



Enero 2022

# axis

Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

*Covid persistente: un nuevo reto  
para nuestro Sistema Sanitario*



## El Colegio al Día 4

- Actividades de la Junta Directiva.
- Ganadores del XXIV concurso infantil de dibujos navideños.
- Presupuesto General del ICOMVA para el año 2022.
- Celebración del I Curso de formación en protocolos de actuación en Urología y A.P.
- III Jornadas en Autoinmunidad para pacientes, profesionales y estudiantes.
- Hablamos de salud con el Dr. José María Eiros Bouza.
- Presentación del libro "Cajal", de D. Francisco Cánovas.
- Jornada sobre la Covid persistente.

### CONSEJO EDITORIAL

**Presidente:** José Luis Almodí Alegre

**Vicepresidenta 2º:** Raquel Blasco Redondo

**Secretario General:** Raúl de la Cruz Marcos

**Vicesecretario:** Alberto Verrier Hernández

**Tesorera:** Ana Mª. Serrador Frutos

**Vocales:** Rosa Mª. Iban Ochoa

Mª. Isabel Gutiérrez Pérez

Mercedes Coloma Pesquera

Roberto Pesquera Barón

Rosa María Pérez Nava

Sergio García Collado

Luis Jorge Teso Fernández

Benito Cortejoso Gonzalo

## Estudios 20

- Alergia a drogas y alcohol.  
Por las Dras. y los Dres. Alicia Armentia, Blanca Martín-Armentia, Alfredo Corell Almuzara, Didier G. Ebo, y Hannelore A. Brucker

## Historia 26

- Un acercamiento a Santiago Ramón y Cajal.  
Por D. Francisco Cánovas.
- Reinas medievales de CyL.  
Por el Dr. José de Castro.

## Arte 30

- El amor en el arte y en la vida.  
Por el Dr. Ciriaco Casquete.

Dirección, producción y edición de la revista:  
Elsa García García  
Colegio de Médicos de Valladolid.  
C/ Pasión 13, 3º.  
47001 Valladolid  
983.355.488/ 983.351.703  
www.medicosva.es  
ISSN: 1132-4678

Un nuevo año y la sensación de muchos colegas es que en nuestro entorno sanitario todo está casi igual o peor.

La sexta ola sigue su curso imparable, con unas cifras de incidencia acumulada sorprendentes, debidas a la variante ómicron y a una extraordinaria capacidad de transmisión que está tensionando nuevamente nuestro sistema sanitario.

Tanto la Atención Primaria como la Hospitalaria están sufriendo, en función de sus objetivos intrínsecos propios, los efectos de una elevada demanda asistencial que recae sobre unos médicos al límite, agotados física y mentalmente.

El déficit estructural de médicos y la deficiente tasa de reposición agravan aún más la situación y provocan una sensación de desánimo entre los médicos.

Empezamos el año con un adelanto electoral en nuestra Comunidad. De nuestros políticos vamos a escuchar numerosas promesas y propuestas que intentaran solucionar los problemas que afectan a nuestro modelo de asistencia sanitaria regional.

El diagnóstico ya es conocido; el tratamiento más adecuado, también. Quizá solo falte un compromiso, previo a la jornada electoral, en forma de pacto por la sanidad entre todos los partidos como parte indispensable de la solución



Dr. José Luis Almudí Alegre  
Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
02 / 11	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
03 / 11	Reunión Comisión Control Europeo Asociado Vida FP-Multiplán	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
03, 04 y 05 / 11	IX Congreso PAIME CÁDIZ ( telemático)	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
04 / 11	Rueda de prensa con el grupo de trabajo Atención Primaria	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
06 / 11	XXIX Jornada Anual SOFCALE	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
09 / 11	Foro de Salud organizado por El Norte de Castilla y Bidafarma	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre

ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
12 / 11	Asamblea de Secretarios CGCOM	Rep. Junta Directiva: Raúl de la Cruz
12 / 11	Asamblea de Representantes Provinciales de la Sección de Médicos de Administraciones Públicas	Rep. Junta Directiva: Dr. Roberto Pesquera
15 / 11	III Jornadas en autoinmunidad para pacientes, profesionales y estudiantes organizadas por EAVACyL	Presidente: Dr. José Luis Almodí Alegre
17 / 11	Pleno ordinario de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de Castilla y León	Presidente: Dr. José Luis Almodí Alegre
19 / 11	Asamblea General de CGCOM	Presidente: Dr. José Luis Almodí Alegre
19 / 11	Asamblea Médicos de Atención Primaria Urbana	Rep. Junta Directiva: Dra. Isabel Gutiérrez

## ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE

FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
23 / 11	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
23 / 11	Escuchando la voz del médico de Atención Primaria (Madrid)	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
29 / 11	Presentación del libro "Pandemonium", de D. Gaspar Llamazares	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
09 / 12	Presentación del libro "CAJAL, maestro, científico y humanista"	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
10 / 12	Asamblea de la vocalía Médicos de Atención Primaria Rural	Rep. Junta Directiva: Dra. Mercedes Coloma
14 / 12	Reunión Comisión de Evaluación de Médicos Titulares Interinos	Rep. Junta Directiva: Dr. Roberto Pesquera y Dra. Verónica González-Pinto

**ACTIVIDADES DE LA JUNTA DIRECTIVA DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE**

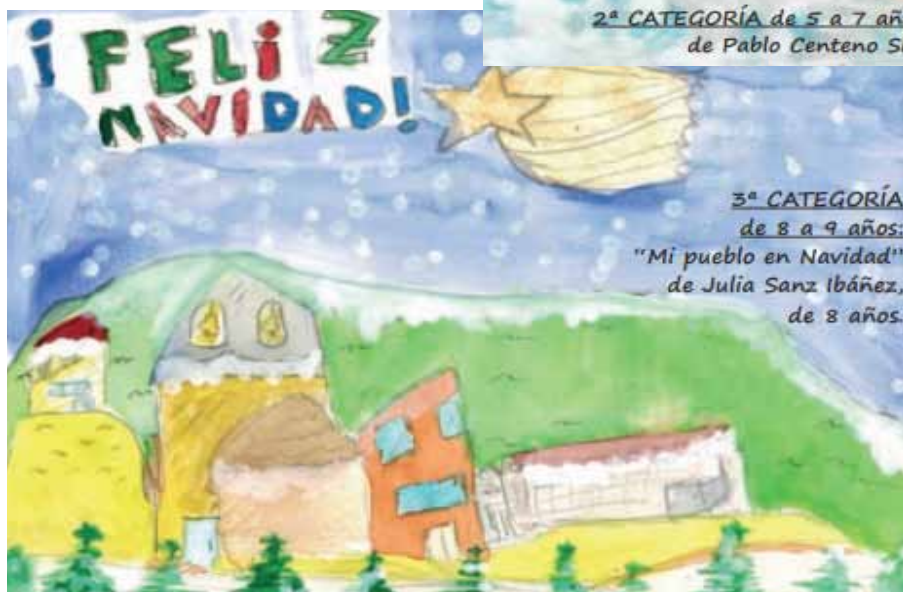
FECHA	DESCRIPCIÓN	ASISTENTES
15 / 12	Reunión urgente de la Comisión Permanente	Miembros de la Comisión Permanente
17 / 12	Asamblea General de CGCOM	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre
21 / 12	Reunión Pleno Junta Directiva	Miembros de la Junta Directiva
21 / 12	Asamblea General	
21 / 12	Reunión Comisión Deontológica	Miembros de la Comisión
22 / 12	Reunión Pleno Extraordinario y urgente de la Junta de Gobierno del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos de CyL	Presidente: Dr. José Luis Almudí Alegre

## GANADORES DEL XXIV CONCURSO INFANTIL DE DIBUJOS NAVIDEÑOS



El 5 de enero, se entregaron, en el Colegio de Médicos de Valladolid, los premios a los ganadores del XXIV concurso infantil de dibujos navideños que cada año convocamos con motivo de las fiestas.

A continuación, les dejamos las tarjetas que en 2021 han compuesto nuestra felicitación de Navidad para nuestros colegiados, con los nombres de sus autores en cada una de ellas.



**PRESUPUESTO GENERAL DE INGRESOS Y GASTOS PARA EL AÑO 2022**

<b>INGRESOS:</b>	2021	2022	%
<u>CAPÍTULO 700 VENTA DE CERTIFICADOS Y OTROS</u>	20.040,00	20.040,00	100,00%
<u>CAPÍTULO 751 EMISIÓN DE CUOTAS</u>	702.136,72	721.654,04	102,78%
<u>CAPÍTULO 752 APORTACIÓN ARRENDAMIENTOS</u>	37.543,44	39.045,18	104,00%
<u>CAPÍTULO 7592 APORTACIÓN PARA GASTOS (ING.POR SERV.DIVERSOS)</u>	15.663,18	15.663,18	100,00%
<u>CAPÍTULO 7594 APORTACIÓN FORMACIÓN (FUNDAC.)</u>	51.500,00	51.500,00	100,00%
<u>CAPÍTULO 778 INGRESOS EXCEPCIONALES</u>	1.500,00	1.500,00	100,00%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>828.383,34 €</b>	<b>849.402,40 €</b>	<b>102,54%</b>

<b>GASTOS:</b>	2021	2022	%
<u>CAPÍTULO 600 Adquisición impresos oficiales</u>	11.635,00	11.635,00	100,00%
<u>CAPÍTULO 621 Gastos de Comunidad</u>	6.482,60	6.482,60	100,00%
<u>CAPÍTULO 622 Reparación y Conservación</u>	2.050,19	2.050,19	100,00%
<u>CAPÍTULO 623 Servicios de Profesionales Independientes</u>	47.535,83	48.132,91	101,26%
<u>CAPÍTULO 625 Primas de Seguros, serv.bancarios y Publicidad</u>	6.580,00	6.880,00	104,56%
<u>CAPÍTULO 628 Suministros</u>	30.332,32	29.401,32	96,93%
<u>CAPÍTULO 629 Otros servicios</u>	61.005,56	62.019,00	101,66%
<u>CAPÍTULO 630 Impuesto sobre beneficios y Otros Tributos</u>	29.760,21	31.941,04	107,33%
<u>CAPÍTULO 640 Sueldos y salarios y Seguridad Social</u>	400.579,04	430.655,09	107,51%
<u>CAPÍTULO 651 Participación en cuotas del Consejo</u>	98.376,65	97.859,33	99,47%
<u>CAPÍTULO 659 Gastos sociales</u>	81.145,94	84.145,94	103,70%
<u>CAPÍTULO 6598 Gastos de los locales arrendados</u>	0,00	300,00	-
<u>CAPÍTULO 680 Gastos Excepcionales y Amortizaciones del ejercicio</u>	37.900,00	37.900,00	100,00%
<u>CAPÍTULO 694 Dotación provisión</u>	15.000,00	0,00	0,00%
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>828.383,34</b>	<b>849.402,40</b>	<b>102,54%</b>

## El Colegio de Médicos retoma sus cursos presenciales con cinco jornadas sobre las patologías urológicas

La formación continuada en los diferentes ámbitos de la medicina es, y ha sido siempre, uno de los pilares de la profesión sanitaria. Por ello, el Colegio de Médicos de Valladolid no quiso dejar de ofrecer cursos de diversa índole ni siquiera durante la peor época de la pandemia actual, derivada de la Covid.

Desgraciadamente, nuestras puertas tuvieron que cerrar durante varios meses, lo que nos obligó a ofrecer una alternativa online para poder seguir este tipo de jornadas y mantener, a la vez, la seguridad de nuestros colegiados.

El pasado noviembre, las circunstancias empezaron a mejorar hasta el punto de resultar seguro pensar en hacer nuevos cursos presenciales, por lo que el 3 de ese mismo mes inauguramos el "I Curso de formación en protocolos de actuación en Urología y Atención Primaria", una serie de ponencias y mesas redondas que se extendieron durante cinco miércoles para ofrecer a los asistentes una visión conjunta de cómo tratar a los pacientes



De izquierda derecha: la Dra. Isabel Gutiérrez (coordinadora), María Blanco, Nicolás Sierrasumaga, Rebeca de Santiago, Amal Aderghal y el Dr. Jesús Díez (coordinador) al inicio de la primera jornada

urológicos en el primer nivel asistencial. "En nuestra práctica diaria vemos las necesidades más habituales en este

campo de la Medicina, además de muchas cosas que se pueden mejorar, así que pensamos que sería bueno cuidar nuestra cantera, es decir, a nuestros residentes y a los Urólogos y Médicos de Familia emergentes, los jóvenes.", explicó el Dr. Jesús Díez Rodríguez, Urólogo del Hospital Clínico Universitario de Valladolid y coordinador del curso junto a la Dra. Isabel Gutiérrez Pérez, profesional de la Medicina Familiar y Comunitaria y Representante de la Sección de Médicos de Atención Primaria Urbana en el Colegio de Médicos de Valladolid.

"Los residentes están muy ilusionados con este proyecto. La idea es que después de estas cinco jornadas puedan llegar con el tiempo otros cursos posteriores, porque los residentes van cambiando de generaciones y podría resultar interesante darle una continuidad a este tipo de enseñanzas", señaló el Dr. Díez, quien apostilló que "los objetivos de estas jornadas son, básicamente, "que mejoremos la accesibilidad del paciente a cada una de las consultas, tanto de Primaria como de Urgencias y Especializada y, de alguna manera,



Javier de Santiago, Enrique González, Estefanía Sánchez y Covadonga Uriarte durante la segunda jornada del curso



Fernando Natal, Gerardo Martínez, Marta Ruiz, Leire Portilla y Carmen Trigoso

consensuar entre todos el modo de llegar a un protocolo y a la realización de un documento de consenso que pretendemos plasmar con posterioridad en una publicación”.

