

ARS CLINICA ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

Diciembre **2025**
Volumen 10 Número 2

EL CIRUJANO, SU GÉNERO, FORMACIÓN Y OTROS
FACTORES EN SU TAREA
EL PEDIATRA LUIS GARCÍA-RAMOS Y SU OBRA PICTÓRICA
LAS EPIDEMIAS MÁS ENIGMÁTICAS DE LA HISTORIA
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>.

REVISIONES

EL CIRUJANO, SU GÉNERO, FORMACIÓN Y OTROS FACTORES EN SU TAREA	4
<i>Ilmo .Sr. Dr. D. Rafael Martínez Sanz</i>	
EL PEDIATRA LUIS GARCÍA-RAMOS Y SU OBRA PICTÓRICA	8
<i>Ilma. Sra. Dra. Dña. Ana María Díaz Pérez</i>	
LAS EPIDEMIAS MÁS ENIGMÁTICAS DE LA HISTORIA	13
<i>Ilmo .Sr. Dr. D. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín</i>	

SESIONES LITERARIAS

AVANCES EN EL CONOCIMIENTO DEL ECOSISTEMA INTESTINAL HUMANO Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD.....	18
<i>Dr. Amado Zurita Molina</i>	
MÁS ALLÁ DE LA "MEMORIA ADAPTATIVA": INMUNIDAD ENTRENADA, UN NUEVO PARADIGMA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INMUNITARIO.....	19
<i>Dra. Yvelise Barrios Pino</i>	
TRATAMIENTO DEL CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES.....	20
<i>Dr. Julio César Jordán Balanzá</i>	
EPIDEMIAS ENIGMÁTICAS DE LA HISTORIA.....	21
<i>Dr. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín</i>	
NEUROIMAGEN FUNCIONAL EN NEUROCIENCIA, APLICACIONES DE LA NEUROCOMPUTACIÓN A LA NEUROIMAGEN.....	22
<i>Dr. José Luis González Mora</i>	

ANEXO

Normas para los autores.....	23
------------------------------	----

EL CIRUJANO, SU GÉNERO, FORMACIÓN Y OTROS FACTORES EN SU TAREA

THE SURGEON, HIS/HER GENDER, TRAINING AND OTHER CONDITIONS IN HIS/HER TASK

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

Presentamos diferentes publicaciones que nos hablan sobre el trabajo del cirujano, sus resultados y formación. Las cirujanas tienen mejores resultados con diferentes procedimientos que sus equivalentes varones. La discapacidad física del cirujano, la falta de comunicación en el quirófano, la repercusión de las complicaciones sobre el cirujano y las agresiones sobre ellos pueden ser un grave problema.

Abstract

We present various publications that discuss the surgeon's job, outcomes, and training. Female surgeons have better outcomes with various procedures than their male counterparts. The surgeon's physical disability, lack of communication in the operating room, the impact of complications on the surgeon, and aggression toward them can be serious problems.

Introducción

En abril 2025 se publicó, en la versión on-line de JAMA-Surgery, los resultados quirúrgicos de las cirujanas (FS) comparándolos con los obtenidos por sus colegas masculinos (MS) en 14 procedimientos frecuentes de diferentes especialidades quirúrgicas (**Tabla I**), intervenidos electivamente entre enero 2016 y diciembre 2019 en los EUA. Son más de dos millones y cuarto de pacientes de ambos géneros, del seguro

médico Medicare FFS, de 65-99 años, registrados y seguidos completamente por este seguro. El 5,7% (129.528) lo fueron por FS. El 94,3% lo fueron por MS.

TABLA I

Aneurisma aórtico abdominal
Apendicectomía
Cirugía de bypass coronario
Cistectomía
Colecistectomía
Colectomía
Histerectomía
Laminectomía o fusión espinal
Prostatectomía
Reemplazo de cadera
Reemplazo de rodilla
Resección hepática
Resección pulmonar
Tiroidectomía

Tabla I: Intervenciones realizadas. Analizadas por orden alfabético

Género. Analizan como objetivos primarios la mortalidad, reingresos y complicaciones en los primeros 90 días y al año postcirugía. Como secundarios, la concordancia entre los géneros del cirujano y el del paciente (1). Encuentran que la mortalidad a los 90 días y al año es significativamente menor entre FS frente al obtenido por MS. Hay concordancia de género en este aspecto: las pacientes operadas por FS tuvieron menor mortalidad que las obtenidas por un MS. No la hay, en parte, en las complicaciones y las readmisiones a los 90 días y al año. Esto porque, aunque son menores éstas cuando las pacientes son intervenidas por FS frente a los obtenidos por MS, sin embargo, cuando son varones los pacientes, las complicaciones y readmisiones son similares entre FS y MS. Tal vez estos resultados reflejarían cuidados más tenaces o meticulosos por parte de FS. No se pueden extender los resultados en este estudio para pacientes urgentes o menores de 65 años. Puede observarse en la figura 1 que la única mujer presente en la intervención, entre 8 intervinientes, es una enfermera. Era 1904. También que ya llevan guantes de caucho (los primeros en hacerlo), aunque no mascarillas.



Figura 1. Primera operación en el nuevo anfiteatro del Johns Hopkins Hospital, con William Halsted, 1904.

Formación. La incorporación femenina en especialidades quirúrgicas es muy beneficioso para estas y para la cirugía, sobre todo cuando formen cirujanos. Antes, las graduadas en medicina rechazaban formarse en cirugía. Ahora, hacen buena la visión del iniciador de la formación reglada quirúrgica, Halsted. El profesor William Stewart Halsted creó un programa de formación quirúrgica en 1889 en el Hospital Johns Hopkins (Baltimore, Maryland, EUA). Este hospital era ya pionero en la formación médica. El Johns Hopkins Hospital fue fundado por cuatro eminentes profesores: William Welch (patólogo), William Halsted (cirujano), William Osler (internista) y Howard Kelly (ginecólogo-obstetra). Conocidos como "los cuatro grandes": Tres William y un Howard. Fundamentales en la creación del hospital y desarrollo de su escuela médica. En la conferencia de Halsted en Yale (2) en 1904, titulada "Training of the Surgeon", decía: "Necesitamos un sistema, y seguramente lo tengamos, que produzca no solo cirujanos, sino los mejores; quienes estimularán a los mejores jóvenes del país a estudiar cirugía y a dedicar sus energías y sus vidas a elevar el nivel de la ciencia quirúrgica" (**Figuras 1 y 2**). Lejos quedan sentencias erradas: "La cirugía ha llegado al punto de no tener ya nada nuevo que adquirir", del Profesor Jean-Nicholas Marjolin (1780-1850), cirujano militar francés que describió la úlcera cónica secundaria a quemaduras, asiento de carcinomas, y que lleva su nombre (3).



Figura 2. A: Pintura en Johns Hopkins Hospital con sus 4 fundadores Welch, Halsted, Osler y Kelly (izquierda a derecha).



Figura 2. B: Dr. William Stewart Halsted.

Discapacidad. También se nos habla en ese número de JAMA-Surgery de discapacidad en cirujanos (4). Tal vez porque ya la tuviesen antes o bien aparezca posteriormente. El cirujano con una discapacidad generalmente cumple su papel al apoyar a su paciente contando con su experiencia con una. Unos 67 millones de estadounidenses, el 26,8% de esa población, declaran tener una discapacidad (4): Entre los adultos de 18 a 29 años, edades que incluiría a estudiantes de medicina, ésta es del 15%. Si bien solo el 5,9% de los estudiantes de medicina estadounidenses declaran tener una discapacidad. Unos 7% de los internos de cirugía general declaran tenerla (muchos no solicitan adaptaciones en sus programas). Incluir y apoyar a los residentes y cirujanos con discapacidad es un reto, es la próxima frontera hacia la equidad en cirugía, preservando la seguridad del paciente. Por otra parte, creo de interés recordar tres trabajos publicados en el mismo número en el British Journal of Surgery en relación con tareas, dificultades e infortunios de los cirujanos (5-7).

