

DICCIONARIO

MÉDICO-

SENTIMENTAL

Coordinador: Miguel Angel Garcia

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

RELACIÓN DE TÉRMINOS DEFINIDOS:

Amor

Por el Dr. Antonio Asso Abadía,
Jefe de Cardiología Hospital Quirón Zaragoza

Armonía

Por el Dr. Ángel Escudero Villanueva,
Instituto Valenciano de Medicina del Arte Hospital Quirón Valencia

Aroma

Por el Dr. Fermín Matellanes Pomada,
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Quirón San Sebastián

Átomo

Por el Dr. Antonio Cabrera Villegas,
Jefe de Medicina Nuclear Hospital Quirón Madrid

Autopista

Por el Dr. José Miguel Fustero Aznar,
Jefe de Cirugía Vasculat Hospital Quirón Zaragoza

Azar

Por Dra. Mónica Renedo Gancedo,
Jefe Consulta Genética Hospital Quirón Madrid

Belleza

Por el Dr. Alberto de Cecilia Gómez,
*Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Hospital Quirón San Sebastián*

Cámara

Por el Dr. Vicente Martínez de Vega Fernández,
Jefe de Diagnóstico por Imagen Hospital Quirón Madrid

Canon

Por el Dr. José Luis Martín del Yerro,
Jefe de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva Hospital Quirón Madrid



Caricia

Por el Dr. José María Ricart Vayá,
Jefe de Dermatología Hospital Quirón Valencia

Color

Por el Dr. Giacomo de Benedetti,
Jefe de Oftalmología Hospital Quirón San Sebastián

Conducta

Por el Dr. Víctor M. Campos Arillo,
*Coordinador del Área de Neurociencias.
Servicio de Neurología Hospital Quirón Málaga*

Coraza

Por los doctores Antonio Cantó Armengod y Ángel García Zarza,
Servicio de Cirugía Torácica Hospital Quirón Valencia

Delicadeza

Por el Dr. Juan Carlos López Gutiérrez,
Jefe de Cirugía Pediátrica Hospital Quirón Madrid

Dolor

Por el Dr. Miguel Ángel Marín Paredes,
Jefe de Unidad del Dolor Hospital Quirón San Sebastián

Ejercicio Físico

Por el Dr. Ricardo Jiménez Mangas,
Unidad de Medicina del Deporte Hospital Quirón San Sebastián

Electricidad

Por el Dr. Carlos Tejero Juste,
Servicio de Neurología Hospital Quirón Zaragoza

Empatía

Por la Dra. María José Agustí García Navarro,
Servicio de Neumología Hospital Quirón Barcelona

Equilibrio

Por la Dra. Carina Gimeno Uribe,
Especialista en Nutrición Hospital Quirón Valencia

Espejo

Por el Dr. Rafael Benito Moraga,
Servicio de Psiquiatría de Hospital Quirón San Sebastián



Estornudo

Por el Dr. Antonio Valero Santiago,
Servicio de Alergología Hospital Quirón Barcelona

Estrés

Por el Dr. José Mazón Herrero,
Neuropsicólogo Clínico Instituto Neurociencias Hospital Quirón Valencia

Ética

Por el Dr. Daniel Carnevali Ruiz,
Jefe de Medicina Interna Hospital Quirón Madrid

Felicidad

Por el Dr. Eduardo Alapont Pérez,
Servicio Psiquiatría Hospital Quirón Valencia

Fuerza

Por el Dr. José Gómez Codina,
Servicio de Oncología Hospital Quirón Valencia

Futuro

Por Dr. Gerardo Katssenian,
Director servicio Urgencias Hospital Quirón Zaragoza,
y Dra. Ana C Serrano Moreno,
Medico adjunto en Pediatría

GPS

Por el Dr. Antonio de Lacy Fortuny,
Servicio de Cirugía General Hospital Quirón Barcelona

House (Dr. Gregory House)

Por el Dr. Pedro Pinós Laborda,
Servicio de Medicina Interna Hospital Quirón Zaragoza

Investigación

Por el Dr. Pedro Salinas Hernández,
Unidad Integral de Oncología Hospital Quirón Madrid

IPOD

Por la Dra. Francisca Prades Martí,
Servicio de Otorrinolaringología Hospital Quirón Barcelona

Magia

Por el Dr. Luís Martí-Bonmatí,
Jefe de Diagnóstico por la Imagen Hospital Quirón Valencia



Memoria RAM

Por el Dr. Rafael Arroyo González,
Jefe de Neurología Hospital Quirón Madrid

Miedo

Por Dra. Irune Cachorro,
Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Quirón Vizcaya

Motor

Acepción 1:
Dr. José María Arqué,
Jefe de Cirugía Cardíaca Hospital Quirón Málaga

Acepción 2:
Dr. Juan José Goiti,
Jefe de Cirugía Cardiovascular y Angiología Hospital Quirón Vizcaya

Muerte

Por el Dr. Antonio Asso Abadía,
Servicio de Cardiología Hospital Quirón Zaragoza

Mujer

Por el Dr. Fernando Colmenarejo González,
Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Quirón Zaragoza

Neumático

Por Víctor Alfaro Santafé,
Podólogo/Experto en Biomecánica
Director Unidad Podología y Biomecánica Hospital Quirón Zaragoza

Obesidad

Por el Dr. Fernando Ruiz Marcuello,
Servicio de Cirugía General y Digestiva Hospital Quirón Zaragoza

Origen

Por el Dr. Ricardo Rezola Solaun,
Servicio de Anatomía Patológica Hospital Quirón San Sebastián

Oxígeno

Por el Dr. Carlos Agustí García-Navarro,
Servicio de Neumología Hospital Quirón Barcelona

Pesadilla

Por el Dr. Gonzalo Pin Arboledas,
Jefe de la Unidad Valenciana del Sueño Hospital Quirón Valencia



Pilar

Por el Dr. Héctor Rupérez Caballero,
Servicio de Traumatología Hospital Quirón Valencia

Primavera

Por la Dra. Sofía López Usero,
Alergóloga Hospital Quirón Valencia

Pulso

Por el Dr. Juan Bosco Calatayud Pérez,
Servicio de Neurocirugía Hospital Quirón Zaragoza

Ritmo

Por el Dr. José Ángel Cabrera Rodríguez,
Jefe de Cardiología Hospital Quirón Madrid

Sonrisa

Por el Dr. Miguel Beltrán Andreu,
Jefe de Odontología Hospital Quirón Valencia

Suspense

Por Dra. Vicenta Giménez Molla,
*Psicóloga- Psicoterapeuta de la Unidad de Apoyo Psicológico
Hospital Quirón San Sebastián*

Tenacidad

Por el Dr. José Luis de Pablo Franco,
Director Laboratorio de Reproducción Asistida Hospital Quirón Vizcaya

Tiempo

Por la Dra. Gloria Martínez Marcos,
Servicio de Urgencias Hospital Quirón Madrid

Universo

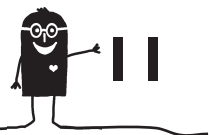
Por la Dra. Carmen Reguant Pascual,
Servicio de Medicina Aeronáutica Hospital Quirón Barcelona

Vigilia

Por el Dr. Jesús Cortés Soler,
Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Quirón Zaragoza

Vínculo

Por el Dr. Iñigo Echániz Urcelay,
Jefe de Servicio Pediatría y Neonatología Hospital Quirón Vizcaya



12



PRESENTACIÓN

Poco o nada tienen que ver las definiciones que llegado el caso un poeta o un cardiólogo pudieran realizar de la palabra AMOR. También es previsible que los enfoques que nos ofrecieran un fabricante de ruedas y un podólogo sobre el término NEUMÁTICO no coincidieran. O que una descripción de la palabra MIEDO desde la perspectiva de un director de cine y a la de un médico de una Unidad de Cuidados Intensivos difieran.

Y es que la Medicina, dividida en especialidades, aporta una particular visión del ser humano; una visión cargada de retos, conocimiento y situaciones extremas que modulan la forma de interpretar el mundo de los profesionales que la ejercen. Una visión que va más allá de la consulta o el quirófano, y se mezcla con las inquietudes, la relación que el médico mantiene con su entorno o su necesidad de buscar respuestas.

Esta visión parcelada del ser humano y de lo que le rodea, recogida en su conjunto, bien puede ofrecer una cosmovisión de la profesión médica, una posibilidad que nos animó a solicitar a reconocidos médicos y cirujanos que nos definieran un término afín a su profesión que les permitiera, además de plasmar su conocimiento en la materia, sus sensaciones, cavilaciones o todo aquello que les dictara su subconsciente. Todo, como ellos quisieran.

El resultado es este **DICCIONARIO MÉDICO-SENTIMENTAL**, un diccionario de autor compuesto por 52 definiciones realizadas por otros tantos grandes nombres de la medicina que realizan su actividad en los hospitales de Grupo Hospitalario Quirón, y que pretende llevar la palabra hacia sus lugares de sombra, hacia esos rincones en los que podemos encontrar interpretaciones que nos pueden servir para obtener información, entretenimiento, plantearnos dudas o simplemente esbozar una sonrisa.



RELACIÓN DE

TÉRMINOS

DEFINIDOS

AMOR

Dr. Antonio Asso Abadía
Jefe de Cardiología Hospital Quirón Zaragoza

Al igual que el “tiempo” lo medimos, pero no lo entendemos, el amor se experimenta, pero no llegamos a comprenderlo. Definirlo resulta tedioso, entre otras cosas porque al utilizar la misma palabra para significados tan dispares necesitaríamos tantas definiciones como contextos. Además, si el lector no conoce lo que es el amor seguirá sin entenderlo tras una definición, y si lo ha experimentado ésta resulta redundante. Prefiero, pues, entrar en materia.

El símbolo con el que se identifica el amor en la cultura Occidental es el corazón. Hasta hace unos siglos se creía que era en este órgano donde residían los principales sentimientos y emociones que nos distinguen como humanos: el amor, el coraje y la compasión, entre otros. Aunque el avance científico ha dado al cerebro el privilegio de ser la base de nuestras más elevadas connotaciones espirituales en perjuicio del corazón, lo cierto es que el lenguaje diario continúa plagado de metáforas cardíacas. El corazón se puede “entregar”, “robar”, puede estar “partido”, “roto”, se puede tener un “gran corazón” o por el contrario “no tener corazón”, por momentos llega a “palpitar de amor” o a “salirse del pecho” motivado por una emoción.

La cardiología actual ve al corazón de una forma mucho más prosaica, pero al igual que todos sabemos que nada malo le va a suceder al protagonista hasta el final de la película, no esperen que en los inicios de esta argumentación nuestro protagonista pierda prestigio. Hay que reconocer, no obstante, que el halo místico que desde siempre ha rodeado al corazón como órgano “intocable” comenzó a derrumbarse en 1929. En ese año, el médico alemán Werner Forssmann demostró que nada malo sucedía al introducir un catéter



hasta el corazón a través de una vena. El experimento consistió en avanzar desde su propio brazo un catéter (urológico, pues obviamente los cardíacos no existían) hasta el interior del corazón y documentarlo en una radiografía. La mentalidad y la medicina de entonces entendieron el hecho como una profanación, y la hazaña de Forsmann estuvo a punto de costarle el despido; años más tarde recibió el Nobel.

A pesar, pues, de que el corazón no sea la base del amor u otras emociones ningún órgano está tan íntimamente relacionado con la mente. La interdependencia psique-corazón justifica la perpetuación en el lenguaje de todas las expresiones antes comentadas. Pero realmente, ¿se puede morir de amor?, ¿la depresión ensombrece el pronóstico de las enfermedades cardíacas?, ¿el aislamiento social favorece el infarto?

A mediados del siglo XIX, Richard Wagner compuso *Tristán e Isolda*, una auténtica cumbre de la historia del arte cuya invocación resulta en este punto imprescindible. Tras más de cuatro horas de representación, la protagonista, Isolda, concluye la obra con el “*Liebestod*”, la muerte de amor. Al comprobar que Tristán acaba de morir, Isolda cristaliza en un monólogo metafísico una serie de emociones de tal intensidad que propician su propia muerte. Desde el prisma que aquí lo estamos considerando, el drama musical wagneriano en realidad concluye con las consecuencias biológicas de la intensidad emotiva.

Las sustancias mediadoras de las emociones son principalmente las catecolaminas —adrenalina y otras. A través de los efectos de estas hormonas en los distintos órganos se “exteriorizan” las emociones. Así, comprobamos fácilmente que alguien está nervioso porque le tiemblan las manos, o que en su mirada se vislumbra el miedo, o que la angustia seca su boca. En el corazón, sin embargo, las emociones “se interiorizan” y sus consecuencias pueden ser nefastas.



Cuando una persona sufre lo que el lenguaje habitual denomina “descarga de adrenalina” —independientemente del motivo que la haya originado— los altos niveles que esta sustancia alcanza en la sangre inician una serie de procesos que pueden desembocar en un infarto agudo de miocardio. Lo que no es quizás tan conocido es que las consecuencias pueden ser diferidas en el tiempo, aunque igualmente nocivas, y actuar no sobre las arterias coronarias, sino afectando principalmente al músculo cardíaco, el miocardio, de ahí su nombre: miocardiopatía aguda de estrés. La enfermedad se caracteriza por una dilatación y gran disminución de la capacidad de contracción del corazón y en sus manifestaciones iniciales comparte algunos síntomas con el infarto agudo. Siendo un cuadro potencialmente muy grave, lo típico es que todo se haya normalizado en una semana. Hay dos hechos llamativos en este proceso: que se produce como consecuencia de un gran impacto emocional, en ocasiones del área afectiva, y que casi exclusivamente se da en mujeres. En un caso reconocido por nosotros, el desencadenante había sido presumiblemente el diagnóstico en su marido de una grave enfermedad pocos días antes.

Hace años se llegó a relacionar el infarto con lo que se denominaba personalidad “tipo A”, englobando en esta clase a individuos competitivos, impacientes, resolutivos, etc. Más recientemente, sin embargo, se ha puesto en duda que este tipo de personalidad implique un mayor riesgo de infarto. Actualmente, son los sentimientos como la ira, la hostilidad, la tendencia a la inhibición social y al aislamiento los reconocidos como “de riesgo cardiovascular”. No es de extrañar, en consecuencia, que varios estudios hayan confirmado que la estabilidad amorosa y emocional, el apoyo de la pareja, etc., favorecen una satisfactoria evolución en diversas patologías cardíacas.

Lamentablemente, el corazón sólo es el icono con el que se representa el amor en cualquiera de sus acepciones. Si tras una intervención cardíaca su pareja olvida un aniversario o le trata con desafecto la posibilidad de que alguno de nuestros catéteres haya sido el causante queda descartada. El amor

no reside en el corazón, si así fuera alguna vez nos lo habríamos encontrado en algún cateterismo, o hubiese aparecido bajo las lentes de aumento de algún cirujano. El corazón sólo es la electricidad que le hace latir, el músculo que eyecta sangre y las arterias coronarias que nutren ese músculo. Nada más, no contiene amor ni emociones. El amor, en realidad, se encuentra al otro lado de la puerta, en la sala de espera, en los familiares que aguardan con ansiedad nuestras buenas noticias.

Recuerden, aunque no hay pruebas científicas que demuestren el beneficio del amor en la salud cardiovascular, sí hay en cambio sólidas evidencias del temible efecto deletéreo de su ausencia; el aislamiento social, el vacío afectivo tienen temibles consecuencias para su corazón. Así que, ya lo saben, ustedes mismos...



ARMONÍA

Dr. Ángel Escudero Villanueva

Instituto Valenciano de Medicina del Arte Hospital Quirón Valencia

Procede del latín *harmonia*, y éste del griego *ἁρμονία*, de *ἁρμός*, ajustamiento, combinación.

Si abrimos un diccionario y buscamos su significado, encontraremos las siguientes definiciones: Unión y combinación de sonidos simultáneos y diferentes, pero acordes.

Arte de formar y enlazar los acordes. Bien concertada y grata variedad de sonidos, medidas y pausas que resulta en la prosa o en el verso por la feliz combinación de las sílabas, voces y cláusulas empleadas en él. Conveniente proporción y correspondencia de unas cosas con otras. Amistad y buena correspondencia.

El resultado perceptible de la ordenación de un conjunto de elementos constituye la armonía.

Según Sócrates, la virtud no es sino el orden y la armonía del alma.

Para Platón el concepto de armonía aplicado a los sonidos, daría melodías o voces armónicas; aplicado a la palabra, obtendría buenos y sugerentes discursos; aplicado al alma humana daría lugar a las virtudes; si lo aplicamos al estado interno de un cuerpo vivo, encontraríamos un cuerpo sano; aplicado a la forma externa del cuerpo de los seres vivos, obtendríamos un cuerpo bello, etc.



Para los estoicos, el bien supremo del hombre consiste en vivir en armonía consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza.

La armonía no “es” hasta que no “es percibida” a través de nuestros sentidos evocándonos una emoción agradable.

Percibimos armonía en el alma de una persona cuando en su ánimo existe la determinación de buscar la perfección en todas sus acciones por insignificantes que sean. Una ordenada y serena perfección.

Percibiremos armonía en nuestra alma cuando nuestras emociones y nuestros sentimientos estén proporcionalmente equilibrados.

Cuando nuestro estado de ánimo no dependa de las vicisitudes de la vida, experimentaremos la verdadera alegría, la verdadera felicidad, la verdadera armonía.



AROMA

Dr. Fermín Matellanes Pomada

Servicio de Otorrinolaringología Hospital Quirón San Sebastián

Olor muy agradable. Es la definición desde el punto de vista académico y por lo tanto tiene gran relación con uno de nuestros sentidos, el olfato. El hombre desde que nace aprende a distinguir los diversos aromas, que le dan información sobre el mundo que le rodea y constituyen una importante fuente de placer. El placer es necesario en el equilibrio de las emociones, y la reducción o anulación de la olfacción desprotege a las personas dejándolas a merced de lo displacentero. La evolución emocional de la realidad necesita del sentido del olfato.

Desde el punto de vista lingüístico aroma tiene como sinónimos fragancia, perfume, esencia, efluvio, etc. y como antónimos hedor, pestilencia, fetidez, etc. Aroma es algo positivo, es un pellizco de placer, incluso crea emociones y sentimientos que intervienen en la evocación de la memoria del ser humano.

El olor se transmite por la respiración y la deglución hacia la zona de la mucosa olfatoria situada en el techo de las fosas nasales, zona que posee unos cilios, que son los receptores de las moléculas odoríferas, transformando un estímulo químico en eléctrico y transmitiéndolo a los filamentos del nervio olfatorio, que atravesando la lámina cribosa llega al bulbo olfatorio situado en el tercio anterior del cerebro (regula el 90% del olfato) y, llega al tercio medio del cerebro (gran lóbulo límbico de Broca) zona que procesa, distingue, asocia, los olores con otros estados como la agresividad, el hambre o la saciedad.



Decir que olemos con la nariz es como decir que escuchamos con los lóbulos de las orejas, pues la nariz sirve tan solo para tomar y conducir el aire que contienen las moléculas olorosas (aromas). El sentido del olfato capta el sabor y la palatabilidad de los alimentos y bebidas, por lo que tiene gran relación con el “sabor”, dadas sus conexiones anatómicas y fisiológicas con los nervios trigémino, facial, glossofaríngeo, y vago en nariz, cavidad bucal, lengua, faringe y laringe.

Vivimos en un mundo donde la vista y el oído son los “primeros sentidos” y utilizamos el olfato casi inconscientemente, pero continúa ejerciendo funciones básicas en nuestra vida que se enriquece con la capacidad de oler. El argumento más convincente lo da el ser humano que pierde dicha capacidad, técnicamente llamada anosmia, que siente gran vacío, pesadumbre... dado que no puede saborear muchos alimentos y bebidas, ni sentir el placer de oler los aromas de las personas queridas, del ambiente de su casa, o incluso de su propia piel.

Me viene a la memoria el caso de uno de los muchos pacientes que aparecen en nuestras consultas de otorrinolaringología con pérdida olfatoria (anosmia). Su historia realmente me impactó; tras sufrir un accidente de tráfico perdió totalmente la capacidad olfatoria y acabó con un Síndrome Depresivo profundo porque ningún médico le daba solución y él era un hombre con “olfato culto”, definición del enólogo francés Alexandre Schmitt cuando habla de personas con un olfato entrenado y desarrollado para producirle más placer tanto en la alimentación como en la bebida o en las relaciones humanas.

Según dicho maestro enólogo, de cien estímulos que llegan al cerebro sesenta son de vista, veinticinco son de oído, quince de tacto, y sólo uno de olfato, por lo que él considera que es un sentido que está desocupado y desentrenado, y por lo tanto con atención, concentración y entrenamiento se puede mejorar muchísimo la calidad del olfato, logrando valorar mejor los aromas y sentir más placer con ellos.



Volviendo a la historia de mi paciente con “olfato culto”, debido su problema de anosmia, sufrió un cambio en su carácter, que pasó de jovial, alegre, y con sonrisa permanente, a estar invadido por la tristeza, sus recuerdos aromáticos los tenía aparcados en el desván de su memoria y no podía disfrutar especialmente del recuerdo de su esposa fallecida en el mismo accidente de tráfico en el que perdió su olfato debido a un traumatismo craneoencefálico. Trataba de evocar los recuerdos de su gran amor, su esposa, por la colonia Chanel nº 5 que usaba habitualmente, rociaba su pañuelo y no podía olerlo. Para colmo de males pertenecía a una sociedad, seguidores de Lúculo, y dejó de ir a sus reuniones (cenas de sociedad gastronómica) puesto que no podía sentir el placer tanto del aroma como del gusto de esos platos que le gustaba cocinar a él mismo y tampoco disfrutar con los buenos caldos de la Rioja.

Afortunadamente un Psiquiatra le ayudó a soportar esta pérdida olfatoria, esta ausencia de disfrute de los aromas, convenciéndole de que su estabilidad psíquica estaba en crear un presente sin angustias, potenciarlo, disfrutar del “aquí y ahora” siguiendo la máxima de la profesora Helen Keller, “la felicidad consiste en valorar lo que tienes”.

Está claro que los aromas están ligados a la memoria y a los sentimientos, provocan estímulos en las emociones del ser humano, incluso en su sentido del humor y son un invaluable elemento de bienestar y placer.

En el hombre el sentido del olfato está menos desarrollado que en muchos animales, quizás porque al contrario de estos, no depende de él para buscar alimento, hallar pareja o protegerse del enemigo. El deterioro evolutivo se relaciona con la adopción de la posición erguida que separa nuestra nariz del suelo, que es donde más olores se concentran.

La importancia de los aromas en la vida del ser humano y en sus emociones se conoce desde la antigüedad. Los egipcios fueron los primeros alquimistas

artesanales, Cleopatra usaba flores y hierbas en el baño, las mujeres egipcias colgaban pequeños botes con aromas naturales en su cuello para seducir a los hombres y ahuyentar enfermedades. Los griegos usaban aromas naturales diferentes para cada parte del cuerpo, costumbre que trajeron de Oriente, y crearon las primeras piezas de cerámica para guardar perfume. Los árabes en el siglo VIII, al descubrir el alcohol, crearon aceites y esencias diluidas en alcohol, consiguiendo perfumes más finos, aumentando sus cualidades aromáticas; en la Edad Media tanto los sacerdotes como los alquimistas conocían los poderes de las plantas aromáticas tanto para orar como para curar y para hacer el amor (mezclaban perfumes de Oriente con plantas y fue motivo de condena de la Iglesia a los alquimistas).

Es en Francia el país en el que se potencia la influencia de los aromas y perfumes en la vida cotidiana y con sentido de placer. Francia es el imperio de los perfumes. El inicio de su “industrialización” fue en 1709, año en el que el franco-italiano Jean M^a Farina cerca de la ciudad alemana de Colonia obtuvo de un monje una fórmula que había traído de Oriente que llamó Agua de reina o Agua admirable, y ya en París se le llamó Agua de Colonia, que después Napoleón y la Corte francesa de Luis XIV y Luis XV fueron grandes potenciadores del éxito de los perfumes.

En la ciudad francesa de Grasse existe el Museo Internacional del Perfume, dado que fue allí donde se crearon los aceites esenciales que en este momento hay descritos aproximadamente 400, y ahí fue donde se creó la gran industria del perfume y lo que ellos llamaron la *Eau de toilette*. En la Exposición Universal de París de 1900 se consagró el éxito de la perfumería francesa para el resto del mundo, se decía que en aquella época había veinte mil personas trabajando en dicha industria. Y posteriormente por supuesto fue un perfumista francés, François Coty, el primero en asociar aromas naturales con fragancias artificiales (productos de síntesis que potenciaban más el olor y el poder de difusión). Hasta la segunda guerra mundial el 95% de las ventas en el mundo eran de origen francés.



A nivel científico el olfato ha sido considerado siempre un sentido secundario hasta que la pareja de investigadores Linda Buck y Richard Axel dedicaron todos sus esfuerzos investigadores en dicho sentido, dado que como dijeron ellos mismos es “el más misterioso de los sentidos”. En 1980 descubrieron la existencia de las feromonas, no sólo en los animales primitivos sino también en los más evolucionados como los primates y el hombre. En sus estudios neurofisiológicos comprobaron que el ser humano tiene 50 millones de neuronas que con intrincadas sinapsis nerviosas permiten detectar las distintas sustancias olorosas y sus aromas. También comprobaron que el cerebro se habitúa a los olores incluso a los más horribles y tiene la capacidad de desconectar y dejar de percibirlos, comprobaron que las neuronas distinguen entre 2.000 y 10.000 olores (otras especies distinguen hasta 400.000). El organismo humano alberga 200.000 genes codificadores de receptores olfativos, etc. Esos fueron merecedores del Premio Nobel de Medicina y Fisiología en el año 2004. En el año 2005 el Hospital Clínico de Barcelona realizó el estudio OLFACAT, en el que entre sus muchas conclusiones destacó que las mujeres tienen mejor sentido del olfato que los hombres y menos riesgo de perderlo con el paso de los años, también lo que llamaron normosmia, es decir, la plenitud olfatoria se alcanza a los veinte años de edad. También comprobaron que solo el 40% de la población identifica todos los olores (aromas), que el 50% ha sufrido una pérdida parcial durante dos, tres semanas, y lo recuperan; que las causas de anosmia más frecuentes, aparte de la predisposición genética, son las inflamaciones de mucosas, enfermedades neurodegenerativas, infecciones y resfriados comunes, y golpes faciales o craneales (accidentes), y por supuesto comprobaron que la anosmia produce un alto porcentaje de depresiones y trastornos neuropsiquiátricos.

El instituto Karolinska de Estocolmo comprobó que cada persona tiene un aroma distinto que le caracteriza, por mucho que intentemos disfrazarlo con perfumes y desodorantes, y que las feromonas tienen un papel importante en la sexualidad humana, consideran que son una brújula sexual que nos hace



ser atraídos por otras personas (en menor escala que los animales). Han comprobado que una variante genética puede hacer que el olor corporal de alguien sea agradable para unos y desagradable para otros. El aroma, incluso en las prendas y pertenencias de la persona amada, provocan un sentimiento atractivo y cambio de estado de ánimo en la pareja.