La Dra. Gutiérrez, por su parte, destacó el hecho de que “los Médicos de Familia siempre hablamos de que el tiempo es oro y en las consultas de todos nosotros, no solo del primer nivel sino también del segundo, es escaso; además, es algo de sobra conocido que abarcamos muchas patologías, una de las cuales tiene una prevalencia tan elevada como la urológica, cada vez más importante por los nuevos estilos de vida o por el envejecimiento de la población”.

Es por ello que esta serie de jornadas pretenden poner al día a los médicos en una de las patologías más vistas en consulta por los profesionales sanitario de la Atención Primaria, de forma que nuestros compañeros tengan una herramienta que les permita estar lo más preparados posibles a la hora de enfrentarnos a ella, “aparte de por el bien de nuestros pacientes, que es lo principal, también para no redundar en cosas que hacemos en primer y segundo nivel, que colaboremos, que nos ayudemos, todo en aras del bien de nuestros usuarios”, indicó la coordinadora del curso.

Así, durante las cinco jornadas se hizo un repaso de muchas de las patologías urológicas más prevalentes en los pacientes del sistema sanitario de la provincia, tales como los dolores lumbares por crisis renoureterales, las infecciones urinarias, la hematuria macroscópica por retención aguda de orina, los traumatismos urológicos, la patología genital urgente, las infecciones urinarias de repetición, las microhematurias y el aumento de volumen escrotal, la evaluación metabólica de la litiasis y su tratamiento mé4dico, el tratamiento activo de la litiasis, los síntomas del tracto urinario inferior, la vejiga hiperactiva, la incontinencia urinaria femenina y masculina, la disfunción eréctil y la eyaculación precoz, la incurvación peneana y la infertilidad, el retroperitoneo y los tumores suprarrenales, los tumores renales y los tumores del urotelio superior, el cáncer vesical no músculo invasivo y músculo invasivo, el carcinoma de próstata o el cáncer de testículos y de pene.



Enrique González, Luis Cuéllar, Estefanía Sánchez y Ana Herranz en la cuarta jornada



Leire Portilla, Leticia Polvorinos, Nicolás Sierrasesumaga y Fernando Natal durante la jornada de clausura

## ¿Qué partes de nuestra vida se pueden ver afectadas por una enfermedad autoinmune sistémica?

Un artículo de la Dra. Julia Barbado Ajo

Calidad de vida (SF-36)				
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Función física	39,96	9,52	19,63	56,75
Dolor corporal	35,50	9,51	17,95	60,40
Rol físico	29,63	8,34	25,97	55,56
Vitalidad	33,51	8,13	20,74	54,28
Función social	34,12	12,07	12,64	57,33
Rol emocional	31,94	11,19	25,38	55,66
Salud mental	35,64	7,75	14,19	51,87
Salud general	25,53	10,32	8,44	53,97
<b>SUMARIO FÍSICO</b>	<b>38,92</b>	<b>7,76</b>	<b>24,74</b>	<b>60,68</b>
<b>SUMARIO MENTAL</b>	<b>28,58</b>	<b>9,08</b>	<b>13,81</b>	<b>51,15</b>

Tabla 1: Puntuaciones obtenidas tras haber traducido las puntuaciones iniciales comparándolas con la población general con una media de 50 y desviación típica 10, tal y como se establece en el protocolo de puntuación del cuestionario

El Colegio de Médicos de Valladolid celebró el pasado 15 de noviembre sus “III Jornadas en Autoinmunidad para pacientes, profesionales y estudiantes”.

Organizadas por EAVACyL e inauguradas por el Dr. José Luis Almodí, Presidente del ICOMVA, estas jornadas contaron con la presencia de la Dra. Paz Redondo del Río, Profesora Titular del Área de Nutrición de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid; y con la Dra. Julia Barbado Ajo, Internista y responsable de la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.

Esta última ofreció una interesante ponencia acerca de cómo afecta a la calidad de vida la enfermedad autoinmune sistémica que hoy ha querido compartir por aquí con todos nuestros colegiados.

### LA ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA: ¿CÓMO AFECTA A LA CALIDAD DE VIDA?

Las enfermedades autoinmunes sistémicas constituyen un grupo importante de entidades tanto por su frecuencia como por su gravedad. Aunque cada una de ellas tiene un patrón serológico y clínico diferente, la patogenia es común, mostrando alteraciones de la inmunorregulación con hiperactividad de células T y B, así como numerosos autoanticuerpos no órgano-específicos. La infiltración inflamatoria y la presencia de estos autoanticuerpos se acompañan de lesiones en diversos órganos y sistemas. Una de estas entidades es el Lupus Eritematoso Sistémico (LES).

El LES es una enfermedad inmunológica y potencialmente fatal que se caracteriza por una serie de modificaciones tanto celulares como humorales cuyo resultado final es la inflamación en diferentes órganos, aparatos y sistemas. Presenta una distribución mundial, afecta a todas las razas, y existe un predominio del sexo femenino (9:1), especialmente en edad reproductiva. Se sabe que anomalías en diferentes tipos de linfocitos acompañadas

de alteraciones en la regulación de las citoquinas inflamatorias juegan un papel crucial en la patogénesis del LES. Se han descrito varias anomalías inmunitarias en las células T cuyo estudio sugiere su implicación como uno de los actores clave en la patogénesis del LES. Tanto la relación como la función de los diferentes subconjuntos de células T se alteran en el LES, incluida la regulación positiva y la acumulación de células auxiliares foliculares T, células T gamma-delta, células T auxiliares (Th) 17, células Th2 y células T doble negativas (CD4-CD8-), así como la regulación a la baja de la función inmunosupresora de los diferentes subconjuntos de células T reguladoras. Los tratamientos específicos logran un cierto nivel de mejora del paciente, pero algunos pacientes con LES son refractarios incluso a la terapia más agresiva y otros recaen después de la suspensión del fármaco. La inflamación continua y la toxicidad de los regímenes de fármacos habituales contribuyen de forma significativa a la morbilidad y la mortalidad en el lupus.

Aspectos muy diversos de la enfermedad pueden perjudicar la situación de estos enfermos en todos los ámbitos de su vida, tanto individual como colectiva, disminuyendo las perspectivas de vida en plenitud. Este concepto se resume con el término “Calidad de Vida Relacionada con la Salud” (CVRS). La CVRS hace referencia a la evaluación de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en el bienestar general del individuo. La medición de la CVRS engloba distintas dimensiones que hacen referencia al funcionamiento fisiológico, social, emocional, físico y cognitivo; así como la movilidad y el cuidado personal.

Numerosos estudios sugieren que la CVRS puede verse perjudicada por aspectos como el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, el índice de actividad lúpica, enfermedades asociadas, el daño orgánico, junto con aspectos psicológicos como la ansiedad y la depresión, o la adaptabilidad a la misma y los factores psicosociales. Además, en aquellos casos en los que el LES aparece a una edad más temprana es probable que se dé una afectación del desarrollo psicoevolutivo, causando problemas en los aspectos sociales, comunicativos, interactivos, así como en los procesos de adaptación y desarrollo de competencias profesionales.

En esta línea, desde la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de Medicina Interna del Hospital Universitario Río Hortega junto con las asociaciones de pacientes EAVACYL y la Asociación de Lupus de Salamanca, se ha realizado un estudio con la finalidad de identificar el impacto que la enfermedad, LES, tiene en la calidad de vida relacionada con la salud. El trabajo ha sido realizado de acuerdo a los principios éticos internacionales y, los datos han sido

tratados con absoluta confidencialidad, según las leyes vigentes española y europea. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del HURH.

Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico desde la Asociación de Enfermedades Autoinmunes de Valladolid y la Asociación de Lupus de Salamanca. Se informó a los pacientes diagnosticados de LES el propósito de la investigación a través de una carta de presentación. Posteriormente se pasaron diferentes cuestionarios y se recogió desde la historia clínica información sobre su enfermedad. Los diferentes cuestionarios se capturaron a través del formulario de Google Forms o vía telefónica para los que no pudieran acceder online. Para llevar a cabo el estudio, se utilizaron distintos cuestionarios de opción múltiple cumplimentados con preguntas abiertas y cerradas que miden la CVRS, tales como el Cuestionario de Salud SF-36 y el Cuestionario Lupus-PRO.

La cuantificación de la actividad de la enfermedad se realizó mediante el

índice SLEDAI-2K. La medición del daño orgánico crónico causado por el LES, independientemente de la actividad lúpica, se realizó mediante el índice SLICC/ACR (Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology).

Además, se utilizó la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg y el Cuestionario DUKE-UNC 11, instrumento de autoevaluación que trata de medir el apoyo social percibido por la persona en cuestión.

### RESULTADOS

Se estudió una muestra de 97 personas diagnosticadas de LES, 90 mujeres (92,8%) y 7 hombres (7,2%), con una media de edad de 41,29 años, de los cuales un 23.71% se encontraban prejubilados por incapacidad laboral. Casi la mitad (47,42%), recibieron el diagnóstico de LES entre 1 y 5 años tras el comienzo de los síntomas. El 65% presentaba actividad grave o muy grave, por SLEDAI-2K, en el momento de la recogida de datos. Se observó que el grado de cronicidad tenía relación con los años de evolución del

# XVII Edición: Máster Online en Cuidados Paliativos 2022-2023



DISFRUTA DE

**250€**

DESCUENTO  
EN TU MATRÍCULA  
HASTA EL 15 DE  
FEBRERO

**WWW.PALIATIVOS.ES**



mastercp@enclaveformacion.com



983.140.650

LES, más de la mitad de los pacientes (55,67%) con 10 años de evolución padecían un problema crónico. Además, el 92,8% padecía de ansiedad y el 91,7% depresión, asociado a que un 35% de los enfermos consideraba que el apoyo social percibido era bajo. En el cuestionario de calidad de vida SF-36 (Tabla 1), sabiendo que la puntuación 0 indica peor calidad de vida y una puntuación 100 mejor calidad de vida, los valores promedio de los ocho dominios variaron desde 25,53 puntos para la salud general, hasta 39,96 para la función física, es decir indicaron una calidad de vida relacionada con la salud muy desfavorable, siendo los dominios relacionados con la salud mental algo peores que los dominios relacionados con la salud física.

Respecto al cuestionario específico LupusPRO (Tabla 2), teniendo en cuenta que una puntuación 0 indica peor calidad de vida y una puntuación de 100 mejor calidad de vida, se encontró que los pacientes del estudio presentaban una calidad de vida intermedia, alrededor de 50 puntos. Sin embargo, el dominio de dolor y limitaciones estaban por debajo de la puntuación media (41,91). Lo mismo ocurrió con la salud física cuya puntuación media fue de 43,26. Por su parte, cabe mencionar que la dimensión de salud emocional informó de una calidad de vida más baja de lo deseado, obteniendo una puntuación de 47,86.

Al analizar de qué variables dependía una CVRS por debajo de lo deseado se constató una correlación significativa entre la actividad lúpica y la función física, salud mental, salud general, dolor corporal, función social y rol emocional de los pacientes. Sin embargo, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la actividad lúpica y la vitalidad. Así mismo se comprobó una asociación estadísticamente significativa entre daño orgánico crónico y salud mental, ansiedad y depresión, y se constató que a mayor actividad y más tiempo de evolución de la enfermedad mayor daño orgánico.

También se comprobó que el apoyo social percibido por los pacientes se asoció a distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud del SF36, así, se obtuvo una correlación significativa entre el apoyo social y el sumario mental y el dominio vitalidad.

Calidad de vida (LupusPRO)				
	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Síntomas	53,55	18,50	26,67	100
Razonamiento	62,99	22,275	20	100
Medicamentos	58,92	22,293	20	100
Procreación	62,86	34,714	20	100
Salud física	43,26	15,213	40	100
Dolor y limitaciones	41,91	20,170	20	96
Salud emocional	47,86	18,87	20	100
Imagen corporal	68	15,18	20	100
Deseos/Metas	50,71	21,315	20	100
Apoyo social	56,69	24,386	20	100
Afrontamiento	59,16	16,47	20	100
Satisfacción médica	60	24,35	20	100

Tabla 2: Valores promedio de las doce dimensiones, teniendo en cuenta que una puntuación 0 indica peor calidad de vida y una puntuación de 100 mejor calidad de vida.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes que tuvieron puntuaciones más altas en el SLEDAI-2K presentaron peores resultados en los cuestionarios de calidad de vida, tanto en el SF36, como en el LupusPRO, lo que demuestra que la signo-sintomatología producida por el LES acaba afectando a todas las esferas funcionales de los pacientes, a la salud emocional, física, social, mental y general. Con respecto a los ítems que componen el cuestionario de calidad de vida LupusPRO, se demostró que una actividad lúpica grave influye, no solo en una mayor sintomatología de los pacientes, sino también en dimensiones como son sus deseos y metas tanto personales como profesionales, así como en su imagen corporal.

Por otra parte, el curso crónico del LES acaba produciendo una afectación en la calidad de vida relacionada con la salud, viéndose afectadas la función física, mental y emocional de los pacientes que la padecen, dando lugar a estados de depresión y ansiedad continuada.

La mayoría de los pacientes del estudio recibían tratamiento crónico con hidroxiquina, corticoides e inmunosupresores, lo que afectaba a su esfera emocional en tanto y en cuanto se sentían preocupados por el número

de medicamentos que tomaban y sus consecuencias en un futuro.

Respecto a la salud emocional, se comprobó que afectaba a distintas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, como el dolor, salud física, deseos y metas; es decir, cuanto peor era el estado de salud emocional de los pacientes, más limitaciones y dolor presentaban, peor era su salud física, y más impedimentos sentían a la hora de conseguir sus deseos y metas.

Finalmente, un elemento a tener en cuenta es el apoyo social percibido que resultó asociado de manera positiva con el sumario mental y la vitalidad, cuanto mayor es el apoyo social percibido mejor perspectivas de calidad de vida.