Comunicación y complicaciones. Se revisan 1174 publicaciones sobre la comunicación del personal que interviene en el quirófano, de las que 26 son aceptables por su información, en "Communication in the operating theatre" (5). Practican una "meta-synthesis" sobre 6 temas (**Tabla II**). Los problemas de comunicación repercuten en la seguridad del paciente, la comunicación falla con anestesistas, enfermeras y residentes noveles y, que el lenguaje corporal y de los signos anticipa pasos acortando tiempos, ayudando a coordinar todo el proceso. Mejorar estos aspectos tendría una gran repercusión para pacientes y

sanitarios. En relación a la respuesta ante las complicaciones de casos se analiza a 27 cirujanos en "Surgical complications and their implications for surgeons well-being" (6). Estas complicaciones repercuten en muchos cirujanos de forma adversa a nivel emocional (culpabilidad, ansiedad...), del comportamiento (más cautelosos, esfuerzos de mejora), cognitivo (reflexivos, pérdida de concentración), social (interferencias con su vida, relación con colegas) y otros (capacidad de aprendizaje, sensación de enfermar). Fallan la poca ayuda institucional y una cultura adversa de la injuria. Un mentor puede ayudar. Realizar sesiones equilibradas de morbi-mortalidad, análisis en equipo y la ayuda psicológica al cirujano pueden ser formas de enfrentarlo.

TABLA II

Comunicación efectiva
Problemas de comunicación
Efecto sobre la seguridad del paciente
Efectos sobre el equipo
Condiciones de comunicación
Trabajo colaborativo bien comprendido

Tabla II. Elementos analizados en la falta de comunicación en el quirófano.

Agresiones. El homicidio en Madrid de un cirujano plástico por parte de un paciente insatisfecho es analizado en "Psychological insight for surgeons" (7). Entender las expectativas del paciente y explicarle cuales pudieran ser los resultados de forma realista, puede ayudar a mejorar esta situación. Una persona inteligente, como se supone que es un cirujano (2), con experiencia prolongada adquirida a lo largo de su formación, debe tener una "intuición psicológica" cada vez que se habla con un paciente o sus familiares, conocido popularmente como el "sexto sentido". Esto puede salvar muchas situaciones peligrosas para el cirujano o, al menos, poco deseables. Hay que considerar también que las lesiones contra el personal sanitario se han incrementado, fruto de la pérdida de autoridad imperante, mala comunicación familiar y expectativas "de película".

Resumiendo. Hemos contemplado diferentes situaciones que pueden influir en la actividad del cirujano, en sus resultados y en los de la institución, empezando por su género y, lo más importante, pueden tener repercusión en la salud del paciente.

Bibliografía

1. Ikesu R, Gotanda H, Tara A, et al. Long-term postoperative outcomes by surgeon gender and patient-surgeon gender concordance in the US. *JAMA Surg.* 2025;160 (6):624-32. doi:10.1001/jamasurg.2025.
2. Kerr B, O'Leary JP. The training of the surgeon: Dr. Halsted's greatest legacy. *Am Surg.* 1999;65:1101-2.
3. Rochard J. Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle. Paris, Baillière 1875, pp. 170–2.
4. Chugh PV, Jones BA, Kathryn E, et al. Disability in surgery—A call to action. *JAMA Surg.* 2025;160(6):611-12. doi:10.1001/jamasurg.2025.
5. Weldon SM, Korkiakangas T, Bezemer J, et al. Communication in the operating theatre. *Br J Surg.* 2013;100(13):1677-88. doi:10.1002/bjs.9332.
6. Pinto A, Faiz O, Bicknell C, et al. Surgical complications and their implications for surgeons' well-being. *Br J Surg.* 2013;100(13):1748-55. doi:10.1002/bjs.9308.
7. Shiralkar U. Psychological insight for surgeons. *Br J Surg.* 2013;100(13):1675-6, doi.org/10.1002/bjs.9375.

EL PEDIATRA LUIS GARCÍA-RAMOS Y SU OBRA PICTÓRICA

Ilma. Sra. Dra. Dña. Ana María Díaz Pérez

Académica de Número

D. Luis García- Ramos Estarriol nace en Santa Cruz de Tenerife el 25 de febrero de 1957 del matrimonio formado por el Dr. D. Julio García-Ramos Arriaga y de D^a Pilar Estarriol Hamilton, si bien en su familia van a sonar apellidos no solo del ámbito médico, puesto que, además de su progenitor, recordemos a su abuelo paterno, el Dr. Luis García-Ramos y a su tío materno el Dr. Miguel Estarriol Hamilton, aparte de su bisabuela, por parte de su madre, la generosa Sra. D^a. Carmen Monteverde y Cambreleng, que colaboró, con el Dr. Diego Guigou, para que se construyese el Hospital de Niños, sino también de la esfera artística, tales como el pintor de marinas D. Esteban Arriaga, primo segundo de su padre, y su otro abuelo D. Miguel Estarriol Truilhé, descendiente del conocido paisajista Cirilo Truilhé,

Luis estudió en el colegio de las Escuelas Pías de su ciudad natal hasta concluir el bachillerato, mientras que el COU lo cursó en el Instituto Andrés Bello. Realizó el Servicio Militar en Córdoba, en Sevilla y finalmente en el Hospital Militar santacrucero, hoy convertido en un centro socio-sanitario. Muy pronto le llegó el momento de enamorarse y con 23 años contrajo nupcias con la joven Eloísa Moreno Morillo, de 20, unión de la que nacieron dos niñas, Elena y Beatriz García-Ramos Moreno, quienes decidieron seguir los pasos de su madre, junto a la que ahora integran el despacho Merino Abogadas; se licenció en medicina en 1981 y a los dos años de terminar la carrera comenzó a desarrollar la profesión elegida como médico de urgencias en el emblemático "Hospitalito de Niños" de esta ciudad, en el que permaneció durante 13 años, desde 1983 hasta 1996; a partir de ahí pasó al SNU Los Gladiolos, en el que trabajó a lo largo de un lustro (1996-2001) y seguidamente desempeñó su actividad en el Servicio de Urgencias Pediátricas Jaime Chávez Hernández, centro en el que se jubiló recientemente, no obstante, a finales de la década de los ochenta de la pasada

centuria (1988) ya trataba a los encantadores pequeños en su consulta privada y, por lo tanto, compaginaba su labor asistencial pública con la privada.

En aquel año de 1996 nuestro protagonista se doctoró en Medicina tras presentar en la Facultad homónima de nuestro Primer Centro Docente lagunero su tesis doctoral Evaluación nutricional en el primer año de vida, tema que traslucía su interés por el cuidado de la salud de los bebés y con la que obtuvo la calificación de Apto Cum Laude. A principios del presente siglo finaliza su formación universitaria cuando en 2002 cuelga en su consulta el título de especialista en Pediatría y sus áreas específicas.

Opinamos que para desempeñar esta especialidad médica se debe de tener un carácter un tanto especial, con unas cualidades que al Dr. García-Ramos Estarriol le sobran, testimonio de ello es que la Revista de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife destaca respecto a su talante: "su carácter alegre y su constante disponibilidad ha hecho que sea una persona muy querida por todos", a lo que añadimos su delicadeza, amabilidad y afectuosidad en el trato, de manera que el paciente infantil se siente querido y pierde el miedo a acudir al doctor.

Su excelente profesionalidad ha hecho que lo nombrasen miembro de diferentes sociedades científicas pediátricas, tales como la Asociación Española de Pediatría (AEP) y de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), así como Socio de Honor, en 2022, por unanimidad de su Junta Directiva, de la Sociedad Canaria de Pediatría de Santa Cruz de Tenerife, no solo por su destacada contribución durante su etapa de secretario de la misma, cargo en el que permaneció entre 2011 y 2015, sino también por su importante labor llevada a cabo en el ya citado "Hospitalito de Niños", sin obviar, que por su trayectoria pediátrica,

de gran valía, ha recibido la distinción de Socio de Honor de la Sociedad Española de Pediatría, durante el Congreso celebrado en Granada en 2023. Hasta aquí su experiencia sanitaria, que todavía continúa, en el área privado, en el fantástico mundo de las criaturas.

Sin embargo, el Dr. García Ramos decidió expresar su gusto por el arte y lo transmitió con sus ágiles pinceles y su fulgurante paleta de colores a través de una decena de exposiciones individuales, iniciando la primera a comienzos del año 2010 y concluyendo la última, de momento, el pasado mes de enero del presente año 2025, tarea que compatibilizaba con su trabajo en el ya mencionado establecimiento sanitario Jaime Chaves hasta su jubilación en 2022.