Muchas personas con “poder” económico, político, o social suponen que tienen gran atracción para el sexo opuesto por su propia valía o atractivo personal, ignoran que la feromona de ellos es el “poder”, afrodisíaco momentáneo, que no producen sus propios organismos sino que lo emana el puesto que ocupan y desaparece al alejarse del sitio de influencia.

Nuestra memoria es olfativa y los aromas forman parte de ella. Hay una anécdota histórica de Napoleón Bonaparte que envió una carta a su amada Josefina diciéndole: “Josefina no te bañes, llego dentro de tres días a París”. Eso es lo que se puede denominar “amor a primer olfato”, y no “amor a primera vista”.

¡Qué importantes son los aromas en nuestra vida! Incluso actualmente se han creado empresas de aromarketing que demuestran que un negocio o tienda es 33% más rentable si se le relaciona con un olor agradable, lo que llaman odotipo.



ÁTOMO

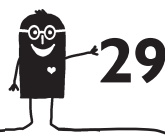
Dr. Antonio Cabrera Villegas

Jefe de Medicina Nuclear Hospital Quirón Madrid

El vocablo átomo, proveniente del latín *atomus*, y éste del griego *ἄτομος*, hace referencia a lo indivisible; es la unidad más pequeña de la materia, capaz de entrar en relación mediante reacciones químicas, con otros átomos y formar otros elementos más complejo y diversos, creando una sociedad con sus funciones, propiedades e idiosincrasia; al servicio de un bien común y superior. El átomo, definido como unidad que mantiene su identidad o sus propiedades químicas y que no es posible dividir mediante procesos químicos, es el germen de la diversidad y la riqueza de la materia. La combinación ordenada y armónica de los átomos para formar la materia, formas y estados es admirable y motivo de reflexión. El átomo existe, se relaciona, responde cuando se le “pregunta”, se transforma y se adapta al medio como cualquier ser vivo.

En una época histórica que se repite constantemente y en la que el ser humano se pregunta por su origen y la unidad indivisible de la materia y su composición, el concepto de átomo ha despertado siempre un gran interés. El concepto átomo afloró ya en el pensamiento filosófico griego (siglo V a de C) y no proviene de la experimentación sino que surge como una necesidad filosófica que explique la materia y su realidad. En aquella época se pensaba que la materia no podía dividirse de forma indefinida, por lo que debería existir una unidad o trozo indivisible que al combinarse de diferentes formas creara todos los cuerpos macroscópicos que nos rodean. Demócrito llamó a estos trozos de materia, átomo (sin división).

El concepto y el interés por el átomo fue olvidado hasta que los razonamientos de orden filosófico fueron sustituidos por el razonamiento analítico y el



método experimental. Posteriormente, los avances en la técnica y la experimentación permitieron “ver” el átomo y su composición.

Paradójicamente, la mayor parte de un átomo es un espacio vacío en el que se encuentran partículas más pequeñas y situadas en diferentes localizaciones: el núcleo, que ocupa el espacio central, donde se encuentran los neutrones y los protones y la corteza, que se considera una nube de carga negativa donde se localizan los electrones. El ordenamiento y el equilibrio entre estas subpartículas son otro ejemplo la armonía e interrelación.

A efectos de comparación didáctica, si un átomo tuviese el tamaño de un estadio, el núcleo tendría el tamaño de una pequeña canica situada en el centro del terreno de juego y los electrones, partículas de polvo agitadas por el viento alrededor de las gradas. Un átomo es un universo en miniatura y tan pequeño que, por ejemplo, una sola gota de agua contiene más de mil trillones de átomos.

Resulta cómodo imaginar a los electrones que se desplazan incansablemente describiendo órbitas alrededor del núcleo como si fueran planetas que giran alrededor del sol en nuestra Galaxia. No obstante, esta visión es sólo didáctica y mucho más simple que la realidad. Hoy en día se sabe que es imposible determinar exactamente la posición de un electrón en la corteza del átomo sin alterar su posición. Esta incertidumbre se resuelve asumiendo el concepto de átomo como una nube en la que la posición de un electrón se define según la probabilidad, o funciones de densidad de probabilidad, de encontrar un electrón en una región del espacio finita y a una distancia determinada del núcleo.

La cantidad de electrones de un átomo en su estado basal es igual a la cantidad de protones que contiene en el núcleo, por lo que un átomo en estas condiciones tiene una carga eléctrica neta neutra. El número de protones que contiene el núcleo es lo que caracteriza a cada elemento químico y por tanto



sus propiedades. Es su huella dactilar, su identidad y condiciona su comportamiento y su capacidad de interrelación.

Las interrelaciones sociales de los átomos se descubrieron a principios del siglo XIX por Dalton cuando mostró que los átomos se unían entre sí en proporciones definidas para formar compuestos mayores llamados moléculas. Una molécula de agua, por ejemplo, está formada por un átomo de oxígeno (O) y dos átomos de hidrógeno (H) unidos por una fuerza eléctrica denominada enlace químico.

Los átomos con el mismo número de protones, pero distinto número de neutrones, se denominan isótopos. Todos los isótopos de un átomo son sus parientes y familiares, poseen la misma identidad química y pueden ser diferenciados únicamente por ciertas propiedades físicas.

A diferencia de las partículas nucleares, un átomo puede perder o adquirir algunos de sus electrones sin modificar su identidad química, transformándose en un ion, una partícula con carga neta diferente de cero y ésta es la base de la atracción.

Los estudios y la experimentación, sobre todo durante la segunda mitad del siglo pasado, han puesto al descubierto un mundo subnuclear con el descubrimiento de los muones, piones, hadrones, mesones, leptones, neutrinos, bosones... y los quarks.

Los átomos son esclavos de las leyes naturales y reaccionan, aunque de forma no inteligente, cuando se les interpela. Si son excitados, por ejemplo, suministrándoles energía por una fuente externa emiten luz. El átomo no responde, no emite energía mientras un electrón permanezca en su órbita a una distancia constante del núcleo. Cuando el átomo es excitado, el electrón salta a una órbita más distanciada del núcleo y de mayor energía. Pero como en la



misma naturaleza, todo tiende a la estabilidad y cuando el electrón vuelve a su órbita original y más cercana al núcleo, emite una cantidad de energía en forma luz y con una determinada longitud de onda.

Cuando el estímulo es tan elevado que empujamos a los electrones más cercanos al núcleo, se emite radiación penetrante (rayos X) y que implican unas cantidades muy grandes de energía.

La respuesta del átomo también depende de la especificidad del estímulo. Si llamamos a la puerta del núcleo y disparamos contra sus habitantes, dispersándolos, podemos también modificar su composición y así nace la radiactividad artificial. Estos isótopos radiactivos (radioisótopos) se producen como resultado de una reacción o transformación nuclear. En la primera mitad del siglo pasado se realizaron los primeros experimentos acelerando protones de forma artificial y haciéndolos colisionar con núcleos que eran fragmentados, liberando una gran cantidad de energía.

En una interpretación muy libre y subjetiva de la formulación de Albert Einstein, mediante la cual la masa se convierte en energía, los átomos no nos dan la vida, pero sí la energía para vivir y el usufructo de su existencia, aprovechemos bien su grandeza y su sacrificio.



AUTOPISTA

Dr. José Miguel Fustero Aznar
Jefe de Cirugía Vascular Hospital Quirón Zaragoza

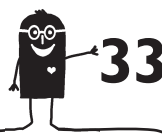
No confundir con su parónima autopsia.

Según la Real Academia de la Lengua, carretera con calzadas separadas para los dos sentidos de la circulación, cada una de ellas con dos o más carriles, sin cruces a nivel.

En nuestro día a día el circular por un autopista equivale a rapidez, fluidez, dirección a, salida, peaje. Podemos decir que la mayoría de las veces se relaciona con términos positivos, así cuando hablamos de Internet hacemos referencia a las autopistas de la información para indicar a la gran velocidad a la que se mueven los datos de un lugar a otro. Cuando nuestra vida está encaminada a un objetivo y los pasos que vamos dando se suceden con éxito, y nos van aproximando a él, tenemos la misma sensación que una vez dentro del autopista vamos viendo los indicadores que nos dicen lo que nos falta para nuestro destino, a una velocidad constante, cada ciertos kilómetros un nuevo cartel que nos informa de que estamos más próximos, ninguna interrupción en nuestro viaje...

La autopista es un escalón más, en la clase social, en el nivel de desarrollo de un país. Quién no recuerda aquellas vacaciones con el coche cargado hasta los topes, circulando por carreteras comarcales, por supuesto sin aire acondicionado, que hacían que el viaje durase todo un día, o al menos, eso parecía.

Otras veces la palabra autopista va más allá, y pasa a un plano trascendental, así lo podemos ver en la serie de los ochenta *Autopista hacia el cielo*, o en la



Autopista 61 también llamada *Autopista del Blues*, a quien Dylan dedicó un álbum donde proyectaba sobre esa carretera sus deseos de libertad.

El cuerpo humano, también tiene su propio sistema de “carreteras”, no en vano, muchos pacientes se refieren al especialista en cirugía vascular como “el de la circulación”, no quedándome claro si se refieren al aparato circulatorio o al guardia de tráfico. Disponemos de dos grandes sistemas de autopistas por donde circulan los hematíes a modo de vehículos, uno de salida, el sistema arterial, y otro de entrada, el sistema venoso. En el sistema arterial su máximo exponente es la aorta, por la que pasa toda la sangre procedente del corazón hacia el resto del organismo, digamos que sería como esas autopistas americanas con no sé cuántos carriles en cada sentido, y de allí va tomando distintas salidas para llegar a todo nuestro cuerpo (truncos supraaórticos, ramas viscerales, extremidades inferiores). El sistema de autopistas de entrada lo constituyen las venas, en concreto el llamado “sistema venoso profundo”, a él llegan todas las carreteras comarcales del “sistema venoso superficial”.

Como en la vida misma, las autopistas de nuestro cuerpo pueden presentar retenciones, menos predecibles, eso sí, que las que aparecen en las operaciones de salida y retorno de la DGT o cuando caen cuatro copos de nieve más de la cuenta. La repercusión es distinta si se produce en el sistema arterial que si es en el sistema venoso. Si la retención se produce en el sistema arterial sería como una huelga de transportistas en la que se cortan las autopistas y hay una falta de mercancías en el destino, que si no se corrige a tiempo, puede producir daños irreparables. Por otro lado, si la retención se produce en el sistema venoso, es más similar a cualquier atasco en horas punta, el autopista principal colapsado, la gente se entera e intenta salir de él por las carreteras secundarias, las cuales no están preparadas para tanto tráfico, así que también se colapsan a su vez. Suerte que el sistema venoso superficial tiene más colaterales que carreteras secundarias nuestro mapa de carreteras y permite que toda la sangre llegue a su destino por uno u otro camino.

AZAR

Dra. Mónica Renedo Gancedo
Jefe Consulta Genética Hospital Quirón Madrid

En el Campo de la Genética se ha manejado la palabra azar con mucha frecuencia; cuando en una familia detectamos una enfermedad genética que no responde a ningún patrón de herencia, se estimaba que era producto del azar; la aparición de una mutación, de un polimorfismo o de una alteración cromosómica por primera vez... producto del azar.

Cuando un óvulo madura, tiene lugar un proceso llamado meiosis, en el cual reduce a la mitad la dotación genética con el objetivo de que en su unión con el espermatozoide se restaure el genoma doble, o diploide. Pero antes de la separación de los cromosomas tiene lugar la recombinación: cada cromosoma materno y su homólogo paterno se intercambian fragmentos. Como resultado final, los cromosomas preparados para legar al futuro embrión no son los mismos de su madre, sino mosaicos irrepetibles donde han recombinado, se han barajado los genes de sus abuelos. Lo mismo ocurre a la procedencia de la otra mitad, el espermatozoide. Estas variaciones no sólo crean individuos únicos, sino que son la base sobre la que actúa la evolución de las especies. Daría la sensación de que todo es un juego de azar. Pero a menudo el azar no es sino un desconocimiento de las reglas del proceso. Los científicos tratan de desentrañar las claves que gobiernan la recombinación; y han avanzado un gran camino en este terreno. Algunas de las normas del juego ya se conocen: no todas las regiones del genoma recombinan por igual, sino que este fenómeno se centra en hotspots, puntos calientes, distintos para hombres y mujeres; la tasa de recombinación varía entre individuos y familias, aumenta con la edad de la mujer —no así en el hombre— y está relacionada con la fertilidad, como si la evolución pensara que en la variedad está el

gusto. Pero muchas de las reglas del juego todavía se desconocen y es muy emocionante ir adquiriendo el conocimiento de nuestra identidad.

Por lo tanto, con el conocimiento que hoy tenemos, azar implica el no poder predecir el resultado de un evento en particular, y la selección natural por si misma sería el único proceso de la evolución que es la antítesis del azar. Es predecible.



BELLEZA

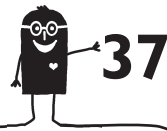
Dr. Alberto de Cecilia Gómez
Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Hospital Quirón San Sebastián

Hola, soy.....**la belleza**

Puedo ser abstracta y concreta
escrita y hablada
querida... ¡incluso a veces odiada!

Te daré algunas pistas, te diré algunas cosas
soy esa oruga que más tarde, será mariposa.

Soy el viento que peina y despeina a su antojo
puedo estar al mismo tiempo en el paisaje y en el lienzo recién pintado.
Rompo el cascarón junto al pollito y me convierto en música al piano
acompañó a los delfines en su nado
estoy en la sonrisa de los enamorados.
Huelo a sal en el océano y a flores en los prados
frecuento puertos, castillos, montañas y lagos.



Imploro en cada plegaria
camino al lado del amor
veo bostezar al sol y desperezar a la luna
y me reflejo en su resplandor

Soy el eco en el abismo y la nana de una madre,
soy la nieve en las alturas y el fuego de una lumbre.

Siempre aparezco ante los ojos de aquel que te ama
pero puedo ser obvia y rotunda ante cualquiera.

Estoy en el rostro que acusa los surcos del tiempo
y en aquel otro que llegó al mundo hace un rato.

Soy la belleza, que se crea, se destruye y se transforma
que nace... pero que también se hace
que salta de las manos del violinista
a las del cirujano
para poder ser vista.

Si esto te ha gustado
no me guardes
ni me extrañes.
Seré más feliz
me compartes.



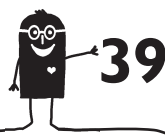
CÁMARA

Dr. Vicente Martínez de Vega Fernández
Jefe de Diagnóstico por Imagen Hospital Quirón Madrid

La captura de imágenes es mi profesión. Un amigo mío definió a los radiólogos como fotógrafos de interiores y de eso se trata. Al igual que la fotografía, las técnicas de diagnóstico por imagen son capaces de capturar imágenes del interior de nuestro organismo y así poder detectar anomalías que sean la causa de enfermedades.

Tenemos diferentes máquinas para obtener imágenes de nuestro organismo. La primera se inventó hace más de 100 años y se basa en la utilización de los rayos X. Estos son una radiación electromagnética que tras ser emitidos por un generador atraviesan el cuerpo e impresionan una placa fotográfica. Parte de esa radiación es absorbida por los diferentes tejidos que forman nuestro cuerpo y así, en la placa radiográfica, diferentes tejidos muestran diferentes densidades. Al igual que la fotografía convencional ha evolucionado a digital, los aparatos de radiología también lo han hecho gracias a la utilización de detectores digitales que son impresionados por los rayos X sustituyendo a la clásica placa radiográfica. Esto permite que podamos almacenar las imágenes radiológicas que ahora son leídas en pantallas de ordenador. También es posible transmitir esas imágenes y estas pueden ser interpretadas a distancia (teleradiología). La radiación X no es inocua y a dosis elevadas tiene efectos adversos sobre la salud, por lo que es importante hacer un empleo razonable de esta técnica.

Otra de las “cámaras” que podemos utilizar para obtener imágenes médicas es la ecografía, basada en el empleo de los ultrasonidos. Un aparato similar a un micrófono denominado transductor emite ondas acústicas de alta frecuencia



hacia la parte del cuerpo que queremos estudiar y ese transductor recibe los ecos de las ondas sonoras que son transformadas por un ordenador en las imágenes que vemos en pantalla. Esta tecnología se desarrolló a partir del sonar utilizado por los submarinos en la Segunda Guerra Mundial y su utilización en medicina se generaliza a partir de los años 70. Esta técnica es inocua y no produce daños para la salud. La evolución tecnológica ha permitido que podamos obtener imágenes en tres dimensiones o ver la velocidad a la que se mueve la sangre dentro de los vasos sanguíneos o el corazón (eco doppler).

A finales de los 70 nace la gran estrella del diagnóstico médico por imagen: la Resonancia Magnética (RM). Esta nueva “cámara” es capaz de proporcionar imágenes del interior de nuestro cuerpo con una fidelidad increíble. La RM aprovecha las propiedades de los núcleos atómicos al someterlos a un intenso campo magnético y luego aplicarles ondas de radio. Para hacer esto, el aparato de RM utiliza tres dispositivos diferentes: un imán potente y fijo, imanes secundarios variables y bobinas emisoras/receptoras de ondas de radio. Los imanes pueden tener diferentes potencias, expresada en Teslas, y en aplicación médica el más potente tiene 3 Teslas (unas 100.000 veces más intenso que el campo magnético de la Tierra). Las ondas electromagnéticas y las ondas de radio alteran momentáneamente los protones de los núcleos atómicos que componen nuestro cuerpo. Cuando estos vuelven a la normalidad emiten una señal que es recogida y transformada por un ordenador en imágenes. Diferentes tejidos tienen diferentes señales. La RM puede adquirir imágenes en cualquier plano del espacio y no ha demostrado efectos nocivos para la salud. No obstante, los pacientes portadores de materiales ferromagnéticos como por ejemplo marcapasos, no pueden ser introducidos en el imán. Una de las grandes ventajas de la RM es que además de proporcionar imágenes de alta resolución anatómica, es capaz de hacer estudios funcionales. De esta forma es posible ver cómo funciona el cerebro. Podemos detectar las zonas del cerebro encargadas del lenguaje, la audición, el movimiento, etc.



Al igual que en la fotografía, la evolución de la imagen médica es muy rápida. Cada vez tenemos “cámaras” con más megapixels que nos muestran con mayor fidelidad el interior de nuestro organismo y nos permiten diagnosticar enfermedades de forma más precoz.

Es verdad, soy fotógrafo de interiores, utilizo “cámaras” muy caras y aunque mis fotografías no captan paisajes maravillosos, una puesta de sol, personas queridas o una mirada, sí son capaces de mostrar la perfección de nuestro organismo, el paso del tiempo, las funciones del cerebro, la salud y la enfermedad, y pueden ayudar a mucha gente porque un diagnóstico a tiempo es el primer paso para seguir disfrutando de nuestra vida.



CANON

Dr. José Luis Martín del Yerro
Jefe de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Hospital Quirón Madrid

Antes (de ayer) cuando uno no sabía lo que significaba una palabra, se acercaba al estante adecuado de la biblioteca domiciliaria básica y conteniendo la respiración por el esfuerzo, cogía el diccionario de la RAE para averiguarlo.

Había que apuntar en una servilleta o un papelito el vocablo para no olvidarlo y esperar a llegar a casa para saciar el ansia cultural de incrementar nuestros conocimientos.

Abríamos el pesado volumen y en la búsqueda nos encontrábamos con numerosos vocablos desconocidos que leíamos sorprendidos de nuestra magnífica ignorancia.

Ignorancia..., cada vez que abríamos el de la RAE, pretendiendo reducir nuestra ignorancia en realidad la incrementábamos al comprobar la enorme cantidad de vocablos desconocidos.

¡Qué importante ha sido para nosotros la ignorancia! ¡A cuántos conocimientos nos ha llevado y cuánta cultura hemos incorporado a ese espacio inmensamente vacío, ávido de saber, que envuelven las meninges!

Pero hoy, ¡ay amigo! Hoy ya no hay que llenar ese espacio vacío intrameningeo, porque tenemos a... ¡Google!



A quién le importa memorizar lo que significa “canon” si con Internet, de forma inmediata obtenemos la definición: una marca de cámaras fotográficas (y de impresoras también, porque aún quedan nostálgicos del papel que quieren conservar la definición, y basta con un clic para que la canon escupa una hoja inmaculada llena de modelos y precios).

Si con lo de las cámaras no queda satisfecho, buscará páginas internacionales y entonces encontrará unas 150.000 referencias sobre el Canon del Colorado. ¿Para qué más?

Ya nunca más seremos ignorantes.

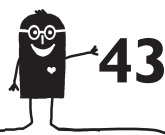
Todos los conocimientos a golpe de vista.

Hace 10 años cuando una paciente visitaba a un cirujano plástico para aumentar el volumen de sus mamas, venía a informarse y el cirujano hacía una consulta informativa. Hoy amigo mío, no viene a consultarle. Viene a examinarle y comprobar sus conocimientos a través de una entrevista como si se tratara de una especialista en selección de personal. Y así, decidir si ese señor cirujano, tiene o no la habilidad mecánica para introducirle las prótesis, porque ella ya sabe cuáles son las que hay que poner, dónde y cómo. Y por supuesto le dará las indicaciones precisas al anestesista de cómo tiene que proceder para que la operación no le duela, porque su ciberamiga del foro lo pasó fatal.

Lo sabe todo. Ya no hay ignorancia.

Entonces ¿Para quién ¡...! estamos haciendo este diccionario?

Hoy nuestra sociedad tiene un grave problema: “la falta de ignorancia”. Amigo mío, no hay que hacer diccionarios, urge hacer ignorantes.



CARICIA

Dr. José María Ricart Vayá
Jefe de Dermatología Hospital Quirón Valencia

La piel es el mayor órgano del cuerpo humano, poseemos cerca de dos metros cuadrados de piel que contienen aproximadamente cinco millones de diminutas terminaciones que actúan como transmisores de las sensaciones, nos mantienen en contacto con el medio, nos protegen de él, nos proporcionan información sobre lo que necesitamos, lo que nos da placer, nos duele o nos molesta.

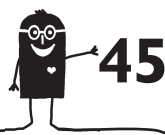
El contacto físico es una fuente de salud y de felicidad al alcance de nuestra mano; tocándonos expresamos mejor que de ninguna otra manera ternura, alegría, deseo, amor, una infinidad de emociones llenas de matices, imprescindibles para comunicarnos con aquellas personas a la que más unidos estamos.

Científicamente existe la “caricia perfecta”. Según un reciente estudio publicado en la revista *Nature Neuroscience*, un grupo de científicos ha descubierto un tipo de fibra nerviosa (denominada C-tactile) que se activa únicamente cuando esa caricia se produce a una velocidad de entre cuatro y cinco centímetros por segundo. Pero, ¿qué quieren que les diga, más allá de los estudios científicos las caricias llenan nuestra vida, a veces inadvertidamente: la mano de mi madre en mi cabello, los abrazos de mis hijos, una mirada cómplice de mi mujer, una mano en el hombro de un paciente desesperado, todas aquellas que te recuerdan la hermosura de sentirte querido.

Pero como dermatólogo debo recordarles que no todas las caricias son positivas. ¿Quién no ha sentido nunca la caricia del sol sobre su piel? ¿El sol de marzo paseando por la playa mientras el viento sopla levemente en la playa?



Recuerden que ese placer implica un riesgo añadido de cáncer cutáneo y de fotoenvejecimiento, de modo que debemos ponernos fotoprotección a lo largo de todo el año, para que la caricia del sol no se convierta con el paso de los años en una profunda herida.



45

COLOR

Dr. Giacomo de Benedetti

Jefe de Oftalmología Hospital Quirón San Sebastián

El color es fundamentalmente ausencia de color.

Esta definición puede parecer rara, pero si nos fijamos en la percepción del color por el ojo humano, veremos que lo que el ojo puede percibir es la radiación que un objeto rechaza después de haber adsorbido todas las componentes cromáticas de la luz. Por eso, ese objeto al que miramos lleva dentro todos los colores del mundo excepto el que no vemos, fruto de un reflejo luminoso. Vemos del objeto lo que no tiene.

Nuestro cerebro lo interpreta así por simplicidad: es una realidad virtual como nuestros pensamientos y nuestra imaginación y por tanto puede provocar respuestas emotivas y actitudes psicológicas distintas en cada uno.

Quizá cuando Calderón de la Barca escribía que *La vida es sueño* se referiese, como el filósofo Cartesio, a esta particular interpretación que el cerebro hace del mundo en que vivimos, como un “Matrix” personal de cada uno en cuya realidad es difícil decir si estamos despiertos o soñamos.

El color, como la visión, es una interpretación intersubjetiva (común a todas las personas) de la realidad al nuestro alrededor, pero activándose en sinergia con la complejidad del pensamiento y de la situación psicológica del individuo, toma también características de subjetividad.



También son determinantes en la percepción del color los condicionantes culturales. En su origen, todas las culturas comienzan una definición para el blanco y para el negro, y según van evolucionando incluyen definiciones para el rojo y después para el verde, y así hasta completar la paleta de colores, en la que, incluso en una cultura global como la que vivimos, existen colores diferentes en cada cultura. Un ejemplo que conozco bien es del azul, que en italiano se corresponde con el “blu”. Sin embargo aquí el cielo es azul y en Italia nunca podrá ser “blu” (salvo por la noche), sino “azzurro”, vuestro azul celeste.

En cualquier caso, no podemos decir que exista una percepción normal de los colores, pero consideramos normal la que tiene la mayoría de las personas. Poco se sabe de la percepción de los colores de otros seres vivos, pero sí sabemos que es distinta. El espectro cromático de las abejas, por ejemplo, es más amplio que el nuestro, por lo que perciben tonalidades que nosotros no alcanzamos a ver. Encuentran el néctar de las flores gracias a que son capaces de detectar sus emisiones de luz ultravioleta, mientras nosotros nos quedamos con el colorido de sus pétalos. Unos y otros vemos nuestra propia realidad, diferente, pero no menos real una que otra.

De la misma manera, hay personas que ven los colores de manera distinta a la mayoría, estas diferencias son discromatopsias. Un caso extremo es el del daltonismo, que en su concepción más extendida consiste en no diferenciar el verde del rojo. Su origen es genético, recesivo y ligado al cromosoma x por lo se hereda de padres a hijos. La incidencia en hombres es de un 8%, mientras que en las mujeres es de un 0,5%, y es debida a la falta de “receptores” de estos colores en la retina. Las discromatopsias adquiridas, que se manifiestan de repente y no desde el nacimiento, suelen ser síntoma de patologías que afectan al cerebro, a la retina o al nervio óptico.

CONDUCTA

Dr. Víctor M. Campos Arillo

*Coordinador del Área de Neurociencias. Servicio de Neurología.
Unidad de Trastornos del Movimiento de Hospital Quirón Málaga*

Del latín “conducta” (conducida, guiada) la definición propuesta por la Real Academia Española de la Lengua (“Manera con que los hombres se comportan en su vida y acciones”) parece excesivamente circunscrita. De su análisis inmediato resalta cómo la manera de comportarse se supone implícitamente determinada, previsible, “conducida” y por ende exclusivamente humana, por lo que la definición manejada en psicología parecería más adecuada: “Todo lo que un organismo hace frente al medio, cualquier interacción entre un organismo y su ambiente”. Esta parece respetar mejor la voluntad del organismo en cuestión y no lo limita a los descendientes del homo sapiens sapiens.