Por tanto, la mejora de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico está relacionada con un diagnóstico temprano de la enfermedad desde el inicio de los síntomas, la detección precoz de los brotes, la detección precoz del daño orgánico, la instauración de tratamientos consensuados con la localización de efectos adversos y complicaciones, busca activa de patología neuropsiquiátrica, y nunca olvidar el aspecto psico-social (familia, asociaciones de pacientes....).

## Hablamos de salud con el Dr. José María Eiros Bouza

**“Creo que sería muy bueno para la mejora del ámbito de la Atención Primaria que a cada médico le llegara cómo es su perfil prescriptor”**

El 22 de noviembre, el Colegio de Médicos de Valladolid celebró una jornada online dedicada a hablar de salud en la que invitamos al Dr. José María Eiros Bouza, especialista en Microbiología y Parasitología, Catedrático de Microbiología en la Universidad de Valladolid y Jefe de Servicio de Microbiología en el Hospital Universitario Río Hortega, a explicar a todos nuestros colegiados los problemas que pueden derivar de un mal uso de los antibióticos y del peligro de que los pacientes desarrollen resistencia a los mismos.

El Dr. José Luis Almudí, Presidente del ICOMVA, fue el encargado de conducir esta entrevista que todavía puede verse en nuestro canal de YouTube.

**La prescripción excesiva o inadecuada de antibióticos en el contexto de la pandemia de la Covid puede facilitar el desarrollo de bacterias resistentes y reducir la eficacia de los futuros tratamientos. Esta es una realidad que, durante las primeras fases de la pandemia, se usó todo el**



El Dr. Eiros Bouza

**arsenal terapéutico disponible. Ese uso indiscriminado de antibióticos, corticoides, antivirales ¿podría ser el responsable de una resistencia bacteriana posterior?**

Desde el punto de vista conceptual. Está claro que la presión en la prescripción, la utilización del antibiótico, condiciona que los microorganismos desarrollen resistencias. Es un hecho biológico muy elemental. Ahora ya aparecen los primeros trabajos que evalúan grandes series de prescripción en el contexto del empleo empírico, por lo que en ellos hay que distinguir lo que ha sido la utilización de antimicrobianos en la comunidad y lo que ha sido el uso de los mismos en el ámbito hospitalario.

La respuesta a tu pregunta, por tanto, es que sí. El empleo en demasía de este tipo de medicamentos puede provocar la génesis de cepas que son resistentes y que pueden dar lugar a esto que tú señalas, que son bacterias denominadas —a mi juicio, de forma un poco alarmista— superbacterias, que son bacterias que acumulan secuencias genéticas que las hacen resistentes a más de dos familias de antibióticos.

**Ante los casos de los pacientes diagnosticados con Covid con infección bacteriana confirmada, o alta sospecha de ella, ¿qué nos recomienda hacer a los médicos el Plan Nacional frente a la Resistencia de los Antibióticos hacer?**

El PRAN (Plan Nacional frente a la Resistencia de los Antibióticos) tiene una vigencia en nuestro país de cuatro años, pero en el hospital en el que trabajo solemos reflexionar acerca del hecho de que llevamos décadas tratando de hacer las cosas de manera sensata.

Las recomendaciones que hace el PRAN son de varios tipos, ya que tiene varias líneas estratégicas y algunas acciones. Las más comunes son que debemos conocer

que hay indicadores que monitorizan la prescripción y, de alguna manera, con condenar el autoconsumo —que yo creo que está muy superado desde la década de los noventa—.

Dentro de las líneas estratégicas del PRAN, la monitorización de la prescripción es algo que nos permite evaluar la prescripción y la utilización, además de comparar Comunidades Autónomas y, sobre todo, compararnos en Europa con niveles de empleo como el que registramos en nuestro país. A este respecto concluyo con dos mensajes: España es un país tristemente reconocido por la prevalencia de resistencias y, además, por el alto consumo de antibióticos, que va ligado a una prescripción sin duda mayoritaria por parte de los profesionales. Por todos es sabido que nuestro Sistema Sanitario es muy accesible, por lo que el médico tiene una libertad para prescribir que no existe en otros sistemas sanitarios de nuestro entorno.

**¿Cree que es posible que esa libertad de prescripción de la que habla provoquen en ocasiones prescripciones sin criterio?**

Pues a este respecto voy a indicar una cosa. Las farmacéuticas comunitarias del área donde yo trabajo, que es el área Oeste de Valladolid, nos han pasado el análisis que ellas han hecho sobre la prescripción de grandes grupos, por ejemplo, en la Comunidad. Han analizado el periodo de 2021 (que engloba ya el segundo año de pandemia) con respecto al 2018. Ese análisis suyo nos transmite dos ideas muy importantes:

- La prescripción de antibióticos en el ámbito pediátrico, o en el ámbito de personas menores de dieciséis años, se ha reducido sustancialmente, hablando casi de una cuarta parte de lo que se registraba al inicio de esa serie cuatrienal.
- La proporción de algunos indicadores —como la prescripción de amoxicilina

frente a la prescripción de amoxicilina clavulánica o el uso de macrólidos y cefalospolinas de tercera generación— indica un comportamiento muy adecuado por parte de los que sois prescriptores en Atención Primaria.

**La infección fúngica en esta pandemia ha sido otro reto importante. ¿Nos podrías dar algún dato de prevalencia en estos enfermos Covid-19?**

Me parece muy interesante esta pregunta, aunque es probable que te la pudiesen responder mejor que yo los oncólogos o los hematólogos de mi hospital y, por supuesto los médicos de la UCI. He podido revisar lo que los especialistas nos cuentan en las sesiones que organizamos a nosotros y puedo decir que es un hecho genérico y bien comprobado que en cuanto un paciente ingresa en UCI y tiene una estancia prolongada, la infección fúngica aparece cronológicamente después de la infección bacteriana o de la sobreinfección bacteriana.

Por ello conviene tener herramientas de diagnóstico muy específicas para documentar que un hongo está causando una focalidad, por ejemplo, una neumonía o una sobreinfección pulmonar en un paciente intubado, o una infección sistémica a través de un hemocultivo. Además, es necesario contar con arsenal terapéutico.

Hay otro factor que conocen de sobra los intensivistas y los médicos que ven pacientes críticos, que es el hecho de que, desde el punto de vista ambiental, muchos de los hongos pluricelulares pueden llegar a través del ambiente y, aunque hemos tenido mucho cuidado con las medidas de aislamiento, no deja de ser cierto que nuestros hospitales están en perennes obras y en eterna construcción y mejora, por lo que la proximidad hace que debamos utilizar los controles ambientales.

**En el ámbito de la Atención Primaria, ¿cómo han evolucionado los indicadores de consumo? ¿Cuál es la tendencia en el uso de los principales grupos y qué medidas crees que sería importante implantar para conseguir una mejora?**

Pues creo que hay una medida muy importante que señalar, y es que a cada



médico le llegara cómo es su perfil prescriptor. Sin ánimo de censurar, por supuesto, pero sí para que sepa cuál es su realidad, porque uno de los déficits que tenemos en ocasiones es que no disponemos de tiempo para parar y pensar o analizar. Además, me parece que sería bueno que, de una manera encriptada o anónima, se pudiesen discutir estos perfiles por equipos.

Además, me parece necesario ser consciente de que, afortunadamente, la prescripción en el ámbito pediátrico se ha reducido sustancialmente el último cuatrienio y, de manera particular, con el impacto que ha impuesto la no circulación de personas y el hachazo que recibió la actividad de los virus respiratorios.

**Quería señalar, al hilo de esta charla, que los médicos recibimos muchas veces recibimos perfiles de prescripción orientados al consumo, con criterios más económicos que técnicos.**

Es que los modelos de evaluación económica se han impuesto en nuestro mundo, lo que pasa es que todavía adolecemos de modelos de contabilidad analítica o de costes. Yo dediqué un periodo pequeño de mi vida a la gestión y lo que planteas tiene una dificultad real de salvar, y es que cuando uno trata de servir a los demás desde un puesto determinado, no podemos tener una capacidad de retribución directa o de reconocimiento al que lo hace bien frente al que no lo hace bien, lo que nos deja en una posición complicada.

**¿Cuáles son en tu opinión los principales problemas y retos que suponen la resistencia a los antimicrobianos? ¿Cuál sería la hoja de ruta a seguir en este ámbito?**

Lo primero, sin duda, la educación sanitaria a todos los niveles. Creo que debíamos incorporar algunos módulos a la formación de nuestros niños a los nueve, diez u once años, acerca de la resistencia a los antibióticos para zanjar de una vez por todas el autoconsumo y la autoprescripción.

En segundo lugar, el estudio. Usar la existencia de programas de formación continuada para los profesionales.

En tercero, la capacitación tecnológica de los servicios de Microbiología, que puedan monitorizar con agilidad la aparición de brotes.

Y, por último, la publicación de mapas microbiológicos online.

También plantearía una quinta estrategia que habría que pactar muy bien con vosotros los médicos — y con otros profesionales como técnicos de laboratorio que puedan ejercer labores de diagnóstico o personal de enfermería que haga educación—, que sería llevar test de diagnóstico rápido a la cabecera del enfermo.

*Si quieren disfrutar de la entrevista completa, les recordamos que pueden hacerlo a través de nuestro canal de YouTube.*

## Un homenaje al “mejor científico español de todos los tiempos”

Que Santiago Ramón y Cajal fue uno de los médicos más ilustres de nuestro país es un hecho indiscutible. Especializado en histología y anatomía patológica, es considerado el padre de la neurociencia.

Sus contribuciones al mundo sanitario acerca del conocimiento del sistema nervioso central y periférico lo convierten en el creador de la neuroanatomía moderna. Sus descripciones y sus láminas han servido de texto para la formación de generaciones de médicos en todo el mundo. Consiguió demostrar que la neurona es el constituyente fundamental del tejido nervioso. Ganó un Premio Nobel de la Medicina. Publicó más de 200 artículos en revistas nacionales y extranjeras. Su lista de logros es larga y variada.

Por ello, el historiador D. Francisco Cánovas Sánchez lo elogió como protagonista de su obra “Cajal, maestro, científico y humanista”, que fue presentada en el Colegio de Médicos de Valladolid el pasado 9 de diciembre por los Dres. José Luis Almudí, actual Presidente del ICOMVA, y Antonio Otero, ex Presidente de la misma institución.

Este Doctor en Historia y profesor en la Universidad Complutense de Madrid y en la Miguel Hernández de Alicante, comenzó a escribir el libro dedicado a Ramón y Cajal durante el confinamiento que se produjo en nuestro país en 2020 a raíz de la pandemia por Covid-19, como él mismo nos explica.

«Sorprendido y perplejo, como tantos españoles que nunca habíamos vivido algo así, me puse a reflexionar sobre la importancia que tenía la ciencia en nuestra vida y pensando e investigando, llegué a Ramón y Cajal», apuntó durante la presentación de su libro, concebido como un homenaje a la figura que le da título, pero también a todos los científicos de nuestro país. «Creo que para construir un moderno proyecto de nación, hace falta apoyar mucho más la ciencia, que nunca parece ser una prioridad para ningún Gobierno a pesar de su relevancia», reivindicó.

Con esta idea en mente, se lanzó a escribir acerca de quien él concibe como “el mejor científico español de todos los tiempos”. Pero este historiador no se ha querido quedar con una sola faceta de Ramón y Cajal, por lo que las páginas de su obra van más allá de la ciencia para llegar a la erudición. «Este libro sitúa la biografía de Cajal dentro de las coordenadas históricas, sociales, educativas y culturales de su tiempo, ampliando así mucho el prisma, mostrando facetas de él que la gente desconoce», señaló el autor.

«Ramón y Cajal era un gran artista, un gran literato también. Se hizo a sí mismo. Nació en una familia humilde del alto Aragón y sin grandes apoyos llegó a convertirse en un Premio Nobel», explicó D. Francisco Cánovas, quien también destacó la personalidad recia, potente, luchadora y sugestiva de este médico de gran sensibilidad artística y capacidad de trabajo.

Además, a través de la vida de Ramón y Cajal, los lectores pueden ubicarse en el contexto de la época y entender mejor algunas de las peculiaridades de la misma, como las grandes dificultades que existían en la universidad española en el siglo XIX, que no contaban con laboratorios modernos o en las que brillaban por

su ausencia los sistemas de apoyo a los científicos. Por ejemplo, «Ramón y Cajal, en 1889 fue a un congreso muy importante en Berlín, convocado por la Sociedad Alemana de Histología, para el que solicitó un permiso y una ayuda económica que le fue denegada. Tuvo que tirar de sus ahorros e ir con su maleta y su propio microscopio hasta el país teutón. Allí fue casi desechado por ser español. Nadie lo tomó en serio hasta que vieron sus preparaciones histológicas y todos se quedaron asombrados», narró el autor del libro.

Así pues, esta obra ayuda a entender muchas cosas que la mayoría desconocen de Cajal, como el hecho de que era un gran regeneracionista. «En la crisis del 98, alzó su voz con Costa y con Galdós para decir que había que espabilar, que no había que caer en el derrotismo, sino que habría que solucionar los problemas de España, para lo que él recomienda la ciencia como una de las palancas del cambio hacia la modernización», apostilló el escritor.

Si quieren conocer un poco más en profundidad la vida de este ilustre médico, pueden encontrar un artículo realizado por D. Francisco Cánovas al final de la revista de este mes.



De izquierda a derecha: D. Francisco Cánovas y los Dres. Almudí y Otero.

## Una enfermedad de nueva creación de la que queda mucho por aprender: la covid persistente



El Dr. Dueñas durante su ponencia

Cuando hablamos de covid persistente, hacemos alusión a una dolencia que afecta a, aproximadamente, el diez por ciento de los pacientes que han padecido covid, siendo una patología más frecuente entre aquellos que fueron ingresados en las UCIS debido a la gravedad de su enfermedad.