Como hemos apuntado, hace quince años (2010) principió su otra faceta en el ámbito de la pintura, centrando entonces la temática en BODEGONES Y PAISAJES que se pudo visitar en la Sala de Exposiciones del emblemático y centenario Círculo de Amistad XII de Enero. Aquí comienza a observar la naturaleza y reproduce un Ucanca abstracto y el Otoño en los que vemos como aparecen tonalidades cálidas y terrosas, propias del citado valle del Teide y de la otoñal estación del año, El puente de Elo, dedicado a su esposa Eloísa, quien atraviesa esa estructura que le permite sortear el Barranco de Santos y trasladarse a diario desde su casa a su despacho y viceversa, y Peras espaciales, fruta sui generis que flota en un espacio azul. En toda esta serie observamos la fuerza del color y la luz que son los verdaderos protagonistas.

La siguiente muestra nos conduce hasta Arte Galería con la denominación de CUBISMO SIMBÓLICO. Inconscientemente nos viene a la memoria las formas del genial artista malagueño Pablo Picasso. Aquí hacen acto de presencia de nuevo las peras antedichas, pero ahora también las manzanas y las cerezas, además en dos de las telas pone de manifiesto el contraste entre el Tiempo de Cosecha, cuando se produce una explosión de verdor en la naturaleza y la abundancia, en esta ocasión, de perales, y esa Simbiótica entre los frutos de esos árboles y la pérdida de exuberancia de éstos al secarse sus hojas, que no indica otra cosa que la finalización de la temporada de esta especie arbórea.

El Círculo de Amistad XII de Enero volvió a acoger una producción del artista García-Ramos, entonces con el título genérico de TRÓPICO, ofreciéndonos esta vez frutos y flores. En cuanto a éstas, nos muestra calas, Calas Macaronésicas con un estallido de coloración y Calas II, típicas "orejas de burro", como

las solemos llamar comúnmente en nuestra tierra canaria. Quizás esa diferencia estribe, obviamente no en su forma, pero sí en su tono, de modo que su autor quiso diferenciar a unas y a otras mediante el distinto cromatismo, puesto que las blancas se hallan al norte del Trópico de Cáncer y las de color al sur del mismo. Esta vez nos habla, a través de sus hábiles pinceles, de la Primavera, de ese periodo estacional caracterizado por la floración, mientras que las Flores para Piluca es un cuadro que encierra el sentimiento fraternal que su autor expresa a su única hermana, D^a María del Pilar, lamentablemente ya fallecida. Por último, una tercera expresión artística de esta serie es la fruta, en la que vemos el producto del manzano con el título de Manzana amenazada, lo que nos da a entender que va a ser atacada por el feroz y hambriento gusano que la pudre, siendo la figura principal aquella y no este.



Foto 1: *Discoteca. Óleo sobre lienzo (120x80 cm.)*

A continuación cambia de tema en cuanto a emociones y nos alegra con una Discoteca en la que bailan dos plátanos, cuya piel, a medio pelar, constituye el atuendo, y, la pulpa, el cuerpo. Esta pintura, que identifica a nuestro Archipiélago canario, bien podría ser el título de un cuento, de tal forma que el Dr. García-Ramos participa continuamente su profesión volcada en la infancia.

En la cuarta de sus exposiciones, JARDINES OLVIDADOS, que llevó hasta el Real Casino de

Tenerife, el Dr. García-Ramos Estarriol dedica un homenaje al afamado pintor grancanario Néstor de la Torre a través de unas "capas de la reina", planta ornamental que fue fuente de inspiración para su inconcluso Poema de la Tierra, no olvidando D. Luis incluir un par de sus características carnívoras, todo ello sobre blanco fondo y enmarcado en una nívea moldura.

Viene a colación el In Memoriam tributado por esta Real Academia de Medicina de Canarias al extraordinario médico y magnífico galdosiano, Dr. D. Manuel Herrera Hernández, que tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Las Palmas de Gran Canaria. Fue un afectuoso acto, con la asistencia de su entrañable familia, en el que nuestro presidente, Dr. D. Francisco Perera, abrió la sentida sesión e inmediatamente intervinieron, con sucesivos discursos de aprecio al recordado pediatra, los Dres. D. José Boada, D. Norberto Batista, D. Arturo Hardisson y D. Antonio Burgos. Asimismo, estuvieron presentes otros ilustres Académicos, a saber, los Dres. D. Miguel Ángel Hernández, D. Manuel Sosa y D. José Regidor. Casualmente en el Hotel Parque de la capital Gran Canaria existe en una de sus paredes una imagen en la que se entrelazan con una frondosa vegetación el "esqueleto o costilla de Adán", que a simple vista nos parece un mural, pero realmente se trata de un vinilo encargado a una empresa que ipso facto trajo a mi memoria al ya citado modernista y simbolista Néstor de la Torre, pues dos hermosas hojas verdes de la citada planta sirven de lecho a la amorosa pareja en su Poema de la Tierra.

No obstante, en el N° 8 de esos Jardines olvidados nuestro santacrucero creador García-Ramos ocupó la parte superior de la obra con dos hojas de la "costilla de Adán", de las que penden unos frutos, mas también dio color a una caja de latón en su exterior e interior que él situó en un Apartamento parisino, mientras que en otros números brotan las carnívoras, aunque con diferencias en el tono de la tela, así pues, en el N° 4 el fondo verde lo hace coincidir con el marco de idéntico matiz, en el N° 6 el rojo del lienzo contrasta con el negro de la madera y en el N° 14 las plantas insectívoras flotan en un burbujeante azul.

Para concluir el análisis de aquellos espacios poblados de plantas abandonadas que se han desvanecido en la mente, su artífice también se acordó del tenebrismo de Caravaggio y reproduce el claroscuro de este italiano del barroco, ya que a la base negra se superponen las coloridas peras en las que concentra la luz. Con todo este conjunto D. Luis ha querido transmitir que cuando regresamos a un jardín

descuidado y, leo textualmente sus palabras, "comparamos su esplendoroso pasado con la decrepitud actual" y, contemplamos, "como entre la hojarasca crece rabiosamente la naturaleza, el color y flores fantasmagóricas absolutamente bellas. Así es la vida".

De nuevo en el Real Casino de Tenerife, expuso su quinta producción en la que el anterior Trópico se torna TROPICALÍSIMO y nos permite viajar con la imaginación a los antedichos paralelos, donde encontramos un ecosistema rico y traslúcido en el que surgen de nuevo las Carnívoras que captan la luz, de igual modo que observamos la luminosidad de la Explosión tropical II, mientras que sus Nocturnos, aunque parezca contradictorio, están bastante despojados de oscuridad, idéntico ambiente que apreciamos en las profundidades del Barranco del Infierno I durante la noche.



Foto 2: *El apartamento del saltamontes.* Óleo sobre lienzo (80x80 cm.)

En todo este conjunto los sueños del pintor que nos ocupa nos introducen en El apartamento del saltamontes, el cual habita acompañado de imaginarias especies florales de esas áreas geográficas, preferentemente "hortensias o flor de mundo", que dibujó con multiplicidad tonal, exceptuando alguna unicolor, sin embargo, nos cuesta encontrar a su habitante y en estos momentos nos acordamos del escritor británico de libros infantiles Martin Handford, quien inventó en la década de los ochenta del pasado siglo XX un juego que tituló ¿Dónde está Wally?, un joven a quien se debía encontrar entre multitud de

personas, entonces nos dispusimos a buscar al saltamontes y al final hallamos al herbívoro insecto en el ángulo inferior derecho de la obra, una complicada percepción a primera vista que hace que se constituya en el principal reclamo de esta pintura.

Sus manifestaciones artísticas sexta y séptima tratan de DEL MAR Y DE LA TIERRA. Primeramente, presentó esta temática en la Sala de Arte 2, sita en el lagunero Convento de Santo Domingo en 2018, en tanto que en 2020 la llevó hasta el ST Espacio Cultural de la capital Gran Canaria.



Foto 3: El jardín del mero. Óleo y acrílico sobre lienzo (160x100cm.)

