida he disfrutado escribiendo, contando y divulgando historias y de siempre investigué y recogí informaciones sobre las creencias y supersticiones, sobre las costumbres y usos en las prácticas de sanación, tratamientos de fracturas y lesiones ortopédicas, en recetas y en todo aquello que realizaban los curanderos, los santiguadores, los adivinos o los brujos, en aplicación de sus conocimientos empíricos, en sus técnicas ancestrales, en su farmacopea heredadas de chamanes, quiroprácticos, alquimistas y traumatólogos, mediante su transmisión oral a través de generaciones, en una visión antropológica de la cuestión.

Por tanto, de siempre, he respetado ambas facetas: la medicina científica y la medicina popular, con todo lo que la misma puede abarcar.

Soy de la opinión, igual que mantiene Lévi-Strauss, de que el conocimiento del pasado es esencial para la comprensión de todo fenómeno social, motivo por el que la medicina popular, como algo integrado en la historia de los pueblos, toma dos maneras de aplicarse: una, la práctica de la magia y la hechicería, derivada de los miedos, de las supersticiones y

creencias; y otra, que es la que más me interesa, la física, basada en la realidad, mediante la observación y repetición de los hechos físicos relacionados con enfermedades o accidentes que la van configurando con un contenido real, y que es ejercida por chamanes, los curanderos, que en realidad son los primeros indicios de la protomedicina, de donde se origina la aplicación práctica de las manos, la quiropraxia, que guarda relación con las técnicas de los curanderos y sanadores de los masajes, y que hoy en día es practicada por masajistas y kinesiólogos.

La Medicina se encuentra inmersa en la Antropología Cultural y su desarrollo ha venido produciéndose a través de los siglos hasta dividirse finalmente en dos ramas del conocimiento: la medicina popular y la científica, la oficial e institucionalizada. La primera con sus formas empíricas de sanación, ya sean físicas o mágicas y espirituales; la segunda, la ortodoxa, pertenece a la ciencia, al conocimiento escrito, tecnológico, y en armonía con otras ciencias principales y auxiliares como la bioquímica, la biología, la física nuclear y tantas otras que han permitido su avance extraordinario en estas últimas décadas.

Y los sanadores, los curanderos, también se especializaban en distintas enfermedades, con la utilización de infusiones, emplastos, lavados, y el suministro de una farmacopea natural en el tratamiento de enfermedades diversas utilizando hierbas, hojas, frutos, cortezas, sustancias minerales, y animales; o en el arreglo de los huesos con entablillados, vendajes, o manipulaciones ya fuera en fracturas, torceduras o lesiones de ligamentos, dislocaciones, incluso con el uso de la digitopuntura y los masajes o quiropraxia. Y es que sorprende la gran cantidad de remedios de los que el hombre primitivo disponía para la curación, ya fueran mágicas o instintivas, y que vienen referidas desde las culturas más arcaicas en los datos escritos que nos legaron, los asirios, sumerios y babilonios, o los egipcios, y los textos de la medicina china, griegas, japonesas o de la América precolombina.

Personalmente siempre me interesé por las lesiones externas, las cruentas: fracturas, heridas, luxaciones, tumoraciones...o sea, las lesiones quirúrgico-traumatológicas, y a los encargados de sus soluciones, esto es, a los quiroprácticos. Es por ello que me decanté en la especialización de la Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Pero además mantuve una visión interesada en referencia a la Paleopatología, a la Paleoantropología, porque la misma Traumatología se beneficia del conocimiento de las primeras, especialmente en su

dimensión osteológica.

El descubrir y conocer que nuestros antepasados padecieron de enfermedades reumáticas, de malformaciones óseas, de fracturas, de tumoraciones, de secuelas de enfermedades infecciosas, y especialmente de lesiones traumáticas, y que nuestros sanadores, nuestros chamanes o como queramos denominarlos, fueron capaces de aplicar terapias diversas como trepanaciones craneales, reducción e inmovilización de fracturas, curación de heridas, llevando a la práctica una rudimentaria actividad traumatológica, una actuación manual, me puso en el camino de realizar una mayor profundización y estudio en este apasionante mundo.

Decía Margaret Mead, antropóloga estadounidense, que ella consideraba el primer signo de civilización en una cultura antigua, la existencia de un fémur fracturado y que posteriormente lo encontramos consolidado. Ella argumentaba que basaba esta afirmación en que, en el reino animal, si te fracturas una extremidad, falleces, pues no puedes cazar para alimentarte, ni viajar para encontrar agua, ni huir en momentos de peligro. Por lo que un fémur que sane y se cure tras una fractura, supone que alguien lo inmovilizó, ya fuera con barro, con arcilla endurecida al sol, entablillado con ramas, con férulas hechas de corteza y atada con cueros, al mismo tiempo que esa misma persona cuidó y protegió al lesionado hasta que la fractura consolidó. Es donde ella cree que se inicia una civilización.

De ese mundo apasionante de la paleopatología ósea, y referida a los antiguos habitantes de Canarias, me involucré y dediqué a realizar mi tesis doctoral, siendo la primera en ese campo que se presentó en la Facultad de Medicina de La Laguna allá por 1984; posterior a ella, una serie de nuevas tesis en el mismo campo fueron realizadas y presentadas, como la del colega académico de ésta casa, Conrado Rodríguez Maffiote - Martín, hoy convertido en el responsable máximo y director del Museo de la Naturaleza y el Hombre de Tenerife.

Con él tuve la grata tarea de colaborar en el "Proyecto Cronos: Bioantropología de las Momias Guanches" que surgió en 1989 liderado por el Profesor, Arthur C. Aufderheide, Profesor de la Universidad de Minnesota-Duluth Campus, y que culminó en el I Congreso Mundial de Estudios sobre Momias, en 1992, sintiéndome honrado en formar parte de su Comité Científico.

En ese mismo contexto se conformó el Instituto

Canario de Bioantropología, que vi nacer, y que el propio Conrado Rodríguez dirige y que tanto ha aportado en el conocimiento de la antigua población canaria en referencia a sus enfermedades y estado de salud y vida.

Y desde entonces, mi afán por escribir y publicar, en la divulgación de lo aprendido y conocido, reflejando en esas ediciones el proceso mismo de la investigación científica, expresando de forma común y corriente, de forma sencilla, descubriendo al lector y a través de las palabras, el contenido de todo lo relacionado con la cultura popular en su máxima expresión y dimensión: historia, tradiciones, folklore, medicina, costumbres, música y mucho más, siempre con el mayor rigor posible, con la mayor fiabilidad basada en la investigación y en el descubrimiento de lo estudiado, pero en lenguaje cotidiano y para el gran público.