«A pesar de que llevamos conviviendo con la covid casi dos años ya, esta es una enfermedad muy reciente, realmente, por lo que todavía no tenemos datos acerca del tiempo que tarda en desaparecer la Covid persistentes en los usuarios que la padecen», señaló el Dr. Carlos Dueñas, Médico internista y Coordinador de covid en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y de Medicina Interna para la pandemia en Castilla y León.

Para despejar algunas de las dudas que la aparición de esta nueva enfermedad pueda traer a nuestro Sistema Sanitario, el Colegio de Médicos de Valladolid organizó el pasado 13 de diciembre una jornada acerca de la misma, coordinada por las Dras. Raquel Blasco Redondo, Mercedes Coloma Pesquera y Rosa María Pérez Nava, todas ellas integrantes de la Junta Directiva de la institución colegia; presentada por el Dr. José Luis Almodí, presidente del ICOMVA, y en la que, además del Dr. Dueñas, contamos

con el Dr. David García Azorín, Médico neurólogo del HCUV; la Dra. Ana Serrador, Médico cardiólogo del HCUV y Presidenta de la Sociedad Castellano-Leonesa de cardiología SOCALEC; el Dr. Santiago Antonio Juarros Martínez, Médico neumólogo del HCUV; la Dra. Ana González Rebollo, Médico rehabilitador del HURH; y el Dr. Óscar Martín Santiago, Médico psiquiatra del HCUV.

Los pocos datos que todavía se manejan acerca de esta enfermedad han sido el principal motivo por el que el Colegio de Médicos decidió organizar esta serie de charlas, cuyo principal objetivo es «arrojar un poco de luz y aportar herramientas y conocimientos que permitan mejorar la atención sanitaria y la calidad asistencial de este nuevo grupo de pacientes», tal y como señaló el Dr. Almodí.

«Tenemos que tener paciencia para ver resultados, porque desconocemos mucho sobre esta enfermedad, aunque lo que sí que estamos observando de forma común es que los pacientes acaban recuperándose con el tiempo y que las personas que se vacunan presentan menos casos», aseguró el Dr. Dueñas, quien habló a los médicos que se acercaron a esta charla acerca de los síntomas neurológicos en el post covid, antes de que el resto de sus compañeros abordasen temáticas como la covid persistente desde el punto de vista del cardiólogo, las secuelas respiratorias en el long Covid, qué viene después de pasar esta enfermedad o los posibles trastornos psiquiátricos asociados a la misma. «La cantidad de información que nos llega diariamente es abrumadora», destacó el internista, que reconoció que la única manera de mantenerse al día es «echando horas», algo que los profesionales sanitarios de nuestra provincia llevan haciendo por el bien de sus pacientes desde que comenzó la pandemia.

«Realmente, nos vamos adaptando a estos nuevos entornos como podemos, porque se habla mucho de que nuestro sistema sanitario es de los mejores del

mundo, pero lo que ha quedado claro sin lugar a duda es que tenemos los mejores profesionales sanitarios en un sistema que lleva arrastrando un déficit estructural desde el inicio de la crisis», apostilló el Dr. Almodí, quien hizo hincapié en la tensión que los sanitarios llevan padeciendo desde hace ya meses.

«Afrontar el reto de la Covid persistente es muy difícil», reiteró la Dra. Raquel Blasco, la vicepresidenta del Colegio de Médicos, quien apuntó que el primer paso para superar este nuevo desafío es «lograr una coordinación entre niveles y entre diferentes especialidades, porque intentar tratar esta enfermedad en solitario es, prácticamente, imposible».

De hecho, el que en esta jornada hubiese una representación tan amplia de profesionales de la salud responde a este mismo hecho. Los pacientes con Covid persistente presentan síntomas que no denotan una gran gravedad, no suelen requerir un ingreso hospitalario, pero, sin embargo, su dolencia puede alargarse durante varios meses, teniendo manifestaciones clínicas que podrían interesar a neurólogos, a médicos de respiratorio, a fisioterapeutas, a rehabilitadores, cardiólogos, psiquiatras, etcétera; por lo que «la única manera de trabajar en una misma línea y tener bien claras las características diagnósticas es intentando colaborar entre nosotros», incidió la Dra. Blasco.

La Covid-19 es una patología aguda que puede acarrear consecuencias graves y ahora tenemos que enfrentarnos a una de sus secuelas: el Covid persistente, una enfermedad crónica de nueva creación que los médicos empiezan a conocer desde hace poco. «La única manera de prevenir la Covid persistente es no infectarse, así que la única manera de evitar esta patología es seguir manteniendo las medidas de seguridad, participar en la vacunación general y ser sensato, cortando los contactos para evitar la transmisión en cuanto detectásemos síntomas que pudiesen ser sintomatológicas de coronavirus», destaca la Dra. Blasco.

## MOVIMIENTO COLEGIAL/ de octubre a diciembre

### ALTAS

Aurora Suito Alcántara	Traslado de Barcelona
Joaquín Fernández Gómez	Traslado de Ciudad Real
Rafael Vinicio Diaz Guevara	Traslado de Oviedo
Asunción María Caminero Pérez	Traslado de Palencia
Andreina Del Jesús Jiménez	Alta Nueva
Naysla Melissa Villota González	Alta Nueva
Lucía Velasco Martín	Alta Nueva
Ricardo Fabián Guardia De León	Alta Nueva
Marilina Puente Hernández	Traslado de Coruña
Valentín Ferrer Fernández	Traslado de Ourense
Betsy Abril Aray Delpino	Traslado de Salamanca
Garazi Fraile Astorga	Traslado de Barcelona
Laura Gallardo Borge	Traslado de Logroño
Norelys Carolina Matute Gamboa	Alta Nueva
Natalia Villanueva Bravo	Traslado de Badajoz
Ana Izquierdo Zarazaga	Traslado de Madrid
José Francisco Pérez Pertejo	Traslado de León
Concepción Velasco Velado	Traslado de Burgos
Mauricio Javier Chávez Ríos	Traslado de Palencia

### FALLECIMIENTOS:

Rufino Muñoz Fernández  
Pedro Zamora Rodríguez

### BAJAS

Pablo Jesús Sánchez Cervilla	Traslado a Zamora
Hilda Fernández Ovalle	Traslado a Cantabria
Verónica Posadilla Andrés	Traslado a León
Félix Mata Canela	Traslado a Navarra
Francisco Joaquín Villagómez Hidalgo	Traslado a Palencia
Cristina Jauset Alcalá	Traslado a Baleares (Mallorca)
Yessica Gianina Guerra Restrepo	Cese
María Laura Parra Morais	Traslado a Zamora
Ángela María Arévalo Pardal	Traslado a La Rioja
Pablo Santos Velasco	Traslado a Huelva
Mario Rodríguez Piñera	Traslado a Asturias
Pablo López Balboa	Cese
Tania Rodrí Guez Gabella	Traslado a Baleares (Mallorca)
María Teresa Barbero Sánchez	Traslado a Burgos
María José Chourio Estaba	Traslado a Madrid

José Gil Martín  
Enrique Martín Viruega  
Abdul Rahman Deiri Mohamed  
Leoncio Moreno Rodríguez  
Antonio Gómez López  
Clemente Santana Peiren  
Montserrat Fernández-Novo Carracedo  
Ángel Javier Pérez López

## Alergia a drogas y alcohol

Por las Dras y los Dres. Alicia Armentia, Blanca Martín-Armentia, Alfredo Corell Almuzara, Didier G. Ebo, y Hannelore A. Brucker

### INTRODUCCIÓN

La prevalencia de la alergia a los medicamentos ha alcanzado un 8% en la población general (1), pero hasta la fecha se desconoce la prevalencia de alergia a las drogas de abuso. Los datos recientes del sistema sanitario español ponen de relieve un aumento de los indicadores de mortalidad por reacciones agudas a sustancias psicoactivas (1).

Se sospecha que algunas reacciones están relacionadas con efectos no tóxicos de las drogas y pudieran ser de naturaleza alérgica. Las reacciones alérgicas reales inducidas por fármacos pueden afectar a numerosos sistemas y órganos, aparecer en una variedad de manifestaciones y tener más de un mecanismo de acción (2). Por lo tanto, el diagnóstico de alergia a los medicamentos se basa en la historia clínica, las pruebas cutáneas, las pruebas in vitro validadas y las pruebas de provocación de fármacos (3-6). El problema es que, en el caso de reacciones adversas a los medicamentos de abuso, no hay extractos de diagnóstico comercializados y las provocaciones con drogas de abuso pueden ser más peligrosas (5,6).

La alergia a los productos vegetales, como el polen, los frutos secos y las frutas, se prueban con frecuencia, pero, hasta hace poco, nadie había probado la hipersensibilidad a las drogas de abuso. Nuestro grupo ha patentado métodos sencillos para descubrir anticuerpos contra el cannabis, la cocaína y la heroína, basados en pruebas in vivo e in vitro utilizando extractos de la fuente vegetal natural en una gran serie de consumidores habituales de heroína, cocaína y cannabis y controles atópicos y no atópicos (7-13). En las personas sensibilizadas con estos medicamentos, los anticuerpos se pueden medir durante muchos años, lo que podría tener implicaciones legales y forenses, y podría permitir cambios en drogas como el opio y los anestésicos derivados de la



cocaína en pacientes que se someten a una cirugía.

### ALERGIA A LA COCAÍNA

La cocaína, derivada del arbusto *Erythroxylon*, se obtiene de un extracto de las hojas, que luego se hidroliza y esterifica con metanol y ácido benzoico para producir la sal de clorhidrato de cocaína (13). El broncoespasmo puede ocurrir en pacientes que fuman cocaína (14-16), a menudo en pacientes con antecedentes de asma. El asma asociada con el consumo de cocaína, heroína y marihuana fue objeto de una revisión importante de la evidencia (15). De 108 artículos revisados, 43 resúmenes se sometieron a lectura dual para seleccionar 22 estudios.

La revisión encontró que el consumo de cocaína puede ser responsable de la aparición del asma, las exacerbaciones agudas del asma (que pueden requerir intubación y ventilación invasiva) y la

muerte relacionada con el asma. El consumo de cocaína debe considerarse sistemáticamente en el caso de exacerbaciones del asma.

Fumar crack cocaína, insuflación nasal de cocaína o heroína, y fumar heroína aumenta el riesgo de visitas al departamento de emergencia debido a angioedema grave (17) y la prevalencia de usuarios de cocaína fue mayor en sujetos asmáticos y la prevalencia del asma fue mayor (14). Algunos informes sugieren que estos efectos secundarios no fueron propensos a ser mediados por el sistema inmunológico, pero la neumonitis por hipersensibilidad debido a la cocaína se ha descrito y se asocia con niveles elevados de IgE (15). En nuestra serie de 211 pacientes (13), 41 fueron diagnosticados por provocación positiva, prick e IgE a hojas de coca con una buena sensibilidad y especificidad. El problema es que muchas personas consumían cocaína combinada con otras drogas adictivas como la heroína (16).

Algunos anestésicos locales (LA) derivan de la cocaína. LA del grupo éster (cocaína, benzocaína, procaína, tetracaína y cloroprocaína) se han asociado con mayor frecuencia con reacciones alérgicas que LA del grupo de la amida. Se han descrito casos de anafilaxia después de la LA (18,19), pero la alergia real a LA es poco frecuente pero posible (18). Las reacciones alérgicas son causadas principalmente por dermatitis alérgica de contacto y los medicamentos perianales que contienen dibucaína son la principal fuente de sensibilización de contacto (20,21), aunque la benzocaína se ha identificado como un sensibilizador líder (17-21).

Hasta ahora, no existen técnicas de diagnóstico eficientes que demuestren una respuesta de hipersensibilidad mediada por IgE derivada de la cocaína. Los estudios que mostraron que los pacientes dependientes de la cocaína respondieron positivamente a las pruebas de pinchazo e IgE a los extractos de hoja de coca nos llevaron a investigar el uso de estas pruebas en pacientes con hipersensibilidad a la LA derivada de la cocaína. También utilizamos el diagnóstico por componentes (CRD) basado en microarrays para determinar su sensibilidad y sensibilidad en la detección de sensibilidad a las diferentes moléculas de alérgenos complejos, como la cocaína, que a menudo es adulterada, o extractos de hoja de coca. El objetivo era evaluar el valor clínico de las pruebas de prick de cocaína utilizando diferentes extractos de cocaína, la determinación de IgE (ImmunoCAP®) y el diagnóstico por componentes por microarrays en sujetos alérgicos que podrían haber sufrido reacciones de hipersensibilidad durante la anestesia local y en consumidores de drogas con síntomas alérgicos después de la inhalación de cocaína.

También intentamos determinar la utilidad de las determinaciones de anticuerpos como marcadores de síntomas clínicos antes de la anestesia local. Seleccionamos pacientes dependientes de la cocaína y pacientes alérgicos que sufrieron reacciones graves durante la anestesia local de una base de datos de 23.873 pacientes. Se evaluó el rendimiento diagnóstico (sensibilidad, especificidad y valor predictivo) de las pruebas de alergia que utilizan extractos

de cocaína y hoja de coca para determinar sensibilización a la misma. Después de las pruebas de prick IgE específica y provocación con el extracto de cocaína, 41/211 pacientes (19,4%) fueron diagnosticados como sensibilizados a la cocaína. Las pruebas de prick y la IgE a las hojas de coca (té de coca) tuvieron una buena sensibilidad (95,1% y 92,7%, respectivamente) y especificidad (92,3 y 98,8%, respectivamente) para el diagnóstico de alergia a la cocaína y alergia local derivada de los anestésicos. La anestesia regional y local es demasiado importante para ser negada a los pacientes sobre la base de historiales alérgicos cuestionables y puede ser peligrosa en sujetos alérgicos a la cocaína. Las reacciones adversas a menudo se pueden rastrear directamente a las propiedades farmacológicas de los agentes implicados, pero estas reacciones deben distinguirse correctamente de las directamente relacionadas con fenómenos alérgicos (18). Para el manejo integral de pacientes con historiales alérgicos, la importancia y las limitaciones de las pruebas cutáneas deben apreciarse e interpretarse adecuadamente. Nuestros resultados pueden servir para resolver la confusión que rodea la hipersensibilidad de LA y permitir que más dentistas y cirujanos procedan con confianza en la evaluación y el manejo de pacientes alérgicos.