De ambas muestras hemos elegido El jardín del mero y Pez luna y Totem, en las que apreciamos en el océano, primero, una especie de gran consumo en Canarias, el mero, que el Dr. García Ramos lo representa conforme a la realidad en cuanto a su cuerpo voluminoso, su cabeza grande en la que resaltan sus abultados globos oculares y sus enormes mandíbulas, pero no en lo que se refiere a su natural color marrón con manchas blancas, pues le imprime una alegre variedad cromática, y ahí radica su creatividad, puesto que esa atractiva policromía, en

la que domina la gama rosada, seguramente llamaría la atención a los pequeños, después, en la otra imagen las marinas aguas en movimiento tiñen de degradados tonos azules al redondo pez luna y al Tótem que lo protege.

Además, Empezando el día, comienza con una morena que asoma su cabeza, abre sus fauces y enseña sus puntiagudos dientes en actitud de querer ingerir algún alimento, y sobre la que nadan medusas, un pez peñe y sargos. A continuación pasamos a la tierra y advertimos Enredados 3, la profusa y abigarrada vegetación mejicana que sorprendió al artista durante su viaje a ese país latinoamericano.

Acto seguido Desde el Fondo I, nos acerca a la producción del conocido artista lanzaroteño César Manrique, de modo que esta zona demersal es muy alegre, alborozo que logra mediante una amalgama de óleos y acrílicos rosas, verdes, rojos, azules, etc..., en tanto que en la superficie los diminutos peces, efecto óptico provocado por la distancia hasta alcanzar la zona pelágica, nadan de un lado a otro.

La Sala L del Centro de Arte La Recova acogió en el año 2022 la NATURALEZA CANARIA, y de ella destacamos títulos como La tortuga se divierte, Hoy va a ser un buen día, sin obviar algún refrán, sirva de ejemplo el que dice Plátano maduro, no vuelve a verde, que denotan su relación con esas criaturas que acuden a diario a su consulta y que tiene presentes en sus colecciones, temáticas a partir de las que podría idear el contenido de las páginas de esos fantásticos y breves relatos que entretienen a los niños y niñas. De esas plataneras cae uno de sus frutos muy maduro, el cual estalla al pie de la planta, y, junto a ella, una unidad de la manilla no ha alcanzado el grado de color idóneo para su consumo, lo que explica que aquel no adquirirá nuevamente la verde textura de este.

En el Pentagrama, en sus equidistantes y horizontales cinco líneas se genera una metamorfosis, de tal forma que las notas musicales se transmutan en flora, acompañada de algunos pájaros, tres de ellos de amarillo plumaje, esos canarios tan representativos del ámbito de las aves en nuestro territorio.

En su penúltima creación, que mostró en el Museo de BB.AA. de S/C de Tenerife, rinde tributo a la Macaronesia, como es sabido, denominación que acoge cinco archipiélagos de afortunadas islas con singularidades comunes geológicas, botánicas, zoológicas etc..., sirva de paradigma la rica flora A

pleno sol que tan bien ha sabido expresar su artífice. En ocasiones, los colores excesivamente fuertes producen un choque con nuestra vista, mas una de las muchas habilidades pictóricas de D. Luis García-Ramos consiste en inventar unas plantas de las que brotan llamativas flores sobre un animoso fondo, avivado por los esplendrosos rayos del dorado astro, tan excelentemente combinados las unas y el otro, que generan una perfecta armonía, experimentando en el observador un elevado grado de euforia.



Foto 4: Nocturno. Óleo y acrílico sobre lienzo (80x80 cm.)

Finalmente, nos situamos en su última producción que dio a conocer al público en el Casino Santa Cruz ubicado en los bajos del Hotel Mencey, sala perteneciente al Cabildo de Tenerife. EL COLOR DE LA NATURALEZA es espectacular, formando parte de la misma un Nocturno, que, como siempre en medio de la claridad, unas carnívoras marinas azules, de las que asoman sus rojos pistilos, y que para alimentarse capturan presas acuáticas, son mecidas por los vaivenes del inmenso Atlántico, asimismo, el óleo y el acrílico conformaron Carnavalero, que le inspiraron los voluminosos y lindos disfraces de las reinas de nuestras carnestolendas, impregnando el lienzo de una detonación cromática tal y como sucede en los carnavales santacruceros.

De todo este grupo de telas seleccionamos El vuelo de la libélula, insecto, de transparentes alas, que vuela en ese maremágnum de burbujas azules, además, en medio de este ambiente, se agitan las verdes hojas

y los minúsculos frutos rojos de un árbol escoltado por la presencia de un par de hermosas hortensias de nutridas inflorescencias esféricas. Este tema nos retrotrae al ya analizado habitáculo del saltamontes, de tal manera que su autor nos invita a realizar un trayecto visual para poder localizar a la esbelta libélula, que descubrimos volando hacia la derecha en busca de su zona de confort.

En estos instantes culminamos el recorrido por la biografía del artista García-Ramos salpicada de unas pinceladas de su lado más personal, y por su extensa creación de brillantes exposiciones, con la consideración de que la pediatría que él tan extraordinariamente practica y a la que ha dedicado y continúa dedicando toda su actividad, compaginándola con su alma de pintor, está absolutamente ligada a sus obras, porque en ellas apreciamos en sus imágenes y en sus títulos que tiene atrapados en su pensamiento pediátrico y en su afectuoso corazón artístico a sus menudos pacientes.

En síntesis, hemos contemplado una decena de producciones que, en general, se caracterizan por el color, la luz y el movimiento, inmersas en un estilo figurativo, onírico, realista y, en algún que otro ejemplo, sumergido en la abstracción, para cuya realización ha utilizado óleo, acrílico, arena y resina sobre lienzo, salvo alguna excepción sobre lata.

Ha sido un enorme placer haber transitado por la obra de un médico y pintor, D. Luis García-Ramos Estarriol, que ha deleitado nuestra mirada con sus atractivas ejecuciones, aportando al unísono un canto a la conservación de nuestro patrimonio natural y respeto al medioambiente.

LAS EPIDEMIAS MÁS ENIGMÁTICAS DE LA HISTORIA

Ilmo .Sr. Dr. D. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín

Académico de Número

A lo largo de la historia han existido epidemias de origen desconocido, responsables de la muerte de millones de personas, de las que carecemos de información documentada para conocer su etiología. Tradicionalmente, han tratado de diagnosticarse comparándolas con cuadros clínicos de diversas enfermedades, por el análisis de registros históricos, literarios, médicos y eclesiásticos, por el estudio de obras de arte y, por supuesto, por datos arqueológicos (Birkelbach, 2008a). Al margen de ello, los conocimientos actuales sobre epidemiología, ecología, distribución geográfica, demografía y tendencias temporales de esas enfermedades, así como el desarrollo de técnicas moleculares, ayudan en la búsqueda. Veamos las más importantes:

Mal de los asiáticos

Es la primera epidemia registrada (Antiguo Testamento) y afectó a Egipto hace unos 3500 años. Por lo poco que se sabe su clínica consistía básicamente en postración general muy severa y coloración oscura de la piel en la que aparecían puntos negros. Sus tasas de ataque y de mortalidad eran muy altas. Algunos autores han especulado con que pudiera tratarse de viruela.

Mal de los hititas

Esta epidemia, registrada en el Deuteronomio, afectó a los hititas en Anatolia durante los 20 años que siguieron a la esclavitud de prisioneros de guerra egipcios, tras la batalla de Qadesh, en el período de máximo esplendor de su imperio en los siglos XIV – XII AEC. Para McMichael (2008), se trata de una de las primeras epidemias en suelo virgen de la historia ya que esos prisioneros portarían algún patógeno frente al cual los hititas no presentarían inmunidad por tratarse de un pueblo mucho más reciente.

Peste de los aqueos

Es esta la primera mención a una epidemia en la literatura europea y, precisamente, en el primer texto de la literatura occidental, la *Ilíada* que comienza con la epidemia, mencionada por Homero en el Canto I.

Tuvo lugar durante el sitio de Troya en los siglos XIII o XII AEC por el rapto de Elena (esposa de Menelao, rey de Esparta y hermano de Agamenón) por parte de Paris (príncipe de aquella ciudad).

Como recuerda Albarracín Teulón (1972), hacia el final del asedio la plaga afligió a los ejércitos de Grecia que achacaron el mal a un castigo de Apolo por las transgresiones morales de su caudillo por el rapto de una hija – Criseida - de un sacerdote de ese dios, Crises, y su negativa a devolverla a su padre. Según la narración homérica, el mal solo cesó cuando Agamenón cedió a las presiones de Aquiles y la liberó. Al parecer no afectó a los habitantes de Troya por encontrarse aislados en el interior de sus murallas.

