

corazonadas

Publicación del ICICOR (Instituto de Ciencias del Corazón de Valladolid)

octubre 2026 # nº 29

Decisiones compartidas para cada paciente

Un puente hacia la vida adulta para los jóvenes
con cardiopatías congénitas

Valladolid reúne a expertos en el corazón crítico



Sumario **n° 29 # octubre 2026**

Entrevista con...

03 Akash Jain

Asistencial

- 04-05** Decisiones compartidas para ofrecer la mejor opción a cada paciente
- 06-07** La consulta de Insuficiencia Cardíaca, donde la tecnología y la cercanía van de la mano
- 08-09** Un puente hacia la vida adulta para los jóvenes con cardiopatías congénitas
- 10-11** Cuidar también significa despedir

Formación

- 12-13** Aprender para actuar: Valladolid reúne a los expertos en el cuidado del corazón crítico
- 14-15** El camino para formar a los cardiólogos del mañana

Sabes más

- 16-17** ¿Qué es un infarto de miocardio?

Consejos

- 18-19** La boca es la entrada al corazón

Menús cardiosaludables

- 20-21** Cocinar para cuidar el corazón

Actualidad del ICICOR

- 22-23** También es noticia...

Contraportada

24 Cruce de caminos



Asistentes al taller en ACCIS 2026 analizan cavidades, válvulas y las relaciones cardíacas, con foco en complicaciones que causan insuficiencia mitral grave tras un infarto.

Edita:

icicor

© ICICOR

(Instituto de Ciencias del Corazón)

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Avenida de Ramón y Cajal, 3,

47005 Valladolid

T. 983 42 00 14

www.icicor.es

Dirección:

José Alberto San Román Calvar

Redacción:

Javier López, Ana Revilla, Berta Velasco, Sara Camarón y Ana Isabel Ramírez.

Diseño y maquetación:

Cultura y Comunicación

Fotografía:

© Archivo Icicor

Imprime:

Typus Gráfica y Publicidad

Depósito Legal: VA 537-2014

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio sin permiso previo del editor.

Patrocinan:



icicor

Entrevista con...

Akash Jain

Dejar atrás una carrera consolidada, una consulta propia y recorrer más de 8.000 kilómetros junto a su familia no es una decisión habitual. Sin embargo, para el cardiólogo indio Akash Jain, el objetivo estaba claro: aprender de uno de los equipos con mayor experiencia internacional en cardiología estructural. Desde hace dos años desarrolla un contrato de investigación en la Unidad de Hemodinámica del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, donde combina la actividad investigadora con la participación en procedimientos clínicos de alta complejidad.

Especialista en cardiología intervencionista, Akash ejercía en India y contaba con una clínica de cardiología cerca de Nueva Delhi cuando decidió dar un giro a su carrera. El motivo fue el prestigio del doctor Ignacio Amat-Santos, jefe de la Unidad de Hemodinámica del Clínico, al que conoció durante un encuentro científico celebrado en la India. La relación surgió a raíz de la presentación de un libro sobre esta especialidad escrito por su esposa, también cardióloga, y desde ese momento tuvo claro que quería completar su formación en Valladolid.

“Quería aprender con uno de los referentes mundiales en cardiología estructural”, explica. Tras solicitar una plaza de investigación, llegó a España con su familia. Hoy, con 33 años, comparte su jornada entre la investigación y la asistencia en la sala de hemodinámica, donde participa en intervenciones sobre válvulas cardíacas y otras técnicas mínimamente invasivas que están transformando el tratamiento de muchas enfermedades del corazón.

Su principal área de aprendizaje son procedimientos como el implante percutáneo de válvula aórtica (TAVI) o las intervenciones sobre las válvulas mitral y tricúspide mediante dispositivos como MitraClip y TriClip.

“En la India realizaba procedimientos coronarios, pero no tenía la oportunidad de formarme en cardiología estructural como aquí”, explica. Su intención es regresar a su país para aplicar todo el conocimiento adquirido e impulsar el desarrollo de estas técnicas. “Muy pocos centros disponen de esta experiencia y quiero llevarla a mis pacientes y a otros profesionales”, asegura.

Durante estos dos años también ha podido conocer de cerca el funcionamiento del sistema sanitario español, un modelo que destaca por su organización y por garantizar el acceso a procedimientos complejos a toda la población. En su opinión, España es un referente tanto por el nivel científico de sus profesionales como por la coordinación de la sanidad pública. “Es un sistema muy bien organizado y con una gran cobertura para los pacientes”, afirma.

Junto a su esposa y su hija de tres años, ha encontrado en Valladolid un lugar donde continuar creciendo. Reconoce que la ciudad le ha sorprendido por su tranquilidad, su patrimonio histórico y la calidad de vida.