Muchos patrones de comportamiento “estables” se han desarrollado con la evolución y los exitosos probablemente han sido sancionados por la genética, por lo que podríamos también hablar de unas pautas de conducta heredadas.

La relación con el medio así planteada es instintiva y su análisis automático, formando parte de nuestra vida diaria como elemento esencial. Este sistema se dispara cuando el mozo de espadas predice cómo se comportará el toro horas después en la plaza e informa a su “maestro” de sus peligros o derroteros, cuando el economista analiza cómo va a evolucionar el mercado de valores, cuando el entrenador del equipo plantea la estrategia del rival para cortar su ofensiva o insta a conductor de juego a “leer el partido”, cuando el escritor intenta satisfacer el deseo de su lector o, quizás provocarlo (otra forma de satisfacción que hay que aprender a descifrar), cuando el intérprete intenta

atraer a una multitud para hacerla cantar o sentir al unísono o cuando se establece una estrategia de acercamiento a la persona objeto de deseo sexual.

En mi experiencia personal la mayor parte de las personas destacadas en los ámbitos económico, social, político o cultural a las que he podido preguntar las razones de su éxito se vanagloriaban de una cualidad común: “He sabido interpretar lo que otra —persona o circunstancia— quería decirme” (inferiéndose que “desde ahí he tomado decisiones acordes con esa interpretación, sin dejarme conducir, con lo que el negocio, el voto o el programa ha resultado según mis deseos”). Resulta curioso el aspecto ególatra de la respuesta, glosando la capacidad de conducir otras voluntades hacia un fin (altruista o no) propio, individual.

En resumen, con ser global y social la conducta también es única, personal y relativamente intransferible, nos identifica y separa como entes individuales, como en pocas palabras Goethe resumía: “El comportamiento es un espejo en el que cada uno muestra su imagen”.

“Todo es conducta”.

CORAZA

Dr. Antonio Cantó Armengol

y Dr. Ángel García Zarza

Servicio de Cirugía Torácica Hospital Quirón Valencia

La coraza es sinónimo de protección, y de defensa. En zoología es la cubierta dura que protege el cuerpo de algunos reptiles, como los quelonios (tortugas). En el ser humano el tórax es la única y verdadera “coraza” de nuestro organismo y está protegiendo órganos tan importantes como el corazón, los pulmones y los grandes vasos.

Está formado, de fuera adentro, por la piel, el tejido celular subcutáneo, importantes músculos y la llamada “jaula torácica”, una fuerte defensa constituida por el sistema óseo y formada por la columna vertebral por detrás y el esternón por delante, unidas ambas por los arcos costales a modo de jaula. Es la llamada parrilla costal.

Por arriba, un estrecho orificio para dejar paso a la tráquea, el esófago y los vasos, formado por la columna dorsal, las dos primeras costillas y las clavículas.

Por debajo de toda esta estructura se encuentra el potente músculo diafragma que lo cierra, dejando pasar sólo el esófago y vasos y que lo separa de los órganos abdominales.

Dentro del tórax se encuentran los pulmones, órganos encargados de la respiración y que por su consistencia blanda protegen a su vez, al modo de almohada, el llamado mediastino donde se encuentra el corazón, los grandes vasos, la tráquea y bronquios principales y el esófago.



Cualquier patología, alteración o agresión a la caja torácica va a ser tratada, con la excepción del corazón y grandes vasos, por el cirujano torácico.

Para la ayuda diagnóstica y/o terapéutica de la patología torácica, el cirujano torácico estará apoyado por los servicios de neumología, radiología, laboratorio y anatomía patológica, fisioterapia y enfermería. En la terapia a efectuar en quirófano por el anestesista, instrumentista, personal de quirófano y la mayoría de veces con el intensivista.

Las patologías más frecuentes, de fuera a dentro del tórax, son los traumatismos torácicos, tumores e infecciones de pared y malformaciones del tórax (pectus excavatum, carinatum y mixtos). Todos los derrames pleurales y los neumotórax (con el Toracoscopio). Todo tipo de tumores malignos y en ocasiones benignos, pulmonares y traqueales. Dentro del mediastino y hacia arriba, hasta la laringe, tratamos las estenosis laringotraqueales y los bocios endotorácicos y por debajo de estos todo tipo de tumores, estenosis de traquea y bronquios principales, quistes e infecciones.

En la actualidad y mediante técnicas endoscópicas personales sin drenajes, con el toracoscopio o el mediastinoscopio tratamos, además de pequeñas patologías pleuropulmonares y mediastínicas, las hiperhidrosis con estancias mínimas, que no llegan a las doce horas, según la actitud del paciente y con resultados excelentes.

DELIZADEZA

Dr. Juan Carlos López Gutiérrez
Jefe de Cirugía Pediátrica Hospital Quirón Madrid

¿De dónde nos puede venir la delicadeza? ¿Es transmisible? ¿Se contagia?
¿Cómo? ¿Es innata? ¿Se puede fomentar enseñar o aprender?

En un reportaje televisivo una auxiliar de enfermería decía que su trabajo era muy delicado. Trabajaba con personas y para ella las personas somos el material más delicado del mundo.

El hospital es una fuente inagotable de delicadeza.

Un payaso haciendo sonreír cada tarde a un pequeño atado a su gotero y mordido por el cáncer es sólo una muestra.

No hay duda de que es un espacio propicio.
Hasta algunos consiguen que sea algo poético:

“El médico exploró al niño con la lentitud de acercamiento que produce el temor a herir o lastimar, a pesar de las formas suaves y onduladas de su abdomen. Había sensibilidad en la percepción y en la discriminación, por lo que rápidamente se percató de la gravedad del proceso. Tuvo que comunicar a los padres la mala noticia con la preocupación de ser sensible y transmitir la información adecuada. La situación era altamente expuesta al disgusto y, por tanto, difícil de manejar. Sin embargo la corrección en el habla, la finura en las palabras y la suavidad en el gesto, como abrazando con la mirada, permitió traspasar suavemente esa frontera entre el deseo de lo que deseaban oír —no es nada grave— y la realidad que negaban —había que operar—.



A pesar de la frágil constitución corporal, la intervención fue un éxito, los finos tejidos soportaron perfectamente la suave y eficaz manipulación, como en un deseo de rozar lo sensible sin llegar a tocar. El postoperatorio agradable hizo que la habitual sensibilidad del niño a los pequeños cambios de ambiente pasara desapercibida a pesar de las naturales molestias e incomodidades físicas. Había dulzura y ternura en las enfermeras en cuanto a los afectos reflejados o a la emoción despertada; primor y cuidado en los detalles como propios de un paciente distinguido.”

Este fragmento refleja perfectamente la sensibilidad, el tacto, la corrección, incluso la ternura necesaria en el acto médico.

¿Se puede hacer a una persona delicada? ¿Qué tendrá que hacer? ¿Dónde tendrá que hacerlo? ¿Puede ser un buen sitio el hospital? Vamos a intentarlo...

DOLOR

Dr. Miguel Marín

Jefe de Unidad del Dolor Hospital Quirón San Sebastián

“El dolor es un serio problema de salud en Europa. Mientras que el dolor agudo puede ser considerado razonablemente un síntoma de una enfermedad o de una lesión, el dolor crónico y recurrente es un problema específico en el cuidado de la salud; una enfermedad en sí misma”.

Así se define el dolor en la Declaración de la EFIC (Federación de Sociedades Europeas del Dolor), presentada en el Parlamento Europeo en 1998 para llamar la atención sobre la incidencia, repercusión en salud y costes económicos y sociales del dolor crónico en Europa.

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una situación de daño real o potencial en nuestro cuerpo. Desde un punto de vista objetivo no tenemos medios que nos ayuden a confirmar el nivel del dolor que un paciente nos refiere. Como mucho, podemos llegar a entender la realidad del dolor en aquellos casos en los que una agresión o una lesión tisular lo hacen obvio. Son innumerables las causas que pueden acabar influyendo tanto en la existencia como en la intensidad de la sensibilidad dolorosa en el transcurso del tiempo. Por lo tanto, el dolor es una realidad un tanto abstracta de contornos indefinidos en constante transformación dinámica.

El dolor ha acompañado y acompañará al ser humano a lo largo de toda su vida. En ocasiones adquiere un sentido que va más allá del ámbito sanitario. Hablamos de situaciones que nos producen dolor, tales como la pérdida de un ser querido o problemas y situaciones desagradables que nos acompañan en la vida.



Debemos pues considerarlo como un fenómeno complejo y especulativo en todas sus vertientes; tanto bio-fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y comportamentales, las cuales deben ser correctamente entendidas. El qué duele y el porqué duele son condiciones indispensables para poder conseguir una correcta caracterización clínica y plantear, al mismo tiempo, una adecuada estrategia terapéutica.

Se trata de una expresión de que algo pasa en nuestro organismo, una señal de alarma esencial para la supervivencia (imaginemos meter la mano en aceite hirviendo y no sentir dolor, o padecer una apendicitis sin tener este síntoma de aviso). Por tanto tiene un valor biológico fundamental y al médico le sirve a su vez como herramienta diagnóstica para poder curar la enfermedad. Hablamos de dolor agudo, que en general es un proceso breve y limitado, síntoma de enfermedad.

Ahora bien; la transformación, a través del tiempo, del dolor agudo en dolor crónico y la suma de otros fenómenos, convierten un síntoma en una verdadera enfermedad llegándose a constituir un síndrome con identidad propia que tiene al dolor como su epicentro. Se define el dolor crónico como aquel que persiste a lo largo del tiempo asociado a un proceso irreversible o no, que produce dolor continuo o recurrente a lo largo del tiempo. Diferenciar el dolor agudo del crónico es muy importante para su correcto tratamiento.

El dolor crónico asociado a un proceso irreversible o no, irrumpe afectando la calidad de vida del paciente y, a menudo, también la de su familia, amigos y cuidadores. Además de esta seria erosión en la calidad de vida del paciente y su entorno, implica un elevado gasto social a todos los niveles. Se trata de una enfermedad muy frecuente en la actualidad, debido en gran parte a los avances médicos que convierten en crónicas enfermedades antes mortales y el aumento de la esperanza de vida de la población. Estos últimos años se

acompañan a menudo de enfermedades degenerativas que producen dolor (artrosis y problemas del aparato locomotor en general).

La magnitud epidémica del dolor crónico en términos de sufrimiento humano y costes económicos para la sociedad son bien conocidos en el campo de la Medicina del Dolor. Fuentes autorizadas sitúan el coste total del dolor crónico en un nivel similar al producido por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, estos hechos no son ampliamente apreciados entre la gran comunidad biomédica. Una encuesta de la EFIC en 2001 mostró datos tan alarmantes como que la duración prolongada del dolor es de 7 años de media y que el paciente tarda dos años en encontrar alivio. A muchos de ellos se les recomendaba “aguantar” el dolor. Sólo el 2% de los encuestados había sido derivado a un especialista en el tratamiento del dolor. Muchos de ellos reconocían: “Mi médico se preocupa más por mi enfermedad que por el dolor que tengo”.

El impacto sobre la calidad de vida en esta encuesta era importante: absentismo e incapacidad para la actividad. Un 20% había perdido el empleo. Muchos pacientes padecían depresión. Un quinto de los encuestados “preferiría morir”. El tratamiento del dolor como tal es a todas luces insuficiente.

El campo de la Medicina del Dolor a través de unidades especializadas es relativamente reciente. Es a mediados de los años 70 cuando se crea la IASP (Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor), y desde ella se promueve que el dolor crónico puede y debe ser tratado a todos los niveles, ya que actualmente disponemos de tratamientos seguros y eficaces. Además, aquellos casos complejos o que se puedan beneficiar de técnicas especiales pueden ser tratados en las Clínicas del Dolor por especialistas.

Cuando me encuentro en la consulta a un paciente con dolor crónico severo, que ha recorrido múltiples especialistas intentando encontrar

“solución” a su problema y ésta no existe, mi primer objetivo es instruirle y hacerle comprender la situación: su problema no tiene curación, como, por otra parte, cualquier enfermedad crónica, y exigirá un tratamiento serio y continuado. Esto parece una obviedad y es generalmente aceptado para otras enfermedades crónicas: diabetes, hipertensión etc..., pero los pacientes e incluso la comunidad sanitaria, no lo tiene tan claro cuando se trata del dolor: “es mejor aguantar, no tome analgésicos si puede, la morfina es peligrosa...”

Si el paciente lo entiende, las cosas serán más fáciles. No es mejor aguantar el dolor, sus consecuencias afectan negativamente a nuestra calidad de vida, y la enorme variedad de analgésicos existentes hoy en día, entre los que se encuentra la morfina, no son peligrosos. Son un tratamiento terapéutico que, bajo prescripción y control médico, curan una enfermedad, igual que la quimioterapia puede curar el cáncer. Y al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas, además de los tratamientos farmacológicos, deberemos plantear estrategias preventivas, de estilo de vida y apoyo psicosocial, tanto al paciente como a su entorno.

El tratamiento del dolor se puede y debe realizar en todos los niveles del sistema sanitario. Desde el médico de cabecera aplicando los tratamientos sencillos con medicamentos, los especialistas y por último aquellos casos complejos deben ser valorados en unidades especializadas con técnicas de tratamiento especiales.

La Medicina del Dolor es medicina paliativa. Recordemos a la Dra. Sanders: “Curar cuando se pueda, aliviar con todos los medios posibles y consolar y ayudar siempre.”

Por último recordar la Declaración consensuada de la Academia Americana de Medicina del Dolor y la Sociedad Americana del Dolor (1997). “El

infratratamiento del dolor en la sociedad actual no está justificado. Esta afirmación de consenso se ha adoptado para ayudar a fomentar una práctica en la que los opioides (como la morfina o la codeína) y los tratamientos disponibles se utilicen de forma adecuada para reducir el sufrimiento innecesario debido al dolor”.



EJERCICIO FÍSICO

Dr. Ricardo Jiménez Mangas

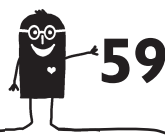
Unidad de Medicina del Deporte Hospital Quirón San Sebastián

Desde un punto de vista conceptual podemos definir el ejercicio físico como toda actividad física organizada, repetitiva y planificada. Siendo la actividad física cualquier movimiento intencional, realizado con los músculos esqueléticos del que resulta un gasto de energía.

Desde un punto de vista menos académico, hay otras “definiciones” que quizás definen también “a su manera” lo que representa. Todas ellas comparten que ejercicio físico y ser humano constituyen un binomio que se interrelaciona de distintas maneras y con diferentes objetivos en todos los períodos de nuestra vida.

En la época de desarrollo, la adolescencia, representa una herramienta que ayuda a modelar nuestro cuerpo y con ello a favorecer el mundo de nuestras relaciones, especialmente con el sexo opuesto, aportándonos confianza y seguridad. El deporte de equipo fomenta el desarrollo de capacidades importantes en el desarrollo de la personalidad como el compañerismo y el trabajo en equipo así como el espíritu de superación y sacrificio. Estas aptitudes resultarán determinantes también para que los jóvenes aprendan a desenvolverse en el mundo laboral.

En la madurez, el ejercicio se convierte en ese infatigable cómplice testigo y aliviador de nuestras “penas” laborales, representando una válvula de escape de nuestros quehaceres cotidianos. Cuando nuestro cuerpo empieza a convertirse en nuestro enemigo (artrosis, broncopatías, enfermedades metabólicas), se convierte en un arma terapéutica de muy bajo costo pero de indudables prestaciones.



El ejercicio es sin duda la mejor medicina contra su antónimo el sedentarismo, uno de los síntomas del enorme desarrollo tecnológico que vive nuestra sociedad. El ordenador se ha convertido en herramienta de trabajo y de ocio, y pasamos sentados delante de él la mayor parte del día. Para prevenir y curar todas las patologías que se derivan de ello, el mejor tratamiento es el ejercicio físico, controlado y adaptado a las condiciones y edad de cada organismo. Cada vez más, los médicos recetan paseos, natación, gimnasia...”pastillas” de sabores para que cada uno elija la que más le gusta. Además de los beneficios sobre nuestro cuerpo, el ejercicio también actúa sobre el estado de ánimo, mejorando nuestra actitud ante los problemas de la vida. Así, en tiempos de crisis, económica como la actual, o personal, debido a circunstancias particulares, la práctica de un deporte nos dirige hacia el lado positivo, a vernos con mejores ojos a nosotros mismos e incluso a ahorrar, ya que durante ese tiempo no consumimos y hacer ejercicio es gratis.



ELECTRICIDAD

Dr. Carlos Tejero Juste

Servicio de Neurología Hospital Quirón Zaragoza

Cuando era un niño, mis padres me llevaron a ver *El Jovencito Frankenstein*, de Mel Brooks. A esa edad, a pesar de que el cine entero estallaba en carcajadas cada vez que el caballo relinchaba al pronunciarse el nombre del Ama de Llaves y otras escenas, yo me estaba muriendo de miedo mientras veía la película.

La escena de la tormenta, con Gene Wilder esperando atraer al rayo que produjera la descarga eléctrica necesaria para despertar al monstruo, me ha acompañado en mis reflexiones durante mucho tiempo.

Hay que ver lo que nos pueden influir escenas de películas durante la infancia.

Lo más parecido al castillo de Frankenstein que yo conocía era la bodega de bóveda de piedra de la casa de mis abuelos. Una casa de labrador del Sobrarbe, con una bodega que albergaba ocho grandes cubas donde se almacenaba el vino que producían las viñas de la familia antes de ser anegadas por el pantano de Mediano.

Una vez entrada en desuso, la bóveda estaba alumbrada por una única bombilla, que proporcionaba un aire fantasmal a las cubas y otros cachivaches que había en el fondo, y que resaltaba la presencia de las telarañas que cubrían el techo (yo podría decir que desde hacía milenios).

Cada vez que mi abuela me mandaba a la bodega a por vinagre (que otro oficio no me dejaban tener), recreaba en mi mente las escenas de la película. Y no sólo las recreaba en la mente sino que las podía experimentar en mi cuerpo,



porque había un interruptor para encender la solitaria bombilla que aislaba fatal. Era uno de esos antiguos interruptores de cerámica en los que había que hacer girar una palomilla para que funcionara. Parece mentira que me situara tan bien mentalmente en la película y que se me olvidara que aquel interruptor daba unos calambres que además de hacerte rechinar los dientes te dejaba una sensación parestésica de hormiguitas en los dos primeros dedos de la mano derecha durante un buen rato. Tanto rato que el vinagre lo transportaba con la mano izquierda.

Conforme el tiempo fue pasando me fui olvidando de Frankenstein, pero en los primeros años de carrera volví a recuperar las viejas sensaciones.

En el laboratorio de Histología había una doctora que tenía ¡cultivos de neuronas! Estaba experimentando la influencia que sobre ellas tenían las radiaciones electromagnéticas de los electrodomésticos habituales, pero las utilizaba también como docencia.

La práctica era observar la respuesta de la neurona a un impulso eléctrico originado a través de un microcatéter para que comprendiéramos las propiedades de conductibilidad de la neurona. Desde luego que no era devolver la vida al tejido muerto, pero tenía mucho de siniestro.

La neurona es capaz de responder ante un estímulo eléctrico generándose un impulso nervioso, y a su vez, los impulsos nerviosos que se transmiten pueden ser detectados por un electrodo como una diferencia de potencial eléctrico.

Esto lo aprendí en las prácticas de Neurofisiología, que fue la “puntilla” que me acabó por orientar hacia la Neurología al aprobar el MIR. Me encantó el electroneurograma, en el que con un “calambrazo” como el que yo me daba en la bodega de mis abuelos se estudia la salud de los nervios de las extremidades.



Cuando se aplica el estímulo eléctrico sobre un nervio de propiedades motoras se consigue un movimiento involuntario de los músculos que dependen de ese nervio. ¡Quién me iba a decir a mí, con el miedo que me daban los calambres, que iba a estar practicando incansablemente conmigo mismo la sensación indescriptible de tus músculos moviéndose al capricho de los impulsos eléctricos!

Ahora, en mi trabajo diario, solicito que a mis pacientes se les practiquen estudios basados en los impulsos eléctricos (electroencefalograma, electro-neurograma, electromiograma, potenciales evocados...), lo que me invitó a la reflexión de la importancia de la electricidad en mi especialidad.

Reflexionando en voz alta comenté esto en una de nuestras reuniones, a lo que mi muy querido y altamente dotado de sentido práctico colega que se sienta a mi lado me respondió: “Y tanto que es importante la electricidad en nuestra especialidad, ¡prueba a pedir un escáner un día que no haya luz en rayos...!”

EMPATÍA

Dra. María José Agustí García Navarro
Servicio de Neumología Hospital Quirón Barcelona

Barrer, uno de los grandes teóricos del “talent program” cuenta una historia...

“Se trata de un hombre que vivía en la ciudad y poseía un coche de lujo. Su pasión era conducir el coche los sábados por la mañana hasta una pequeña casa de campo. Pero el camino era peligroso por las curvas. A pesar de ello, nuestro hombre era capaz de ir a grandes velocidades. En cierta ocasión, de una de las curvas salió un coche que parecía haber perdido el control. El coche se le venía literalmente encima. Con gran esfuerzo, consiguió esquivarlo. Al cruzarse, la conductora del otro del coche le gritó “¡Cerdo!”. El hombre se enfadó y aparentemente no sin razón: no sólo había estado a punto de sufrir un accidente por culpa de ella sino que, además, se atrevía a insultarle. Sacó la cabeza por la ventana y dirigiéndose a ella le contestó: “¡Cerda!” Luego tomó la siguiente curva, que era muy pronunciada y de visibilidad casi nula... y chocó con un gran cerdo muerto que estaba en medio de la carretera. Murió.”

La conductora, que a duras penas había podido esquivar al cerdo, no pudo, aunque lo intentara, comunicar su existencia. Nuestro hombre respondió al insulto, en lugar de atender a una llamada de ayuda.

Nuestro conductor perdió la vida por su falta de empatía. Si él hubiera captado la emoción en el tono de voz de la conductora, habría percibido en ella el miedo y el deseo de avisar del peligro, habría actuado con empatía, y salvado el pellejo.



La empatía fue definida por primera vez por E.B. Titchener en la década de los veinte del pasado siglo. Procedente del griego “*empathia*”: “sentir dentro”. La empatía sería la capacidad de percibir la experiencia subjetiva de otra persona.

Posteriormente, Martin Hoffman, especialista en el tema la define como “la capacidad de ponernos en lugar del otro”. Según él, la empatía es en última instancia, el fundamento de la actitud ética.

Efectivamente, se ha comprobado que violadores, pederastas y psicópatas carecen de empatía.

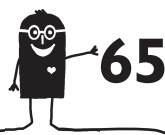
Ésta tiene su fundamento en la conciencia de uno mismo, puesto que cuanto más abiertos nos encontremos a la captación de nuestras emociones, mayor será nuestra destreza en la comprensión de los sentimientos ajenos.

Se ha demostrado que los niños de 2 años de edad ya muestran diferencias de empatía. Algunos lloran en cuanto oyen hacerlo a algún niño; otros no.

A pesar de esta diferencia que podríamos calificar de innata, los padres pueden incidir en la empatía de sus hijos.

Los niños se muestran más empáticos cuando en su educación se les fomenta la toma de conciencia de los efectos emocionales y su conducta puede causar en otras personas.

Por experiencia sé que la empatía es a veces la única forma de comunicación posible. Mi hija Marta es autista, maneja un lenguaje limitado, pero su comunicación es magnífica. Ella sabe inmediatamente cuál es el estado de ánimo de la persona con la que se encuentra.



Me ha enseñado día a día a captar sus emociones y sentimientos.

Gracias a mi hija autista yo he podido entrenar y aumentar mi empatía.

En conclusión, la capacidad empática es fundamental para la convivencia, para la comunicación y en definitiva para todas las profesiones que persiguen la ayuda y el cuidado del otro.



EQUILIBRIO

Dra. Carina Gimeno Uribe

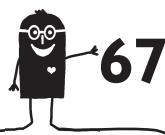
Especialista en Nutrición Hospital Quirón Valencia

En alimentación es la correcta proporción de los distintos nutrientes que componen nuestra dieta. Es el balance entre la ingesta y el gasto energético. Es la mesura en el placer de comer y en el ejercicio para conseguir la salud y el bienestar psicológico. Es contribuir con los elementos adecuados al ajustado engranaje del metabolismo humano. Son las piezas necesarias para el funcionamiento perfecto. Es la dieta mediterránea en su contexto.

Es la armonía de texturas, colores y sabores que llenan nuestros sentidos. Es el color del vino, el olor a la canela, el aroma del café, el sabor a tarta recién horneada...

Es aquel momento en las tardes de verano viendo la puesta de sol desde la playa de Illetes. Música chill-out, brisa suave en la cara, veleros de regreso a la gran Pitiusa. Navegando... Navegando con viento ligero y mar rizada. Con la escora perfecta. Deslizándose el viento en la vela y el mar en la orza. Y el olor, el olor intenso a sal, sin prisa, el rumor de las olas, las aguas cristalinas.

Y en esa misma playa en las noches estrelladas cuando la luna está ausente al mirar el firmamento vemos estrellas fugaces. Y con el paso de las horas el baile perfecto de los astros. En sincronía. Pendidos en el cielo por hilos invisibles, por fuerzas que se atraen y se repelen, inmóviles a lo lejos. El Universo distante, inalcanzable, desconocido.



Es la química, es la física, es la atracción de los sexos. Es el manejo inconsciente de todo lo que acontece... Es el paso de los días, es la sucesión de años. Y todo así,... el mar, la tierra, la lluvia... y el inmenso cielo.



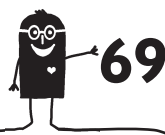
ESPEJO

Dr. Rafael Benito Moraga

Servicio de Psiquiatría de Hospital Quirón San Sebastián

Es esa tabla hecha a veces de cristal azogado por la parte posterior, o en ocasiones de acero u otro material bruñido, que refleja lo que somos o lo que parecemos; aunque realmente no muestra lo que verdaderamente importa de nosotros. Cuando tratamos de decidir nuestro ser o no ser nos miramos en nuestros semejantes, y no en un cristal pulido embadurnado con azogue. Es el efecto que producimos en nuestros congéneres, y especialmente en quienes nos resultan más queridos, cercanos, o importantes, lo que nos da la medida de cómo, qué, o quiénes somos. Tras mirarnos en todos esos espejos es imposible que la imagen que nos devuelve el del armario ropero se reduzca simplemente a sus propiedades físicas de color, forma, tamaño, o volumen. Es la muerte de la inmutabilidad: cada vez vemos un yo distinto aunque nuestro cuerpo es el mismo. De modo que el cristal nos miente y nos sustrae la esencia que, desde el viejo Parménides, corresponde con lo invariable. Cuando regresamos a casa y nos quitamos traje, corbata, blusa o maquillaje mirándonos directa o subrepticamente en el espejo del baño, inevitablemente, los recuerdos y las voces de aquellos en quienes nos hemos mirado inundarán nuestro cerebro rebosando y rezumando sensaciones que teñirán y deformarán lo que vemos. “...observa ese fracasado que te mira desde el cristal, ¿te has dado cuenta de lo vulgar que es su aspecto?, hoy nadie le ha mirado, nadie ha alabado su trabajo, está acabado, y cada vez le hacen menos caso....”. Y desde el cristal nos mirará un ser gordo, feo, ojeroso y ajado.