Se desconoce su cuadro clínico ya que Homero no lo reflejó en su poema. Lo que se sabe es que produjo tal mortandad entre los griegos que los cadáveres eran abandonados sin ser incinerados ni recibir las honras fúnebres habituales en el mundo helénico.

Peste de los filisteos

Tuvo lugar en la ciudad de Ashdod en el siglo XII AEC, como se señala en el primer libro de Samuel en el Viejo Testamento. Estuvo motivada por un “castigo divino” por la incautación del arca de la alianza de los israelitas por los filisteos que se vieron tan desesperados que se la devolvieron a sus dueños originales para que cesara la epidemia, junto con

cinco ratones y cinco bubones de oro (Benedictow, 2020). Ese brote ha sido relacionado con peste bubónica por la descripción de tumores similares a bubones en “sus partes secretas” y, al parecer, produjo estragos con un saldo final que pudo superar los 5.000 fallecimientos (McMichael, 2008).

Peste o Plaga de Jerjes

Heródoto (libro VIII) describió esta epidemia originada en Tesalia en 480 AEC durante la invasión de Grecia por el ejército persa de Jerjes el Grande, durante la Segunda Guerra Médica. La enfermedad afectó a las tropas persas camino del Helesponto a las que destruía de forma paulatina mientras avanzaban facilitando la victoria griega. Los enfermos eran abandonados y los cadáveres llenaban los caminos. Nunca se ha llegado a conocer cuántos fallecidos produjo (Winegard, 2019, cifra las bajas en un 40% de los efectivos persas).

El cuadro clínico consistía en disentería muy severa acompañada por fuertes dolores abdominales, fiebre y muerte. Su origen estuvo probablemente ligado al consumo de agua contaminada. Se especula que podría haberse tratado de una combinación de disentería y malaria.

Plaga o Peste de Atenas

Esta es la primera epidemia que se describió pormenorizadamente en Europa, a la par que una de las más graves de la antigüedad. Tuvo lugar en el año 430 AEC (con recurrencias en los años 429 y 426-425) durante la guerra del Peloponeso entre la Liga de Delos, liderada por Atenas, y la del Peloponeso, cuyo líder era Esparta, entre el 431 y el 404 AEC.

Fue descrita por Tucídides, superviviente de la misma, en su Historia de la guerra del Peloponeso, quien señaló que entró por El Pireo procedente de África y era fulminante y, en la mayoría de los casos, mortal. Tucídides señalaba que la clínica se caracterizaba por comenzar con un intenso calor en la cabeza junto con enrojecimiento e inflamación de ojos, faringe y lengua, fetidez de aliento, estornudos y ronquera. Posteriormente, aparecían dolor pectoral, tos fuerte, molestias gastrointestinales y vómitos, acompañados por erupción y úlceras cutáneas y una sensación terrible de calor y sed irresistible, a menudo acompañados de insomnio y diarrea intensa. Cuando las lesiones afectaban al cuerpo se centraban sobre todo en las extremidades, dedos de los pies y de las manos, e incluso en los ojos y genitales, que podían llegar a perderse. Según Tucídides “la gente moría

después de siete a nueve días de tormentos e insomnio”. Muchos de los que lograron sobrevivir quedaron con graves secuelas oculares, neurológicas y de otro tipo. Aún si el enfermo sobrevivía podía recaer predominando la amnesia, la diarrea y las úlceras intestinales que podían matarlo por deshidratación.

La epidemia afectó también a Esparta, Mediterráneo Oriental y Persia, aunque golpeando de forma mucho más grave a Atenas donde se calcula que acabó con la vida de entre 30.000 y 50.000 personas (entre un tercio y la mitad de su población), cebándose especialmente en el ejército y la flota atenienses, matando incluso al líder de la Liga de Delos, Pericles. A lo largo de los años que duró la epidemia mató a más de 100.000 personas (Winegard, 2019).

La posible etiología ha sido relacionada con viruela, peste bubónica, ántrax, tifus exantemático, fiebres hemorrágicas, gripe, escarlatina, muermo, tularemia, sarampión, ergotismo y micotoxinas, han sido barajadas como posibles causas. También se ha señalado que pudo haberse tratado de un patógeno desconocido que desaparecería posteriormente (Sallares, 2008). En 2006 investigadores de la Universidad de Atenas (Papagrigorakis et al, 2006) estudiaron esqueletos procedentes del cementerio de Kerameikos en la capital griega, datado en 430 AEC, y lograron extraer ADN del bacilo de la fiebre tifoidea. Sin embargo, esta tesis ha sido rebatida aduciendo errores en la metodología (Shapiro et al, 2006) y escasa relación entre la secuenciación del bacilo tifoideo y la encontrada por Papagrigorakis y colaboradores.

Epidemia o Peste de los cartagineses

Se produjo en el año 396 AEC durante el asedio de Siracusa (Sicilia) por los cartagineses en la Segunda Guerra Siciliana (410 – 340 AEC). La clínica fue descrita por el historiador griego Diódoro Sículo tres siglos después en su Bibliotheca Historica, afirmando que comenzaba con síntomas catarrales e inflamación de garganta con sensación de calor que aumentaba gradualmente y dolores en espalda y miembros. Seguían diarrea intensa y pústulas en todo el cuerpo con muerte a los 5-6 días en medio de un terrible sufrimiento. La misteriosa enfermedad acabó con prácticamente todo el ejército cartaginés. Algunos autores señalan a la viruela como posible responsable (Patrick, 1967) y otros a una epidemia de paludismo (Winegard, 2019).

Peste o Tos de Perinto

Ocurrió en el inicio del invierno del año 400 AEC en Perinto, en el noreste de Grecia, siendo descrita por Hipócrates (volumen V del Corpus) y consistía en tos fuerte seguida de un cuadro de tipo neumónico y duró aproximadamente un año. Señala Spinney (2018) que otros síntomas de la enfermedad eran irritación de garganta, malestar general y dificultad de deglución, acompañados por parálisis de las piernas e incapacidad de visión nocturna. Para esa autora, probablemente los habitantes de Perinto estuvieran afectados al mismo tiempo de gripe, difteria y tosferina aunque otros piensan que pudo ser la primera epidemia de gripe registrada en la historia. El número exacto de enfermos y fallecidos se desconoce.

Peste de Antonino o Plaga de Galeno

Entre los años 164 y 190 AD se produjo la primera pandemia de la historia importada por el ejército romano que regresaba tras su enfrentamiento contra los partos. Su origen geográfico exacto no se conoce con certeza (Hare, 1967, lo sitúa en la antigua metrópolis de Seleucia, a orilla del Tigris, en Mesopotamia). Las huestes imperiales quedaron prácticamente aniquiladas por la misma, a la par que iban dejando un reguero de muerte y desolación, saltando de una ciudad a otra a través de la red de carreteras del imperio (López – Goñi, 2020). De acuerdo con Stathakopoulos (2008), de Mesopotamia pasaría a Partia (noreste de Irán), posteriormente a Esmirna y de ahí a Roma y la península italiana, Dacia y Egipto. En una segunda ola, aparte de golpear Roma e Italia de nuevo, llegaría a todo el imperio, incluyendo las Islas Británicas y la Mauritania Tingitana, existiendo ciudades y pueblos en los que murieron prácticamente todos sus habitantes. El impacto económico fue tremendo ya que, dada la enorme mortalidad, faltó mano de obra, falló el abastecimiento y cayó en picado la recaudación de impuestos. Lo mismo sucedió con el poder militar de Roma.

Parece que la enfermedad tuvo dos oleadas claras, la primera que comenzaría en 165 y la segunda nueve años más tarde. Al final, la “Plaga de Antonino o Galeno” habría afectado a 20-25 millones de personas y causado la muerte a 5-8 millones de enfermos como mínimo, entre otros a los emperadores Marco Aurelio Antonino (de ahí su nombre) y Lucio Vero. Galeno fue el que la describió en mayor profundidad, por eso también ha sido vinculada a su nombre: anorexia y sed muy intensa, enrojecimiento oral, exantema

negruzco purulento que aparecía hacia los 9-12 días en la cara y el cuerpo, tos ocasional y síntomas catarrales, molestias gástricas, vómitos, diarrea sanguinolenta, astenia, gangrena y delirio, sin o con fiebre, acompañado siempre de una sensación de calor. Galeno intuyó que se transmitía por vía aérea. Su tasa de mortalidad fue altísima, en torno a un 25-30% de los contagiados. En Roma llegó a matar a más de 2.000 personas diarias.