Porque la ciencia, y así lo veo yo, tiene que ver mucho con la comunicación y la divulgación al público; lo aprendido, lo conocido, no tiene que ser solo para la comunidad científica sino que debe llegar al gran público, divulgarse de forma popular y ampliamente.

Pocos años después de finalizar medicina, en 1976, me integré en el grupo de música popular canaria Los Sabandeños, en el que estuve por espacio de 32 años, simultaneando mi ejercicio de la medicina con mi otra vocación que era la música. En ese periodo de tiempo no solo cultivé e interpreté música popular sino que investigué, realicé composiciones y letras del folklore musical canario, incluso durante años dirigí musicalmente al grupo, grabé decenas de discos y tuve una inmersión profunda en esta faceta de artística que me proporcionó beneficios que pude conjugar con mi profesión sanitaria.



Incluso, cuando llegó el momento de abandonar al grupo, pude fundar y conformar otro conjunto de música, Atlantes, en el que milité casi cuatro años más.

Ciencia y arte, música, literatura y medicina, todos compartidos en el afán de transmitir ideas, conocimiento y experiencias, reflejando el proceso mismo de la investigación. Y así ha transcurrido más de medio siglo de mi vida y profesión.

Para ser consecuente con todo lo que les digo, hoy quiero mostrarles algunas últimas investigaciones en estudios que he realizado, y sigo realizando, en este sector combinado de la medicina y de la historia de Canarias, y que versa sobre el Convento de San Diego del Monte de la ciudad de San Cristóbal de La Laguna, del que he podido resumir su historia religiosa, sus personajes, la utilización de su recinto desde convento a colegio femenino, las fiestas populares, los propietarios de la edificación, desde su comienzo hasta la actualidad, y hasta de la famosa fuga estudiantil de San Diego, todo ello publicado en un libro.

Pero me interesa hoy destacar aquí su relación referida a la epidemia que afectó gravemente a la isla de Tenerife en 1810, constituyendo una de las mayores catástrofes sufridas fundamentalmente por la capital de la isla.

Sabemos que esta epidemia de fiebre amarilla, procedente de Cádiz, entró por Santa Cruz a través de los barcos San Luís Gonzaga y Fénix el 11 de septiembre de ese año y que ocasionó 2600 enfermos, más del 85% de la población de la ciudad, de los que fallecieron, superando la cifra de 1300, casi el 45% de los habitantes; fue necesario construir el primer cementerio del lugar, el de San Rafael y San Roque, en 1811, para poder enterrar esta tremenda mortandad sufrida.

Igualmente ocurrió con la creación de un camposanto en La Laguna a raíz de las grandes epidemias, esta referida de 1810 y posteriormente de viruela en 1812, para que se hiciera realidad el cementerio de San Juan en una ciudad que rondaba ya los 10.000 habitantes.

Y todo porque los enterramientos en los lugares sagrados habituales, las parroquias, y el uso ya máximo de las ermitas de San Juan y de San Benito, junto con las de San Lázaro y la de San Diego del Monte, eran ya incapaces de contener más cadáveres en sus terrenos aledaños.

A pesar de las precauciones y de las medidas de protección que se dispusieron, enviando indicaciones a los diferentes pueblos de la isla, incluso al resto de islas para que no dejaran atracar barcos en sus puertos, a pesar de los cordones sanitarios que se impusieron, estas medidas fueron inútiles y la epidemia se propagó.

Muchos vecinos emprendieron una huida masiva hacia La Laguna y a otros lugares del norte de Tenerife, lo que motivó se impusiera un cordón sanitario en la zona denominada El Molino en el lugar de La Cuesta, junto a otro en el lugar de Paso Alto; estos cordones se vigilaron con tropa militar y con paisanos que patrullaban y hacían labores policiales.

Pero, a pesar de ello, la epidemia llegó al lugar de Agüere....

Y una de las medidas puestas en marcha por la Junta de Sanidad del Cabildo Insular del momento en La Laguna, y que he encontrado en los archivos de la Casa de Osuna, hoy depositados en el Archivo Histórico Municipal de la ciudad, fue la utilización del convento de San Diego del Monte, como lazareto para el ingreso de los enfermos afectados por el mal epidémico, teniendo el encargo directo y cotidiano del cuidado de la enfermedad el médico Gaspar Pons junto con los médicos titulares de la ciudad, fundamentalmente Domingo Saviñón, quienes lucharon denodadamente durante años contra la

misma, aplicando desinfecciones y tratamientos no solo a los pacientes allí establecidos sino al resto de domicilios y lugares, lo mismo que a su propias personas tal y como las normas y disposiciones al uso dictaban.

Fue el pleno del ayuntamiento de La Laguna quien aprueba la constitución de las Juntas Municipales de Sanidad nombrando a Domingo Saviñón y Yáñez como primer facultativo de las mismas.

El apellido Saviñón es genovés (Savignone) y forma parte de las últimas familias genovesas que se asentaron en esta isla. Llegaron desde Cádiz emparentando desde tierras peninsulares con otro apellido genovés, el Dapelo. Los Saviñón se dedicaban a combinar dos actividades, el comercio y la sanidad. Domingo Saviñón fue segunda generación afincada en la isla.

Nos cuenta Antonio Hernández, farmacéutico tejnero y curioso investigador, que Domingo Saviñón fue un constitucionalista muy influido por las costumbres francesas, representando el paso entre la ilustración y el romanticismo. Ejerció como médico el primer cuarto del siglo XIX, una época difícil por la invasión francesa y caracterizada por el gran número de epidemias que se produjeron. Fue el presidente del Protomedicator.

Con Saviñón y con Ossuna trabajaron también dos boticarios, Ventura Ruiz de Bustamante, que murió pronto, y Antonio de Castro y Peraza, todos ellos protagonistas y actores directos en el cuidado de enfermos durante la pandemia ya mencionada, y que fueron reclamados por los médicos encargados. " Otro de los empleos absolutamente precisos es el de un practicante mayor que haga ejecutar escrupulosamente las disposiciones del facultativo, cuidando se distribuyan medicinas y alimentos a las horas señaladas y que pueda ocurrir a aquel que le sobrevenga alguna novedad..."

El convento de San Diego del Monte, fundado por Don Juan de Ayala, dispuso en 1615 que sus bienes y derechos fueran heredados por los descalzos de la Provincia de San Diego de Canarias.

A lo largo de los años el convento fue casa de recolección en la que se realizaron estudios de arte, filosofía y teología desde el año 1690.

Al comenzar la época de reformas tras el fallecimiento del rey Fernando VII en 1833, y con el decreto de Mendizábal de 1835, es entregado el convento de



Convento de San Diego del Monte

Baste decir que los Comisionados que nuestro Gobierno envió a las Andalucías para liberarlos de la epidemia de Fiebre Amarilla que las desoló a principios de este siglo, no acudieron a otro medio para cortar y detener los progresos del contagio y los felices resultados correspondieron a las miras de aquellos dignos Profesores del arte de curar”.