En resumen, la cocaína puede provocar ataques alérgicos potencialmente mortales y debe considerarse en pacientes dependientes de la cocaína con asma mal controlada y en candidatos a cirugía. La hipersensibilidad a la cocaína se puede probar con un método simple y fiable, como las pruebas de prick y la determinación de IgE a los extractos de hoja de coca, tomando la provocación bronquial específica como estándar oro.

#### ALERGIA A LA HEROÍNA Y EL OPIO

Durante varias décadas, los informes de casos, los estudios retrospectivos y las investigaciones de laboratorio han demostrado que la inhalación de heroína se asocia con un aumento de los síntomas del asma y una reducción de la función pulmonar. Fumar o la insuflación nasal de la heroína aumenta el riesgo de visitas al departamento de emergencias y hospitalizaciones para el asma (22).

Antes de estudiar la alergia a la heroína, nuestro grupo encontró la sensibilización de IgE a Cannabis sativa diagnosticada por pruebas de prick, pruebas de desafío bronquial e IgE específico a extractos de cannabis en pacientes que presentan asma y anafilaxia después de usar cannabis, y después del análisis molecular encontramos una proteína lipídica recombinante implicada en estas



reacciones (8-10). Para evitar el efecto irritante de los opioides en las pruebas de prick, más tarde propusimos un método de diagnóstico utilizando extractos de semilla de opio para determinar la sensibilización de la heroína y prevenir las reacciones de hipersensibilidad durante la cirugía (7, 11). Determinamos la precisión diagnóstica de anticuerpos específicos contra morfina, codeína, rocuronio y cuerpo de aceite y fracciones acuosas de semillas de *Papaver somniferum* en el diagnóstico y prevención de la alergia a los opioides.

Se seleccionaron pacientes con reacciones de hipersensibilidad durante la cirugía y alergia clínica grave (polen, tabaco) y consumidores de heroína. Se midieron la sensibilidad, especificidad y los valores predictivos de las técnicas de diagnóstico in vivo e in vitro, incluyendo el cuerpo del aceite y las fracciones acuosas de las semillas de *P. somniferum*.

Estudiamos 203 pacientes, con una edad media de 35,1±17,1 años y 200 controles saludables. Los pacientes sensibilizados con heroína o con reacciones de hipersensibilidad durante la cirugía respondieron a las pruebas de semillas de *P. somniferum*. De los pacientes que no se sabe que están sensibilizados con los opioides, la positividad más alta fue en pacientes sensibilizados con el tabaco. Las pruebas cutáneas de semillas de opio y IgE, especialmente la fracción del cuerpo del aceite, fueron más sensibles

(64,2%) y específico (98,4%) que las pruebas de morfina, codeína y rocuronio para la sensibilidad a los opioides. La alergia al polen no fue un factor de riesgo de sensibilización a la morfina.

La anafilaxia durante la anestesia es mortal en el 3-9% de los pacientes y los analgésicos, incluidos los opioides, son la segunda causa más común relacionada con medicamentos, aunque la prevalencia es subestimada. Sensibilidad a los opioides y la anafilaxia intraoperatoria se puede diagnosticar mediante pruebas de rutina. Las pruebas de IgE y piel para la fracción del cuerpo del aceite de *P. somniferum* tuvieron la mayor sensibilidad para la sensibilización a los opioides.

El problema mayor en la alergia a la heroína en los consumidores de drogas es que la heroína está contaminada por diferentes productos. La heroína y sus contaminantes pueden ser una fuente importante de alérgenos en los jóvenes. Informamos del caso de un joven adicto a la heroína que sufrió una endoftalmítis fúngica grave y síntomas anafilácticos (hipotensión, urticaria, edema glótico) cada vez que ingería o se inoculaba limón o heroína intravenosa (usó jugo de limón para disolver la heroína). Se llevaron a cabo pruebas de prick con una batería de 42 aeroalérgenos, incluyendo cítricos e IgE específico a estos alérgenos. Los anticuerpos IgE específicos para CAP (ThermoFisher, Suecia) sólo fueron positivos para el limón y los hongos que pueden contaminar las frutas. Las pruebas específicas de IgE fueron positivas sólo para limón (0,49 kU/L). La inmunodetección mostró que el suero del paciente reconocía una proteína de aproximadamente 25 kDa de cáscara de limón y una de aproximadamente 12-13 kDa de *Penicillium* que posiblemente causó su endoftalmítis. En los adictos a la heroína con pruebas cutáneas positivas para el limón, estas complicaciones graves son posibles (23).

## REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD AL ALCOHOL

Hay muchas causas de reacciones adversas al alcohol. Estas reacciones pueden ser no inmunológicas (farmacológicas) e inmunológicas debido a varios ingredientes de las bebidas alcohólicas. El consumo de alcohol,

además, influye en la presentación de determinadas enfermedades y reacciones a medicamentos. El procesamiento de bebidas alcohólicas y aditivos puede contribuir a las reacciones al alcohol.

### Deficiencia enzimática hereditaria del metabolismo del alcohol

Una de las reacciones adversas más comunes al alcohol es el llamado "Síndrome del Rubor Asiático" que se caracteriza por enrojecimiento facial, dolor de cabeza, náuseas, mareos y palpitaciones después del consumo de bebidas alcohólicas. Hay dos pasos enzimáticos para metabolizar el etanol: el primero es la producción de acetaldehído por la enzima alcohol deshidrogenasa (ADH) y el segundo es la descomposición del acetaldehído por la aldehído deshidrogenasa (ALDH). (figura 3). Estas enzimas están codificadas por diferentes genes, que se presentan en varias variantes (alelos). Las enzimas codificadas por estos alelos pueden diferir en la velocidad a la que metabolizan el alcohol.

En el síndrome del rubor asiático, hay una mutación de ALDH2 \* 1 a ALDH2 \* 2 como la causa más común. Esta mutación ocurre en 560 millones de personas (8%) de la población mundial. Su prevalencia más alta (35-45%) se encuentra en personas de ascendencia asiática oriental, de ahí su nombre. La situación empeora aún más si otra mutación en la primera enzima metabolizadora de etanol acompaña al problema: una ADH mutada, específicamente ADH1B \* 2.55. Esta mutación también ocurre con mayor frecuencia en personas de ascendencia asiática. ADH1B \* 2 metaboliza el etanol bastante rápido a acetaldehído y si ALDH2 no funciona, el resultado es un aumento en el nivel de acetaldehído. El acetaldehído se ha implicado en un marcado aumento de cáncer del tracto digestivo superior, especialmente cáncer de esófago.

### Reacciones inmunológicas a las bebidas alcohólicas

En la literatura sobre alergias hay informes de reacciones anafilácticas al propio etanol. Los estudios mencionados son pocos y, por lo general, involucran el historial de casos de pacientes únicos (a





veces mal documentados). Se utilizaron pruebas cutáneas con ácido acético diluido que resultaron positivas en la mayoría de los pacientes y negativas en los controles. Sin embargo, casi todos los pacientes toleraron el vinagre. Además, las pruebas de provocación con etanol fueron positivas en todos los pacientes. Es bastante difícil explicar el mecanismo patogénico de estas reacciones bastante raras. Las investigaciones más recientes se concentran más en la multitud de componentes de las bebidas alcohólicas. Un alérgeno importante que se presenta en las bebidas alcohólicas es una proteína de transferencia de lípidos (nsLTP) resistente al calor y al ácido.<sup>26</sup> Los pacientes sensibilizados a nsLTP pueden ser asintomáticos, pero sus reacciones parecen ser más graves cuando están sensibilizados al alimento nsLTP solo.<sup>29</sup> Una proteína nsLTP está presente en la uva *Vitis vinifera* (*Vit v 1*) y, por tanto, en el vino. Las proteínas nsLTP también están presentes en la cerveza derivada de diferentes cereales que se germinan y se calientan para obtener malta. Se encuentran en cebada, *Hordeum sativa* y *vulgare* (*Hor v 7k*-nsLTP), trigo, *Triticum aestivum* y en maíz *Zea mays* a. o.<sup>619</sup> Otra proteína nsLTP se encuentra en el lúpulo, *Humulus lupulus*, que se agrega para darle amargor y sabor. Estos nsLTP en pacientes sensibilizados que consumen vino o cerveza pueden provocar reacciones mediadas por IgE de diferente gravedad que pueden incluir anafilaxia. Estas reacciones alérgicas pueden amplificarse con el ejercicio concomitante o el uso de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE). El trigo que contiene la cerveza,

especialmente cuando se consume con productos de trigo adicionales, puede provocar anafilaxia inducida por el ejercicio dependiente del trigo debido a un anticuerpo a la  $\gamma$ -gliadina de trigo.<sup>62,623</sup> En la cerveza de trigo (Weissbier), la cebada se mezcla con un 50% de malta de trigo. Los análisis proteómicos más recientes muestran que contiene epítomos de gluten y, por lo tanto, es incompatible con una dieta sin gluten para pacientes celíacos. Además, Weissbier, debido a la técnica de elaboración de la cerveza, contiene más productos derivados de la levadura, principalmente de *Saccharomyces* spp., que otras cervezas. Una alergia a las levaduras mediada por IgE es excepcionalmente rara. Uno de los pocos informes de casos establece una sensibilidad mediada por Ig-E a la levadura en la cerveza, el vino y la sidra. La levadura se agrega en el proceso de elaboración de la cerveza y se encuentra naturalmente en el vino, pero también se puede agregar al mosto de vino tinto o al jugo de vino blanco. Las pruebas ImmunoCAP están disponibles para *Saccharomyces* y para cebada / malta. Nuestro grupo publicó en *New England Journal of Medicine* una interesante alergia mediada por IgE al vino tinto y blanco a través de la sensibilización oral al veneno de himenópteros. El veneno de himenópteros puede contaminar el vino prensado fresco, ya que los insectos que pican son atraídos por los azúcares y el alcohol en los racimos de uvas maduras. vino, y no al vino envejecido hasta un año. En los vinos añejos la fermentación descompone el veneno. Un informe raro de anafilaxia al tequila dorado, pero no al tequila blanco, se informó en un paciente

alérgico al polen de roble. El tequila dorado se envejece durante meses o años en barricas de roble, mientras que el tequila claro se somete a un envejecimiento mínimo o nulo

#### Discusión de la implicación clínica de la presencia de histamina en el alcohol

La etapa de fermentación primaria produce alcohol y durante la fermentación secundaria se forman aminas biogénicas, como la histamina. El contenido de histamina en la cerveza, el vino blanco y el tinto es de 176, 83 y 260 mg / kg, respectivamente. Investigaciones científicas describen efectos adversos reacciones a la histamina ingerida de dolor de cabeza, rubor, diarrea, entre otros debido a la deficiente capacidad para metabolizar la histamina. Las pruebas de laboratorio para estudiar las reacciones a la histamina exógena no son fiables. Ensayos doble ciego controlados con placebo con provocación de histamina que desencadenó síntomas en sujetos sanos. Una dieta baja en histamina tiene un beneficio mínimo. Aún se requiere más evidencia científica para definir, diagnosticar y tratar los síntomas de supuestas reacciones adversas a la histamina.

#### Agentes clarificadores en el vino

La clarificación es un proceso en la elaboración del vino para eliminar pequeñas partículas insolubles y coloidales y compuestos astringentes como los taninos. Los agentes clarificantes son la ovoalbúmina y la lisozima (extraídas del huevo de gallina), la leche de vaca, la caseína, la gelatina de pescado y la cola de pescado (de las vejigas natatorias de esturión, bacalao o merluza). El proceso de clarificación previene el enturbiamiento posterior del vino, de modo que permanece estable para las condiciones de almacenamiento, transporte y temperatura. Solo los vinos con alta concentración de agentes clarificantes resultaron en pruebas cutáneas positivas en pacientes con alergia alimentaria al agente clarificante. Un estudio preliminar con inmunotransferencia para detectar y cuantificar la ovoalbúmina y la caseína en el vino embotellado

mostró que las muestras estaban libres de alérgenos. Otro estudio reporta alérgenos alimentarios residuales insignificantes en el vino.<sup>75</sup> Aunque existe preocupación con respecto al etiquetado de vinos para pacientes alérgicos a alimentos En muchos países, estos estudios hacen que una reacción a los agentes clarificantes en pacientes alérgicos a los alimentos mediada por IgE sea rara o muy poco probable. Muchos países productores de vino realizarán estudios a mayor escala para garantizar la seguridad de la manipulación del proceso de eliminación de los agentes clarificantes.

## Sulfitos en el vino

Pequeñas cantidades de sulfitos se encuentran naturalmente en todos los vinos. Los sulfitos se agregan durante el proceso de elaboración del vino para detener la fermentación, actuar como conservantes y prevenir el deterioro por oxidación y proteger de las bacterias. Los sulfitos se encuentran en concentraciones mucho más altas en el vino blanco que en el tinto. Estudios previos indicaron que el consumo de vino se asoció con el empeoramiento de los síntomas del asma, pero las provocaciones con vino con alto y bajo contenido de sulfito no respaldaron el papel de los sulfitos en los asmáticos estables. Sin embargo, los pacientes con asma, en su mayoría con asma dependiente de esteroides independientemente de IgE, hasta en un 5% pueden reaccionar con sibilancias leves o broncoconstricción severa a las bebidas que contienen sulfitos. El mecanismo del asma inducida por sulfitos es controvertido. Se ha sospechado un mecanismo de IgE, pero no se ha probado. También se ha debatido un reflejo colinérgico, una deficiencia parcial de la enzima sulfito-oxidasa, responsable de la oxidación final del sulfito a sulfato inactivo, y un mecanismo de cinina. La reacción a los sulfitos parece ser una respuesta inespecífica y no se han identificado anticuerpos IgE específicos contra los sulfitos.