Nos pasamos la vida construyendo, destruyendo y reformando esa imagen. Lo hacemos día a día, pero también a lo largo de nuestra historia. El proceso comienza desde que abandonamos el cálido vientre materno; y es precisamente nuestra madre el primer espejito mágico en el que vemos qué y cómo somos, lo



esencial de nuestro ser. Mucho antes de que sepamos siquiera si tenemos nariz empezamos a reconocernos en cada palabra, en cada gesto, en cada conducta y actitud de nuestra madre. Cuando lloramos, cuando nos duele algo, cuando tenemos hambre, cuando estamos sucios, cuando nos reímos o comenzamos a decir nuestras primeras palabras. Cada uno de estos pequeños incidentes suscita una reacción en esa figura borrosa que nos llevó dentro y que siempre tenemos cerca. Quizá acuda solícita para prestarnos sus amorosos cuidados, hablando como si cantara, cogiéndonos mientras nos cubre de besos; consiguiendo que nos sintamos importantes, valiosos, queridos, seguros; logrando que hagamos las paces con nuestro cuerpo y que lo experimentemos como una residencia agradable en la que las molestias no duran. Gracias a nuestra madre, entre los 6 y los 18 meses de vida, desarrollamos finalmente la noción de un “yo” distinto a “el otro” (nuestra madre), y separado también de “los demás”. Es este al acto fundacional de la individuación de una autoimagen física y mental. ¿Sorprende que los psicoanalistas hayan llamado a este periodo “fase del espejo”?

El proceso de reconocerse en los demás ha comenzado y ya no terminará. De cualquier forma los espejos en los que preferimos mirarnos van cambiando; y también cambia la parte de nuestra identidad que decidimos observar en cada uno de ellos. Algunos nos muestran incluso cómo seremos en el futuro, cuando nos hagamos grandes o mayores. De niño miraba a mi padre y pensaba si yo sería como él, si podría llegar a ser como él y qué tendría que hacer para conseguirlo. Ese futuro ha llegado con la velocidad que desaparecen los sueños y, cuando me miro al espejo, veo a alguien que ha conseguido parecerse a mi padre pero que en realidad sólo es una imitación no demasiado buena.

Mi padre y mi madre, los primeros espejos en los que me vi, comenzaron a contarme cómo era y cómo iba a ser. Fueron mis preferidos durante algún tiempo; aunque nuestros espejos favoritos cambian conforme crecemos, modificándose al mismo tiempo la faceta de nuestra identidad que decidimos escrutar en ellos. La infancia es un invierno lluvioso que pasamos en casa, calentitos y a



gusto, con papá y mamá, haciendo puzzles o jugando con los cochecitos. Luego llega la primavera de la adolescencia y salimos de casa para sentir el calor en el rostro, respirar un aire sin dueño y buscar otros espejos. Y entre todos ellos comienzan a interesarnos aquellos que nos muestran deseados o deseables. Bonitos espejos de marcos sinuosos y reflejos irisados y chispeantes en los que descubrimos cuánto gustamos; comenzando a medir nuestras posibilidades de acabar siendo como papá o mamá. Dichoso quien se descubre digno de amor en esa época de la vida. De entre todos esos espejos acabamos prefiriendo uno, nos gusta tanto su forma y lo que vemos en él que nos acercamos cada vez más para mirarnos en sus ojos, y acabar besándolo como si nos besáramos.

Cuando hemos vivido demasiado para que nos interese o nos preocupe el futuro llega el momento de mirarnos en espejos que reflejan nuestro pasado. “A menudo los hijos se nos parecen...” decía una canción. Y efectivamente nos vemos en nuestros hijos; aunque no se nos parezcan. Nos recuerdan el niño que fuimos como éramos, y también distintos. Resulta difícil resistirse a la tentación de intentar modificar estos espejitos para no ver en ellos lo que nunca nos gustó de nosotros, o para intentar que reflejen una imagen mejorada del pequeñín que fuimos.

Madre, padre, amigos y amigas, novias, mi esposa y mis hijos, compañeros, pacientes... Espejos espejitos a los que he preguntado quién es la más bonita del reino. Me han enseñado a verme siempre diferente y, paradójicamente, siempre igual. Por eso no me he dado cuenta de cómo he cambiado con los años. Sólo reparo en mi envejecimiento cuando miro las fotos que mi madre pegó pacientemente en un álbum de tapas duras que me regaló hace ya muchos años, cuando cumplí los cuarenta. Pero esas fotos no son espejos, y mis semejantes se han convertido en espejos desportillados o cubiertos por velos negros en los que no puedo ya mirarme, aunque añore hacerlo. Quizá sea mejor así.



ESTORNUDO

Dr. Antonio Valero Santiago

Servicio de Alergología de Hospital Quirón Barcelona

Un estornudo es un acto reflejo convulsivo de expulsión de aire desde los pulmones a través de la nariz y boca. Por lo común es provocado por partículas extrañas que provocan la irritación de la mucosa nasal. De hecho, el estornudo es un mecanismo de defensa del aparato respiratorio.

La irritación estimula la sensibilidad de la nariz y ello provoca una fuerte inhalación de aire —aproximadamente dos litros y medio— que pasa a los pulmones. Es entonces cuando los músculos abdominales hacen subir al diafragma para aumentar la presión en los pulmones.

Mientras tanto, los músculos de la faringe se cierran también. El aire sale entonces disparado por la boca a una velocidad promedio de entre 110 y 160 kilómetros por hora y contamina un área de 6 m².

Es muy difícil para una persona mantener sus ojos abiertos mientras estornuda. El reflejo de cerrar los ojos parece no tener objetivo alguno: los nervios que controlan los ojos y la nariz se encuentran relacionados y un estímulo en uno de ellos a menudo produce una respuesta en el otro. También es casi imposible estornudar sin mover la cabeza, sólo si el estornudo es muy suave. Esto es debido a que el movimiento de la cabeza hacia delante ayuda a expulsar las sustancias irritantes del aparato respiratorio.

Pensar en sexo puede provocar estornudos. Dos investigadores británicos decidieron analizar la relación entre la excitación sexual y el estornudo, después de leer el caso de un paciente que sufría estornudos incontrolables



cuando pensaba en relaciones sexuales. Los resultados del estudio, que publicaron en “Journal of The Royal Society of Medicine”, revelan que el problema podría deberse a un defecto en las conexiones cerebrales.

El reflejo de estornudo por luz brillante, también conocido como estornudo fótico, es un trastorno en el cual las personas expuestas a la luz brillante responden involuntariamente con un estornudo. Se ha sugerido que este fenómeno ocurre únicamente tras haberse adaptado a la oscuridad durante más de cinco minutos, aunque esto no ha sido probado y se han registrado casos contrarios entre personas con el reflejo. Este trastorno no es raro, lo padecen entre un sexto y un cuarto de los humanos, más comúnmente en blancos que en otros grupos. El rasgo se transmite genéticamente, con un 50% de posibilidades de herencia. Otro estudio sueco encontró que 25% de las personas estudiadas estornudaban en respuesta a la luz brillante

Historia y estornudo

En el año 400 a. C., el general ateniense Jenofonte pronunció un dramático discurso instando a sus soldados colegas a acompañarlo a la libertad o la muerte contra los persas. Habló durante una hora hasta que un soldado acentuó su conclusión con un estornudo. Considerando este estornudo como una señal favorable de los dioses, los griegos hicieron a Jenofonte general y siguieron sus órdenes.

Los egipcios y los griegos veían señales divinas en los estornudos. Se consideraban buen agüero si se producían por la tarde y malo si se estornudaba por la mañana. El estornudo hacia la izquierda era una mala señal y era favorable hacerlo hacia la derecha. Se tenía por virtuosa la persona que estornudaba al nacer y eran muy perniciosos lo que se producían al salir de la cama o al levantarse de la mesa.

Los griegos solían decir: “¡Vivid!” a los que estornudaban, para quizás, contrarrestar los posibles efectos negativos del estornudo. Los romanos decían: “¡Salve!” siempre que oían estornudar.

En España solían decir: “¡Jesús!” el que estornudaba y los que le oían estornudar, y los que llevaban sombrero se descubrían en un saludo.

Los católicos romanos popularizaron el uso de la bendición como respuesta al estornudo. La costumbre de decir “salud” tras un estornudo comenzó durante el papado del Papa Gregorio I (540-604), cuando la peste comenzaba a acechar Europa en el año 590. Para combatir la peste, Gregorio ordenó letanías, procesiones y plegarias constantes. Aquel que estornudara debía ser inmediatamente bendecido para evitar el desarrollo de la peste. La costumbre permanece aún entre los hablantes de varios idiomas, entre algunos de los cuales se sigue utilizando literalmente una bendición, como *bless you* en inglés.

Entre los paganos de Flandes un estornudo significaba un presagio.

En Hungría y Eslovenia, un estornudo que ocurre después de hacer una afirmación se interpreta a veces como una confirmación por parte de Dios de que lo que se dice es cierto.

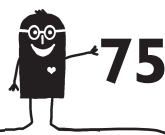
En India y Pakistán se cree que cuando alguien estornuda es que recuerda o es recordado por alguien querido.

De acuerdo a una creencia japonesa, estornudar es señal de que alguien está hablando de ti.

Una creencia popular muy extendida es que si estornudáramos con los ojos abiertos se nos saldrían los ojos. Por supuesto esto es falso: un estornudo no genera la presión intraocular necesaria para que los ojos se salgan. De hecho

hay personas que estornudan con los ojos abiertos debido a la pérdida de alguno de los reflejos relacionados con los párpados.

Un viejo estornudo. Frederick Ott a finales del siglo XIX trabajó en los laboratorios de Edison. En 1894, durante las pruebas iniciales del kinetoscopio, una primitiva máquina de cine, el bueno de Ott se colocó delante del artilugio y se provocó un estornudo después de inhalar una pizca de tabaco molido. Esta película está considerada como la más antigua de entre las grabadas por Edison o, al menos, es la que tiene más años a sus espaldas de todas las que hayan llegado a nuestra época desde aquellos lejanos y apasionantes años en los que las imágenes fijas cobraron vida.



ESTRÉS

Dr. José Mazón Herrero

Neuropsicólogo Clínico Instituto Neurociencias Quirón Valencia

Estrés, (del inglés, “*stress*”), “fatiga”, reacción fisiológica del organismo ante un agresor externo, físico o psíquico en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para enfrentar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada. Hans Selye (1907-1982), fisiólogo y médico vienés, director del Instituto de Medicina y Cirugía Experimental de la Universidad de Montreal, fue el responsable de acuñar este vocablo. En 1950 publicó su investigación más famosa: *Estrés: Un estudio sobre la ansiedad*. A partir de esta tesis, el estrés o síndrome general de adaptación (SGA) pasó a resumir todo un conjunto de síntomas psicofisiológicos. Por lo tanto, el estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones. Cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general, tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja se pueden ver afectadas. Por lo tanto, un determinado nivel de estrés en un determinado momento es muy positivo, no así un estrés continuado, que puede ser muy perjudicial. La mejor manera de prevenir y hacer frente al estrés es reconocer cuándo aumentan nuestros niveles de tensión y ante qué estímulos o situaciones.

Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto



físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que, de manera directa o indirecta, propicie la desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo.

Principales tipos de estresores:

- Situaciones que fuerzan a procesar información rápidamente.
- Estímulos ambientales dañinos.
- Percepciones de amenaza.
- Alteración de las funciones fisiológicas (enfermedades, adicciones, etc..).
- Aislamiento y confinamiento.
- Bloqueos en nuestros intereses.
- Presión grupal.
- Frustración.

Caso estrés

Mujer de 35 años que acude a consulta psicológica por problemas de ansiedad con motivo del estilo de vida que lleva desde hace aproximadamente dos años. La paciente nos relata lo siguiente:

“Me casé hace 5 años y tengo 2 hijas pequeñas de 3 y 2 años respectivamente. Vivo en Carlet, pero trabajo en Valencia de dependienta en una tienda de ropa y también estoy estudiando oposiciones. Me levanto a las 6:00, voy en tren hasta Valencia. Cojo el tren de las 7:00, pero previo a coger el tren, despierto a mi marido, le hago el almuerzo, preparo el desayuno, ordeno la casa, me arreglo y salgo pitando. Llego a Valencia a las 8,50 y a las 9:00 abro la tienda. Tengo que ir corriendo porque de la estación a la tienda hay más de 15 minutos andando. Justo antes de abrir, llamo a mi madre para comprobar que haya levantando a las niñas y las lleve a la guardería. Actualmente y con motivo de la crisis económica, estoy yo sola en la tienda. Trabajo sin cesar en la tienda (atiendo clientas, doblo ropa, saco ropa del almacén, cobro, realizo



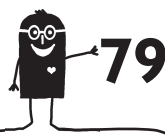
devoluciones, anoto pedidos, llamo a los proveedores, cuadro la caja, etc...). Cierro a las 13:00, voy a comer y vuelvo a Carlet en el tren de las 13:35. Llego a las 14:25, entro en casa a las 14:35, hago la comida de las niñas, la nuestra, comemos y cojo de nuevo el tren para Valencia de las 15:35. Llego a Valencia a las 16:25, voy hasta la tienda, abro, preparo todo de nuevo y atiendo yo sola la tienda hasta las 20:00. Cuadro caja, limpio, recojo y salgo pitando sobre las 20:30h para la academia de oposiciones que está a 10 minutos de la tienda. Llego tarde, estoy cansada y nerviosa, además últimamente las ventas han bajado muchísimo con motivo de la gran crisis que estamos atravesando. No me puedo concentrar en las clases, repaso el día, dudo sobre si he cerrado la caja correctamente, me acuerdo que mañana cobran la hipoteca, me sacan a la pizarra para que explique un tema que me tenía que haber estudiado hace dos semanas, no tengo ni idea, hago el ridículo. A las 21:30 salgo de la academia, volando cojo el tren a Carlet de las 21:45. Llego a casa a las 22:40, mientras mi marido baña a las niñas, hago la cena. Cenar primero las niñas, mi marido las acuesta, preparo la mesa y sobre las 23:20 cenamos nosotros. Durante la cena comentamos el día, habitualmente nefasto por ambas partes, además, a mi marido están a punto de despedirlo, les han dicho que van a iniciar un ERE (Expediente de Regulación de Empleo). Tras cenar, sobre las 24:00, recojo tan sólo lo de la mesa, me siento en el sofá y a los 5 minutos me quedo dormida. Ah, ¡se me olvidaba!, esta noche en plena pesadilla, cuando estaba delante del tribunal de la oposición y en vez de relatar los temas seleccionados, explicaba las cualidades del lino y la última novedad en moda de primavera, me ha despertado mi hija pequeña, llorando y diciéndome que tenía miedo, no sabía a qué, ni a quién, pero que tenía mucho miedo. Yo, todavía sudorosa y agitaba por la pesadilla, con voz arrugada y temblorosa, le he contestado: yo también hija...



Recursos a su alcance

Si desea conocer de forma aproximada su nivel de estrés, puede realizar el Test de estrés (<http://www.psicoter.es/tests/test-de-estres>)

Preguntas más frecuentes sobre la Ansiedad y el Estrés (página de la Sociedad Española para la Ansiedad y el Estrés): www.ucm.es/info/seas/faq



ÉTICA

Dr. Daniel Carnevali Ruiz

Jefe de Medicina Interna Hospital Quirón Madrid

Desde la profesión médica, la palabra ética es sonora, redonda, limpia, noble (como casi todas las esdrújulas). Sitúa tradicionalmente la actividad del médico en posiciones elevadas, quizás por encima de otras actividades profesionales, pese a quien le pese. Se habla de la profesión médica como una vocación, un sacerdocio... Se menciona a la Bioética como una disciplina de importancia creciente en este mundo plural y complicado. Puede que no todos los conflictos éticos alcancen el mismo rango en la deliberación, pero sí es cierto que a todo lo que hace el médico se le da un matiz personal que no se aplica generalmente a otros profesionales. Cuando nos referimos a un buen médico... nos referimos tanto a su pericia como a sus valores morales.

Ética nos remite a altos objetivos, donde todos queremos vernos reflejados (en general, hacer bien las cosas), pero al mismo tiempo asusta, pues suena a amenaza, a límite, a conflicto, a código, a frontera que no se debe traspasar sin permiso. No se trata solamente de hacer las cosas bien sino que lo que hagamos sea bueno en sí mismo. Y... ¿hay alguien que sepa a carta cabal qué es *lo bueno*? De hecho... ¿no vivimos un mundo, sumido en el relativismo, donde se debate continuamente qué es *lo bueno*? No obstante, el honesto y necesario debate sobre *lo bueno* no anula la posibilidad de encontrar eso que es *Bueno* y existe (debe existir en algún lugar). Por tanto, obligado es pararse y reflexionar, apoyar las decisiones clínicas en la deliberación y contraste de pareceres, adaptar los criterios éticos a las diversas situaciones que atraviesan nuestros pacientes, y al mismo tiempo no devaluar esos criterios por un exceso de peso en las circunstancias de cada caso.



Ética invita a profundizar en la búsqueda de la verdad, a ponderar pros y contras, a equilibrar puntos de vista opuestos, a comprometer la vida, desde lo personal e íntimo, con los pacientes, con las instituciones y con la sociedad en general, a salir más allá del interés individual, sin olvidarlo, y ofrecer la formación recibida en el interés del otro, sea una o más personas. Ética sugiere matizar las decisiones de cada día, comprende un ejercicio de virtudes, de normas grabadas a fuego en el corazón y en la mente, que tienen que ver con el respeto al otro, a su libertad, a su persona.

Ética también remite al valor de la protección, al cuidado del más débil, a arreglar lo que no funciona bien o se desajusta. Hablar de ética sugiere hablar de esfuerzo, atención permanente, vigilancia de un estilo de trabajo, no bajar la guardia. Ética nos habla de la consideración de la sociedad, de la justicia, de la búsqueda del bien común, y no solamente de uno o unos pocos.

Ética nos obliga a considerar la vida profesional desde una óptica conflictiva, es decir, vivir en tensión por dar la respuesta que mejor se adapte a las necesidades de cada uno. Ética me dice que no vale la misma solución para todos, y que es preciso mantener la búsqueda de la mejor manera de afrontar la dificultad de cada caso.

Ética habla del arte de acompañar y respetar el proceso personal y la voluntad del paciente. Se trata de facilitarle, empleando la llamada inteligencia emocional, un conocimiento sobre su problema y un calor afectivo tales que le permitan adoptar la mejor decisión entre las posibles, a pesar de que ésta pudiera no coincidir con la que cada uno de los profesionales tomaría para sí mismo en idénticas circunstancias.

Ética es una conducta que permanece aunque ya el paciente no esté delante: es guardar su secreto, es estudiar su caso y rebuscar en los libros y en la ciencia (ahora globalizada en Internet) para mejorar su tratamiento. Es investigar



para mejorar lo que podamos hacer por otros pacientes que lleguen más adelante. La expectativa de cada cliente-paciente-usuario-doliente es diferente. Él o ella esperan que el médico asuma su problema clínico como un asunto propio desde el inicio de la relación terapéutica. Al médico se le exige una respuesta personal más allá de la solución técnica a la enfermedad. Además, la solución elegida debe ser la mejor posible, no es éticamente admisible rebajar la perfección de la respuesta planteada para un problema. En Medicina, o es excelente la forma de abordar un problema o no es éticamente aceptable. Y si no se diera esa excelencia, entonces sería muy probable que la solución técnicamente elegida fuese menos eficaz.

La cuestión es asumir un compromiso con el paciente, precisamente porque nos enfrentamos a la vez a su fragilidad, su dependencia o la muerte, aspectos que tienen que ver con la vulnerabilidad del ser humano. El listón es muy alto. El reto, delicado y apasionante.



FELICIDAD

Dr. Eduardo Alapont Pérez
Servicio Psiquiatría Hospital Quirón Valencia

Si ya es difícil para un poeta describir o capturar el sentido de la felicidad, lo es aún más intentar definirla o explicarla desde un punto de vista neuropsiquiátrico. Los neurocientíficos estarían de acuerdo en que la felicidad es un estado emocional positivo y placentero, activado principalmente por las diferentes estructuras que componen el sistema límbico. Se estima que alrededor de un tercio de nuestro cerebro, en su mayor parte delantero, se asocia con las emociones y la felicidad. A parte del hipocampo, la amígdala y el hipotálamo, son el tálamo y el córtex prefrontal medial las estructuras que fundamentalmente se activan ante emociones tales como la felicidad. Curiosamente es este córtex prefrontal el que se activa con la risa.

La felicidad también se asocia a la producción de endorfinas en el cerebro y a los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y serotonina. Es sabido que la carencia de estas últimas podría producir trastornos depresivos y de ahí que los nuevos antidepresivos duales actúen inhibiendo la recaptación de estos neurotransmisores en el cerebro.

Revisemos brevemente qué factores inciden en el grado de felicidad. La riqueza de bienes no asegura la felicidad. Una vez dejada atrás la línea de la pobreza, el dinero no proporciona felicidad. La ambición tampoco. Cuanto más tiene la gente más larga es la lista de lo que anhela. No es más feliz el que más tiene si no el que menos necesita. La inteligencia medida en una escala de cociente intelectual tampoco se relaciona con el grado de felicidad pero sí la inteligencia social o emocional. La genética sí influye en la felicidad. Los rasgos de personalidad positivos (extroversión, buen humor, etc.) se pueden

heredar. Los genes controlan la mitad de los rasgos de felicidad que hacen feliz a una persona. Se puede decir que hay un efecto leve, pero positivo, del atractivo físico en el bienestar subjetivo de la persona. Por supuesto, las relaciones sociales, la amistad y el amor influyen positivamente en el grado de felicidad del individuo. La mayoría de estudios realizados sobre religión y felicidad concluyen en otorgar a ésta una relación positiva. La edad también influye. Las personas mayores son emocionalmente más estables. Los seres humanos somos más felices en la vejez que en la juventud. Los actos aislados de generosidad, caridad y altruismo no aumentan la felicidad de las personas pero sí los efectos acumulativos de ser generosos.

Ahí van unas claves para alcanzar la felicidad: Hay que cultivar el sentido del humor. Reírse de uno mismo y de sus fracasos. Las personas más felices son las que buscan la felicidad de otros. Hay que desarrollar las relaciones personales y reducir nuestro nivel de exigencia. Reconocer los méritos de los demás, felicitarlos más a menudo y alegrarse del bien ajeno como si fuera propio. Hay que buscar la alegría dentro de cada uno de nosotros y transmitirla. Minimizar los conflictos de pareja y de familia. Hay que aprender a valorar positivamente el deterioro físico y no luchar contra él. Alejar los pensamientos negativos y concentrarse sólo en los positivos. Hay que cambiar el chip, reducir el estrés, trabajar para vivir y no vivir para trabajar. Enfrentarse a la presión consumista, saber controlar los deseos y contentarse a veces con lo que uno tiene. La felicidad «es un tesoro escondido en lo más profundo de cada persona». Atraparla es cuestión de práctica y fuerza de voluntad, no de bienes materiales, poder o belleza. Puede cultivarse identificando y utilizando muchas de las fortalezas y rasgos que uno ya posee.

Sólo puede ser feliz siempre el que sepa ser feliz con todo. La felicidad es una disposición de la mente y no una condición de las circunstancias. La felicidad no es la meta, si no que se encuentra a lo largo del camino. Es la consecuencia de una manera de vivir.



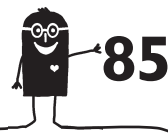
FUERZA

Dr. José Gómez Codina

Servicio de Oncología Hospital Quirón Valencia

Entre las múltiples acepciones que el DRAE otorga a la palabra “fuerza”, encontramos los términos “vigor”, “capacidad para mover algo que haga resistencia” o “aplicación del poder físico o moral”. Y muchos de estos conceptos podemos encontrarlos relacionados con el cáncer y su tratamiento. Sin duda entre las enfermedades neoplásicas están algunos de los procesos que encierran una mayor dificultad para su tratamiento y su curación. El cáncer aparece muchas veces revestido de una aparentemente implacable *fuerza* de la naturaleza. Sin embargo, bajo ese término se agrupan muchas enfermedades y no deben hacerse generalizaciones sobre una realidad biológicamente tan compleja. Algo que, sin embargo, sí puede enfatizarse es la *fuerza* que rodea al paciente es su lucha contra la enfermedad. La oncología moderna ha conseguido mejorar de modo muy importante las expectativas de los enfermos con cáncer; sin embargo, el empeño de los pacientes, su *vigor* en la lucha cotidiana y la *aplicación del poder físico y moral* son pilares fundamentales para conseguir éxitos en el tratamiento. Sin ellos, las modernas y muchas veces espectaculares alternativas terapéuticas se muestran impotentes para vencer la enfermedad.

Fuerza es aquello que enfrenta al paciente a su destino. Que lo ayuda a luchar con posibilidades de éxito. Es aquello que se necesita para vencer. Pero la *fuerza* no es algo alejado de la voluntad; no es una cualidad casual. A ella contribuyen todos los que participamos en la pelea por conseguir el éxito del tratamiento. *Fuerza* aplica el paciente y también —y muy importante— su familia. Y *fuerza* aportamos, además, quienes actuamos al otro lado de la mesa o de la cama. Médicos —oncólogos en este caso—, enfermería (un pilar



fundamental en todo proceso asistencial) y el resto del equipo que de modo multidisciplinar se encarga de coordinar el tratamiento, todos podemos contribuir a *aplicar el poder físico y moral* necesarios para ayudar al paciente en su lucha contra el cáncer.



FUTURO

Dr. Gerardo Katszenian,
Director servicio Urgencias Quiron Zaragoza
Dra. Ana C Serrano Moreno,
Medico adjunto en Pediatría

No quisiera redactar una historia concreta de mi vida, porque todas son emocionantes. Realizar la definición de futuro es uno de los mejores retos que me he propuesto a lo largo de mi trayectoria profesional y humana.

Quien más al futuro ha mirado, es quien se quedó en el camino. Empezó un pequeño futuro y creó un gran grupo con futuro. No puedo realizar una definición de futuro sin rendir mi más humilde homenaje a él y a su familia, que han ayudado tanto al futuro de muchas familias.

En principio y científicamente hablando futuro es el fragmento de la línea temporal que todavía no ha sucedido.

El futuro es evolución hacia algo.

Cuando somos niños, jugamos a ser mayores, llevar un coche, ponernos tacones.... El futuro es darnos cuenta de que ya tenemos el coche, llevamos tacones y somos papás.... ¡A veces hasta abuelos!

El futuro es ilusión, progresión, ir hacia delante.

El futuro es adaptación a la vida, a la familia, a los amigos, al trabajo. Es vivir intensamente, para dar lo mejor de nosotros mismos y así poder alcanzar la plenitud.