Se ha relacionado la “Plaga de Antonino” con la viruela – que es probablemente la enfermedad causante del desastre –, el sarampión o ambos y también con el tifus. El imperio nunca llegaría a recuperarse de la devastación causada por este cataclismo.

Plaga de Cipriano o Peste Cipriana

Su origen fue Etiopía o Egipto, en torno, a 249 AD y en 251 llegaría a Alejandría y Roma, extendiéndose por todo el Imperio durante los siguientes 20 años (250-270 AD). El peor período fue entre los años 250 y 262, causando entre 3 y 5 millones de muertes, agravándose al ser acompañada de una gran hambruna. Junto con la Peste Antonina se considera una de las primeras pandemias de la historia.

Sería Tascio Cecilio Cipriano, San Cipriano, obispo de Cartago, el que la describió más pormenorizadamente, llegando a pensar, como muchos, que había llegado el fin del mundo. Su cuadro clínico aparece en su libro *De mortalitate*: sensación muy intensa de calor con fiebre muy alta, dolor abdominal, diarrea, vómitos continuos y ulceraciones en la garganta, ojos inyectados en sangre, dolor pectoral, gangrena en los miembros que llegaban a perderse y, en muchos casos, ceguera y sordera, afirmando además que solo en Roma llegaron a morir 5.000 personas diarias. Los brotes aparecían en otoño, siendo mucho más virulentos y contagiosos en invierno para disminuir en primavera y verano. En ella murieron los emperadores Hostiliano en 251 y Claudio II en 270. Fue durante esta pandemia cuando se introdujo por vez primera el negro como color de luto por los cristianos.

Mucho más que la Plaga de Antonino, esta pandemia supuso un golpe durísimo para el imperio que perdió la mayor parte de la mano de obra lo que desembocó en desabastecimiento que agravó la hambruna. Por otro lado, destruyó al ejército lo que debilitó grandemente su poder defensivo y el control de fronteras y, por el contrario, contribuyó de manera notable a la difusión del cristianismo por el mundo. Eso se pudo comprobar especialmente con un grupo, la “Hermandad de los parabolanos”, creada para

cuidar a los enfermos, que arriesgaban sus propias vidas para asistir a los afectados y atender sus necesidades (Mann Wall, 2008).

Se han barajado gripe, fiebres hemorrágicas (causa que hoy se descarta), tifus exantemático, sarampión y viruela como posible etiología, aunque hoy se piensa que la causa más probable fue la viruela (Carreras Panchón, 1991) o bien una conjunción de gripe, viruela y peste que se combinaron favorecidas por las pésimas condiciones higiénicas y el hacinamiento derivado de la huida de población del medio rural al medio urbano.

Sudor inglés, Pestis sudorosa o Peste inglesa

El primer brote tuvo lugar en agosto de 1485 - coincidiendo con el final de la Guerra de las Rosas, cuando Henry VII entró en Londres después de vencer a Richard III en la batalla de Bosworth Field. La mayoría coincide en que fue introducida por mercenarios franceses del ejército de Henry, aunque ellos no enfermaban (Hackett, 1971). Este primer brote duró hasta octubre acabando con la vida de más de 5000 personas (25 % de los afectados), terminando tan súbitamente como había aparecido (según Paniagua, 1973, esta era una de sus características).

Unos años más tarde, en 1491 y 1492 - aunque algunos autores no lo mencionan - reapareció en Irlanda, aunque sin causar los estragos anteriores (Roberts, 1971). De ahí en adelante ocurrirían tres brotes más. En 1507 - 1508 de nuevo fue Inglaterra el foco de la enfermedad que, aunque parecía menos grave, se transformó en una epidemia letal unas semanas después llegando a matar al 50 % de la población en algunos lugares.

El cuarto brote fue sin duda alguna el peor y sería la primera vez que la enfermedad salía de las Islas Británicas. Comenzó en Londres en mayo de 1528 y rápidamente se extendió por toda Inglaterra, Irlanda y Gales y su tasa de mortalidad fue superior al 25 %. De tierras británicas saltó a Hamburgo (donde causó la muerte a más de 1.000 personas en una semana) y desde allí se expandió rápidamente hacia Europa Oriental. En diciembre de ese mismo año había llegado a Suiza, Suecia, Noruega, Dinamarca, Lituania, Rusia y Polonia e incluso hubo algunas decenas de casos en Amberes, Ámsterdam, Francia e Italia ... y de la misma manera que había aparecido desapareció hacia 1530 tras alcanzar Austria, Polonia y la parte occidental de Rusia.

El último estallido del "Sudor Anglicus" ocurrió

también en Inglaterra en 1551, pero no tuvo el impacto demoledor de los brotes anteriores.

Se trataba de una enfermedad transmisible y muy contagiosa, de probable origen vírico, que según parece se transmitía por vía respiratoria. Sería John Kaye, conocido como John Caius, médico de Shrewsbury quien señalaría que era peor que la peste y describiría su cuadro clínico en su libro de 1552 "A Boke or Counseill Against the Disease Commonly Called the Swate, or Sweatyng Sickness": debut muy agudo con sensación de temor irrefrenable; escalofríos muy intensos y vértigos; cefalea y dolores muy fuertes de cuello, hombros y miembros; y una gran astenia. Esto duraba entre 30 minutos y 3-4 horas y a continuación se pasaba a un cuadro de fiebre y sudoración muy profusa con olor fétido. Un poco más tarde aparecía una sensación de terrible calor, cefalea irresistible, artralgias y mialgias, delirio, taquicardia y sed muy intensa. Posteriormente, dolor cardíaco y abdominal, dificultad respiratoria, letargia y fallo multiorgánico. Se daba con mayor frecuencia en verano e inicios de otoño y no afectaba prácticamente a los niños, pareciendo tener predilección por varones jóvenes de clases pudientes.

Era tan fulminante que el enfermo moría en menos de 24 horas - se decía que "mientras en la peste la gente se enfermaba antes de morir, en esta enfermedad el paciente moría antes de enfermar" - y los que sobrevivían no quedaban inmunizados.

Como causas más plausibles se han esgrimido las siguientes:

- Fiebre recurrente. Causada por una bacteria (*Borrelia*), se transmite por piojos o garrapatas. No obstante, en el Sudor Inglés no había costras negras ni rash cutáneo.
- Ántrax o carbunco. De origen bacteriano (*Bacillus anthracis*), sus esporas estarían presentes en maderas no tratadas o en cadáveres de animales infectados, pero el cuadro clínico no es exactamente igual y no cursa con una sudoración tan profusa.
- Algún tipo de gripe de alta gravedad (según Guerra, 1982, podría tratarse de una forma encefalítica de influenza).
- Síndrome Pulmonar por Hantavirus. Es la causa más plausible, pero el Sudor Inglés se transmitía a través de la respiración, cosa que es muy infrecuente en ese síndrome.

- Una enfermedad de origen desconocido y que terminó por desaparecer.