Y dado que existían déficits y precariedades en disponer de algunos compuestos químicos para su empleo en el control de la epidemia en los recintos públicos, el Dr. Saviñón ofrece la solución informando de lo siguiente ...” Entre nosotros, que por una desgracia, no sé si diga por omisión, faltan algunos de los ingredientes que entran en la composición de este salúfero preservativo poder suplir la fumigación del ácido muriático oxigenado por la de ácido muriático simple. Sin tardanza presentaré un método fácil y sencillo de practicar la operación, y de modo que en las casas, iglesias, cárceles, hospitales y lazaretos pueda ejecutarla la persona más torpe y menos capacitada. ...”

De ese modo se aplicaban las fumigaciones en San Diego por los propios sirvientes del recinto tal y como comprobamos por los partes emitidos.

Incluso los médicos eran fumigados con otras sustancias cuando visitaban a los enfermos en el lazareto o en las viviendas de los afectados.

El facultativo de servicio visitaba los enfermos del lazareto una o dos veces en el día, según lo tuviere por conveniente, pero antes de retirarse al pueblo tendrá que recibir la fumigación en la pieza destinada para este fin, en la que permanecerá por espacio de media hora, y aun si es posible mudará de ropa.

Y así dice Gaspar Pons.....” Quedo enterado en el parte que me manda a esta hora y estoy pronto a pasar inmediatamente a ver los enfermos del lazareto y todos cuantos hayan en la puerta....y al mismo tiempo le pasará la orden al boticario don Buenaventura esté pronto con la fumigación de manganesa y azote de vitriolo para mi fumigación en la casa encima de los molinos...”

“...El boticario da parte a la Junta de Sanidad de haber pasado a casa por encima de los molinos a fumigar a Gaspar Pons que había visitado el lazareto....”

Disponemos de algunas recetas firmadas por los doctores Saviñón y Pons, donde se nos revelan e

identifican las partes concretas y cantidades que se precisaban para las fumigaciones, en aquellas magníficas fórmulas magistrales, de gran importancia en el campo de la farmacoterapia, y que constituía la base de la actividad farmacéutica junto con la formulación oficial.

- 12 libras de ácido sulfúrico purificado
- 12 libras de ácido nítrico
- 12 libras de ácido muriático oxigenado
- 4 libras de ácido acetoso
- Todas las sales neutras formadas por estos ácidos
- Las tres especies de quina medicinal, a saber, la roja, la amarilla y la anaranjada...
- 3 libras de opio en extracto mucoso
- 6 libras de el amoniaco o el álcali volátil
- 3 libras de éther sulfúrico
- Media libra de el tártaro emético.....

Las instrucciones marcaban que luego que muriera un enfermo se envolverá su cuerpo inmediatamente en un lienzo bien empapado en vinagre y se llevará prontamente a la casa de muertos con la cama y todo lo perteneciente a ella, y asimismo las ropas que tenía en uso, y dándole sepultura sin pérdida de tiempo, envuelto en el mismo lienzo se quemará todo lo demás.

Finalmente decir que la epidemia de fiebre amarilla que azotó Tenerife entre 1810 y 1812 fue un evento trágico y devastador que tuvo un profundo impacto en la población y las estructuras sociales de la isla. Este brote se inscribe en un contexto más amplio de epidemias que afectaron diversas regiones del mundo durante el siglo XIX.

Los médicos y personal sanitario trabajaron arduamente para atender a los enfermos. Se implementaron cuidados paliativos para aliviar los síntomas, aunque las opciones terapéuticas eran limitadas y, a menudo, ineficaces debido al desconocimiento de la enfermedad y la falta de medicamentos adecuados.

La epidemia tuvo un impacto sobre la economía local que sufrió un duro golpe, ya que muchas actividades comerciales y agrícolas se vieron interrumpidas por la alta mortalidad y la necesidad de medidas de contención.

Aunque las respuestas iniciales fueron limitadas por la falta de conocimientos científicos, la experiencia acumulada durante esta y otras epidemias posteriores ayudó a desarrollar mejores estrategias de salud pública y control de enfermedades en el archipiélago.

Y voy finalizando ya.

Es un honor y un privilegio estar ante ustedes en este momento significativo al ser admitido como miembro de la prestigiosa Real Academia de Medicina de Canarias. Permítanme expresar mi profundo agradecimiento por esta posibilidad y por la confianza depositada en mí por parte de mis mentores, el Dr. Manuel Mas, el Dr. Antonio Burgos y el Dr. Conrado Rodríguez-Maffiotte con la aceptación de la Junta Directiva para formar parte de esta institución que representa la excelencia y el compromiso con el avance de la ciencia médica.

Estar aquí hoy, en el seno de esta distinguida Academia para compartir con ustedes mi pasión por la medicina y mi compromiso con la salud y el bienestar de nuestros semejantes, junto con mi lejano gran interés en torno a la cultura popular canaria, en su más amplio sentido y concepto, que aún sigue vigente en mi estado vital y que sigo manteniendo y desarrollando, es un logro de muy alta consideración personal.

La ciencia es una disciplina basada en hechos, pero no emociona colectivamente, mientras que el arte y la cultura sí que lo hacen, pues conectan con la parte más humana del individuo. Por ello, la cultura, ya sea la literatura, la música, las artes plásticas en general, es fundamental para remover las conciencias ciudadanas, para interconectarse con la sociedad. De ahí la gran importancia en transmitirla, divulgarla, contarla siempre, eso sí, de una forma rigurosa y honesta.

La medicina es una disciplina que trasciende las fronteras del tiempo y el espacio. Desde los antiguos sanadores que aplicaban ungüentos y hierbas hasta los cirujanos modernos que realizan procedimientos complejos, nuestra profesión ha evolucionado de manera asombrosa. Cada generación de médicos ha dejado su huella en la historia, y hoy, al unirme a esta

venerable institución, me siento parte de esa cadena inquebrantable.

Tanto los científicos como los artistas buscan comprender el mundo que los rodea y expresar sus descubrimientos de maneras significativas y conmovedoras. Ambos se esfuerzan por romper barreras, desafiar convicciones y expandir los límites de lo que es posible.

La conexión entre estas expresiones artísticas y la ciencia está en la creatividad y en la búsqueda incansable de la excelencia.

En última instancia, la sinergia entre las ciencias y las artes es un recordatorio poderoso de nuestra humanidad compartida y de la infinita capacidad del ser humano para soñar, crear y descubrir. Es un llamado a la colaboración y al diálogo entre disciplinas aparentemente dispares, en busca de una comprensión más profunda y holística, general, integral de nuestro mundo y de nosotros mismos.