No podría dar una definición de Futuro sin decir que es IMPREVISIBLE, DESCONCERTANTE, ALENTADOR. Es una conjetura del tiempo que se avecina.

El futuro da vida a nuestra vida, sentido a nuestro ser. Es un vaso de buen vino medio lleno que nos hemos de beber.

Los niños son el futuro, los papás damos futuro a nuestros hijos y los abuelitos juegan a reírse de su futuro disfrutando de los niños.

Futuro es el proyecto que se llevara a cabo, el fin mismo de nuestra vida.



GPS

Dr. Antonio de Lacy Fortuny
Servicio de Cirugía General de Hospital Quirón Barcelona

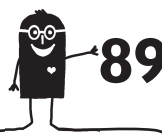
GPS: Global Positioning System o Sistema de Posicionamiento Global

Como gran amante de la tecnología que soy, la primera vez que oí hablar de un aparato llamado GPS despertó en mi la curiosidad de conocer de qué se trataba, para qué servía y su aplicación en la vida diaria. Han pasado unos años desde esa primera referencia, y, paradójicamente, los usos y destinos del sistema de GPS se han visto ampliados incluso al campo de la cirugía.

Si bien es cierto que cuando oímos hablar de GPS lo primero que se nos viene a la mente es un coche y su nueva tecnología que ayuda a que no nos perdamos y a saber en todo momento dónde nos hallamos dentro de una zona geográfica, para los cirujanos la palabra tiene también connotaciones dentro de nuestro ámbito profesional.

Existe una reciente tecnología quirúrgica que permite a los cirujanos saber, también en todo momento, dónde nos encontramos dentro del cuerpo humano cuando estamos operando, de la misma manera que un GPS facilita a un conductor su exacta localización dentro de una zona geográfica, dentro de un mapa. Y un mapa del paciente es precisamente lo que se crea con imágenes de rayos X e imágenes creadas por resonancias magnéticas. Es decir, la tecnología GPS en los quirófanos crea un mapa tridimensional (GPS map) del cuerpo humano.

De esta forma, a través de imágenes de video que vemos en una pantalla situada dentro del quirófano, los cirujanos podemos navegar a través del mapa “humano” y conseguir incrementar la precisión de las cirugías.



Y es que la tecnología ha revolucionado tanto nuestra vida personal, como nuestra vida profesional en el interior de los quirófanos y nos ha permitido la aplicación de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas como la laparoscopia, es decir, formas de operar que son menos agresivas para el paciente que las técnicas convencionales, lo cual facilita su recuperación y acorta su estancia en el hospital.

Somos afortunados por poder contar con los llamados quirófanos inteligentes en determinados hospitales. Estos quirófanos son capaces de controlar y dirigir todo el equipamiento médico desde una posición central (dentro y fuera del área estéril)

Y como una imagen vale más que mil palabras, os dejamos con una muestra de nuestro lugar de trabajo:



HOUSE

Dr. Pedro Pinós Laborda

Medicina Interna Hospital Quirón Zaragoza

Un día mi padre me preguntó: “Sinuhé, ¿te gustaría ser médico como yo? Nada hay más grande que un auténtico médico; ante él el faraón se encuentra desnudo, y el hombre más rico es igual al más pobre”. Y, de la mano del trepanador real, ingresé en la Casa de la Vida del gran templo de Amón.

Sinuhé, el egipcio (Mika Waltari)

El doctor Edward Jenner agudizó al máximo sus dotes de observación al comprobar la resistencia ofrecida a la mortal viruela por los ordeñadores de vacas, quienes padecían una forma banal de viruela con síntomas locales. En 1796 inoculó líquido de una de aquellas pústulas a un niño sano de ocho años. Unos días después le inoculó residuo pustuloso de un enfermo de viruela. El niño no enfermó. Hoy en día la viruela es historia.

El doctor Ephraim McDowell estaba convencido de que podría salvar la vida de aquella desgraciada mujer aquejada de una severa inflamación abdominal que le producía unos dolores insufribles. Tras descartar un embarazo, diagnosticó un tumor ovárico. Mas no sólo debía enfrentarse para ello al mal en sí, sino a la creencia médica de la época, puesto que en el año 1809 ningún médico de prestigio ni en su sano juicio osaba abrir un abdomen; las fiebres purulentas consecuentes a dicha cirugía conducían irremisiblemente a la muerte. Pero el desafío no acababa simplemente en el terreno de la ciencia; el doctor McDowell tuvo que hacer gala de una valentía inusitada, pues los habitantes del pueblo de Danville, Kentucky, estaban dispuestos a lincharle sin contemplaciones al conocer su desafío a Dios y la naturaleza. Sin embargo el



intrépido médico rural se atrevió a hundir el bisturí en el abdomen de la desdichada señora Crawford a pesar de que en las afueras de la casa los lugareños se agolpaban gritando injurias contra él y esgrimiendo una amenazante soga para el cuello del intrépido médico. La operación resultó un éxito contra todo pronóstico. La señora Crawford regresó con su familia unos días más tarde, y vivió más de treinta años tras la extirpación del tumor. Ephraim McDowell mantuvo su pragmatismo hasta el final de sus días sin importarle la fama. No sometió su éxito a la consideración de los médicos de la época. Repitió su técnica en trece ocasiones, fracasando sólo en una de ellas.

En la década de los años cuarenta del siglo XIX, la mortalidad entre las parurientas atendidas en el Hospital General de Viena resultaba alarmantemente elevada. El doctor Ignaz Semmelweis se empeñó en demostrar que las parurientas atendidas por médicos y estudiantes de medicina cuyas manos no habían sido lavadas correctamente tras visitar a otros enfermos, o después de trabajar en la sala de disección, morían en mayor número que las atendidas por parteras que no tocaban a otros pacientes ni materiales contaminados. Siguiendo el mismo método deductivo, se infería que las mujeres que daban a luz en su domicilio tenían más posibilidades de supervivencia. Su lucha fue tenaz contra las encorsetadas mentes de los viejos médicos que dirigían los hospitales y las cátedras de las facultades de medicina de la Europa de mediados del siglo XIX. Su tesón e intuición sentaron las bases de la antisepsia.

En la pequeña ciudad alemana de Wollstein, un humilde médico rural reparía su tiempo atendiendo a los pacientes y tratando de desenmascarar con ahínco a “los asesinos de las sombras”, que acababan con la vida de cientos de miles de personas en forma de gangrena, fiebres purulentas, erisipela y tétanos. En la soledad de su rudimentario laboratorio demostró por primera vez de un modo convincente lo que el doctor Pasteur había supuesto, y sobre cuya base el doctor Lister había elaborado sus métodos de antisepsia. Aquel médico desconocido demostró la existencia de seres vivos microscópicos,

capaces de acabar con el más robusto de los hombres en pocas horas. Su nombre no podrá olvidarse jamás: Robert Koch. Su poderosa cabeza sacó a la luz de sus recónditos escondrijos a los mortales enemigos con experimentos increíblemente sencillos. El germen responsable del carbunco fue el primero en ser identificado por el doctor Koch, después le siguieron el bacilo de la tuberculosis en 1882 y el del cólera un año después.

¿Acaso no prueban estas historias la importancia del estudio, la intuición y el arrojo como armas fundamentales para afrontar la práctica médica y lograr el avance de la ciencia? Tal vez el inextricable doctor Gregory House hubiera emulado a cualquiera de estos insignes prohombres si hubiera vivido su tiempo. A pesar de los laberintos médicos y científicos a los que la humanidad no ha encontrado salida, no queda otro remedio que poner nuestras esperanzas en hombres como el doctor House, cuya mente viaja a una endiablada velocidad por delante del común de los mortales. Dejando de lado sus manías y excentricidades, que bien pueden resultar molestas en la mayoría de las ocasiones, por otra parte no prueban otra cosa que la manifestación colateral del genio desmedido.

Todos somos esclavos de ideas arraigadas. A menudo nos resulta difícil admitir alguna novedad, especialmente si ésta resulta excesivamente sencilla para solucionar enrevesados problemas. Sin duda, todos aquellos pioneros de la medicina exhibían el genio como un don de nacimiento; sin embargo su carencia puede suplirse con aplicación, tenacidad y una imperturbable fe en las propias ideas y actos.

Probablemente el verdadero genio reside en barruntar aquellos instantes estelares en que súbitamente se hace la luz en el seno de los enigmas de la naturaleza.

INVESTIGACIÓN

Dr. Pedro Salinas Hernández

Unidad Integral de Oncología Hospital Quirón Madrid

El sueño de cualquier científico es investigar sobre una materia que produzca como resultado un importante incremento en el conocimiento de la misma. La finalidad de la investigación es el conocimiento, y en Medicina, la aplicación hacia la curación de las enfermedades.

En investigación, cada paso —por ínfimo que parezca— es necesario y forma parte de una cadena que permite progresar día a día.

¡Pero qué difícil puede resultar el inicio de una carrera de investigación!

De todos es conocido el conjunto de obstáculos existentes en nuestro país para conseguir becas, financiación, apoyo académico, etc. Esto obliga a emplear parte del tiempo en trámites administrativos cuando no en la necesidad de empleos extras para sobrevivir. Con estas expectativas muchos buenos investigadores “a priori” han acabado dando clases de biología, realizando visita médica para empresas farmacéuticas o como en mi caso de médico asistencial.

¿Pero es tan maravillosa la investigación médica como queremos hacer creer?

En primer lugar debemos diferenciar entre la investigación asistencial (con pacientes) en ensayos fase I, II o III y la investigación básica (cultivos celulares, animales, etc).

La investigación asistencial difiere poco del trabajo habitual, es más metódico y burocrático pero mantiene el esquema de trabajo hospitalario. Por su

parte, el laboratorio es un mundo aparte. El trabajo lleva un ritmo (habitualmente) estable. No hay grandes sobresaltos pero hay que destacar la “soledad” del investigador. Cada individuo se concentra en su trabajo, se apasiona y se vive como si fuese el único referente en torno a él (uno vive con sus células o ratones o máquinas de PCR y llega a hablar con ellos). Por supuesto existen los compañeros, el director de Tesis, etc, pero es un trabajo muy personal y no siempre gratificante.

Esta “soledad” y dedicación las muchas veces en las películas y han formado una idea falsamente real, por exagerada, de felicidad del entorno del investigador. Es cierto que el éxito de la investigación, es decir, llegar al conocimiento buscado, produce una gran satisfacción, pero el proceso de obtención (si se consigue) es lento, laborioso y tedioso.

Con estas reflexiones podéis entender el porqué de mi dedicación a la práctica asistencial y no a la investigación básica. No obstante, el campo de la oncología me proporciona tanto por el aspecto asistencial como por el continuo descubrimiento de nuevos fármacos, tratamientos y conocimientos en el mundo de la biología molecular, todo lo bueno de la búsqueda del saber como de su aplicación.

IPOD

Dra. Francisca Prades Martí

Servicio de Otorrinolaringología Hospital Quirón Barcelona

Hace unos días pensaba en los cientos de canciones que tengo grabadas en mi IPOD, y la verdad es que me quedé muy sorprendida. Y digo cientos de canciones, aunque probablemente tendría que haber dicho miles.

Horas y horas de temas musicales con los que podría pasar días enteros escuchando mi IPOD sin hacer otra cosa que estar conectada al auricular.

Por un momento se me ocurrió la posibilidad de hacerlo, escuchar del tirón todas las canciones que tengo grabadas, aunque fue en un momento de locura. Cuando volví a contar con la lucidez habitual pensé que se trataba de una soberana tontería.

Primero, porque no tengo el tiempo como para no atender nada más que mi IPOD.

Segundo, porque para llevar a cabo esta acción necesitaría estar de vacaciones, y usar estos días de asueto para escuchar música; detalle que no me parece lo más lógico, es decir, aprovechar mis días de vacaciones para tan sólo escuchar música.

Tercero porque, como otorrino, aconsejo dar descanso a vuestro sistema auditivo. Está más que probado que el oído humano necesita un descanso adecuado. En el caso de no seguir esta pauta de comportamiento, se puede sufrir sordera por afectación del nervio auditivo y acúfeno, “ruidos en el oído”. Por tanto, siempre recomiendo no abusar de aparatos como el IPOD



y menos con el volumen a intensidades superiores a 60 decibelios, lo que sería el ruido industrial.

Y cuarto porque, aunque hay miles de canciones que me evocan sentimientos y me ponen la piel de gallina, hay otras tantas que son soberanamente aburridas.

Por esto, después de estos momentos de deliberación con mis neuronas me planteé otra posibilidad: durante un día escucharía las canciones que más me gustan, en los momentos en los que encontrara más adecuados.

Es un ejercicio que puede parecer fácil pero no lo es ni lo más mínimo, y más teniendo en cuenta que soy bastante melómana y en un momento se me ocurrieron muchos temas que pensé que no quería olvidarme.

Empezaría el día con ganas, como me gusta empezar la jornada, con un tema de Whitney Houston “Step by Step”. Es una buena forma de llegar a la consulta y poder transmitir energía positiva a mis pacientes.

A media mañana, un par o tres de canciones para mantener el ritmo; el paréntesis apropiado como reconexión de las baterías: “Pit Boy” de Supertramp, “Maggie May” de Rod Stewart y “Never Just for a Ring” de Toni Braxton.

De ahí nos plantamos a la hora de comer, y qué mejor manera que terminar el ágape y deleitarnos en la sobremesa con un “Let it be” de los Beatles.

Está claro que un día amenizado con las canciones que realmente me gustan es un día muy agradable; por esto no podían faltar “Your song” de Elton John y “Amiga” de Alejandro Sanz.

Y acabada la jornada, con el relax del oscurecer con una puesta de sol ante una vista privilegiada de la ciudad, “Noches de Bohemia” de Navajita Plateá.

La verdad es que ya he materializado esta jornada musical y lo recomiendo. Deleitar nuestros sentidos siempre es emocionante; despertar nuestras papilas gustativas con un sabor sorprendente, observar una imagen que nos evoque sentimientos, la caricia de un ser querido, o viajar en el tiempo a través de un olor característico.

Pero el único sentido que puede llegar a ponerme la piel de gallina es el oído; con una buena canción en mi IPOD.

MAGIA

Dr. Luis Martí-Bonmatí

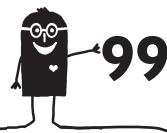
Jefe de Diagnóstico por la Imagen Hospital Quirón Valencia

Lo que logramos excede a veces lo creíble. Qué diríamos hace unos pocos años si hubiéramos podido ver las arterias renales de un sujeto tumbado en una cama sin hacerle daño ni tocar su piel. Qué opinaría una señora si viéramos sin molestarla la estructura de la esponjosa de sus huesos y diagnosticáramos su elasticidad y resistencia a la rotura. Cómo respondería un sujeto si mientras dormita se mide la calidad de los vasos neoformados en su tumor hepático sin hacerle ninguna herida. Qué diría cualquiera si al salir de una sala de exploración viera los surcos de su cerebro nítidamente delimitados y girando en unas imágenes de ordenador, como figuras anatómicas de cera en la Florencia del Museo de la Specola.

La magia obra por medios naturales efectos que parecen sobrehumanos. Con la magia se realizan cosas extraordinarias y admirables. Al comienzo, cualquier adelanto que sea lo suficientemente importante y trascendente se considera siempre como magia. ¡Por eso nosotros somos magos!

Hacemos que aparezca lo oculto, lo interno. Hacemos que desaparezca lo superficial, lo evidente. Hacemos que se delimite lo inabarcable, las fuerzas de la naturaleza. Hacemos aparecer la lesión del interior de un cartílago totalmente opaco a la visión. Delimitamos la cantidad de hierro y su distribución en el parénquima cerebral de una persona, y cómo varía con la edad. ¡Y mucho más!

En la magia hay sorpresa. El ilusionista ejerce una clara acción sobre el observador y busca obtener resultados interesados. Nosotros, como magos especialistas en imagen médica, influimos en nuestro auditorio, pero no les tocamos,



les asombramos con la verdad de su cuerpo. Somos los responsables de ver qué le sucede a las moléculas de sus órganos y cómo se organizan sus tejidos, cómo responden a la presencia de una enfermedad. Influidimos, y mucho, en los espectadores de nuestra magia. Diagnosticamos dónde está la enfermedad, su naturaleza, su agresividad, su respuesta al tratamiento, su pronóstico. Y todo ello ejecutando movimientos elípticos de las manos a su alrededor, moviendo nuestras varitas mágicas que no son más que los aparatos que utilizamos para observar, entornando los ojos para ver más allá, donde nadie ve si no ha tenido el entrenamiento necesario y la perspicacia oportuna. ¡Sólo ven los magos!

Las fuerzas secretas de la naturaleza que nos ayudan a los magos a ver lo oculto son la física de las partículas y la química de las sustancias. De ese microcosmos clandestino extraemos la energía que, con el pase de manos adecuado, nos presenta el interior del desconocido que hay dentro de cada uno de nosotros dibujado en la bola de cristal adivinatoria que es la pantalla de un ordenador. A veces nos tranquiliza con una certeza, no hay; otras nos descubre lo que nos da miedo, lo que nos cambiará el estado de ánimo. Esta visión ayudará a acortar los tiempos para un mejor tratamiento y la resolución del problema.

Los mundos análogos, el observado y el real, convergiendo. Eso es la magia radiológica.



MEMORIA RAM

Dr. Rafael Arroyo González

Jefe de Neurología Hospital Quirón Madrid

La memoria es esa cualidad que todo ser vivo querría tener, potenciar y sobre todo nunca perder. Los estudiantes, los opositores, nuestros familiares y amigos, y sobre todo nuestros pacientes, acuden y consultan para que les preservemos e incluso les mejoremos la memoria. Es ese don del ser humano mal conocido desde el punto de vista anatómico y fisiológico, por lo que aprendemos todo lo que somos y nos oferta la posibilidad de contemplar el pasado y planear el futuro.

Se ha calculado que el cerebro tiene una capacidad de memoria que equivaldría a llenar veinte millones de volúmenes con sus recuerdos. Por ello los técnicos nos copian. Buscan en las nuevas máquinas plagiar nuestro encéfalo e insertan en los ordenadores la “MEMORIA DE ACCESO ALEATORIA” (el barbarismo RAM). Esta memoria principal es donde el computador guarda los datos que está utilizando en el momento presente. Es posible acceder a cualquier ubicación de ella aleatoria y rápidamente. Debido a su “simpleza” esta memoria RAM la conocemos bien siendo tan joven (2-3 décadas) y no así el enigma de nuestro cerebro después de millones de años de antigüedad.

Qué compleja es la máquina de la memoria. Qué difícil es explorarla. Qué instrumentos tan sutiles tenemos que emplear para detectar sus fallos. Y cómo a veces se envejece y se nos estropea y degenera progresivamente. Qué duro resulta comprender cuando alguien al que quieres, al que admiras, muchas veces la persona que te ha dado la vida, va olvidando poco a poco las cosas. No recuerda lo reciente, después lo inmediato y finalmente su mundo gira sin ningún recuerdo. Nadie, cognitivamente bien, ha podido contar o



escribir cómo se puede vivir sin memoria. Cómo se ve la vida sin esta cualidad. Los de fuera lo vemos y lo sufrimos por ellos y por las dificultades que genera en su entorno, pero no conocemos con exactitud cómo se puede suplir ese olvido permanente.

Porque la memoria, los recuerdos, la planificación del futuro es la clave también de la felicidad del ser humano. Nuestra mente sí que es RAM, aleatoria y rápida. Con ella podemos recordar todos los mejores momentos y empezar ya a vivir el futuro como nos gustaría que fuese. Por ello, como médicos que somos, tenemos que seguir peleando para preservan esta función tan maravillosa de las personas.

Iban dos neurólogos caminando por el Hospital Quirón Madrid en plena primavera efervescente y uno le dice al otro:

—¿Qué harías tú en una isla desierta con Claudia Schiffer, los dos solos?

Contesta el otro.

— Pues nada..., porque no tendría a quien contárselo.

— Craso error, —comenta el primero—, pues con nuestra *memoria aleatoria y rápida* podríamos rememorarlo las veces que quisiéramos (y que obviamente no pudimos).

PD: Que sirva estas pequeñas líneas para recordar y homenajear a los pacientes y familiares con enfermedad de Alzheimer.



MIEDO

Por Dra. Irune Cachorro

Jefe de servicio de UCI de Hospital Quirón Vizcaya

1. m. Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario.
2. m. Recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea.

(DICCIONARIO DE LA RAE, vigésimo segunda edición)

Un cosquilleo en el estómago.

Años de estudio, de encierro, de tests y de exámenes que quedaron atrás. De llevar una bata con sensación de impostura, con una incomodidad que he observado después muchas veces en otros estudiantes. Quirófanos en los que te movías con torpeza, donde el ojo entrenado de una enfermera veterana atenta a otras cosas era capaz de ver que te habías contaminado. Y vuelta a lavar, y vuelta a vestir. La disculpa en los labios. El miedo a volver a romper la esterilidad de tu ropa. El cuidado.

El MIR. Todo a una carta. Miles de colegas, rivales por un día. Miedo a perder, a pasar otro año atascada. La prueba superada. Cambio de banda, ahora estás dentro.

La UCI. El olor. Primer día. Decenas de caras te saludan, ésta es nuestra nueva residente. Un adjunto te echa una bata por los hombros. Al fondo el tintineo de una alarma que alguien apaga sin ningún revuelo. ¿Verán así la UCI los

pacientes y sus familiares cuando vienen por primera vez? Sábanas blancas. Colonia infantil. La gente me sonrío y me da la bienvenida mientras veo rayas y más rayas en los monitores, de los palos de suero cuelgan decenas de botes y máquinas y tengo la impresión de que no hacen aquí nada que tenga que ver con lo que yo estudié. Pero la gente está tranquila, nadie corre y todo parece normal. Aquí encontraré lo que busco: entrenamiento y conocimiento.

Años atrás, siendo estudiante, iba por una calle de mi ciudad cuando a lo lejos vi a un niño comiendo la merienda y a su madre dándole las eternas palmaditas en la espalda. Había un monopatín y estaban junto a un banco de madera. Iba absorta en mis pensamientos, y no les presté atención mientras me acercaba. Pasé de largo mirando a otro lado, y me sacó de mis reflexiones la voz de la madre que se iba elevando temblorosa, diciendo una y otra vez ¿ya? ¿ya?

¿YA?

Lo dijo tan alto que me volví a observar qué ocurría. El niño estaba desencajado, la boca abierta, la cara amoratada, los ojos de par en par llenos de miedo y angustia. No respiraba. Sin pensar en lo que hacía, me acerqué —imagino que corriendo, no lo recuerdo— y sin decir nada me puse detrás del muchachito, apoyé su espalda contra mis piernas y le hice la maniobra de Heimlich peor hecha de la historia de la maniobra de Heimlich.

Nunca había hecho algo parecido. Apreté una vez con cierto cuidado y sin éxito. Una segunda vez con menos cuidado y más fuerza, nuevamente sin éxito. Y de repente el Miedo pasó por mi cabeza en mayúsculas, ¡este crío se muere contra mis piernas, como no haga algo ahora mismo se va a morir! Una tercera maniobra, esta vez con decisión, con firmeza, y algo sale disparado de su boca y aterriza a metro y medio de distancia. El tórax del niño se ensancha entre mis brazos. Estoy aterrada por lo que podía haber sido. Ahora que levanto la mirada y percibo de nuevo lo que ocurre alrededor, veo que la



madre está llorando y que mucha gente nos rodea. Ella me pregunta cómo lo he hecho, y yo le contesto que estudio medicina, como si eso explicara algo. Y me escurro entre la gente. Sigo mi camino como si el miedo no me hubiera hecho mella. Y entonces, sucede: no soy capaz de caminar. No tengo fuerzas, las piernas me tiemblan, las manos también, y las miro y no me parecen mías. Me siento en un banco y espero a que pase. El resto de la tarde me siento agotada.

El miedo es necesario, es vital para la supervivencia. Es por miedo que nos alejamos de situaciones peligrosas, y por miedo que buscamos nuevos caminos. El miedo estimula nuestra glándula suprarrenal, que libera adrenalina al torrente circulatorio para ponernos en situación de huida... o de combate. La adrenalina hace que la sangre fluya preferentemente a los órganos de lucha (músculos, corazón... ¡cerebro!), y nos permite correr con mayor potencia, incrementar la capacidad de nuestros sentidos y también la velocidad de nuestro razonamiento, si no nos bloquea. Y cuando todo acaba y el cuerpo gasta la adrenalina que circulaba por él, nos desmadejamos hasta que la suprarrenal consigue sintetizar de nuevo la cantidad suficiente para que los niveles en sangre nos pongan de nuevo en marcha.

Y no nos bloquea cuando sabemos manejarlo. Cuando aprovechamos esa bendita adrenalina para que toda nuestra atención, cada movimiento, cada palabra que pronunciemos estén a nuestro servicio, y no al servicio del miedo. Probablemente, la mejor manera de conseguir esto es desde el conocimiento, desde la seguridad, desde la paz de quien sabe lo que persigue y a lo que puede aspirar.

Pasaron los años después de aquel día. Nunca supe quién era el niño, ni él sabrá nunca más de mí. Seguí con la carrera. Acabé tercero, cuarto... y se fue acercando el momento de elegir especialidad. Mis gustos eran tan dispares, que no parecía serio. Un día me apetecía la cirugía —quizá porque

un médico me dijo de pequeña, cuando le manifesté que quería ser cirujana, que las mujeres no podían ser buenas en este aspecto por una cuestión hormonal— y otro día me encantaba la psiquiatría. Cada cierto tiempo cambiaba mi decisión sin demasiada convicción, hasta que alguien me habló de alguien que se estaba especializando en Medicina Intensiva. ¿Qué es eso?, pregunté. Médico en la UCI. ¿Y es especialidad?, volví a interesarme, súbitamente alerta.

Sí.

Y de repente la decisión me había tomado a mí.

Porque no se trata de no tener miedo, sino de saber que ante cada situación emergente se despliegan algunas alternativas de entre las cuales hay que elegir la más adecuada, que hay que corregir, desechar, deshacer, intentar... y que existe la posibilidad de entrenarse, de doblegar al Miedo, de hacer que éste trabaje para nosotros, tense nuestros músculos, afirme nuestra voz, acelere el ritmo de nuestro pensamiento, y nos ayude a hacerlo lo mejor posible.

Por eso, siempre tengo respuesta cuando alguien que acaba de saber cuál es mi trabajo me dice —y ocurre con bastante frecuencia— ¡qué duro! ¿No te da miedo?



MOTOR

Acepción 1:

Dr. José María Arqué

Jefe de Servicio de Cirugía Cardíaca de Hospital Quirón Málaga

Elemento, a veces mecánico, a veces etéreo, que proporciona la fuerza necesaria para mover algo.

A pesar de su importancia, el motor es discreto, trabaja camuflado bajo el capó de un coche deportivo esplendoroso, envuelto por el carenado de una moto reluciente o sumergido en la profundidad de las bodegas de un gran portaaviones. Como en todo hay excepciones, los motores de los aviones cuelgan de las alas de las aeronaves comerciales para demostrar orgullosos su enorme potencia que puede hacer volar a pájaros de acero.