## Efectos específicos relacionados con el alcohol

Los pacientes con enfermedad respiratoria exacerbada por aspirina (EREA) y rinosinusitis crónica (SRC) pueden experimentar reacciones respiratorias con la ingestión de alcohol. En AERD, la

gravedad de las reacciones inducidas por la aspirina durante la exposición a la aspirina se correlacionó con la gravedad de la reacción inducida por el alcohol. Como los pacientes con EREA tienen una mayor excreción de leucotrienos (LT) urinarios, un mecanismo dependiente de LT puede ser la base de las reacciones respiratorias inducidas por el alcohol.

**Dermatitis de contacto sistémica** El etanol se usa como potenciador tópico de la penetración en medicamentos transdérmicos, ya que elimina los lípidos de la piel. El uso de tales "parches" durante un período prolongado de tiempo puede provocar una sensibilización al etanol que resulte en una reacción cutánea retardada (8 horas) .

## Los pacientes con urticaria crónica a menudo notan una exacerbación después de la ingestión de alcohol.<sup>80</sup>

Se sabe que el enrojecimiento de la rosácea, entre otros factores, es provocado por el alcohol, que recientemente se pensó que estaba causado por la señalización neuronal. En pacientes con linfoma de Hodgkin, el dolor en el sitio del hueso o la afectación de los ganglios linfáticos puede aparecer minutos después de la ingestión. Este dolor relacionado con el alcohol es muy específico para el diagnóstico y se presenta en el 1,5 - 5% de los pacientes, el mecanismo se desconoce. Uno de los factores que provoca enrojecimiento en el síndrome carcinoide es el alcohol.

Se ha pensado que la exacerbación de los síntomas de la mastocitosis, entre otros factores, está influenciada por el alcohol debido a su contenido de histamina.

## Interacciones entre el alcohol y los medicamentos

Muchas reacciones a los medicamentos implican una interferencia con la actividad de la ADH que aumenta el nivel de acetaldehído, lo que provoca enrojecimiento facial, náuseas, vómitos, taquicardia e hipotensión. En esta categoría se encuentran medicamentos como el disulfiram, las cefalosporinas con una cadena lateral de metiltiotetrazol y la clorpropamida. Otro sistema enzimático que probablemente juega un papel en las interacciones entre el alcohol y la

medicación es la reductasa P450 y el CYP2E1.<sup>89</sup>

Sin embargo, todavía no se han aclarado todas las reacciones de tipo disulfiram. Una de esas reacciones es una reacción similar al disulfiram al metronidazol y otros nitroimidazoles en pacientes que consumen alcohol. La interacción entre metronidazol y alcohol no ocurre en todos los pacientes, lo que sugiere una susceptibilidad individual.<sup>87</sup> Pueden ocurrir otras reacciones interesantes a los inhibidores tópicos de la calcineurina, Tacrolimus y Pimecrolimus. De cinco a diez minutos después de una aplicación local, no solo la zona tratada puede volverse eritematosa, sino que puede producirse enrojecimiento de la piel sana, por ejemplo, la cara. Cuando se inició el tratamiento con Dupilumab, se produjo una reacción inusual en un paciente que toleró tacrolimus tópico durante años. Las investigaciones futuras revelarán más información sobre las reacciones a los medicamentos relacionados con el alcohol.

## **CONCLUSIONES**

En el campo de la alergología, ya se ha descubierto mucho sobre las alergias al polen, los alimentos y los productos vegetales. Sin embargo, las investigaciones sobre alergias a fármacos



(ilícitos) parecen estar rezagadas. Esta revisión destaca lo que se sabe sobre las alergias y otras reacciones adversas al cannabis, la cocaína, los opiáceos, los opioides y el alcohol. Además, se discuten varios problemas y puntos de atención específicos para este campo de investigación con la esperanza de facilitar la investigación cualitativa futura y ayudar a progresar en nuestro conocimiento acerca de la alergia a medicamentos (ilícitos).

Aparte de la reticencia del paciente a hablar sobre el uso de drogas, también es importante tener en cuenta que muchas drogas inducen un estado que altera la mente con diferentes sensaciones de tiempo y espacio, así como un grado variable de amnesia retrógrada. Por lo tanto, el paciente puede experimentar síntomas de diferente impacto, por ejemplo, en la precisión del tiempo informado entre el contacto y el inicio de los síntomas, así como en la duración percibida de los síntomas; detalles que son de suma importancia en la toma de antecedentes de alergias.

Esta revisión muestra que el consumo de cocaína debe considerarse sistemáticamente en el caso de las exacerbaciones del asma. El consumo de cannabis, cocaína o heroína debe considerarse en casos de síntomas respiratorios agudos o exacerbación del asma en los jóvenes y los profesionales deben ayudar a los consumidores de sustancias ilícitas a detener su consumo. Es necesario encontrar métodos de diagnóstico fiables basados en pruebas in vivo e in vitro utilizando extractos de la fuente vegetal natural o proteínas recombinantes en una gran serie de consumidores habituales de heroína, cocaína y cannabis y controles atópicos y no atópicos. En pacientes sensibilizados a estos fármacos, los anticuerpos pueden medirse durante muchos años, lo que podría tener implicaciones legales y forenses, y podría permitir cambios en fármacos como el opio y los anestésicos derivados de la cocaína en pacientes a punto de someterse a una cirugía. Para terminar, se espera que los factores descritos involucrados en las reacciones adversas al alcohol apoyen un análisis gradual de las situaciones que se ven en la clínica

## REFERENCIAS

- <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Demoly P, Castells M. Important questions in drug allergy and hysersensitivity: consensus papers from the 2018 AAAAI/WAO international drug allergy symposium. *World Allergy Organization Journal* 2018; 11:42
- Khan DA, Solensky R. Drug allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2010; 125: S126-138
- Chiriac AM, Demoly P. Drug Allergy diagnosis. *Immunol Allergy Clin N Am* 2014;461-471.
- Ramsey A, Sheikh A. Innovations in health care delivery: Drug Allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019;7: 2143-2150
- Mustafa S, Conn K, Ramsey A. Comparing direct challenge to Penicillin skin testing for the outpatient evaluation of penicillin allergy: A randomized controlled trial. *J Allergy Clin Immunol* 2019; 7: 2163-2170
- Armentia A, Pineda F, Martín-Armentia B, Palacios R. A useful method to detect opioid allergies. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2015 Sep-Oct;3(5):829-30.
- Armentia A, Martín B, Herrero M, HP Rish, Postigo I, Martínez J. Molecular diagnosis in cannabis allergy. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2014 May-Jun;2(3):351-2
- Hans-Peter Rish, Alicia Armentia, Wolfram Lobin, Ingrid Sander. IgE binding properties of a recombinant lipid transfer protein from cannabis sativa (rCan s 3). *Annals of Allergy Clin Immunol* 2014;113:233-4
- Hans-Peter Rish, Alicia Armentia, Wolfram

Lobin, Ingrid Sander. A recombinant lipid transfer protein from cannabis sativa (rCan s3) IgE-binding properties in patients with symptoms to cannabis. *Clinical and Translational Allergy* 2014; 4: 57-8.

A Armentia , F Pineda , R Palacios , F-J Martín-Gil , AS Miguel , J J Arenal, J Tejedor , Martín B. Utility of opium seed extract tests in preventing hypersensitivity reactions during surgery. *Allergol Immunopathol* 2014;42(1):56-63.

Armentia A, Castrodeza J, Ruiz-Muñoz P, Martínez-Quesada J, Postigo I, Herrero M et al. Allergic hypersensitivity to cannabis in patients with allergy and illicit drug users. *Allergol Immunopathol* 2011; 39:271-9

Armentia A, Martín-Armentia B, Martín S, Ruiz-Muñoz P, Martíne Quesada J, Postigo I, Conde R, González-Sagrado M, Pineda F, Palacios R, Tejedor J. Cocaine Allergy in Drug-dependent Patients and Allergic people. *Jornal Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6:201-7.

Self TH, Shah SP, March KL, Sands CW, Self TH et al. Asthma associated with the use of cocaine, heroin and marijuana. A review of the evidence. *J Asthma* 2017;54:714-722

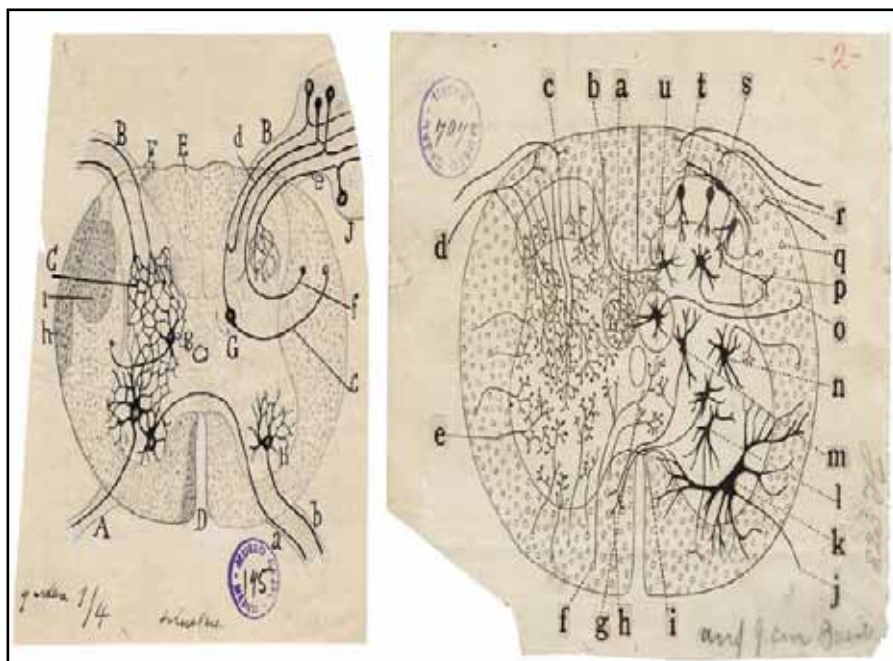
Ettinger N. A., & Albin, R. J. A review of the respiratory effects of smoking cocaine. *American Journal of Medicine* 1989; 87: 664-8

Underner M, Perriot J, Jaafari N, Underner M Et al. Asthma and cocaine use. *Rev Mal Resp*. 2019; 36: 610-624.



## Un acercamiento a Santiago Ramón y Cajal

Por D. Francisco Cánovas Sánchez



Ilustraciones de Ramón y Cajal de dos teorías contrastantes sobre la composición cerebral: la teoría reticular, a la izquierda, y la doctrina de la neurona que él propuso

Santiago Ramón y Cajal es una de las grandes personalidades de la España contemporánea. Científico extraordinario, fue, asimismo, un excelente maestro universitario y un ciudadano comprometido con el progreso de España. Una buena biografía, como afirmó José María Jover, debe dibujar el paisaje histórico, es decir, las circunstancias que influyeron en la vida y la obra del personaje, ya que así se podrán comprender mejor determinados caracteres, consecuencias y matices.

Nacido en 1852, en el seno de una familia humilde del Alto Aragón, Cajal observó el derrumbe del reinado de Isabel II. Saludó con alegría la Revolución democrática de 1868, la apertura de las libertades y la renovación de la vida educativa y cultural. En Cuba sufrió personalmente el desastre de la guerra, que dejó su salud maltrecha. Durante su etapa docente universitaria, cuando se convirtió en una relevante personalidad científica,

vivió la Restauración conservadora, las transformaciones económicas y sociales y el despliegue de la sociedad de masas. Al frente de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas llevó a cabo una importante labor de modernización pedagógica y científica. La Primera Guerra Mundial quebró sus anhelos de paz y cooperación internacional. En los últimos años de su vida observó con atención los proyectos reformistas de la Segunda República. Estas experiencias impregnaron sus actitudes, su actividad docente y científica y su comportamiento cívico.

Cajal consagró cincuenta años de su vida a la investigación del sistema nervioso, formuló la teoría neuronal y realizó contribuciones esenciales sobre la estructura y la función del sistema nervioso, la transmisión interneuronal del impulso nervioso, los procesos de regeneración y degeneración, la identificación y la función de la glía y otros

aspectos que le convirtieron en uno de los principales fundadores de la neurociencia moderna.

### TALENTO A RAUDALES

Tal como afirmó Pío del Río Hortega, la ciencia "brotaba a raudales de su talento". Gregorio Marañón destacó, asimismo, la vigencia de su legado: "A través de la prueba del tiempo, la obra de Cajal conserva una plenitud y una actualidad rara vez alcanzada, sobre todo, en las ciencias biológicas, que, por su índole misma, están en perpetuo trance de renovación... Por todo ello, la obra de Cajal, además de su importancia directamente histológica, tuvo una enorme, una honda y difusa trascendencia en la mentalidad de los científicos españoles. Hoy, al cabo de los años, esa influencia general perdura tanto como sus descubrimientos y nos permite medir la calidad del genio de su autor". Sus descubrimientos fueron reconocidos por la comunidad científica internacional con la concesión de distinciones prestigiosas como el Premio Moscú (1900), la Medalla Helmholtz (1905) y el Premio Nobel de Medicina (1906).

El magisterio de Cajal en las Universidades de Valencia, Barcelona y Madrid promovió la formación de varias generaciones de profesores y de investigadores, que constituyeron la Escuela Neurológica Española, también conocida como la Escuela Cajal. Entre sus discípulos sobresalieron Pío del Río Hortega, Rafael Lorente de No, Francisco Tello y Fernando de Castro, así como las primeras mujeres científicas: Laura Forster, Manuela Serra, Soledad Ruiz-Capillas y María Luisa Herreros. Sus alumnos dejaron muchos testimonios de su personalidad, accesibilidad y eficiencia, que lo convirtieron en la referencia y el estímulo de varias generaciones de investigadores. La Escuela Cajal desarrolló una notable trayectoria nacional e internacional y ha constituido la principal referencia de la renovación de la política científica de la España democrática.