Este ingreso de hoy no solo es un reconocimiento personal, sino también un compromiso renovado con los valores que esta Academia encarna: la búsqueda incansable del conocimiento, el servicio a la humanidad y el respeto por la ética y la integridad en la práctica médica.

Al mirar hacia atrás en los cincuenta años de mi carrera médica, me llena de satisfacción, gratitud y humildad y recordar los momentos de aprendizaje, desafío y crecimiento que he experimentado.

Cada paciente, cada caso clínico, cada investigación ha sido una oportunidad para profundizar mi comprensión de la complejidad y la diversidad del ser humano y su salud.

Aprovecho y hago un breve recuerdo a mi formación facultativa recordando a aquellos que colaboraron en ello, quienes me formaron como médico; al Dr. García Santos que me dio la oportunidad de entrar con una plaza de residente en el Hospital General y Clínico, hoy nuestro Hospital Universitario de Canarias; y a los Jefes de Departamento de entonces, Dr. Gómez Alonso, el Dr. Bencomo y finalmente el Dr. González Hermoso; y a los doctores Manuel Toledo, Arturo Soriano y otros de los que aprendí el oficio de cirujano junto con los residentes y compañeros del momento, Pablo Puerto, Alfredo Martín, Pedro Rodríguez y Vicente González Bethencourt; y recordar que fui el primer residente del Servicio de Traumatología y

Ortopedia del Hospital que dirigía el Dr. Rodríguez Maffiotte y que continuó el Dr. Guillermo de la Barreda; y a mis maestros, instructores y preceptores más inmediatos y cotidianos como el Dr. Jose Francisco Delgado, Julio Vega y Ángel Merino que conformaban aquel primigenio servicio. A todos mi gratitud y mi reconocimiento.

Después, decenas y muchos más médicos residentes siguieron conformando la historia de nuestro servicio hasta hoy en día, 53 años después, algunos de los cuales han querido acompañarme en este acto, hecho que me complace y que les agradezco, lo mismo que al resto de amigos y colegas que a lo largo de los años han compartido mi ciclo vital.

En este recorrido, he sido testigo de la interrelación profunda entre la medicina y otros ámbitos de la vida humana, especialmente la medicina popular y las expresiones artísticas como la música y la literatura. La medicina popular, con su sabiduría ancestral y sus prácticas arraigadas en la experiencia colectiva, nos recuerda la importancia de escuchar y respetar las tradiciones culturales que influyen en la salud y el bienestar de las comunidades.

Asimismo, la música y la literatura, con su capacidad única para tocar las fibras más íntimas del alma humana, nos recuerdan que la medicina va más allá del cuerpo físico; se extiende al ámbito emocional, espiritual y social de los individuos. En las notas de una canción o en las páginas de un libro, encontramos consuelo, inspiración y reflexión que complementan y enriquecen la práctica clínica.

Como miembro de esta Academia, me comprometo a seguir contribuyendo al avance de la medicina, promoviendo la investigación científica, la educación médica y la atención de calidad para todos los pacientes. Reconozco la responsabilidad que conlleva este honor y asumo el compromiso de trabajar con diligencia y dedicación en beneficio de la salud y el bienestar de la sociedad.

Gracias por esta oportunidad y por su confianza en mí. Estoy emocionado por lo que el futuro nos depara y ansioso por continuar sirviendo a la medicina y a la humanidad con honor y compromiso.....Muchas gracias.

Dr. Carlos García García

LOS TEST: HERRAMIENTAS DE TRABAJO QUE FACILITAN LA PRÁCTICA COLABORATIVA MÉDICO-FARMACÉUTICO

Dra. Daida Alberto Armas

Académica Correspondiente. Área de Toxicología, ULL. Farmacéutica Comunitaria

RESUMEN

En el ámbito de la salud, la colaboración entre médicos y farmacéuticos es fundamental para asegurar un tratamiento efectivo y seguro para los pacientes. La optimización de esta sinergia requiere herramientas que permitan evaluar diferentes parámetros de salud de forma rápida, precisa y basada en la evidencia científica. La implementación de test clínicos y herramientas de cribado ha demostrado ser un catalizador crucial en la mejora de la práctica asistencial colaborativa interdisciplinaria.

En esta conferencia, exploraremos cómo el uso de estos test en la farmacia comunitaria no solo optimiza la práctica médico-farmacéutica, sino que también impacta en la calidad del cuidado al paciente con una personalización del tratamiento. La evaluación de los riesgos asociados al uso de medicamentos es una de las funciones clave dentro de la farmacia asistencial. Gracias a test validados, los farmacéuticos pueden identificar situaciones de riesgo en diversas áreas, tales como la adherencia terapéutica, el estado cognitivo y deterioro neurológico, la calidad de vida, el riesgo de dependencia y abuso de fármacos, principalmente para benzodiazepinas y opioides.

Además, realizaremos una revisión de cómo a nivel internacional se está avanzando en la integración de test en la farmacia comunitaria, no solo en el ámbito de los medicamentos, sino también en el cribado de patologías relevantes. Países como Australia, Canadá o Reino Unido han incorporado progresivamente estas herramientas en la detección temprana de enfermedades crónicas, salud mental y otros problemas de salud pública, lo que refuerza el papel del farmacéutico en la prevención y el acceso a la atención sanitaria.

Durante esta ponencia, presentaremos experiencias en la implementación de estos test en farmacias

comunitarias con una transferencia directa a la práctica asistencial, analizando su impacto en el paciente mejorando su seguridad en el uso de medicamentos, el sistema sanitario con prevención en polimedicación y mal uso, y la propia profesión farmacéutica como innovación en servicios de atención.

Esta conferencia es una oportunidad para que los profesionales de la salud se familiaricen con estas herramientas, comprendan su potencial y participen en su implementación. Porque solo a través de la colaboración efectiva podremos elevar los estándares de la atención médica y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

EL DOCTOR JOSÉ GOYANES CAPDEVILA, MUCHO MÁS QUE UN INNOVADOR EN CIRUGÍA VASCULAR

Dr. Rafael Martínez Sanz

Académico de Número. Cirujano cardiovascular

RESUMEN

José Goyanes nació en Lugo en 1876. Se licenció en Medicina en la Universidad Central de Madrid en 1900, obteniendo el grado de Doctor al año siguiente. Su tesis "Influencia del Tiroides sobre el crecimiento y el desarrollo" recibió el Premio Extraordinario. Con 29 años fue nombrado jefe de Cirugía del Hospital General de Madrid. Opositó a Cátedra, sin fortuna. Creó el Instituto Príncipe de Asturias y el Pabellón Victoria-Eugenia (investigación), futuro Instituto Nacional del Cáncer. Movilizado durante la Guerra Civil sirvió como cirujano en Salamanca. Por motivos familiares se trasladó en 1945 a Tenerife, donde fallecería en 1964.