BIBLIOGRAFÍA

1. ALBARRACÍN TEULÓN, A. 1972. La medicina homérica. En Laín Entralgo, P. (ed.). 1972-1976. Historia Universal de la Medicina. 7 volúmenes. Barcelona: Salvat, vol. I. Era pretécnica., pp. 251-267.
2. BENEDICTOW, O.J. 2020. La peste negra (1346 – 1353). La historia complete. 1ª ed. Madrid: Akal Anverso.
3. BIRKELBACH, K. 2008a. Diagnosis of historical diseases. En Byrne, J.P. (ed.): Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues. Westport (Connecticut): Greenwood Press, Vol. 1, pp. 151-154.
4. CARRERAS PANCHÓN, A. 1991. Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles. Barcelona: Fundación Uriach 1838
5. HACKETT, C.J. 1971. Diagnosis of disease in the past. En Clarke, E. (ed.). 1971. Modern Methods in the History of Medicine. London: The Athlone Press, pp. 99-111.
6. HARE, R. 1967. The antiquity of diseases caused by bacteria and viruses, a review of the problem from a bacteriologist's point of view. En Brothwell, D. & A.T. Sandison. (eds.): Diseases in Antiquity. A survey of the diseases, injuries and surgery of early populations. C.C. Thomas, Springfield, pp. 115-131.
7. LÓPEZ – GOÑI, I. 2020. Preparados para la próxima pandemia. Reflexiones desde la ciencia. Barcelona: Destino – Editorial Planeta.
8. MANN WALL, B. 2008. Nurses and nursing. En Byrne, J.P. (ed.): Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues. Westport (Connecticut): Greenwood Press, Vol. 2, pp. 447-450.
9. McMICHAEL, A. 2008. Biblical plagues. En Byrne, J.P. (ed.): Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues. Westport (Connecticut): Greenwood Press, Vol. 1, pp. 45-48.
10. PAPAGRIGORAKIS, M.J. et al. 2006. DNA examination of ancient dental pulp incriminates typhoid fever as a probable cause of the Plague of Athens. International Journal of Infectious Disease, 10, 3: 206-214.
11. PATRICK, A. 1967. Disease in antiquity: ancient Greece and Rome. En Brothwell, D. & A.T. Sandison. (eds.): Diseases in Antiquity. A survey of the diseases, injuries and surgery of early populations. C.C. Thomas, Springfield, pp. 238-246.
12. ROBERTS, R.S. 1971. The use of literary and documentary evidence in the history of medicine. En Clarke, E. (ed.). 1971. Modern Methods in the History of Medicine. London: The Athlone Press, pp. 36-56.
13. SALLARES, R. 2008. Plague of Athens. En Byrne, J.P. (ed.): Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues. Westport (Connecticut): Greenwood Press, Vol. 2, pp. 531-532.
14. SHAPIRO, B., RAMBAULT, A, GILBERT, M. 2006. No proof that typhoid caused the Plague of Athens (a reply to Papagrigorakis et al.). International Journal of Infectious Disease, 10, 4: 334-335.
15. SPINNEY, L. 2018. El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo. Barcelona: Editorial Planeta.
16. STATHAKOPOULOS, D. 2008. Plagues of the Roman Empire. En Byrne, J.P. (ed.): Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues. Westport (Connecticut): Greenwood Press, Vol. 2, pp. 536–538.
17. WINEGARD, T.C. 2019. El mosquito. La historia de la lucha de la humanidad contra su depredador más letal. 1ª ed. Esp. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, S.A.U.

AVANCES EN EL CONOCIMIENTO DEL ECOSISTEMA INTESTINAL HUMANO Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Dr. Amado Zurita Molina

Académico de Número

RESUMEN

El microbioma intestinal es considerado en la actualidad un “órgano independiente” por su participación en múltiples funciones vitales del organismo. Durante años se pensó que su papel se limitaba a la síntesis de vitaminas. Sin embargo, gracias a los avances en biotecnología, secuenciación genética y metagenómica, se ha demostrado que juega un papel primordial en la inmunidad, la neurobiología, el metabolismo y la respuesta al estrés. El desarrollo de la metagenómica ha permitido identificar, sin necesidad de cultivo, más de mil especies bacterianas que habitan en el intestino humano. Estas investigaciones han reconfigurado el papel tradicionalmente asignado a la microbiota, vinculándola con enfermedades crónicas y complejas cuya etiopatogenia aún no se comprende del todo (autismo, depresión, enfermedad de Alzheimer, entre otras) así como su implicación en el desarrollo de trastornos funcionales en diversos órganos y sistemas. También han mostrado alteraciones que, por predisposición genética y/o patologías diversas adquiridas por daño yatrogénico continuado sobre la homeostasis bacteriana intestinal o de tipo infeccioso o autoinmune, pueden inducir diversos tipos de cáncer.

Uno de los hallazgos más importantes, motivo de nuevas áreas de investigación, fue el “eje intestino-cerebro”, una vía de comunicación bidireccional mediada por neurotransmisores, metabolitos bacterianos y mecanismos endocrinos e inmunológicos. Esta conexión explica cómo la microbiota intestinal interviene en el comportamiento, las emociones y la respuesta al estrés, áreas reservadas al campo de la psicología. Es conocida la influencia de la dieta y el ambiente en la configuración del microbioma, y el impacto negativo de la ingesta de antibióticos, productos ultra procesados y grasas saturadas que alteran su equilibrio y generan disfunciones (disbiosis). Por el contrario, una dieta saludable puede fortalecer

la microbiota (eubiosis) y reducir el riesgo de enfermedades como obesidad, arteriosclerosis, cardiopatías, enfermedades autoinmunes y los descritos como trastornos psiquiátricos. Haremos referencia a entidades tales como el “síndrome del intestino contaminado”, enfermedad celiaca, alergias, parasitosis, anomalías anatómicas, etc., y las asociaciones entre ellas con una causa común.

Comentaremos las actuaciones para revertir la disbiosis, el cuasi obsoleto trasplante fecal y las novedades en ingeniería del microbioma en terapias individualizadas. Se subraya la importancia de un microbioma resiliente, capaz de revertir su estado a la normalidad, como elemento clave para la salud integral del individuo enfermo.

MÁS ALLÁ DE LA "MEMORIA ADAPTATIVA": INMUNIDAD ENTRENADA, UN NUEVO PARADIGMA EN EL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA INMUNITARIO

Dra. Yvelise Barrios Pino

Médico especialista Inmunología. Profesora vinculada ULL. Dpto de Medicina, Dermatología y Psiquiatría. Académica Correspondiente.

RESUMEN

La memoria inmunológica es una característica fundamental y exclusiva de la rama adaptativa de la respuesta inmunitaria. Esta memoria es específica y hace que el sistema inmunitario sea capaz de recordar esta primera vez que hace frente a una agresión para que, en sucesivos encuentros, mejore y amplifique la eliminación del antígeno, siendo la respuesta secundaria más eficaz, rápida y dejando huella en forma de células de memoria. Para que se produzca es indispensable la intervención de las células responsables de la respuesta adaptativa: linfocitos T y B.

Sin embargo, desde el año 2011 se comienza a describir un nuevo tipo de memoria inmunológica: inmunidad entrenada, que sería desarrollada por células del sistema inmunitario innato. Estas células innatas se activan a través del reconocimiento de patrones moleculares (presentes en patógenos -pamps- y en señales de daño celular -damps) y después de activarse vuelven a un estado inactivo. La novedad descubierta es que durante esta activación se producen cambios epigenéticos que condicionan una respuesta más poderosa en estimulaciones posteriores (pero sin especificidad antigénica).

La primera demostración de inmunidad entrenada se hizo cuando se observó un efecto protector no específico de la vacuna BCG frente a la tuberculosis en un modelo experimental en ratones scid. Estos animales son inmunodeficientes (no tienen linfocitos T ni B: inmunodeficiencia severa combinada-scid) y por tanto carecen de respuesta inmunitaria adaptativa. En este modelo se observó que la vacunación con BCG confería protección cruzada frente a infección por *Candida albicans*, reduciendo la mortalidad de forma significativa en los ratones scid que habían sido vacunados con BCG.

Durante esta década varios grupos de investigación se han esforzado en la descripción de los estímulos, aparte de los derivados de patógenos, que son capaces de inducir memoria entrenada, y en entender cómo se inducen mecanísticamente los cambios epigenéticos para reprogramar a los macrófagos de memoria protagonistas de esta nueva forma de memoria inmunológica.

Controlar la memoria entrenada nos ayudará para desarrollar tratamientos inhibitorios (autoinmunidad y trasplantes) o inductores (cáncer y vacunas) para el tratamiento de enfermedades inmunomediadas. Dentro de estas nuevas alternativas, se debe hacer especial mención a las referidas a inducción de inmunidad entrenada con el uso de vacunas (autovacunas) en pacientes con infecciones de repetición como alternativa al uso de profilaxis antibiótica y sin necesidad de una especificidad antigénica determinada.

Una nueva era de control de la respuesta inmunitaria de entrenamiento de la inmunidad se ha abierto con esta nueva forma de memoria no específica que supondrá un cambio de paradigma para potenciar la medicina personalizada.

TRATAMIENTO DEL CANCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Dr. Julio César Jordán Balanzá

Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, HUNSC. Profesor de Cirugía, ULL.