Este imponente trabajo científico y pedagógico fue impulsado por la sugestiva personalidad de Cajal, un hombre humilde y trabajador, un “obrero de la ciencia”, como gustaba definirse, dotado de una extraordinaria entereza, capacidad de penetración y perseverancia, que aplicó al descubrimiento de los secretos de la naturaleza. Federico Olóriz, que tan bien le conocía, destacó su tenacidad y su independencia de criterio, “hostil a los convencionalismos sociales... Con la vista fija en un ideal, sin detenerse, había seguido metódica y laboriosamente su camino”. Muchas veces se dirigió a los jóvenes para que asumieran estos valores y se dispusieran a acometer los retos científicos de España.

## EMPEÑO DIVULGADOR

Cajal fue muy consciente de la importancia de la investigación científica en el desarrollo de la sociedad española. De ahí su empeño divulgador de la ciencia y su labor de edición y difusión, plasmada en más de doscientas publicaciones, la mayoría de las cuales corresponden al ámbito de la histología, aunque incorporan aspectos importantes de otras disciplinas.

Entre sus principales textos científicos destacan el Manual de Histología (1889), el Manual de Anatomía patológica (1890) y su obra más importante, Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados, editada en 1904, que había comenzado a publicarse a partir de 1897 en fascículos. Tras la concesión del Premio Nobel en 1906, publicó varias obras, unas veces como único autor, y otras, con sus colaboradores. Entre ellas sobresalen Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso (1914), Contribución al conocimiento de los centros nerviosos de los insectos (1915), Manual técnico de Anatomía patológica (1918), Elementos de técnica micrográfica del sistema nervioso (1933) y ¿Neuronismo o reticularismo? (1933).

Cajal tenía una visión global de la literatura, la ciencia y el arte. Publicó obras literarias muy apreciadas por los lectores, como Recuerdos de mi vida, Reglas y consejos sobre la investigación científica y Cuentos de vacaciones. Fue, además, un excelente artista que creó dibujos, pinturas y fotografías de notable calidad. Pensaba, como Gregorio Marañón,

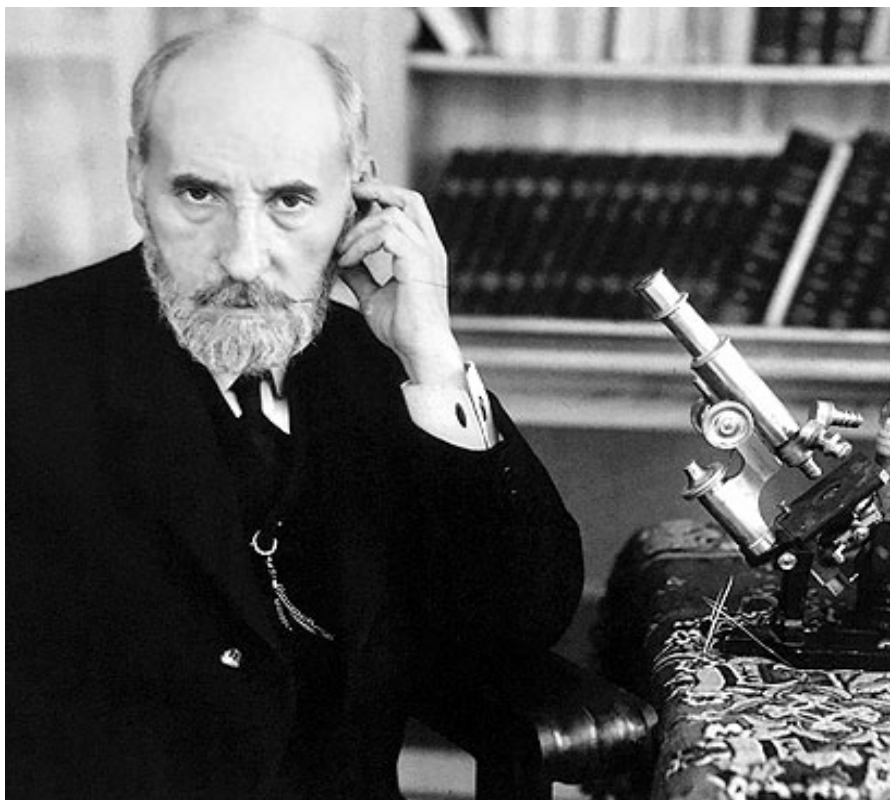
que a través de la ciencia y del arte se camina hacia el mismo sitio: la verdad. El Cajal artista se corresponde con el Cajal científico que buscaba la perfección investigadora contemplando y estudiando todos los detalles; no en vano su mirada y su creación de artista le permitieron llegar más lejos que su microscopio. Sin duda alguna, nuestro mejor científico fue, también, un gran artista.

Cajal no fue un científico encerrado en su laboratorio, ni un espectador neutral de la sociedad. Siempre estuvo atento a los acontecimientos de su tiempo. En la crisis de 1898 sintió que se destruía su anhelo de construir un mundo en paz, “regido por la férula humanística, severa y grata, del saber”.

En consecuencia, y haciendo gala de un patriotismo crítico y constructivo, alzó su voz junto a Joaquín Costa, Benito Pérez Galdós y Miguel de Unamuno, para señalar los efectos negativos del analfabetismo, el atraso científico, el déficit de recursos tecnológicos y el aislamiento internacional y para propugnar el desarrollo económico, educativo y científico, factores imprescindibles para

impulsar la modernización de España. “Sólo la acción intensa en pro de la verdad -afirmó Cajal- justifica el vivir y consuela del dolor de la injusticia”. Como declaró Carlos Jiménez Díaz cuando falleció, hasta “los últimos días de su gloriosa vida de ochenta y dos años ha seguido leyendo, escribiendo y latiendo su corazón con los destinos españoles”.

La labor que Cajal desarrolló la frente de la Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas fue verdaderamente extraordinaria. Más de dos millares de investigadores completaron su formación a través de becas de ampliación de estudios en el extranjero y de proyectos desarrollados en centros de investigación. La Junta para Ampliación de Estudios aunó la mejor tradición y las nuevas tendencias. Impulsó la investigación en casi todos los ámbitos del conocimiento: la filología, la filosofía, la historia, la neurociencia, el mundo atómico, la innovación pedagógica... El estudio de las nuevas corrientes europeas y el intercambio de conocimientos permitieron crear nuevas condiciones que alumbraron en España la “edad de plata” de la cultura y la ciencia.



D. Santiago Ramón y Cajal

## Reinas medievales de Castilla y León

Por el Dr. José de Castro

Como ya comentamos en un artículo anterior, la duplicidad de nombres en las distintas monarquías, especialmente a lo largo de la Edad Media era muy frecuente. Un nombre que se ha repetido muchas veces y que ha dado lugar a confusiones desde tiempos antiguos es el de Sancha. A varias de ellas nos vamos a referir sucesivamente, porque de las mismas se han ido aclarando sus biografías y con ellas sus diferencias, una de las cuales es la distinta época en que vivieron de casi un siglo de distancia.

D<sup>a</sup> Sancha I de León era hija Alfonso V de León y de la reina Elvira Menéndez. Había nacido en León en 1013 y quedando huérfana de madre en 1022, debió pasar su juventud como abadesa del Monasterio de S. Pelayo y gobernando por su título de “infantado” los restantes monasterios del reino. Al morir en 1028 su padre el rey Alfonso V de León en el cerco de Viseu, deja dos hijos: Bermudo que reinará como III de León de once años y Sancha algún año más joven.

Gobernaba entonces el condado de Castilla García Sánchez (1017) que ante la presión fronteriza de Sancho III de Pamplona, decide fortalecer los vínculos



Lápida conmemorativa de San Isidoro de León – Foto de la Fundación Santa María la Real de Aguilar de Campoo



Panteón de Reyes en San Isidoro de León

con el reino de León. Para ello se propuso el compromiso matrimonial de García Sánchez con Sancha de León, matrimonio que se frustró al ser asesinado el conde García por la familia de los Vela en las calles de León en mayo de 1029, cuando acudía a conocer a su prometida Sancha. Esta, a la que se refieren las crónicas como “antes viuda que casada”, “mezclando sus lágrimas con la sangre del infante muerto y clamando que también a ella la habían asesinado”, mandó erigir a las puertas de su residencia junto a lo que más tarde sería el Panteón Real un cenotafio con una inscripción relativa al suceso. Creo que esta sepultura está en la actualidad en el monasterio de San Salvador de Oña.

A la muerte de García Sánchez, sin sucesión en el condado de Castilla, este fue ocupado por Sancho III de Pamplona, encomendando su gobernación a su hijo Fernando a la vez que propuso el matrimonio de éste con Sancha hermana de Bermudo III rey de León, boda celebrada en 1032, recibiendo Sancha como dote las tierras entre los ríos Cea y

Pisuerga. Desde entonces sería condesa consorte de Castilla hasta 1037.

A la muerte de Sancho de Pamplona (1035) Bermudo III de León quiso recuperar para su reino las tierras entre el Cea y el Pisuerga entregadas como dote a Sancha en su matrimonio con Fernando, para lo que atacó a Castilla en la batalla de Tamarón en la que murió Bermudo que al no tener sucesor, los derechos sucesorios del reino de León caían sobre Sancha su hermana, esposa del Conde de Castilla, de modo que tras determinadas resistencias de la nobleza leonesa, Fernando fue ungido rey de León en la Catedral de Santa María, después de lo cual ambos consortes en un documento suscribieron la unión de los dos reinos de Castilla y León.

D<sup>a</sup> Sancha siempre fue una eficaz colaboradora de su esposo, incluso en los periodos de guerra, pero sobre todo su mayor actividad la dedicó a sus funciones artísticas y religiosas como parte del mandato de su infantado, manteniendo



Fol. 6v Diurnal de Fernando I y Sancha. A la derecha miniatura de Sancha

la reconstrucción del románico de ambos reinos, como la construcción y reformas de lo que terminaría siendo el Panteón de los Reyes de San Isidoro (1063).

Tuvieron cinco hijos: Sancho II de Castilla (1036) (el que murió en el cerco de Zamora), Urraca señora de Zamora (1033), Alfonso VI de León (1047), García de Galicia (1042) y Elvira señora de Toro (1039)., entre los que D. Fernando a su muerte en 1065 dividió el reino de Castilla y León: Sancho rey de Castilla; Alfonso rey de León; García rey de Galicia; y el "infantado" para Urraca señora de Zamora y para Elvira señora de Toro. En su reinado mandaron construir la Colegiata de San Isidoro que con el tiempo sería el Panteón Real, donde están enterrados los padres de D<sup>a</sup> Sancha, ella D. Fernando y sus hijos Urraca, Elvira y García. Allí mandaron trasladar el cadáver de San Isidoro desde Sevilla donde había muerto.

Cuando D. Fernando falleció en 1065, D<sup>a</sup> Sancha se retiró al monasterio de San Pelayo donde había sido abadesa en su juventud y allí falleció en 1067 siendo enterrada en el Panteón de los Reyes de San Isidoro de León, como ya he dicho. En el sepulcro de piedra en el que fueron depositados los restos mortales de la reina Sancha se grabó la siguiente inscripción:

Aquí yace Sancha, reina de toda Hispania, esposa del gran rey Fernando e hija del rey Alfonso, que pobló León después de la destrucción de Almanzor. Falleció el día 3 de noviembre de la era mil ciento ocho años.

A D<sup>a</sup> Sancha Raimundez, lejana descendiente de la anterior (aproximadamente un siglo) hemos hecho alguna referencia al citar a doña Teresa Gil de Riba de Vicela, puesto que describíamos el contrato de arrendamiento a doña Teresa del Monasterio de la Espina (Valladolid) por doña Sancha fundado, con todas sus tierras, rentas y privilegios desde su situación junto al nacimiento del río Bajoz, afluente del Duero, hasta el poblado de Eslua (ya desaparecido) situado aguas debajo de la presa del Duero en Tordesillas.

Pues bien, esta Infanta-reina es conocida en la Historia como Sancha de León, de la dinastía de Borgoña. Era hija de la reina Urraca de León y de Raimundo de Borgoña (fallecido en 1107), nacida entre 1095 y 1102 y hermana de Alfonso VII (el emperador), y nieta por tanto de Alfonso VI. Se crió en León al cuidado de su tía Elvira (la Sra. de Toro), mientras sus padres gobernaban Galicia. Su buena crianza infantil se vio alterada por el tormentoso matrimonio de su madre Urraca con Alfonso I el Batallador de Aragón. Su educación y formación, superior a la habitual en la época, no se resintió sin embargo, fortaleciendo su natural inteligencia y personalidad ya evidentes cuando vivía con su madre en León.

Mayor de edad e independiente por sus múltiples propiedades heredadas de sus

tías, permaneció soltera sin querer entrar en religión a pesar de que regía, según las normas de entonces numerosos monasterios como dueña del infantado de aquellos reinos.. Fue la fundadora del monasterio cisterciense de la Espina situado en el pueblo de Castromonte (Valladolid), al que llevó numerosas y valiosas reliquias.

Hoy pervive este monasterio como escuela de capataces agrícolas.

Cuando su hermano Alfonso VII subió al trono por fallecimiento de su madre Urraca (1126) la nombró reina-infanta de León, Castilla y Galicia. Administró con generosidad sus inmensas propiedades haciendo innumerables donaciones a Monasterios (San Pelayo, San Isidoro de Dueñas) convirtiendo San Isidoro de León en una comunidad de canónigos para su cuidado y dedicándolo a Panteón Real. Su incansable actividad le permitía asistir a campañas guerreras con su hermano, concilios, incluso impartir justicias en distintos pleitos en sus territorios. Asistió a la coronación imperial de su hermano en León en 1135. Es conocida su acción conciliadora entre su hermano y el arzobispo Gelmírez de Santiago.