Entre sus aportaciones a la cirugía vascular publicó en 1905 "Estudio experimental sobre cirugía vascular". En 1906 operó un aneurisma de arteria poplítea, primicia mundial (el campo de la Cirugía Vascular recibiría el Premio Nobel de Fisiología o Medicina en 1912, en la figura de Alexis Carrel). Trasplantó exitosamente entre perros la femoral en la carótida; pero los trasplantes arteriales entre animales de distintas especies fracasaron. Propuso la anestesia intraarterial periférica, la narcosis cerebral por vía carotídea, las anastomosis arteriovenosas, la quimioterapia regional arterial, el cateterismo venoso, la sustitución ureteral por vena espermática, la reconstrucción del conducto de Stenon por la vena transversal facial. En el campo neuroquirúrgico operó grandes traumatismos craneales, cuerpos extraños, tumores intracraneales e intravertebrales, y derivaciones por hipertensión craneal; extirpó el ganglio de Gasser (neuralgia del trigémino); trató la siringomielia. Aportaciones cervicales: Cuerpos extraños esofágicos por vía cervical. Operó procesos pulmonares y cirugía plástica. Aportaciones en cáncer: Estudios sobre sarcomas por virus en la cresta del gallo; la etiología múltiple de los tumores malignos; diagnosticó los tumores por pruebas serológicas;

publicó la mortalidad por cáncer en España. Mamografía con "rayos blandos de Goyanes". En 1922 participó en el famoso viaje a Las Hurdes, con Marañón y Alfonso XIII. Practicó más de 12.000 intervenciones. Fundó un Departamento de Cirugía Experimental, que costó.

Honores: Fue presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española y de la Asociación Española de Cirujanos. Socio de Honor de la Academia Médica de Guipúzcoa, de la Sociedad Internacional de Cirugía, de la Sociedad Cirujanos de Bruselas. Doctor Honoris Causa (Facultad de Medicina de Burdeos). Miembro del Colegio de Cirujanos de Norteamérica. Gran Cruz de Alfonso XII. Legión de Honor de Francia. Caballero de La Orden de Santiago de Espada de Portugal. Ocupó el sillón 41 en la Real Academia Nacional de Medicina.

Otras contribuciones. Fue poeta y escritor, historiador, filósofo, humanista, viajero, considerado del círculo intelectual contemporáneo, comentarista deportivo y de arte. Resumiendo: Cirujano muy brillante, un innovador, "un sabio medieval", que ahora ha sido ignorado y casi olvidado, tal vez por apartarse de las tendencias internacionales dominantes.

EL PEDIATRA LUIS GARCÍA-RAMOS Y SU OBRA PICTÓRICA

Dra. Ana María Díaz Pérez

Académica de Número

RESUMEN

Hace algo más de quince años, el ínclito D. Carlos Pinto Grote (La Laguna, 1923 -2015), extraordinario psiquiatra, Premio Canarias de Literatura 1991 y presidente que fuera de esta Regía Institución, me obsequió con uno de sus muchos sabios consejos acerca de las biografías. Me decía que cuando nos referimos a la vida de un médico, un artista, un literato, etc, no solo debemos de dar a conocer quién es, sino también cómo es.

Por ello, teniendo presente su docta recomendación y en el marco de mi línea de investigación sobre medicina y arte, en esta conferencia analizaré la trayectoria profesional y artística del pediatra y pintor, Dr. Luis García-Ramos Estarriol, porque precisamente su especialidad médica, inmersa en el ámbito de los grupos etarios correspondientes a la infancia, influye en su obra pictórica, facetas que ha ido compaginando. Así pues, el Dr. García-Ramos con su inmenso talento, amable forma de ser y gran sensibilidad nos ofrece una producción figurativa, alegre, luminosa incluso en la oscuridad, aunque parezca una paradoja, con títulos, en ocasiones, que nos traen a la memoria los de los cuentos infantiles. Respecto a la temática, sus hábiles pinceles, mediante intensos colores muy bien combinados, en unos lienzos, nos sumergen en las profundidades marinas de nuestras aguas atlánticas en las que pululan conocidas especies, en otros, nos dejan una vegetación onírica, mientras que, en algunos otros, nos traen a la memoria frutos tropicales, sin obviar algún que otro ejemplar del reino animal terrestre en determinadas telas.

Desde hace tiempo tenía en el pensamiento abordar un estudio de la atractiva colección del doctor y artista Luis García-Ramos. Fue su penúltima muestra, de la

decena que conforma su relación de exposiciones, la cual pudimos observar el año 2023 en el Museo Municipal de Bellas Artes de esta capital, bajo el título de Macaronesia, la que avivó mi intención de hacer realidad aquella idea en esta Real Academia de Medicina de Canarias, un espacio absolutamente apropiado, ya que está formado por una colectividad de ilustres académicas y académicos, todos de un amplio espectro cultural que nos aportan conocimientos de muy variados temas, siempre en el contexto de la medicina y de otras ciencias.

EXPOSOMA, CONTAMINACIÓN QUÍMICA Y SALUD: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN LA POBLACIÓN CANARIA

Dr. Luis Domínguez-Boada

Catedrático de Toxicología Médica. Facultad CC de la Salud e IU de Investigaciones Biomédicas y Sanitarias, ULPGC. Académico Correspondiente.

RESUMEN

El estudio del conjunto de exposiciones a sustancias químicas y su papel como causa de enfermedad da lugar al concepto de exposoma. El exposoma de un individuo (o una población) viene conformado por el conjunto de contaminantes químicos a los que se ve expuesto a lo largo de su vida. El exposoma varía a lo largo de la vida, y, a diferencia del genoma, es un factor a priori modificable. Esta potencial modificación del exposoma por medio de modificaciones en las exposiciones sufridas por un individuo (o población) hace que su estudio sea crucial en materia de Salud Pública.

Las consecuencias en salud de un determinado exposoma vienen condicionadas por el genoma de la población expuesta, debido a la enorme importancia de las interacciones genoma-exposoma en el desarrollo de patologías prevalentes (epigenética). La población del archipiélago canario ha sido profusamente estudiada en cuanto a sus niveles de contaminación química (a través de estudios de biomonitorización) lo que hace posible definir, al menos parcialmente, el exposoma de la misma y apuntar sus posibles consecuencias en términos de salud. El conocimiento y análisis de este exposoma permite implementar medidas correctoras que minimicen la exposición poblacional a contaminantes y, de facto, minimicen sus efectos en la salud de la población canaria (Salud Pública de Precisión). A día de hoy sabemos que el exposoma de nuestra población lo conforman, como mínimo, 110 contaminantes, 99 de los cuales parecen estar presentes desde la etapa intrauterina. Destaca la presencia de contaminantes clorados y metales, lo que parece relacionarse con la alta incidencia de enfermedades metabólicas (diabetes/obesidad), cardiovasculares (hipertensión) y ciertos tipos de neoplasias (mama). Se hace necesario establecer

medidas correctoras específicas sobre las fuentes de contaminantes para modificar este adverso exposoma pudiendo así influir en la prevalencia de patologías crónicas en nuestro archipiélago.