El propósito de Akash es volver a India con nuevas competencias, impulsar el desarrollo de la cardiología estructural y ofrecer a sus pacientes tratamientos que, hasta hace pocos años, solo podían realizarse en un número muy reducido de centros especializados ●



Akash Jain opina que España es un referente, tanto por el nivel científico de sus profesionales, como por la coordinación de la sanidad pública.



En las sesiones médico-quirúrgicas participan cardiólogos y cirujanos cardíacos.

Decisiones compartidas ***para ofrecer la mejor opción a cada paciente***

El objetivo de estas reuniones, que se celebran dos días a la semana, es que cada paciente reciba la mejor opción terapéutica posible tras una valoración multidisciplinar.

Dos veces por semana, el Servicio de Cardiología y el Servicio de Cirugía Cardíaca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) se reúnen para celebrar unas sesiones médico-quirúrgicas que se han convertido en uno de los pilares de la atención cardiovascular compleja. En ellas participan especialistas del propio hospital y profesionales de los hospitales Universitario Río Hortega de Valladolid, de Palencia, Soria y Segovia para analizar de forma conjunta los casos que pueden requerir cirugía cardíaca o un tratamiento intervencionista.

El objetivo es que cada paciente reciba la mejor opción terapéutica posible tras una valoración multidisciplinar. Cardiólogos clínicos, especialistas en hemodinámica, expertos en imagen cardíaca, electrofisiología y cirujanos ponen en común sus conocimientos, revisan pruebas diagnósticas y valoran las distintas alternativas siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica y la evidencia científica más actual.

El especialista en Hemodinámica Alberto Campo explica que detrás de cada sesión existe un importante trabajo previo. Los casos se preparan revisando la historia clínica, las coronariografías y el resto de pruebas de imagen, como ecocardiografías, resonancias o TAC. En los pacientes más complejos, incluso el propio equipo de Hemodinámica mantiene una reunión previa para consensuar la postura que llevará a la sesión. “No se trata de lo que piensa un profesional, sino de lo que creemos entre todos que es mejor para el paciente”, resume.

Durante la reunión, cada especialista aporta una visión diferente. Los cardiólogos clínicos conocen la evolución del paciente, los hemodinamistas presentan los hallazgos del laboratorio de Hemodinámica y las distintas opciones

percutáneas, mientras que los cirujanos valoran el riesgo y la viabilidad de una intervención. Ese intercambio de experiencias permite encontrar la solución más adecuada, especialmente en aquellos casos en los que existen varias alternativas posibles.

Desde el Hospital de Palencia, la jefa del Servicio de Cardiología, Iria Duro, destaca la evolución que han supuesto estas sesiones. Antes, las decisiones se tomaban únicamente a partir de los informes remitidos al HCUV. Ahora, siempre que es posible, los médicos responsables participan directamente mediante conexión telemática. “Nos sentimos escuchados y podemos aportar información que no siempre aparece reflejada en un informe”, explica. Ese conocimiento cercano del paciente resulta especialmente importante cuando existen circunstancias funcionales o personales que pueden modificar una indicación terapéutica.

“El paciente es mucho más que una edad o un informe”, añade. “Nosotros somos quienes lo vemos todos los días y podemos explicar aspectos que ayudan a tomar la decisión más adecuada”. Aunque reconoce que todavía existen limitaciones técnicas para participar desde algunos hospitales, considera que el modelo mejora la calidad asistencial y aporta tranquilidad tanto a los profesionales como a los pacientes.

Para el cirujano cardíaco Adolfo Arévalo, estas reuniones son “necesarias e imprescindibles” para el correcto funcionamiento de un servicio de referencia como el del HCUV. La decisión final no depende de una única persona, sino del consenso de un equipo multidisciplinar, lo que disminuye la variabilidad entre profesionales y reduce la posibilidad de errores. Además, ofrece al paciente la confianza de saber que su caso ha sido estudiado desde diferentes perspectivas antes de decidir el tratamiento.

Las sesiones también permiten establecer la prioridad quirúrgica de cada caso. Los pacientes urgentes son valorados de forma inmediata cuando la situación clínica lo requiere, mientras que el resto se clasifica según la necesidad de intervención durante el ingreso o de forma programada tras el alta, optimizando así la organización de la actividad quirúrgica.

El papel del HCUV como hospital de referencia para Castilla y León hace que en estas reuniones confluyan pacientes procedentes de varios hospitales. Según Alberto Campo, esta colaboración se ha consolidado durante años y permite ofrecer una respuesta rápida a los casos más complejos. Aunque cada centro ha ido desarrollando nuevas capacidades asistenciales, Valladolid continúa siendo el referente para la patología cardiovascular de mayor complejidad.

Las decisiones no siempre son sencillas. Muchos pacientes son de edad avanzada, presentan varias enfermedades asociadas o ya han sido sometidos a intervenciones previas. En ocasiones, la mejor opción no es una cirugía, sino un tratamiento percutáneo o incluso un manejo exclusivamente médico. Lo importante es que la decisión sea individualizada y consensuada.