Un motor debe ser constante; no valen altibajos en su rendimiento. La regularidad de su función, a pesar de las dificultades del terreno, es básica para demostrar su eficacia y conseguir los objetivos propuestos.

El motor sería perfecto si no necesitara alimentarse, ya sea de gasolina, energía solar, glucosa o de un buen estímulo, según el tipo de motor del que se trate.

Si realizáramos una encuesta y preguntáramos a la gente: ¿qué cree usted que es el motor del cuerpo humano?, la gran mayoría de encuestados responderían que el corazón es el motor de nuestro cuerpo. Se trata de un motor complejo, tiene elementos eléctricos, mecánicos, energéticos, con tuberías y cilindros que requieren una alimentación y controles particulares ¿Será acaso el cirujano cardíaco un mecánico especializado en el motor del cuerpo?



Si considerásemos al alma como el elemento inmaterial de un individuo, podríamos decir también que el alma es otro motor de nuestro cuerpo. ¿Cuáles son los “combustibles” que impulsan el alma? Son muchos y pueden actuar solos o en colaboración, como el amor, la ambición, el esfuerzo, la constancia, el odio, la disciplina, el trabajo o la autoestima. Una buena combinación de estos combustibles puede hacer mejores a los individuos.



MOTOR

Acepción 2:

Dr. Juan José Goiti
Jefe de servicio de Cirugía Cardiovascular y Angiología
Hospital Quirón Vizcaya

Conforme a la Real Academia de la Lengua Española esta palabra procede del latín *motor-motoris* y se define como máquina destinada a producir movimiento a expensas de otra fuente de energía.

Hace ya unos cuantos años y cuando aún vivía en Inglaterra tenía un viejo coche deportivo, debería llamarlo un clásico, al que dedicaba mucho de mi tiempo libre en el invierno para poder mantenerlo en condiciones idóneas de circulación y poder disfrutarlo durante el corto verano inglés.

Durante el invierno el coche era mantenido en calzos para evitar el deterioro de la delicada suspensión y de las atractivas ruedas de radios. Por una serie de circunstancias no pude usar el coche durante algo más de dos años y en ese tiempo, mi hijo mayor con sus tres añitos se apropió del vehículo. Era capaz de, entrando en el garaje, sentarse detrás del volante y girarlo de un tope al otro tope sin resistencia.

Cuando finalmente pude dedicar al coche el tiempo necesario, hice los preparativos necesarios para poder arrancar el motor. Tras cebar los dos carburadores, instalar bujías nuevas y una batería recién recargada me disponía a girar la llave de contacto mientras mi hijo me espiaba desde la puerta del garaje. El motor de arranque respondió al giro de la llave de contacto y aquel motor de seis cilindros en línea tomó vida. La cara del niño mostró todos los

signos de sorpresa, admiración y maravilla al comprobar que lo que consideraba “su” coche de juguete acababa de despertar y demostraba estar vivo.

Esta anécdota me hace recordar al cirujano cardiaco español Carlos Gomez-Duran, que encontrándose al principio de los años sesenta observando una cirugía de corazón desde la cúpula de un quirófano en París, en el momento en el que el corazón comenzó a latir soltó un españolísimo ¡BRAVO! que el resto de los observadores tomó como irreverencia *typical spanish* en un momento tan crucial.

La cirugía cardiaca moderna nos permite realizar gran cantidad de intervenciones, actuando en la superficie y en el interior del corazón.

Parar el corazón durante la cirugía cardiaca se ha convertido en algo totalmente rutinario y seguro.

El tiempo que regularmente mantenemos el corazón parado puede ser de algunos minutos o incluso de varias horas como sucede en el caso de los trasplantes de corazón con donantes que se encuentran a centenares de kilómetros de distancia.

Pero, el momento en el que el corazón comienza a latir de nuevo, sigue siendo especial, independientemente de cuantas veces lo hayamos visto y yo creo que todos los cirujanos cardiacos en nuestro interior también decimos ese ¡¡BRAVO!!

Finalmente en esta analogía entre corazón y motor, no podía faltar la historia del cirujano cardiaco americano que acude al taller mecánico para la revisión de su potentísimo coche. El mecánico le pregunta: “Doctor, ¿cómo es posible que si los dos somos capaces de cambiar una o más válvulas, nuestros salarios sean tan diferentes?”. El cirujano respondió: “Inténtelo hacer con el motor en marcha.”



MUERTE

Dr. Antonio Asso Abadía

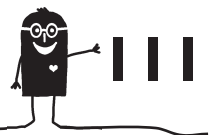
Servicio de Cardiología Hospital Quirón Zaragoza

Entendiendo la vida como ese instante entre dos eternidades, la muerte es el nombre que recibe la segunda de ellas. Indudablemente, le otorgamos más importancia de la que deberíamos pues en realidad no existe ni desde el punto de vista del vivo —que no puede experimentarla— ni del muerto, que no puede sentirla. A pesar de todo, adivinamos que esa segunda eternidad es tan larga que procuramos retrasar su inicio todo lo posible.

Obviamente, como humanos tenemos conciencia de la muerte, siendo ésta una distinción fundamental respecto al resto de especies. Sentimos la anticipación de la muerte propia y en la muerte ajena nos conmueve la ausencia definitiva que conlleva. Pero, ¿cómo es la transición entre la vida y la muerte? ¿Qué nos cuentan quienes han logrado ser reanimados tras una parada cardíaca? Para que puedan seguirme tengo que explicarles primero algunas nociones.

La gran mayoría de las paradas cardíacas se producen porque el corazón sufre una arritmia en la que el latido es rapidísimo e inefectivo. De ese ritmo caótico, que denominamos fibrilación ventricular, sólo puede salirse con una descarga eléctrica. Si esa descarga se demora unos diez minutos la persona muere. Cuando finalmente la persona logra sobrevivir su experiencia permite adentrarnos en la frontera misma de las percepciones de la muerte.

En las consultas de arritmias seguimos regularmente los pacientes portadores de un desfibrilador automático. Se trata de un pequeño dispositivo implantado debajo del área de la clavícula que vigila constantemente el ritmo



cardíaco, y caso de sufrir una arritmia maligna el aparato la detecta y trata de manera automática mediante una descarga que rescata al paciente de lo que hubiese sido una muerte súbita. El anecdotario de circunstancias descritas es muy variado: desde quien nos enfatiza la cara aterrorizada de su incrédulo consuegro al observar su “mágica” recuperación tras un repentino colapso, a la de aquel paciente que logró hilvanar la conversación familiar de sobremesa interrumpida por el síncope. Algo es común, sin embargo, a todos los relatos, la trivialidad del límite entre la vida y la muerte como proceso secuencial.

Aunque el morbo popular habla de visiones fantasmagóricas, de túneles, etc., nadie nos ha contado tales sensaciones angustiosas. Al contrario, hace algunos años era práctica habitual comprobar el funcionamiento de los desfibriladores antes del alta médica induciendo nosotros mismos la arritmia mortal mientras el paciente estaba consciente. Tras recuperarse, la mayoría no recordaba nada, pero había quienes comentaban incluso ensoñaciones placenteras. Todos ellos tienen la paradoja sensorial de “volver” sin ser conscientes de haberse marchado.

La muerte no es el contrapunto a la vida, lo contrario de la muerte es la inmortalidad. En uno de los relatos que integran *El Aleph*, Borges reflexiona sobre la muerte y la inmortalidad de manera magistral. Tras su lectura tenemos el inmenso alivio de ser mortales: cualquiera de nuestros actos puede ser el último, y tiene el valor de lo irrecuperable y de lo azaroso. Entre los inmortales en cambio, señala el escritor, todo acto es el eco de otros que le precedieron o el presagio de los que sucederán. Nada es único ni precario. Realmente, “ser inmortal es baladí; menos el hombre todas las criaturas lo son, pues ignoran la muerte; lo divino, lo terrible, lo incomprensible es saberse inmortal”.

La vida lleva evolucionando en la Tierra más de 3.500 millones de años. En un determinado momento del pasado reciente, una especie que caminaba erguida comenzó a desarrollar el pensamiento conceptual y la abstracción, al

tiempo que ciertos cambios en su laringe posibilitaban la comunicación oral; esa especie es la nuestra, el Homo sapiens. Uno de los rasgos de identidad más significativos de los antepasados humanos es la idea de muerte y las prácticas funerarias. La Sima de los Huesos en la sierra burgalesa de Atapuerca evidencia tales prácticas realizadas por los neandertales hace ya 300.000 años. Por entonces, nosotros, los sapiens, todavía estábamos en África. Poco después iniciamos la expansión y en todos los continentes prevalecimos hasta la extinción de todos nuestros competidores humanos, como los europeos neandertales. En esa dispersión fuimos creando variadas interpretaciones espirituales para entender y asimilar la muerte, con distintas manifestaciones para cada cultura y lugar, pero análogas en su esencia. El hombre comprendió el significado de la muerte hace miles de años, y desde entonces ha intentado trascender su caducidad biológica.

Como seres vivos estamos habituados a utilizar escalas temporales relativamente cortas, idóneas para medir la duración de la vida o la proyección y vigencia de los imperios. Bajo este prejuicio biológico creemos que nosotros pasamos pero que el entorno material que nos rodea es inmutable, que no se altera ni muere. En realidad la secuencia biológica de nacimiento, vida, y muerte se puede aplicar a todo el Universo como origen, desarrollo y final. Nos limita el hecho de que para detectar esa evolución de la materia necesitamos utilizar en vez de la escala temporal biológica otra en la que las magnitudes de tiempo se midan en miles o millones de años, pero el concepto es idéntico.

Pensamos que es la vida lo que nos confiere vulnerabilidad ante la muerte, pero nada es inmutable al paso del tiempo, puesto que éste es una propiedad de toda materia, sea biológica o inerte. Dentro de unos 5.000 millones de años, amanecerá en la Tierra por última vez. En ese día, el sol se expandirá momentáneamente tras haber agotado casi por completo su energía y un abrazo de fuego alcanzará la órbita terrestre. A partir de entonces, nuestro planeta será un mero pedazo de carbón viajando por el espacio junto a los



restos de una diminuta estrella apagada. El sol que posibilitó la vida le dará también la muerte, pero esa conclusión, como todos los finales, como todas las muertes, no será más que el inicio de la siguiente etapa.

Dicen que recordar es volver a vivir; no estoy de acuerdo. La nostalgia con la que evocamos el pasado desdibuja los acontecimientos. Debemos vivir cada instante con la intensidad que da el saber que es efímero e irrepetible. Permaneciendo así, tan ocupados y ensimismados en nuestros proyectos, probablemente la muerte no repare en nosotros hasta ser inevitable; y siendo tan larga esa segunda eternidad por qué no restarle unos cuantos años.



MUJER

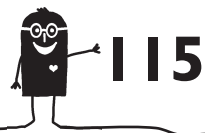
Dr. Fernando Colmenarejo González

Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Quirón Zaragoza

Persona del sexo femenino llegada a la edad adulta es lo que figura en el Diccionario de la Real Academia Española, en su vigesimosegunda edición, como la definición del término que nos ocupa.

Es evidente que es necesaria una definición como tal en un diccionario, pero lo interesante es lo que puntualiza después, en los párrafos siguientes. En ellos enumera una serie de adjetivos que unidos al sustantivo sugieren virtudes o defectos que hacen que la palabra “mujer”, al igual que la de “hombre”, adquiera un significado de admiración o desprecio. Así las define como las que tienen las cualidades consideradas femeninas por excelencia; ¡esa sí que es una mujer!, o la que posee determinadas cualidades; ¡mujer de honor, de tesón, de valor!. O la que se ocupa con diligencia de los quehaceres domésticos y cuida de su familia y hacienda. También define como tales a las que cuyo poder de atracción amorosa acarrea fin desgraciado a sí misma o a quienes atrae; ¡mujer fatal!, o a las de vida mundana, perdida o pública; ¡prostitutas!. A la que es valorada únicamente por su belleza o atractivo sexual la llama ¡mujer objeto! Y así un sin fin de significados según los adjetivos que acompañen al término mujer, porque ya se sabe, dime con quién andas y te diré quién eres, así los adjetivos redefinen el término.

Buscando algo más de moda, que no más moderno, me sumergí en Internet golpeando las teclas del ordenador confiando en solucionar mi problema de pobre léxico. Google!!! Tiene que ser la solución!. Esperé pacientemente a que mi antiguo ordenador sin banda ancha me diera la solución... 10.456.987 entradas. Peor que una pesadilla. Términos como belleza, salud,



moda, actualidad, zapatos, sindicatos, banco mundial, primavera, estudios, decoración, deporte, cocina, familia y trabajo, lesbianas, chistes, fútbol, aborto, discapacidad.... acompañan al noble término de mujer orientándonos o quizás desorientándonos sobre lo que es una mujer.

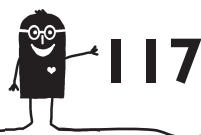
Como la tecnología no me daba solución a mi conflicto decidí refugiarme en los clásicos, en la cultura antigua a la que en tantas ocasiones le volvemos la espalda. Quien mejor que nuestro maestro Paracelso para definir mujer. Paracelso afirma que “...el universo es y ha sido la primera creación, el segundo mundo fue el hombre y el tercero la mujer...La mujer es por ella misma, un mundo particular...Antes de la aparición de la mujer, el hombre no padecía enfermedad alguna.....Todas las miserias proceden de la mujer...”. En este punto dejé de consultar a los clásicos. Quien quiera regocijarse en ellos puede acudir al Tratado de la Matriz de Paracelso.

Probablemente definir mujer sea como definir hombre, una ilusión o una quimera. Depende de la mujer en que pienses vendrá a la mente una u otra definición. Mujer es la madre que me educó, abrigó, aconsejó, sufrió y rió. Mujer es la novia despechada o la me dejó tirado, la amante de una noche y la que hubo que cambiar la cerradura de casa y vaciar su cajón, mujer es mi primer beso, y mi primer “disculpa estoy demasiado bebido”. Pero sobre todo Mujer es mi mujer, la madre de mis hijos, mi compañera, la que me sufre y me alegra, la que mesa mis cabellos cuando el cansancio llega a mis sienes, la que amo por la noche acariciando y la que beso por la mañana tras una café. La que abraza a mis hijos y los acuna, la que sin pensar en su cansancio, se levanta una y otra vez por la noche a arroparles, la que escucha y oye a la vez, la que mira y consuela, habla y anima.

A expensa de mi profesión como ginecólogo he podido conocer otras definiciones de mujer. A menudo nos sorprendemos en nuestra especialidad sobre todo en los campos de la obstetricia, oncología y reproducción de

cómo las pacientes pueden ayudar en nuestro trabajo. Su tesón y capacidad de lucha frente a enfermedades oncológicas que ocupan esferas médicas, sociales y culturales como el cáncer de mama, su fuerza ayudando a sus hijos a nacer en ese acto que son los partos que nunca acabas de conocer a fondo por muchos que hagas o que estudies, su capacidad de sacrificio para tener hijos que la naturaleza o sus circunstancias personales les niegan reiteradamente y someterse a costosas y penosas técnicas de reproducción.

Todo ello hacen de la mujer una madre excepcional, una esposa maravillosa, y unas pacientes agradecidas. Por todo esto.... gracias a quien corresponda.



NEUMÁTICO

Víctor Alfaro Santafé
Director Unidad Podología y Biomecánica
Hospital Quirón Zaragoza

La palabra neumático nos trae inmediatamente a la cabeza la imagen de una rueda. Seguramente de distintas ruedas: motos, coches, fórmula 1, bicicletas, etc. Hay multitud de ruedas y todas ellas tienen en común ser el punto de contacto entre el vehículo y el suelo.

Recuerdo varios anuncios publicitarios de neumáticos en los que mostraban que por muy potente que fuese un coche, con unos malos neumáticos no tendría ningún control en la carretera. Y tienen razón. Qué raro sería ver un Fórmula 1 con las ruedas de un utilitario. Y qué pocas carreras ganaría...

Como comprenderán en nuestras clínicas hacemos muchas cosas, pero no nos dedicamos a cambiar ni reparar los neumáticos. Aunque en cierta parte creo que tenemos bastante que ver con esos mecánicos que miman hasta el último detalle de los neumáticos para que se adhieran con perfección a la carretera y eviten accidentes.

El trabajo en mi unidad consiste en cuidar los pies de nuestros pacientes y si lo piensan, tienen bastante que ver con estos neumáticos de los que hablamos. Todos nosotros contactamos únicamente con el suelo por nuestros pies al igual que un coche lo hace por sus neumáticos.

Estamos muy acostumbrados a que nuestro mecánico de cabecera nos diga que tenemos la dirección mal alineada porque estamos desgastando mal las ruedas.



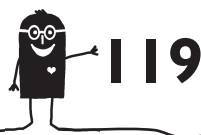
A pesar de que disponemos de muchos sistemas informáticos muy sofisticados que nos permiten diagnosticar con precisión la forma de pisar de un paciente, hay una prueba diagnóstica muy valiosa (y muy barata) que es mirar el desgaste del zapato del paciente. Este desgaste del zapato nos da muchos datos de cómo pisa nuestro cliente. Nosotros no vamos a recomendarle que se “alinee la dirección” sino que estudiaremos su pisada y fabricaremos un “suelo a medida” que corrija el defecto y pase a desgastar “sus ruedas” de mejor manera.

Como ven resulta que vamos a tener bastante que ver con los mecánicos de coches, que tienen que adaptar el neumático en función del vehículo, siendo muy distinto el que se le recomiende a un deportivo, a un utilitario o a un monovolumen. En verdad a nosotros nos pasa igual —salvando las distancias— no vayan a pensar nuestros clientes que los catalogamos en deportivos, utilitarios o monovolúmenes (sobre todo el símil con estos últimos puede ser un poco desafortunado).

Pero la verdad es que en el día a día de nuestra consulta nos encontramos con distintos tipos de pies (cavos, planos, valgos, varos, etc.) y distintas actividades para los que se usan (pasear, correr, jugar al fútbol, nadar, esquiar, etc). Nuestro trabajo está bien hecho cuando damos los cuidados necesarios a cada pie en función de la actividad que realiza.

Me explicaré. El mecánico de nuestro admirado Fernando Alonso acierta cuando le pone el neumático perfecto en función de cómo está el circuito. En nuestra consulta cuantas veces escuchamos la pregunta ¿pero hay alguien que pise bien?. La respuesta no es fácil. Si le decimos que sí, no le estamos diciendo de todo la verdad y si le decimos que no, pensará que lo que pretendemos es poner plantillas a todo el mundo y les aseguro que no es nuestro objetivo.

Realmente creo que no vemos a ningún paciente que pise perfecto. ¿Quiere decir esto que todos nuestros pacientes necesitan una plantilla?.



Rotundamente no. Va a depender mucho más de para qué utiliza sus pies que de la forma de pisar que tenga. Les pondré un ejemplo a una persona con un ligero pie valgo que trabaja en una oficina frente a un ordenador y que no realiza actividad deportiva no le recomendaríamos una plantilla porque creo que la ayuda que podría darle sería pequeña.

Ahora bien, si el propietario de ese mismo pie ligeramente valgo es un jugador del Atlético de Madrid, sin duda le recomendaré realizar un estudio de la marcha y diseñarle una plantilla que corrija ese pequeño defecto, ya que dada la intensidad del gesto deportivo que va a realizar y el gran número de pasos a los que va a someter sus pies, posiblemente ese ligero pie valgo se convirtiese con el tiempo en una condropatía de rodilla o en una lesión de menisco interno.

Muchas personas, incluso muchos amigos, cuando hablas de temas de trabajo no alcanzan a comprender cómo a alguien le puede resultar apasionante trabajar con los pies. Lo más inmediato que se les viene a la cabeza es el típico amigo del instituto del que había que huir cuando se quitaba las zapatillas.

Pero la verdad es que realmente me apasiona. No deja de sorprenderme cómo una estructura formada por 28 huesos, 33 articulaciones y más de 100 tendones soporta la intensidad de nuestros gestos y nos acompaña toda nuestra vida, quejándose bastante poco, partiendo de la base de que nuestros pies están la mayor parte del tiempo metidos dentro de un zapato y a veces ¡de qué zapato!. Si estuviésemos diseñados para caminar con 10 cms de tacón naceríamos con ellos. Les aseguro que si nuestros pies hablaran en algunas ocasiones nos dirían cuatro cosas bien dichas. No quiero decir con esto que contraindiquemos totalmente los tacones altos. No me imagino a una señora vestida de noche y con unas bailarinas. Cada cosa debe ser para lo que es. El problema de llevar una noche un tacón de 10cms es que al día siguiente tus pies te lo recordarán (que es lo mínimo que pueden hacer). El problema



de hacer de ese calzado el calzado habitual es que tus pies te lo recordarán siempre (juanetes, dedos en garra, sobrecarga lumbar, acortamiento del tendón de Aquiles, etc.).

Creo que la virtud como en todo está en el término medio y en elegir el calzado adecuado para cada ocasión. Exactamente igual que el mecánico de Formula1 cuando elige neumáticos de seco o mojado. Cuando se equivoca, pierde la carrera... pero no le sale un juanete.

Seguramente a ese mecánico de Formula1 se le ponen los pelos de punta cuando su piloto gana una carrera, porque siente que él también ha ganado. A nosotros nos pasa exactamente lo mismo. Tenemos la suerte de que en nuestra unidad tratamos a un número importante de deportistas de élite de fútbol, baloncesto, atletismo, etc. Cuando estudiamos su forma de pisar y les diseñamos las plantillas para intentar mejorar sus apoyos nos sentimos como el mecánico de Fernando Alonso. Si con nuestras plantillas conseguimos evitar una lesión o ganar una décima obtenemos una recompensa incalculable. Cada vez que en televisión viendo un partido de fútbol hay en ese mismo terreno de juego varias de nuestras plantillas, siento como si nosotros también jugásemos ese partido.

Yo creo que la ilusión es uno de esos sentimientos que se contagia y a veces me pasa que hasta mi mujer cuando en la tele dicen que un jugador se ha lesionado me pregunta rápidamente: ¿éste es de los nuestros?. Ser de los nuestros no es ser del Madrid o del Atleti ya que en ese caso me decantaría por la S.D. Huesca, que son los de casa. Ser de los nuestros es ser de los jugadores que llevan nuestras plantillas. En casa como ven hemos pasado a dividir a los deportistas en dos categorías: los que llevan nuestras plantillas y los que no. Lógicamente lo que nos gustaría es que ningún deportista se lesionase y desde luego tenemos claro que no van a ser nuestras plantillas las que hagan ganar o perder a un equipo, pero queremos seguir teniendo la ilusión de que

a partir de nuestras plantillas hemos jugado la liga, la Champions, jugamos en la selección, en la ACB, etc.

La verdad es que este trabajo nos permite conocer de cerca a los Formula1 del fútbol, del baloncesto, etc. a través de sus neumáticos y les puedo asegurar que es una experiencia excepcional.

Pero hay una parte de nuestro trabajo que todavía es más apasionante, que es la de poder cuidar los neumáticos de los Formula1 del futuro. Me refiero a los niños. Cuando vemos a deportistas de élite, pocas veces vamos a encontrar jugadores que pisen muy mal ya que de ser así, nunca hubiesen llegado a ser deportistas profesionales (se hubiesen lesionado antes o no habrían dado el nivel necesario).

Lo realmente importante es poder ver cómo pisa el niño que empieza a hacer deporte, ya que si somos capaces de detectar un problema de pisada con suficiente antelación podemos evitarle muchos problemas en la edad adulta.

Hace algún tiempo hicimos un trabajo en el que estudiábamos la forma de pisar de 200 escolares (de entre 9 y 11 años). Observamos la casualidad de que la mayoría de aquellos niños que pisaban peor (sobre todo por tener los pies demasiado aplanados) no practicaban ni fútbol (en todo caso de portero), ni baloncesto, ni atletismo. Los deportes que practicaban este grupo de niños eran la natación o el ajedrez.

Tengo la seguridad de que a todos los niños les gusta jugar al fútbol, correr, saltar, etc. Otra cosa es que lo que no les gusta es caerse más, llegar los últimos o sentirse más torpes. Además se da la circunstancia de que en este tipo de niños (con los pies aplanados) cuanto más peso tengan, más aplanarán los pies y más torpes se volverán. Es un círculo vicioso que se retroalimenta. Muchos de esos niños que metemos en el cajón de los “torpes” no lo son y

simplemente es un problema de pisada que podríamos mejorar con una tabla de ejercicios adecuados y en algunos casos con unas plantillas apropiadas.

La verdad es que no prestamos demasiada atención a nuestros pies y como he comentado al principio de este capítulo son lo único que nos pone en contacto con el suelo. Hay multitud de citas que decimos a veces sin pensar y que ratifican este hecho: Cuando queremos decir que una persona es reflexiva, coherente o sensata decimos que “tiene los pies en el suelo”. También hay una frase que a mí me gusta mucho y que suelo usar muchas veces para cerrar alguna conferencia, que es “ya me lo dice mi abuela, quien mal anda,... mal acaba”. Siempre me ha parecido un mensaje fabuloso para cerrar una ponencia dedicada a la importancia que tiene pisar bien a la hora de prevenir lesiones futuras.

Para cerrar este capítulo quiero hablar en nombre de sus neumáticos o de sus pies para reivindicar que al igual que una vez a año revisa los de su coche, haga lo mismo con los suyos porque además de éstos no tenemos de repuesto.



OBESIDAD

Dr. Fernando Ruiz Marcuello
Servicio de Cirugía General y Digestiva
Hospital Quirón Zaragoza

No escapa a nadie la relevancia que siempre ha tenido, tiene y tendrá el aspecto físico en la vida de las personas. Sirve para conseguir una gran cantidad de información sobre ellas, e incluso prejuizarlas sobre distintos aspectos de su vida. Independientemente del grado de superficialidad que se tenga, la primera imagen siempre es muy importante, y la primera imagen que se tiene de cualquier persona es su físico, donde destaca sobre todo lo primero que “salta a la vista”: el peso.

Tal es esta importancia que las estadísticas así lo corroboran. El 72% de la población mundial considera que un hombre o mujer obesos tienen más impedimentos a la hora de encontrar pareja sentimental, y un 65% opina que una persona delgada lo tiene más fácil a la hora de encontrar un trabajo que una persona con exceso de peso. Así las cosas, surgen otros trastornos derivados de la propia obesidad como las consecuencias de las “dietas milagro” o del dejar de comer, los vómitos provocados u otros pésimos hábitos alimenticios.

Es aquí donde aparece la obsesión por la comida, presente siempre de forma modulada en la historia y que en estos primeros años de siglo XXI se encuentra en su momento más álgido, el cual está totalmente en contraposición con el pasado histórico. Así, los romanos daban banquetes donde se servían más de veinte platos y necesitaban de habitaciones especiales donde vomitar, los vomitorios, para poder hacer sitio en el estómago a más y más comida; o los señores feudales y altos cargos eclesiásticos de la Edad Media, que pasaban la



mayor parte del día comiendo y donde uno de los factores sociales relevantes era la mayor o menor obesidad de la señora de la casa, de los niños y hasta del personal, algo que daba cuenta de la abundancia que allí existía.