Si nos limitamos al caso concreto del estudio del exposoma en neonatos de la isla de La Palma podemos ver la utilidad de este tipo de estudios para abordar una Salud Pública de precisión. En este caso a través de "análisis de redes" del exposoma, es posible observar una mezcla muy específica de contaminantes en los niños de madres fumadoras. Y lo que es más importante, esta mezcla específica la presentan también los neonatos de bajo peso sugiriendo que el exposoma específico de hijos de madres fumadoras puede inducir bajo peso al nacimiento. Por ello, se hace necesario establecer medidas específicas en materia de salud pública que disminuyan el hábito tabáquico en mujeres embarazadas (Salud Pública de Precisión) de tal forma que se modifique el adverso exposoma de los neonatos.

TODOS LOS MÉDICOS SOMOS FILÓSOFOS

Dr. Héctor Roldán Delgado

Jefe de Servicio de Neurocirugía del HUC. Presidente de la Sociedad Española de Cirugía Vertebral y Medular (Neurorraquis). Profesor Asociado de la ULL

RESUMEN

Han existido notables médicos filósofos, como Avicena, Sexto Empírico o el propio Hipócrates, que reflexionaron sobre el ser humano y el conocimiento. Sin embargo, ellos no son nuestro objetivo. Tampoco vamos a centrarnos en la filosofía de la medicina, una rama específica de la filosofía de la ciencia. De lo que queremos tratar es de cómo la práctica clínica, con su intensidad, sus límites y sus dilemas, nos sitúa con frecuencia ante preguntas filosóficas profundas, cuestiones que no surgen en el aula ni en la teoría, sino en la consulta, en la urgencia o junto a una cama.

Y lo más interesante es que, sin buscarlo, al enfrentarnos a estas preguntas nos aproximamos a los grandes filósofos de todos los tiempos, incluso a aquellos que jamás pensaron específicamente sobre medicina. Pensamos como ellos sin saberlo. Reflexionamos sobre lo mismo: el ser humano, la verdad, la vida y la muerte. En la práctica clínica, la medicina toca casi todos los ámbitos de la filosofía. Las cuestiones éticas son las más frecuentes: ¿qué debo hacer en esta situación? Pero también nos enfrentamos constantemente a problemas metafísicos (¿qué es una persona?, ¿cuándo empieza y cuándo termina?) y epistemológicos (¿cómo sé si este diagnóstico es verdadero?). Sin saberlo, hacemos filosofía todos los días.

En el ámbito metafísico, reflexionar sobre el concepto de persona, por ejemplo, nos lleva a dialogar con pensadores como Spinoza, quien propuso una visión unificada de cuerpo y mente, y una comprensión racional de emociones y sentimientos como camino hacia la libertad. La neurociencia contemporánea, de la mano de Antonio Damasio, no hace sino confirmar estas intuiciones: emociones y sentimientos no son enemigas de la razón, sino su base, imprescindibles para tomar decisiones adecuadas a la realidad.

En el campo epistemológico, los escépticos griegos, como Pirrón de Elis, ya defendían la suspensión del juicio cuando no hay certezas, una actitud que tiene especial valor en contextos clínicos como el dolor lumbar inespecífico, donde sobran interpretaciones y falta claridad. La suspensión del juicio no es inacción: es una forma de prudencia que puede protegernos del exceso de intervenciones, del dogmatismo y de la sobrecarga terapéutica.

En definitiva, la medicina y filosofía convergen por la naturaleza de la profesión médica. La filosofía es una herramienta viva que nos permite entender mejor lo que hacemos, y a la que los médicos recurrimos con mucha frecuencia, muchas veces sin darnos cuenta, porque tenemos necesidad de comprender.

ANTICONCEPCIÓN MASCULINA. ¿ES YA UNA REALIDAD?

Dra. Marta Correa Rancel

Médico adjunto Unidad de Reproducción, HUC. Profesora asociada ULL. Académica Correspondiente

RESUMEN

Hasta ahora la anticoncepción ha sido utilizada principalmente por las mujeres, probablemente, por las consecuencias de un embarazo no deseado sobre su salud, situación económica, laboral y profesional. Eran ellas las que dejaban de trabajar o reducían su jornada para hacerse cargo del cuidado de los niños. Sin embargo, en un mundo cambiante, y en el que se habla más de una corresponsabilidad, los métodos anticonceptivos para hombres surgen como una posible opción para distribuir las tareas o repartirlas de forma más equitativa. Hasta el momento sólo existen dos métodos anticonceptivos bien reconocidos para varones: el preservativo y la vasectomía, y, junto a ellos, según lo consideremos, también, el coitus interruptus.

Las primeras preguntas que podríamos realizar es la aceptación por parte de los hombres y si las mujeres confiarían la planificación familiar a su pareja. Los datos de diversas encuestas arrojan alta aceptabilidad por parte de los varones, siendo las presentaciones de administración preferidas la píldora y el gel transdérmico diarios, según las zonas estudiadas y en más del 50% las mujeres se fiarían de ellos.

Entre los diferentes métodos para el hombre se encuentran: a) los no hormonales que interfieren con la producción espermática, el transporte y la fertilización; y b) los métodos hormonales cuyo mecanismo de acción es la disminución de los espermatozoides a concentraciones inferiores a 1 millón. La mayoría se encuentran en estudios preclínicos, salvo aquellos que bloquean la producción espermática de forma reversible que están en fase II-III (RISUG, ADAM, Vasalgel) y los métodos hormonales que están en IIB (testosterona+ nestorona). Dentro de los métodos hormonales, la testosterona

en combinación con un gestágeno ha mostrado mayor eficacia en menos tiempo y menos efectos adversos, aunque aún sean necesarios más estudios para poder confirmar su reversibilidad en menor tiempo.

Se prevé que el futuro de la anticoncepción estaría en los métodos no hormonales (EPPIN, inhibidor de la adenilciclase, antagonistas del ácido retinoico, cat-spers) que puedan actuar más rápidamente que los métodos hormonales suprimiendo la función espermática de forma reversible, pero son necesarios estudios toxicológicos sobre estas moléculas para conocer su seguridad. La nanotecnología y los anticuerpos monoclonales también se han venido a incorporar para evitar el embarazo y la transmisión de infecciones de transmisión sexual.