RESUMEN

El cáncer diferenciado de Tiroides (CDT), agrupa a los carcinomas originados del epitelio folicular tiroideo, y son el cáncer papilar y el cáncer folicular que en conjunto representan más del 90% de las neoplasias tiroideas malignas. El abordaje terapéutico del CDT requiere de un enfoque multidisciplinar que incluya cirujanos endocrinos, endocrinólogos, médicos nucleares, oncólogos y anatomopatólogos y se estructuran tres etapas fundamentales: 1.- Diagnóstico preoperatorio preciso mediante citología y ecografía cervical. 2.- Tratamiento quirúrgico en unidades especializadas mediante tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar central profiláctico (y lateral, en presencia de metástasis clínicamente evidentes o confirmadas por imagen o biopsia). 3.- Uso selectivo del radioyodo (¹³¹I) ablativo, basado en la estratificación del riesgo con dosificación de forma individualizada y un seguimiento bioquímico y estructural con tiroglobulina (TG) sérica y ecografía cervical. Controversias actuales en el manejo del CDT: - Aumento de la incidencia, principalmente asociado al sobre diagnóstico, impulsado por la mejora en la sensibilidad diagnóstica de la ecografía y el uso de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) como cribado del nódulo tiroideo, así como por la detección incidental de nódulos en estudios de imagen solicitados por otras causas. - Limitaciones de la PAAF, especialmente en neoplasias foliculares, dado que no permite diferenciar adenomas de carcinomas. En este contexto cobra relevancia la biología molecular mediante paneles genómicos principalmente BRAF y RAS, que permiten estratificar el riesgo y orientar la conducta terapéutica. - Controversias quirúrgicas, en relación con la indicación y la extensión de la cirugía. Existe una tendencia hacia enfoques más conservadores (lobectomía) en pacientes seleccionados, impulsada por el deseo de reducir la

morbilidad asociada a complicaciones como la parálisis recurrente o el hipoparatiroidismo posquirúrgico. La disponibilidad de unidades especializadas en cirugía endocrina permite una mejor selección de casos y la implementación de avances como la neuromonitorización intraoperatoria del nervio laríngeo recurrente y la autofluorescencia de paratiroides, lo que ha demostrado disminuir la tasa de complicaciones. Avances y evolución: - Revisión de la clasificación TNM y de la OMS para los tumores tiroideos, con nuevos criterios que impactan en la estadificación y el pronóstico. - Dado que el CDT presenta una tasa de recurrencia global cercana al 30 %, se requiere un seguimiento prolongado y estratificado, basado en una valoración dinámica del riesgo. Este enfoque considera la respuesta al tratamiento inicial y el comportamiento biológico del tumor. Se basan en la respuesta en función de la evidencia clínica, bioquímica con medición de TG y estudios de imagen y hallazgos estructurales. El CDT continúa siendo fundamentalmente una enfermedad quirúrgica cuyo manejo óptimo exige individualización, integración de herramientas diagnósticas avanzadas y seguimiento de por vida.

EPIDEMIAS ENIGMÁTICAS DE LA HISTORIA

Dr. Conrado Rodríguez-Maffiotte Martín

Director del Instituto Canario de Bioantropología y del Museo Arqueológico de Tenerife (OAMC-Cabildo de Tenerife). Académico de Número.

RESUMEN

La historia de la medicina tiene diferentes ejemplos de enfermedades epidémicas cuyo origen es desconocido y de las que hoy carecemos de información documentada y fidedigna para poder acercarnos a un diagnóstico diferencial y de probabilidad. Estas enfermedades epidémicas han sido responsables de la muerte de decenas de miles a millones de personas, y siempre han constituido un auténtico misterio. Tradicionalmente, estos eventos patológicos del pasado han tratado de ser diagnosticados utilizando la comparación de cuadros clínicos de enfermedades actuales con los escasos datos que nos llegan de aquellas, si los hubiera, por medio del análisis de registros históricos, literarios, médicos, administrativos y eclesiásticos, al igual que por el estudio de obras de arte y, por supuesto, de los datos arqueológicos que se hayan podido encontrar.

Es obvio que, al margen de lo anterior, la aplicación de los conocimientos que hoy disponemos sobre la epidemiología (vectores, huéspedes intermediarios, etc), ecología, distribución geográfica, datos demográficos en los lugares afectados en aquellos momentos y las tendencias temporales de las diferentes enfermedades infecciosas, así como el desarrollo en los últimos años de técnicas moleculares, han ayudado de manera significativa en la búsqueda del diagnóstico de algunas de ellas. No obstante, la mayoría sigue siendo un misterio, pero ello, precisamente, es lo que hace que estas epidemias sigan constituyendo un reto apasionante para los investigadores de la historia natural y la evolución de las enfermedades que asolaron a las comunidades humanas en tiempos pretéritos.

mencionadas por historiadores, poetas y literatos que las presenciaron y, en no pocos casos, las padecieron, pero que, en general, aportan tan pocos datos de tipo médico que es muy difícil establecer la clínica, la epidemiología, el diagnóstico o el impacto social, sanitario y económico que tuvieron. Sin embargo, la mayoría de esos testigos nos constatan una creencia común: eran enviadas por la divinidad para castigar a la gente por motivos muy diversos.

Muchas de estas misteriosas epidemias fueron

NEUROIMAGEN FUNCIONAL EN NEUROCIENCIA, APLICACIONES DE LA NEUROCOMPUTACIÓN A LA NEUROIMAGEN

Dr. José Luis González Mora

Catedrático de Fisiología, Departamento de Ciencias Médicas Básicas, ULL. Académico Correspondiente.

RESUMEN

La neuroimagen ha transformado la forma en que comprendemos el cerebro, permitiendo observar en tiempo real su actividad funcional y metabólica. Desde los pioneros descubrimientos de Roentgen, Dandy y Moniz hasta el desarrollo de la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones y la espectroscopía de infrarrojo cercano, la evolución tecnológica ha hecho posible estudiar tanto la anatomía como los procesos dinámicos de la función cerebral.

Las técnicas actuales incluyen la resonancia magnética funcional (fMRI), la espectroscopía de infrarrojo cercano (NIRS), la tomografía por emisión de positrones (PET) y de fotón único (SPECT), así como la electroencefalografía (EEG) y la magnetoencefalografía (MEG). Estas herramientas son esenciales tanto para la investigación básica de la cognición, la memoria o las emociones, como para aplicaciones clínicas en la detección precoz de enfermedades neurodegenerativas, la planificación quirúrgica o el seguimiento de trastornos psiquiátricos. La interpretación de los datos enfrenta importantes desafíos: alta dimensionalidad, riesgo de sobreajuste y necesidad de técnicas de reducción y modelado causal (PCA, ICA, UMAP, DCM). Además, el ruido fisiológico, los artefactos técnicos y la dificultad de distinguir correlación de causalidad requieren enfoques avanzados de análisis.

En este contexto surge la neurocomputación, disciplina que combina neurociencia, ingeniería e informática para procesar información inspirándose en la plasticidad y eficiencia del cerebro humano. Sus aplicaciones abarcan desde la simulación neuronal hasta la inteligencia artificial, la robótica, la medicina personalizada, la rehabilitación, la realidad virtual y

los interfaces cerebro-computador.

Aplicada a la neuroimagen, la neurocomputación permite analizar grandes volúmenes de datos de fMRI, EEG o fNIRS, identificar estados cognitivos (atención, estrés, fatiga), construir modelos predictivos de evolución clínica y desarrollar biomarcadores para patologías como el Alzheimer o el autismo. Los avances en aprendizaje profundo han hecho posible incluso reconstruir estímulos visuales a partir de la actividad cerebral.

El futuro de este campo se orienta hacia la integración multimodal (fMRI + EEG + fNIRS), la computación cuántica para acelerar algoritmos complejos y la neurociencia traslacional computacional, que busca trasladar descubrimientos básicos a aplicaciones clínicas y sociales. Sin embargo, persisten retos en eficiencia, escalabilidad, explicabilidad y, sobre todo, en el marco legal y ético.

En conclusión, la convergencia entre neuroimagen y neurocomputación está redefiniendo la neurociencia, ofreciendo nuevas herramientas diagnósticas, terapéuticas y tecnológicas. Su impacto dependerá de integrar innovación, ética y aplicabilidad real en beneficio de pacientes y de la sociedad.

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.