Dados estos antecedentes se llegaría al siglo XX, donde todo daría un vuelco total. De la imagen rolliza de la reina decimonónica Isabel II se pasó en España al siglo del destape, lo que traería como consecuencia inevitable un mayor culto al cuerpo que evolucionaría hasta llegar a la actualidad, con el físico como eje central de la vida de muchas personas y los dos factores determinantes del mismo como algo muy importante en ella: el ejercicio y la alimentación.

Hoy en día es difícil no ver diariamente a un gran número de personas ocupadas en estos temas: cuando salimos de casa a las ocho ya hay gente en el gimnasio apurando antes de entrar a trabajar, cuando vemos en la tele los anuncios de mágicos productos para adelgazar, moldear los músculos, o consumir calorías; la gente haciendo footing a cualquier hora del día cuando vamos a la playa, haciendo senderismo cuando vamos a la montaña... Por no hablar de las dietas que nos recomienda cualquiera que asegura que a un conocido suyo le funcionó milagrosamente, algo totalmente inútil casi siempre dado que cada persona es distinta y una dieta u otra tienen distintos efectos según la estructura y metabolismo de la persona en cuestión.

Pero atención, porque hay quien dice que la historia siempre tiende a repetirse, y por muy extraño que parezca podría volverse al *“dame gordura y te daré hermosura”* de nuestras abuelas en breve, dado el límite al que hemos llegado en la actualidad, donde cualquier niña de primaria ya está pendiente de lo que le dice la báscula. Sin embargo, es indudable que independientemente del patrón que establezca la sociedad del momento, la obesidad es siempre un factor de riesgo en cualquier tratamiento médico que se siga. El Índice de Masa Corporal alto (ocasionado por un aumento excesivo de grasa en el organismo), que puede conllevar o no aumento de peso, es lo que determina

que una persona sea obesa, y puede traerle como consecuencia muchos problemas más además del peor aspecto físico.

Para empezar la esperanza de vida, al tender siempre los gordos a morir antes que los delgados estadísticamente. Además, en las personas obesas son más frecuentes las muertes súbitas, algo menos frecuente en quien tiene un Índice de Masa Corporal proporcionado. En segundo lugar estarían los problemas circulatorios por mayor concentración de grasa, la cual trae consigo diabetes prematura o incluso hipertensión arterial, algo muy grave para la salud de cualquier persona. Además, en relación con la diabetes también puede decirse que las personas delgadas que la padecen generalmente necesitan un tratamiento más liviano, al evitarse muchos medicamentos o hasta la propia insulina. Finalmente, en cuanto al cáncer, los cánceres de colon, recto, próstata, mama, útero y ovarios siempre son más frecuentes en personas obesas. Otros problemas en mujeres con un peso excesivo pueden ser los trastornos menstruales.

En relación con el mundo de la cirugía también son muchos los problemas, partiendo desde el más elemental de todos: cómo operar a un obeso. Dejando aparte situaciones anecdóticas acerca de la necesidad de camillas especiales pedidas en algunos hospitales (para soportar a un paciente que ya ha roto aquella en la que le han tumbado), operar a un obeso es mucho más difícil, resultando a veces un auténtico infierno. Sea cual sea la operación, siempre es mucho más incómoda y costosa, teniendo que apartar todo el tejido graso que rodea los órganos para poder realizar la intervención deseada.

En segundo lugar está la cirugía para aquellos que tienen una obesidad de tal extremo que requieren una reducción de estómago, u operación similar, porque corre riesgo su vida. Se trata de una operación delicada en la que al reducir el estómago se logra reducir la ingesta de calorías, con la consiguiente bajada de peso y equilibrio de los distintos niveles del organismo. En este



tipo de operaciones las listas de espera en la Sanidad Pública son altas, al existir otras intervenciones de mayor prioridad que han de ser atendidas más urgentemente.

Muchos son los factores causantes de la obesidad: genéticos, psicológicos, relativos al desarrollo celular, el ejercicio físico mínimo, las hormonas o algunos fármacos dedicados a ello específicamente. En cuanto a las clases, suele distinguirse en función del Índice de Masa Corporal que se tenga entre sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida.

En cualquier caso, lo único que cabe pedir aquí es que se acuda al médico endocrino. Sólo el 20% de la población afirma que lo haría, y generalmente como último de los recursos. Esto es esencial al estar por un lado el factor social, en el que nadie quiere ser una figura de un cuadro de Fernando Botero en una sociedad donde se puede ser alto o bajo, guapo o feo, pero no gordo; y por otro lado, y éste es el importante, el factor médico, donde la obesidad supone una amenaza para la salud y la vida de las personas que la padecen.

ORIGEN

Dr. Ricardo Rezola Solaun
Servicio de Anatomía Patológica
Hospital Quirón San Sebastián

La búsqueda del origen o causa de los síntomas o de las propias enfermedades es una de las acciones más comunes en la práctica médica diaria. Más en concreto del patólogo que cada mañana enciende el microscopio para encontrar en esas células o en esos tejidos la justificación de los hallazgos clínicos o para descubrir algo insospechado clínicamente.

A veces, el estudio macroscópico ya descubre la causa y casi siempre es en la correlación macro-microscópica donde se establece el diagnóstico. Así, hoy en día, el estudio patológico resulta fundamental en muchas enfermedades. Por ejemplo, en patología oncológica el estudio microscópico es determinante tanto para establecer la naturaleza de la lesión como determinar el tratamiento a realizar. Cada vez que se enciende la luz del microscopio se inicia el proceso de búsqueda del origen.

Desde las primeras autopsias en Alejandría, en el siglo III a.C pasando por la patología orgánica de Morgagni, la patología tisular de Bichat, la patología celular de Virchow y actualmente la patología molecular, se han acumulado multitud de conocimientos sobre las enfermedades, sus síntomas y signos, sus causas y sus tratamientos.

La clasificación histogenética de los tumores (la que hace referencia a los diferentes tipos de células que originan los tejidos) es la más utilizada en la actualidad empezando a ser sustituida o ampliada por los conceptos moleculares o genéticos que se van descubriendo. Cuanto mejor diferenciado es el



tumor más fácil resulta determinar la célula de origen, pero cuanto más indiferenciado es o sus componentes son más heterogéneos, más difícil resulta conocer su origen.

Aun así, a través de reacciones inmunológicas con diferentes componentes celulares y nuevos sistemas de visualización, hoy en día se puede determinar de forma mucho más precisa la estirpe tumoral de una muestra cancerosa.

La inmunohistoquímica (técnica que permite la identificación de diferentes moléculas o componentes celulares), ha pasado a ser el arma de tinción actualmente más importante en la práctica diaria del patólogo. La patología molecular también empieza a ser otro brazo de trabajo importante en el laboratorio. Al final, la correlación de todos estos métodos desde lo básico macroscópico pasando por la microscopía con hematoxilina-eosina hasta utilizar métodos de inmunotinción y moleculares, junto con las características clínicas de la enfermedad, permiten descubrir el origen de la enfermedad. Sin embargo, muchas veces el objetivo queda sin cumplir bien porque la muestra no es suficiente para el diagnóstico, porque las características morfológicas de esa enfermedad no son específicas o también por qué no reconocerlo, por desconocimiento de lo que se está viendo. Como dice el refrán popular: no se ve lo que no se sabe.

Cada vez que hay un descubrimiento nuevo hay en ello muchas circunstancias previas, desde el azar o “serendipity”, término inglés que se refiere a encontrar algo por casualidad, cosa muy común en ciencia, al trabajo concienzudo y metódico generalmente de un grupo o grupos de investigadores. A todo ello hay que sumarle la validación en el tiempo y en las experiencias posteriores de otros laboratorios.

Pese al enorme avance tecnológico en la medicina, nada sustituye la acción humana de observar al microscopio, tanto en el estudio histológico como

citológico, para descubrir en ellos la patología. El microscopio, con diferentes mejoras técnicas sobre el primero, del siglo XVII, junto a la observación humana a través del conocimiento histórico, permiten hoy en día llegar a encontrar el origen de muchas patologías.

Con la incorporación de los estudios genéticos al método patológico actual se podrán descubrir nuevos mecanismos de causalidad de las enfermedades o certificar los conocidos actualmente hasta la incorporación en el futuro de otros avances tecnológicos.

La cuestión esencial de la humanidad sobre el origen de las cosas se conjuga diariamente con la acción del patólogo en encontrar las causas o procedencia de las enfermedades que estudia para un correcto diagnóstico y una terapia adecuada.



OXÍGENO

Dr. Carlos Agustí García-Navarro
Servicio de Neumología
Hospital Quirón Barcelona

El oxígeno es ese elemento que ocupa el número 8 en la tabla periódica. Su nombre viene del griego “oxys”, que significa engendrar y generar.

Es el elemento más abundante en la naturaleza. Existe en la atmósfera, y forma las ocho novenas partes del peso del agua.

El oxígeno se embotella y expende gaseoso en tubos de acero o en estado líquido y es transportado en cisternas.

Su papel en la vida es fundamental, constituye gran parte de la materia viva, e interviene en múltiples funciones entre las que cabe destacar la oxidación y respiración biológicas.

En Medicina el oxígeno se utiliza en la administración de oxígeno con fines terapéuticos, en alteraciones del centro respiratorio, neumonías, alteraciones de la hemoglobina, trastornos circulatorios, hemorragias, y otros muchos.

En circunstancias normales, la administración del oxígeno no es conveniente, llegando a producir daños.

En el ser humano los pulmones son los órganos en los que tiene lugar la hematosis, fundamento de la respiración. En ellos se verifica la toma del oxígeno del aire para la sangre y la eliminación del monóxido de carbono.



Fumar perjudica seriamente la salud y no sólo porque contamina el oxígeno que entra en nuestro cuerpo sino también por otras razones.

Como en el caso del Sr. López, paciente de una EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), el cual necesitaba respiración asistida.

El Sr. López ingresado en el hospital debía llevar la bombona de oxígeno junto con él, pues no podía prescindir de la mascarilla que se lo proporcionaba.

Lo peor es que el Sr. López tampoco podía prescindir del tabaco, y un día aciago, mezcló el cigarrillo con el oxígeno dando lugar a una explosión que sacudió todo el hospital y acabó con su vida.

Aunque no todos los fumadores corran el riesgo del Sr. López, lo cierto es que al entrar el humo en los pulmones, la hemoglobina se une al monóxido de carbono en lugar de al oxígeno, y lo transporta al cuerpo en lugar de éste ocasionando falta de oxigenación en el organismo. Por eso aconsejamos que se dé todo el oxígeno que necesite, y dése un respiro y deje de fumar.



PESADILLA

Dr. Gonzalo Pin Arboledas
Jefe de la Unidad Valenciana del Sueño

“¡Esto es una pesadilla!, ¡Eres mi pesadilla! ...”

... Cuántas veces hemos pensado, sentido o dicho estas u otras frases parecidas asociándolas invariablemente a situaciones o sensaciones desagradables.

Sin duda una pesadilla debe ser algo malo y desagradable, que siempre se asocia a ansiedad, intranquilidad y desasosiego, aunque a ciencia cierta, muy poco conocemos de ellas. Desconocemos porque una persona o situación pasa de ser algo incómodo o pesado a ser nada más y nada menos que una PESADILLA. Desconocemos qué pasará en el futuro con nuestras pesadillas, desconocemos por qué desaparecen (si es que desaparecen) o por qué insisten en quedarse en nuestra compañía haciéndose cada vez más presentes y persistentes.... Además, según dicen los expertos, antes de que un niño sea capaz de hablar, los padres pueden ser conscientes de la presencia de pesadillas ¡Tremendo!: las pesadillas nos pueden acompañar a lo largo de toda nuestra existencia.

No obstante, ¿Sabemos de qué hablamos?... ¿Qué es una pesadilla?, ¿De dónde ha surgido esta palabra? Si miras el Diccionario de la Lengua Española sus definiciones nos confunden, pues no aclaran si hablamos del día o la noche o de ambos. Para el Diccionario por excelencia una pesadilla es:

“Ensueño angustioso y tenaz”. 2 . “Opresión del corazón y dificultad de respirar durante el sueño”. 3. “Preocupación grave y continua que siente una persona a causa de alguna adversidad”. 4. “Persona o cosa enojosa o molesta”.



Buscando en un viejo libro médico las cosas se van aclarando. Según este libro pesadilla es un “sueño angustiante y terrorífico, que generalmente despierta al individuo”. Bien, parece que la cosa se va centrando y, en un primer paso, ya sabemos que realmente las pesadillas devienen del sueño, del dormir, son un mal dormir. Así pues, lo que nos agobia por el día, ya sea persona o situación, será cualquier cosa menos una pesadilla en estricto sentido médico.

Pero, si es del sueño, ¿por qué unas noches si y otras noches no?, Si estoy durmiendo, ¿Cómo es que recuerdo lo que me pasa mientras duermo cuando tengo una pesadilla?, ¿será que en realidad no estoy durmiendo?

Debemos aclarar que no todo el sueño es igual. Tenemos una parte de nuestro sueño en el que movemos los ojos, el denominado sueño REM de los anglosajones o paradójico de los hispanohablantes, pues es paradójico que movamos los ojos para “ver” mientras dormimos, y una parte de nuestro sueño en la que no movemos los ojos, el denominado NREM. Pues bien, por lo que sabemos hoy en día, las pesadillas se producen, cómo no, en el sueño paradójico o REM, que además de paradójico nos permite en ocasiones recordar los ensueños. El producirse en este sueño REM nos permite, o mejor dicho, nos obliga a recordarlas durante el día o al despertarnos bruscamente y, por ello, la angustia que ocasionan. Además esto las diferencia de los otros sueños angustiosos de la noche, los llamados terrores del sueño que se producen en el sueño NREM y no recordamos al día siguiente.

Como los niños pequeños tienen más sueño paradójico las pesadillas son más frecuentes entre ellos, mientras en los adultos son más ocasionales o relacionadas causa-efecto por una situación del día muy estresante.

Ya sabemos algunas cosas más: son una situación que se produce durante el sueño, el sueño REM concretamente, por lo que si estamos durmiendo cuando acontecen y es normal que las recuerde al día siguiente.

Pero, ¿qué debemos hacer si nuestro hijo tiene pesadillas? La respuesta es evidente: acudo, cuido, consuelo y, si son demasiado frecuentes, pensaré que algo le ocurre durante le día o está viendo o leyendo cosas que no debiera.

Entonces, para acabar de liarla, ¿pesadillas y terrores del sueño son la misma cosa?: evidentemente no, los terrores son de la otra forma o fase del sueño, la NREM y lo que debemos hacer es diferente.... Pero eso es otra historia que debe ser contada en otro lugar.

PILAR

Dr. Héctor Rupérez Caballero

Servicio de Traumatología Hospital Quirón Valencia

Def: Elemento vertical, sustentante, destinado a recibir cargas para transmitir a la cimentación.

Para mí la palabra Pilar ha tenido siempre una significación muy cercana. Estudié la carrera de medicina en la ciudad de Zaragoza donde la patrona es la Virgen del Pilar. El desarrollo de mi profesión ha sido el elemento de sustentación a nivel personal y familiar.

Tras unos años de trabajar fuera de ella, volví a la misma ciudad, esta vez para dedicarme a lo que sería otro de los pilares de mi vida. Me hice médico militar y tuve parte de mi formación en la Academia General Militar y de nuevo tras unos años de ausencia, retorné para iniciarme profesionalmente en lo que sería el tercer pilar de mi vida profesional, la traumatología.

Como traumatólogo descubrí que el sistema esquelético además de protección sirve para recibir y transmitir las cargas, e incluso hay partes anatómicas cuyo nombre cabe en la definición (por ejemplo, pilón tibial, pilares diafragmáticos).

Además también durante el desarrollo de mi especialidad tengo que valorar la importancia de la transmisión de cargas a la hora de la evolución y la recuperación de las lesiones que se producen en los diferentes elementos del sistema osteomuscular, aplicando dichos conocimientos, tanto a la hora de colocar una placa atornillada en una fractura ósea como cuando se realiza un vendaje de descarga en alguna lesión músculo-tendinosa.



Nunca imaginé cuando visité por primera vez la Basílica de la Virgen en Zaragoza, que la palabra Pilar iba a estar tan implicada en mi vida tanto a nivel personal como profesional a lo largo de todos estos años.



PRIMAVERA

Dra. Sofía López Usero
Alergóloga Hospital Quirón Valencia

“La primavera es preciosa”, me giré al oír la frase. Era una chica joven de mirada ensoñada. La imaginé enamorándose en primavera una mañana de mayo, a la luz de ese sol luminoso que se abre paso a trompicones entre unas nubes panzudas. Imaginé su sonrisa a través de frutales en flor, en medio de un fuerte olor a azahar.

Recordé en mí ese sentimiento de renovación, como una edad de floración después del triste medioevo frío y oscuro del invierno. Todo parecía posible en primavera. La vida brotaba en cada yema de los árboles de mi calle, yo misma era como una planta que renacía en aquellos tiempos de mi adolescencia. Podía quitarme a mediodía la rebeca y la piel de mis brazos parecía desesperarse al nuevo sol; me gustaba en el patio del colegio sentarme con mis amigas y cerrar los ojos plantándole cara, todas juntas, atrapando ese calorcito que empezaba a ponernos morenas. Respirábamos a veces a la vez, con ritmo, llenándonos los pulmones de primavera, de ese milagro que repetía cada año el renacimiento de la vida y que nos inundaba de savia fresca.

Fue uno de esos días cuando me di cuenta de que mi nariz no funcionaba, de pronto interrumpí el momento éxtasis con una serie de estornudos seguidos, no podía parar, tres, cuatro, cinco, seis, era horrible, la nariz se me había atascado y me picaba muchísimo. Cuando pude parar los ojos me lloraban y apenas podía abrirlos.

No hice mucho caso. Mis amigas se rieron y de ahí no pasó la cosa.



Pero la segunda vez que me ocurrió noté que respiraba mal y que el pecho me sonaba como si tuviera un fuelle viejo dentro.

Mis padres me llevaron al médico. Su diagnóstico fue implacable pero incomprensible:

Tranquila, es la primavera —dijo.

Cuando salí de la clínica pregunté a mi madre cómo la primavera podía hacerme aquello, cómo algo tan maravilloso podía tener que ver con picores, mocos y fatiga. Mi madre me explicó algo de que mi cuerpo reaccionaba no sé de qué forma a toda aquella alteración de la naturaleza.

—Ya sabes el refrán, la primavera la sangre altera —terminó.

La medicación me mejoró mucho, pero no era fácil. Mi cuerpo podía reaccionar contra cosas innumerables que yo ni siquiera sabía que existían. Me alertaron sobre el peligro de las picaduras de insectos y sobre la necesidad de hacerme pruebas para ver quién era el o los culpables de mi reacción. Me enteré entonces de que las vacunas no se daban sólo para prevenir infecciones como tétanos o la polio, sino que también eran buenas para curar... la alergia, eso era a fin de cuentas.

Aquello acabó bien, claro. La medicación pudo al final con la alergia, pero terminé por entender mi alergia como una especie de fobia a la maravillosa primavera.

Con el tiempo me he congraciado con esa estación llena de luz y esperanza, pero para siempre aprendí que las cosas aparentemente bellas pueden tener su lado malo, como no hay rosas sin espinas.

De repente oí una serie de estornudos violentos. Al girarme vi a la chica que había dicho aquella frase tan inocente revuelta en picores y mocos. No pude remediarlo, le grité:

—Tranquila, es la primavera.



PULSO

Dr. Juan Bosco Calatayud Pérez
Servicio de Neurocirugía Hospital Quirón Zaragoza

Palabra que tiene múltiples acepciones en nuestra rica lengua española y que como una gran parte de nuestros vocablos procede del latín; concretamente de la palabra *pulsus*, como viene descrito en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Cuando nos paramos a meditar sobre una palabra y su significado para nosotros, descubrimos hechos sobre los cuales no habíamos reparado anteriormente. Con el pulso entramos en contacto antes de abrir los ojos a este mundo, aun sin ser conscientes notábamos el pulso de los diferentes órganos que nos rodeaban en el seno materno y cómo este pulso se modificaba en función de la situación psíquica y física de nuestra progenitora.

Tras el alumbramiento y el inicio en este mundo de nuestro ciclo vital, tal vez el primer recuerdo del pulso sea pensar que es algo que late en nuestro interior en función de los latidos del corazón y que nos lo podemos notar en la región temporal, “noto el pulso en la sien” y palpar en nuestra muñeca.

Pero es en la infancia donde también lo relacionamos por primera vez con un juego. ¡Quién de pequeño no ha echado un pulso con su padre, hermano mayor, su amigo o aquel compañero de clase con el que nos peleábamos un día sí y otro también!; era una forma pacífica de dirimir diferencias.

Vamos creciendo y entramos en la adolescencia y hemos de tomar el pulso a la vida, de tomar las primeras decisiones importantes para el futuro; estudios, primeros trabajos, novias/os, la vida es un pulso continuo, nuestro ritmo se

acelera y reduce en función de múltiples aspectos sociales, hormonales y por lo tanto vitales.

Cuando llegamos a la edad adulta somos más conscientes del mundo que nos rodea: trabajo, economía, política y familia entre otras muchas cosas más que forman parte de nuestro día a día y de nuestras preocupaciones cotidianas, con lo que la palabra pulso comienza a tener otras connotaciones y por lo tanto diferentes sentidos y aplicaciones.

Quiero recordar cómo me temblaba el pulso la primera vez que tuve un bisturí en la mano como neurocirujano y me encontraba en disposición de realizar mi primer agujero de trepano, cómo sentía el pulso retumbar en mi cabeza. También notas el pulso fuerte y amplio cuando ves nacer a tu primer hijo y posteriormente lo tienes, con toda su fragilidad, por vez primera entre tus brazos y sientes el miedo a perderlo, pero convencido de que tu pulso firme te ayudará a sujetarlo y dirigirlo dándote cuenta que algo tuyo va a seguir pulsando sobre este mundo.

Ahora en esta edad que se considera de mayor capacidad productiva y por ello de más responsabilidad tanto familiar como con la sociedad, de los 30 a 55, y en la que actualmente estamos en un momento difícil en lo económico, lo laboral, lo social y lo político, nos decimos continuamente que no nos temblará el pulso para tomar decisiones con respecto a nuestros hijos y la sociedad que les rodea. Que hemos de tomar el pulso a la situación actual de nuestras empresas para enderezar sus situaciones. Oímos a los jueces decir que no les temblará el pulso en aplicar todo el peso de la ley. Y los políticos, los políticos nos dicen que conocen el pulso de la sociedad a la que representan, cuando sus decisiones ni los que les votan las entienden en ocasiones e intentan justificar lo injustificable. Evidentemente tenemos pulsos distintos y por ello sensaciones y sentimientos enfrentados políticos y sociedad.

La vida pasa y nuestro pulso se desacelera: Llega el momento de lo que debería ser el jubileo del ser humano, pero en algunas ocasiones llegamos a la tan ansiada para algunos jubilación con pocas fuerzas, un pulso débil, arrítmico y filiforme en el que se refleja lo agitado de nuestra vida y cómo ésta nos pasa la factura del transcurrir del tiempo. Nuestro pulso pierde fuerza, somos más frágiles y débiles, es como si volviéramos a estar en los brazos de nuestros padres, volvemos a la niñez y perdemos recuerdos y capacidades, hemos perdido nuestro pulso cerebral y nos hacemos dependientes de nuestra sociedad en toda su extensión.

Día tras día nuestro pulso continúa perdiendo fuerza, se hace cada vez más lento, o sea, se bradicardiza, se debilita y llega a alterar su ritmo, no tenemos buen pulso. Pero hay un día, el último día en que no tendremos pulso, ese día habremos perdido el pulso y quién sabe si ese día también empezará un nuevo pulso.

RITMO

Dr. José Ángel Cabrera Rodríguez
Jefe de Cardiología Hospital Quirón Madrid

La gran mayoría de los seres humanos mantenemos un ritmo estable en las infinitas actividades diarias que marcan la existencia de nuestras vidas. Los procesos rítmicos dan en gran medida paz a nuestro cuerpo y a nuestra mente y por eso precisamos tener control sobre el ritmo de nuestra existencia. Necesitamos que nuestros sentidos perciban la secuencia rítmica y controlada de la luz de día y la oscuridad de la noche, del frío invierno y caluroso verano... de tantas cosas y tan distintas.

Sin embargo, la propia composición rítmica que marca la mayoría de los fenómenos naturales y la estabilidad de nuestra vida, nos convierte en vulnerables a cualquier cambio. Romper el ritmo a veces es tan sencillo como mantenerlo. La simpleza de un catarro o un reloj que no suena pueden romper el ritmo diario de nuestras actividades, para pronto volver a marcar el equilibrio rítmico de nuestra vida. Otras veces, no es posible hacerlo.

En un sentido general, el ritmo es un flujo de movimiento producido por una ordenación controlada de elementos que pueden ser sonoros, visuales o percibidos por cualquiera de nuestros sentidos. El ritmo es una característica básica de todas las artes, especialmente de la música, la poesía y la danza, pero también de la naturaleza humana.

¿Alguien no ha sentido el palpitante de su corazón, el latido intenso, regular, vigoroso que marca su actividad? La sucesión planificada de latidos del corazón gobiernan el ritmo cardíaco. El nodo sinusal de nuestro corazón marca el paso de los latidos cardíacos, su cadencia, su frecuencia, en definitiva, su



ritmo. Las aurículas recogen su señal y el nodo auriculo-ventricular protege muchas veces las locuras arrítmicas del latido auricular. En ocasiones, el nodo auriculo-ventricular decide bloquear el ritmo que marca el paso del latido a nuestros ventrículos, entonces una ayuda para marcar el paso del corazón es necesaria. Otras veces, los ventrículos pierden el ritmo que marcan los nodos cardiacos y cuando la pérdida del ritmo da paso a una arritmia ventricular rápida y sostenida, la vida puede escaparse.

Doctor, tengo taquicardias, el corazón se me acelera, siento vuelcos, me mareo. Muchas veces estos síntomas traducen que el ritmo del corazón no va bien. Entonces hay que ponerse manos a la obra y ver por qué se ha roto esa sucesión planificada, estable, adecuada de latidos del corazón. He sentido muchas veces cómo volvía la paz a la mente de las personas cuando también retornaba la paz al ritmo de su corazón. Pero no desesperes, paciente con arritmias del corazón, como ocurre con la mayoría de los fenómenos naturales que marcan el ritmo de la vida, el ritmo cardiaco es vulnerable a causas sencillas... tan sencillas como reversibles.

SONRISA

Dr. Miguel Beltrán Andreu

Jefe Odontología Hospital Quirón Valencia

Desde un punto de vista científico, la sonrisa es una expresión facial generada al contraer de determinado modo gran parte de los músculos faciales. Es una respuesta normal e involuntaria ante ciertos estímulos y situaciones. La aparición de una sonrisa en la cara refleja por lo general placer o entretenimiento, aunque puede ser reflejo involuntario de otras emociones, tales como ansiedad, ironía, desconcierto,... Podemos considerar la sonrisa como una forma suave y discreta de la risa. Además de provocar un cambio en la expresión de la cara, la sonrisa conlleva la producción de endorfinas que pueden generar una sensación de bienestar y reducir la sensación de dolor.