APLICACIÓN DE LOS MODELOS GLM (GENERALIZED LINEAR MODELS AND EXTENSIONS) EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN CIRUGÍA DE LA MANO. NAVEGANDO POR LA CONFUSIÓN.

Dr. Roberto Sánchez Rosales

Académico Correspondiente

RESUMEN

La confusión y la modificación del efecto son dos conceptos epidemiológicos clave en la investigación clínica. Influyen en la asociación entre una exposición y una enfermedad en estudios de causalidad o etiología, o entre una intervención y un resultado en estudios de efectos del tratamiento. La estratificación es uno de los enfoques utilizados para controlar los factores de confusión y la modificación del efecto durante el análisis de datos en cualquier estudio de investigación clínica. Una limitación del análisis estratificado es la imposibilidad de controlar múltiples factores de confusión, ya que el tamaño de la muestra se vuelve problemático puesto que, a medida que aumenta el número de estratos, el número de participantes en cada estrato se reduce. El análisis de regresión multivariante sigue siendo la mejor opción para controlar factores de confusión o modificadores del efecto porque es más flexible y permite el ajuste de diversas covariables.

Los modelos lineales generalizados (GLM) constituyen un conjunto de modelos estadísticos multivariantes cuyo objetivo es la explicación de una variable respuesta o resultado en base a una combinación lineal de covariables, tanto cuantitativas como categóricas. La selección del modelo depende de la variable de resultado, que puede ser cuantitativa (modelo de regresión lineal), binaria (modelo de regresión logística), ordinal (modelo de regresión logística ordinal), nominal (modelo de regresión logística multinomial), de recuento (Poisson, binomial negativa y de ceros inflados). La variable de resultado de interés es el tiempo transcurrido hasta que ocurre un evento, como en el análisis de supervivencia (modelos de regresión de Cox y Fine-Gray).

en proyectos de investigación clínica en cirugía de la mano realizada en diferentes centros nacionales, bajo el soporte de la Sociedad Española de Cirugía de La Mano, con el objetivo de analizar la confusión en distintas poblaciones de estudio como: mortalidad por COVID en pacientes intervenidos de COT, asociación entre Síndrome de Bell y la cirugía de salvamento de la articulación radio-cubital distal así como la supervivencia de las prótesis en la rizartrrosis y el tamaño de los trapecios.

Se presentan resultados de la aplicación de los GLM

ALERGIA ALIMENTARIA. CRUZAMIENTO CON ALÉRGENOS DE PÓLENES

Dr. Fernando de la Torre Morín

Especialista en Pediatría y Puericultura y Alergia e Inmunología. Presidente de la Sociedad Canarias de Alergia, Asma, Inmunología y Biología Molecular. Académico Correspondiente

RESUMEN

La alergia alimentaria es una reacción del sistema inmunitario que puede provocar síntomas graves, incluyendo anafilaxia. Esta reactividad puede ocurrir tras la ingesta de una pequeña cantidad de un alimento específico. La prevalencia de la alergia alimentaria varía entre diferentes regiones, siendo reportada entre un 3-8% en adultos y un 8% en niños en Europa, con un 3,3% de casos ocultos en España. Además, se estima que aproximadamente 400 a 500 anafilaxias pueden ocurrir al año en España, con una mortalidad cercana al 15-20%.

Los primeros registros históricos de alergias alimentarias datan del siglo XVII, comenzando con el caso de asma provocado por el consumo de pescado. A lo largo de los años, se han documentado diversas causas de reacciones alérgicas, incluyendo la clara de huevo y los mariscos. Un informe de la Clínica Mayo en EE. UU. reveló que un 33% de los pacientes presentó alergias alimentarias, con la anafilaxia afectando hasta el 50% de los niños con alergias alimenticias. Las alergias alimentarias pueden ser el resultado de diferentes mecanismos inmunológicos, donde el 3-5% de la población, predominantemente varones, es afectada.

Otra preocupación importante es la reactividad cruzada, donde el sistema inmunitario confunde proteínas de alimentos con proteínas de pólenes, lo que conduce a síntomas alérgicos. Este fenómeno es notable en el síndrome de alergia oral, que afecta a más del 60% de los adultos y 25% de los niños con rinitis alérgica. Los síntomas incluyen picor en la boca, garganta, e hinchazón de labios y garganta.

Se destaca la alergia al marisco y al pescado, siendo

la tropomiosina y la parvalbúmina las principales proteínas responsables de estas reacciones. Además, se identificó que algunos casos de alergia alimentaria pueden estar relacionados con infecciones bacterianas o virales que agravan las condiciones alérgicas.

Finalmente, se concluye que la sensibilización alimentaria es un tema en evolución que requiere atención en términos de diagnóstico y tratamiento, enfatizando la necesidad de mayor investigación en este campo. Las publicaciones y estudios sobre la alergia alimentaria son fundamentales para aumentar el conocimiento y mejorar la calidad de vida de las personas que sufren de estas condiciones.

En esta conferencia, por lo tanto, se abordarán las bases de la alergología, efectos y casos reales de alergia alimentaria, así como el tratamiento de esta, y otros aspectos relevantes.

Normas para los autores

Tipos de colaboraciones

Están previstos los siguientes tipos:

1. **Editoriales.** Serán por encargo de la Revista.
2. **Revisiones.** En este apartado podrán aceptarse tanto las revisiones no sistemáticas de la literatura como los artículos de opinión. Las revisiones sistemáticas se consideran como originales (ver punto 3).
3. **Originales.** En esta modalidad se aceptará cualquier trabajo de investigación experimental, observacional (clínico o no) u otros (revisiones sistemáticas, gestión o economía de la salud, por ejemplo).
4. **Ponencias presentadas en las Sesiones Literarias.** Además de su publicación como resúmenes en la web de la Academia, las ponencias, una vez presentadas y discutidas, serán publicadas como resúmenes o en forma extensa. En cada número aparecerán las ponencias correspondientes a cada período cubierto por la revista.
5. **Discursos de Sesiones Solemnes.** El discurso inaugural del curso, los discursos de recepción de nuevos académicos numerarios, y los de contestación a éstos, serán publicados íntegramente por la revista. Los de recepción de académicos correspondientes también pueden ser publicados y seguirán para ello las normas establecidas para los artículos de revisión (ver más abajo).
6. **Trabajos premiados.** Los trabajos premiados (excepto los de la modalidad "Publicación"), serán publicados íntegramente a lo largo del año, siempre que no tengan una excesiva extensión. En tales casos la Redacción le solicitará al autor una reducción del contenido.
7. **Noticias.** A cargo del Consejo de Redacción.