Falleció en el año 1159, dos años después que su hermano Alfonso VII y fue sepultada en el Panteón Real de San Isidoro en el que tanto cariño y donaciones había puesto.



Sepulcro de la reina doña Sancha en el Panteón de Reyes de San Isidoro

## El amor en el arte y en la vida

Por el Dr. Ciriaco Casquete Román

La Real Academia define el amor como sentimiento intenso del ser humano, que partiendo de su propia insuficiencia, necesita y busca el encuentro y unión con otro ser. También señala que es un sentimiento que nos atrae y que procurando reciprocidad en el deseo de unión, nos completa, alegra da energía para convivir, comunicarnos y crear.

### Amor divino

Hay dos mandamientos en el Cristianismo, el primero es amar a Dios con todo tu corazón, tu alma y tu espíritu. El segundo es amar al prójimo como a ti mismo (todo hombre es el prójimo). Dijo Oseas en nombre de Dios: “quiero amor y no sacrificios”.

En “El cantar de los cantares” se exaltan los amores humanos y también los amores místicos. Amar a Dios es estar dispuestos a cualquier cosa antes que ofenderle con un pecado mortal. Y no es fácil cumplirlo. Recordemos que Dios también es justiciero y tendremos que responder de la gracia que nos ha dado. Con el infierno llega la separación eterna y con el purgatorio la liberación con toda seguridad. Por otro lado, solo Dios da la vida y solo Dios puede tomarla, nadie más; nuestra vida no es nuestra. Dios es el ser supremo de las religiones monoteístas, considerado creador del universo.

Amor divino, Francisco de Osuna. “El amor es el tesoro del alma fiel y rescata al que debe; el fiel puede comprar el reino de los cielos y al mismo Rey de los cielos que por amor se da y dura todo el tiempo que le damos, él responde siempre con obras de vida eterna. Si el amor es caritativo atrae a las demás virtudes: la castidad, la mansedumbre y la diligencia. Con el amor caritativo pagaremos a Dios. Es deber sacar amor de todas las cosas que Dios obra contigo”. Está muy preciso: “Yo amo a los que me aman”. La Sagrada Escritura es muy concisa: el que ofende



Figura 1

en el primer mandamiento, es culpado en todo, dice Santiago.

“Es esencial el padrenuestro: Libranos del mal del cuerpo, del alma, de la culpa del mal, de la pena, del mal de este siglo y del otro y del mal del porvenir. No nos puedes librar de todo mal así que Padre libranos del Mal. Amén”. Cuando se peca suele ser por falta de amor de Dios.

Los ángeles en el cielo no hacen otra cosa que amarte Señor.

### Amor conyugal

En este amor participan todos los sentidos, y el espíritu también. Dios no tenía por qué

hacer la humanidad de varones y hembras y, digamos, que no tenía que compartir sus poderes con las criaturas, pero lo hizo: la procreación. Y al matrimonio lo llamó sacramento.

El matrimonio por sí mismo aumenta la gracia que ya nos da de antemano, la que recibe por realizarlo; pero Dios es intransigente: el matrimonio siempre será a pesar del divorcio. Lo hizo Dios, no los hombres, y simboliza la unión del alma con Dios o Cristo con su iglesia, que hace la unión íntima con los anillos enlazados. Hay muchas pinturas de este tema pero de las más relevantes son “El matrimonio Arnólfini”, de Van Eyck, en su casa; “El matrimonio judío”, de Rembrandt; y “El

matrimonio de María y José”, de Rafael, que trasmite un gran amor y ternura. Hay otra forma de matrimoniar que es por lo civil, sin intervención de párroco y sin ceremonia nupcial.

En el amor conyugal participan todos los sentidos y también lo espiritual. De él surge la solidaridad, abnegación y fidelidad con hijos, hermanos y amigos. Se ha dicho en el evangelio que “la ley nueva es la del amor”. El amor se une al cuerpo de la otra persona; ya en la prehistoria las mujeres estaban hechas para la reproducción. Con los griegos el triángulo sexual femenino fue disimulado y en sus esculturas el cuerpo era más bello. Las Venus eróticas de Tiziano, Velázquez y Goya se cubren con sus manos o de otras formas, dejándonos ver lo que conocemos como pudor.

El amor cristiano se basa en la fidelidad y germina en el amor cortés. En el mundo neoplatónico del siglo XVI reapareció la Venus como objeto de deseo, buscando la perfección necesaria para llegar a la superación del alma. Sin el amor el mundo no existiría.

“El Beso”, de Brancosi, no tiene pasión, es un acto de sensibilidad; sin embargo, en el de Rodin hay un fuerte trasfondo erótico.



Figura 2

En otras obras de arte las fases previas denotan protección de él y dulzura y calma en ella para dar paso, después, a lo erótico. Quizás la obra erótica más importante para el arte por su exquisitez es “Venus y Cupido”, de Bronzino. Ver figura 1.

Venus y un joven adolescente en un beso lingual y con su mano en contacto con el seno izquierdo; el joven está semiarrodillado resaltando sus nalgas. Picasso siempre descarado con el amor: ¿Cuántas amantes?, decía “si es casto no es arte”.

El otro matrimonio es el místico que es lo supremo de la vida espiritual cristiana.

Dice el Papa que “la peor enfermedad es la falta de amor, porque solo el amor sana la vida”. También apuntaba Aristóteles que “el fin de la vida es la felicidad”, las virtudes morales y las intelectuales llevan a la felicidad. La templanza es el dominio supremo.

Con los griegos una de las necesidades más acertadas era la amistad; mi amigo es mi segundo yo.

El amor en el matrimonio, comenta el Papa, (basado en San Pablo, 1 Corintios), “es verdadero si es paciente, servicial, claro que sin envidia, sin arrogancias, sin buscar su propio interés, sin irritación, gozando de la verdad, todo lo disculpa, todo lo cree, todo lo soporta”. Amar en hebreo “es hacer el bien”.

San Ignacio de Loyola decía que “el amor se debe poner más en las obras que en las palabras” y proteger al débil es lo que nos hace grandes en el amor. A este respecto, señalaba Santo Tomás de Aquino que “pertenece más a la caridad querer amar que querer ser amado. Ya lo dice el Evangelio: “lo que habéis recibido gratis, dadlo gratis” (Mateo).

Dice Jesús: “Hay más felicidad en dar que en recibir”.

Disculpar: “No condenéis y no seréis condenados”, Lucas.

El matrimonio implica obligaciones y así crece entre ambos. Al “eros” no lo rechaza la Iglesia, sino la divinización del “eros”. Dios creó todo para que lo disfrutemos, la



Figura 3

Iglesia reconoce la necesidad sexual pero sin violencias ni patologías. El sexo no es “usar y tirar”. Con los años el amor físico se debilita y tiene que aparecer la ternura y el amor que no desaparece. “No me rechaces ahora en la vejez, no me abandones”, dice el anciano.

### Dioses paganos

Para Aristóteles el amor es innato en el corazón del ser. La armonía entre dos sale de los contrastes y de las diferencias. El vivir con la pareja es una forma de ejercitar la virtud. Decía San Juan de la Cruz: “da amor y te darán amor”. Sin embargo la infidelidad es deshonorosa e injusta. Es un engaño.

El sexo no es para exhibirlo, sino para reservarlo. Los ritos asociaban la fecundidad de la tierra con el sexo, algunas parejas practicaban el coito sobre un surco para traer buena cosecha. Cupido es el dios del amor, hijo de Venus y Marte. A veces va vendado y con una antorcha en la mano. Panofski señala que “rara vez es ciego en la literatura, pero nunca lo es en el arte”. Boccaccio lo descubre con los ojos vendados y con pezuñas en los pies. El enamoramiento

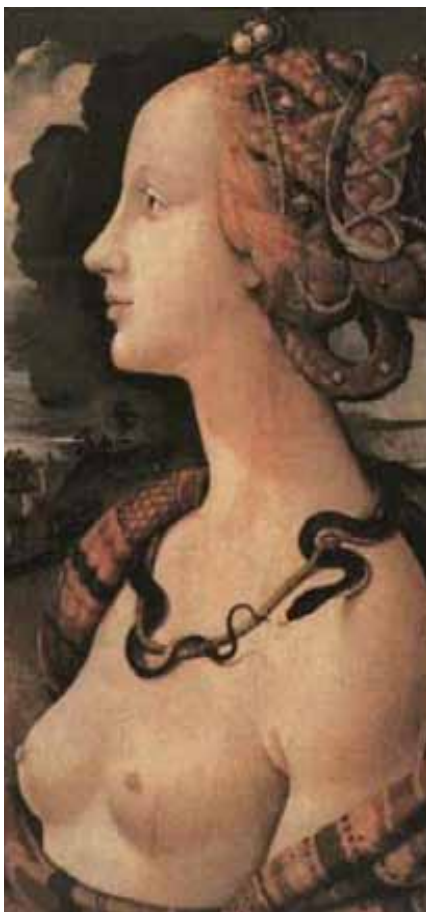


Figura 4

carece de motivos racionales; Cupido es juguetón y lanza los dardos al azar o por capricho, aunque por ser hijo de Venus se inclinaba por lo bello. Suele llevar arco, flechas y el arcad. Afrodita o Venus tiene gran poder de seducción, incluso con los dioses, como Marte y también con algunos mortales. En “La primavera” de Botticelli se la ve “moderada” y con el neoplatonismo también: “diosa de la concordia y de la armonía”. Las Venus de Giorgione las pinta en el campo, en la naturaleza es para Tiziano (Venus de Urbino) y ella está “preparada” para lo erótico. A veces está armada que le viene de otros dioses; esa fortaleza viene del amor.

En el mundo griego y romano hay muchas obras eróticas de dioses, como por ejemplo “Dios Príapo en erección”, y así se representaba también al dios Hermes.

Con los Etruscos hay representaciones eróticas más extremas que con los griegos. En Grecia abundaban imágenes eróticas representadas por Dionisio, que era el dios

del vino. Estamos en el siglo II a. de C.; también hay encuentros homosexuales y heterosexuales sin sentimiento de culpabilidad. Es de destacar que en el periodo arcaico y clásico el desnudo femenino interesó menos que el masculino.

En el siglo IV a. de C., cambiaron las cosas: la Venus de Cnido de Praxiteles (ver figura 2), era la figura más famosa. Se protege con su mano derecha y con la izquierda deja la ropa en un jarrón. Empiezan a aparecer reproducciones escultóricas femeninas.

En el siglo III, destaca La Venus de Medicis o “Venus púdica”, una obra en la que se la ve cubriéndose el pubis con su mano izquierda, con cierto nerviosismo pudoroso.

Con el Helenismo del siglo II, aparecen figuras eróticas muy alegres como “Afrodita amenazando a Pan con una zapatilla” (ver figura 3). En “La casa de los Misterios en Pompeya” hay un ritual para el desfloramiento de una virgen. En la India las figuras son menos sensuales y con menos calidad.

En el siglo III d. de C, el erotismo romano fue derrotado por el Cristianismo, aunque aparecen escenas eróticas en las sillas de coro, en su parte inferior, en las márgenes de los breviaros, en los manuscritos y en los capiteles.

En el siglo XVI es llamativo “El jardín de las delicias” de Bosch. Sus dibujos son todavía medievales pero bellísimos, con Adán y Eva y parejas muy sensuales. Comparemos esta Eva con “El nacimiento de Venus”.

Con el renacimiento aparece lo pagano. Mencionaremos a la más bella del renacimiento: Simonetta cogiendo este apellido Vespucci al casarse a los 16 años; fue amante de Giuliano de Medicis, hermano de Lorenzo, murieron los dos. Él, de un atentado de la familia Puzzi; y ella, de tuberculosis galopante. Aparece en varias obras de Botticelli: “La primavera”, “Venus y Marte”, “el nacimiento de Venus” y su autorretrato de Piero di Cossimo (ver figura 4).

Destacaría la copia “Leda y el cisne”, de Miguel Ángel, de un cuadro griego, con un

coito entre ellos. Notable la obra “Amor profano y amor sacro”, de Tiziano: “la Venus celeste” que simboliza la belleza universal e inteligible y “La venus volgare” que simboliza la fuerza generadora, todo ello según los neoplatónicos. Y “Cupido, Venus, la locura y el tiempo”, de Bronzino, ya comentado en el artículo.

En el siglo XVII la obra perdida en la Segundo Guerra Mundial de Caravaggio: “San Mateo y el Ángel”, bellísimo, con el Santo con los pies al aire y Baco presentando una intensa homosexualidad. Y el Éxtasis de Santa Teresa de Berninide, puro amor (ver figura 5).

“La venus itálica” de Casanova, recalca la vulnerabilidad sexual.

En el siglo XIX se pinta la esclavitud, que fascinaba a todo el mundo de Hiram Powers: “La esclava griega”, de Manet, sus mujeres: Olympia serena y dueña de sí misma, mira fuera del lienzo como en “El almuerzo campestre”, donde todo es natural y no hay coacciones.

Por último “El baño turco” de Ingres, son esclavas que lo aceptan siendo recompensadas, y la mayoría no querían abandonar el harem.



Figura 5



## Disfruta de un renting completo y flexible con tu seguro de coche.



Desde hoy, nuestros profesionales sanitarios tendrán la oportunidad de disfrutar, con su seguro de coche, de un producto innovador de renting.

Infórmate | **900 82 20 82**  
en: | **www.amaseguros.com**

*Servicio prestado por ALD Automotive*



A.M.A. VALLADOLID Doctrinos, 18; bajo Tel. 983 35 78 99 valladolid@amaseguros.com

**LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**

www.amaseguros.com 983 35 78 99 / 913 43 47 00

Síguenos en     

y en nuestra APP 