Para mí, sonrisa es sinónimo de Ernst Lubitsch. De cualquier película de Lubitsch. Porque una película del genial director berlinés supone una inyección de elegancia, talento, gracia, discreción, encanto... cualidades todas ellas necesarias para que una sonrisa sea auténtica. Y, si tuviera que referirme a una sola película, sonrisa equivaldría a “Un ladrón en la alcoba” (*Trouble in paradise*, 1932), y, sobre todo, a Herbert Marshall pidiendo que le sirva la luna en las copas a un camarero que apunta en una libreta impertérrito... (“camarero, ¿ve esa luna?; quiero ver esa luna en las copas” “sí, barón, la luna en las copas”).



SUSPENSE

Dra. Vicenta Giménez Molla

Psicóloga-Psicoterapeuta de la Unidad de Apoyo Psicológico

Hospital Quirón San Sebastián

Recuerdo cuando era pequeña, que el final del verano traía consigo dos momentos especiales: mi cumpleaños y el regreso al colegio. El nuevo curso escolar suponía una sorpresa, con dosis de expectación, ¿qué colegio me asignarían ese año?, y dosis de ansiedad: ¿me gustarían mis nuevos compañeros, yo les gustaré a ellos? He de decir que por diferentes motivos ajenos a la voluntad de mis padres y más en relación a políticas innovadoras de educación y redistribución escolar de la zona donde residíamos, cada dos años máximo, mi colegio de referencia era diferente, por lo que llegué a estar en cinco colegios para cursar los ocho de EGB. ¡Qué horror! Es más, llegué a reencontrarme con mis “viejos” compañeros de parvulario en el instituto y a fecha de hoy, sigo conservando “muy buenos amigo/as” de cada cole en el que estuve. Todo lo malo, tiene su lado bueno.

Fue en mi segundo colegio cuando conocí a Alba. Teníamos siete años, jugábamos a diario en el patio y éramos grandes amiguitas y no supe nada de ella hasta ¡cinco años después! A esa edad, cinco años es una eternidad. Nuestro reencuentro fue ¿mágico? Recuerdo que era el mes de agosto, y mi ciudad estaba en fiestas. Mis padres habían decidido ir a la verbena del barrio de unos amigos. Yo jugaba con otras niñas, cuando de repente se acercó Lucía y me reconoció. Lucía había compartido juegos esporádicamente con nosotras y ella y Alba seguían siendo compañeras de clase. Nuestros padres nos autorizaron a intercambiar nuestros números de teléfono “fijo” (¡qué tiempos aquellos!) y un par de meses después, cuando el nuevo curso escolar hubo comenzado, un lunes por la noche, sonó el teléfono.

En aquel tiempo los lunes por la noche, después del telediario de la primera cadena (sólo habían dos canales de televisión), emitían una serie del maestro del suspense: “Alfred Hitchcock presenta...” El teléfono en casa sonó a la par que la silueta de Alfred aparecía en la pantalla y cuando yo regresé al salón, el capítulo daba a su fin. Sí, era Alba quien llamaba y a fecha de hoy sigue siendo una de mis mejores amigas, pero como en toda peli de suspense, hubo cinco años de nuestra infancia “en suspense”.

En cuanto a Lucía, también sigue siendo una de mis mejores amigas y la vida le deparó “múltiples” sorpresas. Se casó con su primer y único novio y cuando decidió ser mamá, el momento no llegaba. Por más que lo intentaba, nada, el tan ansiado embarazo se hacía esperar. Cada mes aumentaba su impaciencia, el tiempo transcurría y empezó a preocuparse. Pasados un par de años, decidieron consultar con el médico. “Relájate, tranquilízate, aún eres joven...”, le decían tanto su médico como familiares y conocidos, con consejos bien intencionados, pero que paradójicamente, conseguían el efecto opuesto. ¿Qué me está pasando, doctor, qué nos está pasando? Y llegó el día en que decidieron entrar en un programa de medicina reproductiva. Para entonces ya llevaban cinco años intentándolo. El tratamiento propuesto fue la inseminación artificial. ¡Qué ilusión, qué alegría, por fin nos van a hacer algo!, me contaba Lucía al otro lado del teléfono... pero el embarazo no llegó. Empezó un segundo ciclo y un tercero y un cuarto, pero nada. Ahora la impaciencia, la angustia, la incertidumbre, la desesperanza se apoderaba de ella. ¿Pero qué he hecho yo mal en esta vida?, se preguntaba y me preguntaba Lucía. Y no había respuesta, como en toda buena película de suspense, la incertidumbre se apodera, roza el terror, miedo a ¿qué pasará? ¿y si no lo consigo nunca? ¿y si nunca soy madre?... y lo dejó. El tiempo se paró, la respiración contenida y el cuerpo tenso se relajó. Respiró largo y tendido durante una temporada, sin tratamientos, sin tiempos, sin prisas. Este periodo coincidió con mis vacaciones estivales, de modo que aprovechamos para vernos, pasear juntas por la playa, y hablar, hablar mucho y reflexionar. Yo regresé al



trabajo. Ella “a su trabajo”, que era como sentía volver a iniciar un nuevo ciclo de inseminaciones. El quinto intento... fracaso... y el sexto y último intento. Último porque así lo había decidido junto a su marido y último porque se quedó embarazada.

El embarazo estuvo repleto de dificultades. La tensión se mantuvo hasta el final, como en una buena película de suspense. La fortuna quiso que tuviese ¡trillizos! y ni el maestro Hitchcock hubiese podido imaginar un desarrollo con mayor carga de expectación, impaciencia, ansiedad y emoción contenida en el transcurso de un tratamiento de reproducción asistida. Y esto no es todo.

TENACIDAD

Dr. Jose Luis De Pablo Franco

Director Laboratorio de Reproducción Asistida Hospital Quirón Vizcaya

Definamos tenacidad como firmeza, obstinación y constancia para cumplir un objetivo.

Todo comenzó hace poco más de un año, cuando tuvimos nuestro primer encuentro. Una reunión de cortesía, en la que se me planteaba participar en un gran proyecto: Ser el Director del Laboratorio de Embriología de una de las clínicas más prestigiosas de Reproducción Asistida de España. La propuesta era interesante, pero difícil de aceptar, pues pensaba que no podría existir nada mejor que el puesto que yo ocupaba en esos momentos en otro centro. Fue su gran insistencia, su enorme tenacidad, la ilusión con la que me comentaban el proyecto, lo que me hizo recapacitar y pensar que quizá era ésta la oportunidad de mi vida.

Finalmente y tras varios meses dándole vueltas a la cabeza, decidí aceptar. Se presentaba frente a mí la posibilidad de alcanzar grandes objetivos. Sabía que al igual que habían sido tenaces para lograr convencerme, yo debía serlo en mi trabajo, con gran esfuerzo y constancia lograríamos conseguir llenar de felicidad a las parejas que acuden a nuestras instalaciones con el único objetivo de ver cumplido su deseo de ser padres.

Son muchas las emociones y las ganas de mejorar día a día en ésta, nuestra profesión. No debemos dejar nunca que la inquietud por estar a la última, por ser los mejores, desaparezca de nuestros pensamientos. No sólo por nosotros, por mantenernos como centro de referencia, sino por todas esas parejas que depositan su confianza en nosotros.



El éxito es el resultado del duro trabajo, del esfuerzo constante por seguir mejorando y de poner siempre al alcance del paciente la más avanzada tecnología. Somos tenaces los profesionales que nos dedicamos a la Reproducción y son tenaces las parejas con problemas de fertilidad, mujeres y hombres luchadores, obstinados y constantes. En definitiva, creo que no podría haber encontrado un mejor ejemplo para definir esta palabra.

Los tratamientos de Reproducción Asistida son arduos y requieren un buen estado psicológico. Hay que tener en cuenta que las cosas pueden no salir como esperamos, pero debemos estar preparados y ser perseverantes. Para ello, detrás de cada tratamiento hay siempre un equipo multidisciplinar que hace todo lo posible para prestar la ayuda necesaria a estas parejas. Conseguir nuestro objetivo no es cosa de uno, se necesita la colaboración organizada de todos, para lograr que miles de niños llenen de alegría la vida de nuestros pacientes.



TIEMPO

Dra. Gloria Martínez Marcos
Servicio de Urgencias Hospital Quirón Madrid

No hace muchos años, oía con frecuencia la expresión “Hay que dar tiempo al tiempo” y muchas veces me pregunté por qué mis padres repetían este dicho cada vez que alguien me preguntaba lo que iba a ser de mayor.

Ahora ya entiendo la frase. Ha sido precisamente el tiempo quien me ha ubicado en las urgencias de un hospital donde cada día tengo que retar al tiempo.

Alguien dijo: Todos estamos matriculados en la escuela de la vida, donde el maestro es el tiempo.

Hay muchas clases de tiempo: tiempo para nacer, tiempo para vivir y también para morir.

Cuando nos fijamos en el estado atmosférico que reina en el planeta también hablamos del tiempo. Cuando cambia la actitud de una persona (mayoría de edad) también supone el transcurso del tiempo e igualmente el tiempo es una de las magnitudes fundamentales del universo físico juntamente con la longitud y la masa.

Yo os voy a hablar del tiempo en otra dimensión ¡más aún! Os voy a hablar del control de los tiempos. Me vais a permitir que use refranes y dichos que todos conocéis y que yo aplico en el día a día a mi trabajo.

Veréis: El tiempo es la palabra más rica del diccionario. ¿O acaso no habéis oído nunca que “El tiempo es oro”?



¡Pues claro que lo es! Del tiempo puede depender una vida y la vida, es lo más preciado que poseemos.

Otro dice: “Más vale llegar a tiempo...”

¡Cuántas veces he tenido que reprender a pacientes!

Al preguntarles por ejemplo: ¿Cuándo empezaste? ¿Por qué no has venido ayer? ¿Por qué has esperado tanto?, se encogían de hombros o callaban simplemente.

El más significativo para mí es:

Cualquier tiempo pasado fue mejor. ¿Por qué?

Estaréis de acuerdo conmigo que para un enfermo es mejor el presente. Antes, había menos conocimientos, menos medios, menos recursos..... pero ahora, la ciencia ha avanzado mucho y enfermedades que eran incurables, en la actualidad se tratan y se obtienen buenísimos resultados.

No vengáis a urgencias diciendo: “No tengo tiempo”.

Hay un tiempo de espera, un tiempo de atención y un tiempo de soluciones y en el paciente está saber “dar tiempo al tiempo”.

Como os decía al principio, “Todo llega” y “todo pasa” pero lo importante es no estar nunca “fuera de tiempo”

Es importantísimo ese refrán que dice: “Al mal tiempo, buena cara” porque quizás digas “Llegué a tiempo”. Entonces seguro que esbozas una sonrisa y no te acuerdas del tiempo que esperaste (a veces).

No marques tiempo cuando esperas. Márcalo cuando estés contando tu problema y mientras te ayudan a solucionarlo. ¡Ese tiempo sí vale la pena!

Cuando abandones urgencias no valores el tiempo ¡Sí los resultados!

En algún sitio leí: Haz del pasaje del tiempo una conquista y no una pérdida.

Piensa en este refrán: ¡Paciencia hermanos y moriremos ancianos!



UNIVERSO

Dra. Carmen Reguant Pascual

Servicio de Medicina Aeronáutica de Hospital Quirón Barcelona

El Universo. ¿Cómo definirlo? Si la propia palabra ya es omnisemántica, multiglobal, hiperinfinita... En definitiva, el Universo es todo. Y no me negarán que intentar explicarlo todo en unas pocas líneas presenta cierta dificultad.

Después de varios días de pensar en el asunto, tratando de encontrar una definición que fuera acertada, a la par que brillante, y viendo que la magnitud del concepto me sobrepasaba, decidí encomendarme a la ayuda de mi familia. Uno tras otro, mis tres hijos y mi marido fueron abordados en distintos momentos y lugares de la casa, e interrogados a quemarropa sobre la definición de Universo.

El primero fue mi marido. Me miró extrañado, y en su mirada intuí una mezcla de curiosidad y desconfianza, como cuando a un marido se le dice “Cariño, ¿sabes qué he pensado?” Pero enseguida recobró el sereno aplomo de quien sabe, o cree saber, todas las respuestas: “*El Universo es el conjunto del espacio y el tiempo*”. Técnicamente correcto, pensé, pero demasiado científico. No era lo que buscaba.

Mi hijo mayor tiene 15 años y está en una edad difícil. Su aportación estuvo en la línea que de él se espera. “*¿El Universo?... y yo que sé.*” Sabía respuesta, y muy propia de adolescente que tiende a complicar lo simple y simplificar lo complicado. Pero por razones obvias, tampoco me servía.

El mediano tiene 13 años y por lo general es más colaborador. Me preguntó para qué lo quería saber, quiso explicarlo de mil modos diferentes, y se ofreció para buscarlo en las enciclopedias. Al insistir en una respuesta rápida y

corta, contestó: — *“Es la suma de las galaxias”*. Sonaba bien, pero desprendía cierto aroma cinéfilo, y además se limitaba a una concepción puramente astronómica.

La pequeña tiene 7 años y es un primor. Al preguntarle, se rió abiertamente. Para ella, era como una invitación a jugar, y las adivinanzas le encantan. *“El Universo es casi todo”*, contestó, tras pensarlo apenas un instante.

“Casi todo”. Sin duda, era la Definición Perfecta. Concisa y certera. De una sencillez sonrojante pero llena de matices que le dan infinitos significados. Permite abarcar todo lo que uno quiera, pero al mismo tiempo juega con la sutileza de un “casi” adaptable a cualquier definición personalizada.

El Universo es casi todo. Genial. Pero aún faltaba mi propia definición. Y mi inspiración estaba en pleno declive.

Aquella noche, en la tranquilidad de mi hogar, me fijé en mi alrededor. Mientras mis hijos miraban la televisión, mi marido estaba absorto en la lectura de un libro, y mi pequeña peinaba a su muñeca. Fue en aquel momento cuando comprendí que había encontrado la respuesta.

Siempre había estado allí.

El Universo no es la inmensidad del cielo, ni el cosmos, ni el tiempo y el espacio. Ni siquiera es un concepto genérico, porque cada uno de nosotros tiene su propio universo.

Y el mío estaba delante de mis ojos. Mi familia. Mi amado marido y mis adorables hijos. Ellos son MI UNIVERSO.

Ellos son... casi todo.



VIGILIA

Dr. Jesús Cortés Soler

Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Quirón Zaragoza

La palabra vigilia es un vocablo con varias acepciones, generalmente conocido pero igualmente poco utilizado.

La principal definición es la que la define a vigilia como “la acción de estar despierto o en vela”. Podemos decir que durante las veinticuatro horas del día de todos los días de nuestra vida (por supuesto en situaciones normales) alternamos dos estados de conducta totalmente diferentes: uno de vigilia, que aproximadamente ocupa las dos terceras partes del día, y otro que ocupa el resto que denominamos sueño o dormir y del que continuamente salimos en lo que denominamos “despertar”, una verdadera proeza para nuestro cerebro, una hazaña que se repite cada día y que se seguirá presentando día tras día hasta el momento que dejemos de vivir.

En primer lugar, enfocando la palabra desde un punto de vista más científico, podemos decir que el estado de vigilia es un estado consciente que se caracteriza en general por un nivel alto de actividad, en especial en relación al intercambio de información entre el sujeto y el medio ambiente en que se encuentra. El estado de vigilia se expresa en una serie de parámetros como son las *sensaciones*, como impresiones que las cosas producen en la mente por medio de los sentidos; las *percepciones*, que interpretan dichas sensaciones dotándolas de significado y organizándolas en nuestro cerebro; la *atención*, como la capacidad de centrarnos de manera persistente en un estímulo o actividad concretos; la *memoria*, por la que podemos retener experiencias pasadas bien sean sensoriales, de corto o de largo plazo y que se convierte así en una pieza crucial del proceso de aprendizaje; los *instintos*, como

pautas heredadas de comportamiento; las *emociones*, que establecen nuestra posición con respecto a nuestro entorno, impulsándonos hacia ciertas personas o cosas y alejándonos de otras; los *deseos*, como los anhelos de conseguir y disfrutar de algo que nos gusta y que va precedido de un sentimiento; el *conocimiento*, como el conjunto organizado de datos e información que permiten resolver un determinado problema o tomar una decisión; y por fin el *lenguaje*, entendido como la capacidad de los seres humanos para comunicarse por medio de signos. Todo este conjunto de parámetros representa la conciencia, que en la vigilia, estado de conciencia activo, nos permite la comprensión y conocimiento de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. La conciencia es obviamente una de las maravillas del ser humano y es lo que realmente nos permite darnos cuenta de lo que somos de verdad, unas criaturas especiales resultado de una mente inteligente.

Académica y anatómicamente diríamos que la etapa de actividad depende de los estímulos nerviosos que el sistema activador de la formación reticular ascendente, sistema que está formado por núcleos ubicados en el tronco cerebral que se activan por los impulsos sensoriales derivados de la médula espinal y por otros impulsos del tálamo, envía a la corteza cerebral. Los impulsos recibidos mantienen continuamente al córtex en estado de actividad (vigilia). Su bloqueo o inhibición explicaría los estados de sueño e hipnosis y, por lo tanto, cuando disminuye el estado de alerta y decrece el nivel de conciencia se comienza con el inicio de la etapa de dormir o estado de conciencia lento. También hay movimientos que opinan que las experiencias diurnas son simplemente restos de nuestra actividad onírica, que lo que realmente deseamos está en los sueños y en la vigilia nos dedicamos la mayoría de las veces a reprimir estos sueños.

Un lugar donde se precisa una capacidad de alerta alta o un permanente estado de vigilia es en las Unidades de Cuidados Intensivos, ya que en ellas se debe de proporcionar una vigilancia médica y de enfermería con una evaluación y



atención de alta frecuencia y con las modificaciones oportunas de las terapias. “No haga simplemente algo, permanezca ahí”, es una frase que debemos aplicarnos con nuestros pacientes. Muchos de los procedimientos y monitorizaciones se instituyen para proporcionar una vigilancia pero, al final, la única alarma reside en el intelecto del intensivista.

Los avances que se han producido en la sociedad en los últimos tiempos tienden a lograr un incremento en el nivel de salud y mejora en la calidad de vida que ha hecho que la mayoría de los hospitales se conciben hoy en día con infraestructura para atender pacientes críticos, por lo que la Medicina Intensiva ha pasado a formar parte de las demandas sociales en materia de salud.

El principal objetivo del intensivista consiste en aprender a valorar simultánea, global y continuadamente (alerta-vigilia) los déficits funcionales que comprometen la vida y la determinación de las medidas a aplicar durante las diferentes situaciones. Para ello contamos con una alta tecnología (monitores, respiradores, alarmas, etc.) que a veces conduce a la creencia de que esta medicina moderna se basa sobre todo en la citada tecnología y que han pasado a un segundo plano tanto los principios clínicos tradicionales como el contacto humano con el enfermo. Sin embargo esto no es así, y un más estrecho contacto con el sistema de trabajo de la UCI, rompe rápidamente esta idea dejando claro que los aparatos están para ayudarnos, pero que la observación y el estar con el enfermo continuadamente (alerta-vigilia) haciendo una valoración clínica y una exploración adecuada proporciona datos que son fundamentales para el tratamiento adecuado de los mismos.

Uno de los campos que más deben hacernos pensar y ante el que nos encontramos en numerosas ocasiones, siendo en muchas de ellas bastante difícil tomar decisiones, es el de las limitaciones y las fronteras de la medicina. La medicina no debe de representar la lucha ciega contra la muerte y, a pesar de los abundantes recursos con los que hoy en día contamos, llega un momento

en que su aplicación irracional se puede convertir en un lamentable proceso de retrasar la muerte en lugar de prolongar la vida. El encarnizamiento terapéutico debe ser tan inmoral o más que la propia eutanasia y por eso cada día se oyen más frases como “calidad de vida”, “limitación de esfuerzo terapéutico”, “derecho a morir con dignidad”, etc. Los médicos tratamos de prevenir enfermedades que puedan llevar a una muerte prematura, luchamos para que el enfermo no muera cuando la muerte es evitable porque su dolencia puede ser curada; y cuando el mal que padece es irreversible, incurable, progresivo y terminal, le procuraremos cuidados de calidad con una actitud paliativa mientras llega la hora de su muerte.

Para terminar con la medicina sólo añadiré que creo que una de las facetas más desafiantes para el médico que trabaja en la práctica de los cuidados intensivos es conservar la energía y el entusiasmo necesarios para proporcionar una atención continuada a los enfermos, con un nivel de alerta suficiente sin que uno se descuide personalmente por el gran estrés que desgasta mente y cuerpo. Estoy totalmente convencido que si se desea conservar la salud mental y emocional necesaria para practicar cuidados intensivos con un nivel de vigilia y alerta suficiente es necesario cultivar el “equilibrio” en la vida personal y tener suficientes válvulas de escape en la vida de cada uno (pareja, familia, amigos, hobbies, actividades paralelas, etc.) para lograr tener la capacidad de desintensificarse de las situaciones de vigilia y alerta vividas una vez terminado el trabajo.

El resto de las definiciones que tenemos de la palabra vigilia tienen un componente religioso. En general podemos hacer tres acepciones:

Vigilia como víspera de una festividad religiosa. Es sabido que actualmente el precepto puede vivirse asistiendo a la misa del sábado o del día anterior a la fiesta.

Vigilia como la abstinencia de comer carne ciertos días de la semana por motivos religiosos. Es una forma de penitencia de la doctrina tradicional de la espiritualidad cristiana que prohíbe comer carne los viernes de Cuaresma (se eligió el viernes por ser el día en que Cristo hizo el sacrificio más grande) y el Miércoles de Ceniza.

Vigilia Pascual (“la madre de todas las santas vigiliass” para San Agustín). Es la celebración litúrgica más importante de la Iglesia que adquiere la máxima solemnidad y donde los cristianos celebramos la buena noticia de la Resurrección de Jesús. Es en realidad la fiesta de la vida, la fiesta de lo nuevo que incluye además la fiesta bautismal.

VÍNCULO

Dr. Iñigo Echániz Urcelay
Jefe de Servicio Pediatría y Neonatología
Hospital Quirón Vizcaya

La unión o atadura de una persona con otra, según lo define el diccionario de la Real Academia de la Lengua.

Según mi experiencia como pediatra y más en concreto, como neonatólogo: es la palabra de moda en la asistencia al parto, en los últimos tiempos.

Los cambios en la atención al parto han sido numerosos, ¡gracias a Dios! Los padres, hoy en día, tienen un papel principal en uno de los momentos que ellos refieren como más importantes y siempre que es posible todos tratamos de ayudar a crear ese vínculo (padres-recién nacido) del que tanto se habla.

Sin embargo, bajo mi punto de vista, el vínculo no es, o no debiera ser sólo, ese lazo que se genera en el momento del parto cuando ponemos al neonato sobre la tripa de su madre. Sabemos que es importante y que los recién nacidos pueden establecer inmediatamente desde que nacen unos lazos afectivos, pero en realidad es un proceso evolutivo que no se crea en unos minutos sino que es consecuencia de los cuidados que damos a nuestros recién nacidos diariamente.

Porque si no, explíquenme qué ocurre con esos padres a los que por mil causas diferentes (prematuridad, problemas que aparecen en el mismo momento del parto... es decir, cualquier cosa que haga que el parto deje de ser normal) tenemos que “quitarles” a sus hijos e ingresarles en la Unidad Neonatal. ¿Esos padres e hijos no van a poder crear un vínculo?



Pues tengo que asegurar que sí. Un vínculo con su hijo que irá creciendo a lo largo de todo su ingreso, en ocasiones de varios meses, y por otro lado un vínculo, también importante, con todo el equipo que atiende a su hijo. Nuestro trabajo ya no sólo consiste en, por supuesto, dar una buena atención puramente médica o técnica, si no acompañar a los padres en todo el camino y animarles y potenciar la relación con su hijo.

Y ahí va el testimonio de Ana, madre de Ainhoa, que nació con 28 semanas y 770 gramos y que estuvo ingresado en nuestra Unidad Neonatal 70 días, a modo de ejemplo:

Me llamo Ana, se suponía que en septiembre de 2009 mi marido y yo íbamos a tener nuestro primer hijo. Todo iba fenomenal hasta que en un control ecográfico en la semana 27 me dicen que algo no va del todo bien, que no sé qué flujos en la placenta están alterados y que puede que Ainhoa (la enana) igual ya no está tan bien dentro de la tripa y probablemente le tengan que sacar antes de tiempo porque ha dejado de crecer.

No entendemos nada, yo estoy sana, lo he estado toda la vida y no he hecho nada raro en el embarazo; de hecho me he cuidado un montón.

Estoy una semana ingresada haciéndome mil estudios todos los días y parece que la cosa no va bien. Con 28 semanas deciden acabar el embarazo y por cesárea nace Ainhoa, con 770 gramos.

Yo estoy bien, pero a ella enseguida se la llevan a la Unidad Neonatal. Ha pasado ya mucho tiempo, pero todavía me despierto por la noche y me parece que todo es mentira.

Me acuerdo la primera vez que entramos a verla, ese sitio extraño lleno de máquinas, y algún que otro pitido, cruzándonos con gente que no conocíamos.



El médico y una enfermera nos llevaron al Intensivo y nos enseñaron el sitio en la que iba a pasar casi dos meses Ainhoa.

No queríamos hacer muchas preguntas, no sabíamos qué preguntar y además teníamos miedo de las respuestas. Pienso que hasta pasados unos días no nos atrevimos a creer que Ainhoa era nuestra hija y que teníamos que tirar para adelante.

Ha pasado ya casi un mes, la evolución está siendo lenta, pero hemos avanzado muchísimo, y no sólo en su evolución física sino en su relación conmigo. Desde el tercer día de vida empezaron a darle lo poco de leche que conseguía sacarme y desde la segunda semana Ainhoa come sólo de mi leche. Bueno, se la metían por sonda, pero el caso es que se alimenta sólo de mí. Es genial, porque me da la oportunidad de hacer algo por ella.

Podemos estar en la UCIN todo el tiempo que queramos y la verdad es que pasamos la mayor parte del día en el hospital. Además, desde hace unas semanas podemos cogerle y tenerle contra mi pecho durante una horita. Por fin pudimos abrazarle y darle unos besos.

Estamos en Cuidados Medios, la campeona toma todo el biberón que le mandan y a veces hasta le pongo al pecho. No sé si come mucho, pero por lo menos lo intenta. Todo el personal está igual de contento que nosotros, menos mal que todo el equipo es el mismo, aunque hayamos cambiado de ubicación, porque la relación que tenemos es muy buena y empezar de cero con otro equipo me resultaría difícil. Ya empezamos a pensar que Ainhoa vendrá a casa pronto, si no surge ninguna complicación, claro, hay que mirarle el ojo.

Hoy marchamos a casa, va a cumplir casi 2 meses y medio y pesa 2100 g. Estamos muertos de miedo, todo el personal repite que todo va a ir bien, pero por si acaso tengo apuntado en fosforito en número directo de la Unidad para llamar en caso de crisis.