Todas las colaboraciones deberán enviarse inexcusablemente en formato word (.doc ó .docx). Se agradecerá que los manuscritos se redacten en letra arial, 12 puntos; se evitará el uso de plantillas, sangrías y espaciados especiales. Las manuscritos se remitirán a la siguiente dirección de email:

ramedicinatfe@hotmail.com

Cualquiera de los trabajos, sean de la modalidad que fueren, deberán redactarse conforme a los siguientes requisitos:

Página frontal:

Título: Máximo 25 palabras

Autores: Nombres y apellidos; en el caso de varios autores, sus nombres se ordenarán por el rol desempeñado; salvo en el caso de grupos de investigación no se admitirán más de seis de autores.

Autor responsable del trabajo: En el caso de varios autores es imprescindible que quede definido el autor que se hace cargo de gestionar la publicación del trabajo. Dicho autor debe facilitar su dirección postal, su

correo electrónico y el teléfono en el que se pueda contactar con él

Filiación: Lugar(es) donde se ha realizado el trabajo

Resumen: Las revisiones y los artículos originales deberán aportar un resumen de 250 palabras como máximo. Si se trata de un artículo original dicho resumen deberá contener los epígrafes correspondientes a Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusión. Se agradecerá título y resumen en inglés de la misma extensión.

Texto: Las revisiones y los artículos originales tendrán una extensión máxima de 3000 palabras (bibliografía aparte). Las editoriales no superarán las 1000 palabras.

El texto de los artículos originales se distribuirá, siempre que sea posible, en los siguientes apartados: Introducción, Material y método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.

Si se trata de notas u observaciones clínicas aisladas, el texto no debe superar las 1000 palabras y debe contener al menos una introducción seguida de la presentación de la(s) observación(es) y una breve discusión y ajustada bibliografía.

En el caso de trabajos de revisión no sistemática, la Introducción será seguida de los epígrafes que el autor crea conveniente, finalizando con la bibliografía utilizada.

Los resúmenes de las sesiones literarias y de los discursos de recepción de los académicos correspondientes no superarán las 1500 palabras. Si se desea se puede publicar como texto ampliado en la modalidad de revisiones, ajustándose para ello a las normas establecidas en ese caso.

Las referencias deben aparecer en el texto numeradas entre paréntesis, de acuerdo con el orden de su aparición en él. La lista de referencias al final del texto deberá confeccionarse conforme a dicha numeración.

En dichas citas aparecerán hasta un máximo de tres autores; si hubiese más firmantes se añadirá la expresión "et al."

Gráficos, figuras y tablas: Se admiten cuatro gráficos o figuras por trabajo, señalando el lugar en el que deben insertarse. Las tablas o cuadros quedan a discreción del autor, si bien se recomienda incluir solamente los estrictamente necesarios.

Los gráficos y figuras deberán numerarse con números arábigos, en tanto que las tablas se numerarán en números romanos; en todos los casos se acompañarán de una breve leyenda explicativa de los datos presentados. No es admisible exponer los resultados en gráficos y tablas simultáneamente.

Para cualquiera de las modalidades de colaboración, es de obligado cumplimiento que la reproducción de gráficos o figuras publicados por otros autores se acompañe del oportuno permiso de los editores del trabajo en cuestión.

Bibliografía: Al final del texto se presentará un listado de los autores citados en el texto, ordenados conforme a su aparición en él, ateniéndose a las denominadas normas de Vancouver. A continuación se muestran algunos ejemplos.

Artículo estándar:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. Med Clin (Barc). 2005; 124(16): 606-12.

Libro:

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

Capítulo de libro:

Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador (o Editor, en su caso). Manual de Diagnóstico Médico. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.

Publicaciones electrónicas:

Además de los datos clásicos, la cita debe explicitar el DOI. Para cualquier otra posibilidad se recomienda consultar ICMJE. [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#). April 2010.

Normas éticas

Protección de las personas y de los animales en la investigación

Cuando se informe sobre experimentos en seres humanos, los autores deben indicar si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas de los comités responsables de experimentación humana (institucionales y nacionales) y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008. Si existe alguna duda de si la investigación se realizó de conformidad con la Declaración de Helsinki, los autores deben explicar las razones de su enfoque y demostrar que el órgano de revisión institucional aprobó explícitamente los aspectos dudosos del estudio. Cuando se informe sobre experimentos en animales, los autores deben indicar si éstos se hicieron conforme a la normas institucionales y nacionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

Protección de datos y conflictos de intereses

La información sobre los datos personales y clínicos correspondientes a los participantes en los estudios se someterá a la normativa legal vigente. Así mismo los potenciales conflictos de interés de los autores deben quedar explicitados.

Estilo de redacción

Es recomendable que los autores redacten sus contribuciones en lenguaje sencillo y de fácil comprensión; así mismo se ruega que revisen cuidadosamente el texto para evitar errores gramaticales de cualquier tipo. Para ello se aconseja el uso de cualquiera de los manuales de estilo existentes en los distintos medios de comunicación.

En tal sentido, la presentación de un trabajo implica la autorización de los autores a la Editorial para la realización de cambios de estilo que no afecten al contenido.

Copyrights y difusión de los trabajos

Los trabajos publicados en Ars clinica academica lo harán en los términos y condiciones establecidos en la Licencia de Atribución 3.0 de Creative Commons, [cuyo texto legal puede consultarse en este enlace](#).



 creative commons

Revisión editorial: La figura del editor responsable

Todas las colaboraciones recibidas, excepto aquellas cuya autoría corresponda a un académico numerario, serán sometidas a una revisión editorial en el que será decisiva la intervención del editor responsable. A este respecto serán editores responsables todos los académicos numerarios así como los académicos correspondientes que el Consejo de Redacción crea pertinentes en cada caso. En casos excepcionales el Consejo podrá solicitar la intervención de un editor externo.

Será cometido del editor responsable ocuparse de que el trabajo en cuestión tenga la calidad necesaria para ser publicado en Ars Clinica Academica. Para ello entrará en contacto con el autor(es) y le orientará hacia tal fin, responsabilizándose de dar el visto bueno definitivo a la publicación. En los casos en que la autoría de un manuscrito corresponda a un académico de número, él mismo se constituirá en editor responsable, sin que ello excluya la revisión del trabajo por el Consejo de Redacción.

El nombre del editor responsable de cada trabajo será dado a conocer en la primera página de cada artículo.

Proceso Post-publicación

Una vez que el trabajo ha sido publicado los lectores podrán enviar comentarios a los autores. El período de envío durará hasta la aparición del siguiente número de la revista. Los comentarios serán de conocimiento público así como la respuesta del autor. El editor responsable actuará como moderador de los debates que puedan generarse.