Precisamente esa capacidad para integrar diferentes puntos de vista es el principal valor de estas sesiones. Como resume Alberto Campo, “cuando un paciente pasa por la sesión, la decisión es colegiada”. No existen protagonistas individuales, sino un equipo que comparte conocimiento y experiencia para ofrecer la mejor respuesta posible.

Estas reuniones representan, en definitiva, un ejemplo de medicina colaborativa en la que la coordinación entre hospitales, la experiencia compartida y la evidencia científica se ponen al servicio de un único objetivo: que cada paciente reciba el tratamiento más adecuado para su situación clínica y pueda afrontarlo con la tranquilidad de saber que su caso ha sido analizado por un amplio grupo de especialistas ●

El papel del HCUV como hospital de referencia para Castilla y León hace que en estas reuniones confluyan pacientes procedentes de varios hospitales. Esta colaboración se ha consolidado durante años y permite ofrecer una respuesta rápida a los casos más complejos.



Cada caso es estudiado de forma individualizada y las decisiones se toman por consenso.

La consulta de Insuficiencia Cardíaca

donde la tecnología y la cercanía van de la mano



Araceli Hernández atiende a Paulino López, quien asegura que la consulta le da vida.

La consulta de Insuficiencia Cardíaca no es solo un espacio de control médico. Es, sobre todo, un lugar de seguimiento, educación, prevención y acompañamiento. Un lugar donde cada visita sirve para ajustar un tratamiento, resolver dudas, enseñar a convivir con una enfermedad crónica y ofrecer tranquilidad tanto al paciente como a su familia. Detrás de ese trabajo diario está Araceli Hernández, enfermera responsable de una consulta que atiende a personas con una de las patologías más complejas y exigentes de la cardiología actual.

Cuando se cumple el primer año desde su llegada, el balance refleja la intensa actividad desarrollada: cerca de 1.700 atenciones realizadas a pacientes con insuficiencia cardíaca, trasplante cardíaco o asistencia ventricular mecánica. Una cifra que da idea del volumen de trabajo, pero que apenas refleja la dimensión humana de una consulta donde el seguimiento es continuo y la relación con los pacientes acaba convirtiéndose en un vínculo de confianza.

Una parte fundamental del trabajo de Araceli consiste en formar. Porque tratar la insuficiencia cardíaca no termina cuando el paciente abandona el hospital. En muchos casos, especialmente en quienes llevan dispositivos de asistencia ventricular, los cuidados continúan en casa y deben realizarse con una precisión absoluta.

“Las asistencias ventriculares requieren curas estrictamente estériles y protocolos muy precisos”, explica. Muchos de estos pacientes viven en pueblos alejados de Valladolid o incluso en otras provincias, por lo que desplazarse semanalmente resulta complicado. Por ello, desde la consulta también se forma a las enfermeras de Atención Primaria de sus centros de salud para que puedan realizar las curas correctamente y detectar cualquier complicación de forma precoz.

La labor docente también alcanza a los médicos residentes de Atención Primaria, que aprenden a reconocer los signos de alarma de la insuficiencia cardíaca antes de que la situación se agrave: un aumento brusco de peso, mayor sensación de fatiga, dificultad para respirar o la aparición de edemas en las piernas pueden indicar una descompensación que requiere atención inmediata.



Chema, acude a la consulta cada quince días, mientras espera un trasplante cardíaco.

La consulta funciona además como un espacio de optimización del tratamiento. Muchos pacientes llegan derivados tras un ingreso hospitalario o desde otras consultas de cardiología. El objetivo es encontrar el equilibrio entre la máxima eficacia de la medicación y la mejor tolerancia posible.

“Ajustamos la medicación para llegar a la dosis máxima que el paciente pueda tolerar sin efectos adversos”, explica Araceli. Ese proceso exige controles muy frecuentes de tensión arterial, frecuencia cardíaca y análisis de sangre para comprobar que cada cambio resulta seguro antes de continuar aumentando las dosis.

Algunos pacientes acuden cada dos semanas; otros necesitan controles semanales. Todo depende de la evolución clínica y del tratamiento.

Además de los pacientes con insuficiencia cardíaca, Araceli realiza el seguimiento de trasplantados cardíacos y de personas portadoras de asistencia ventricular mecánica, probablemente los pacientes más complejos desde el punto de vista clínico.

Con ellos el contacto suele ser semanal. Es imprescindible controlar cuidadosamente la anticoagulación para evitar tanto la formación de trombos como el riesgo de hemorragias.

“Son los pacientes más agradecidos. La relación es muy estrecha y nos llaman ante cualquier problema”, explica.

La insuficiencia cardíaca, sin embargo, no afecta únicamente al paciente. También transforma la vida de quienes lo cuidan. Parejas, hijos o familiares asumen desplazamientos constantes, controlan la medicación, vigilan síntomas y acompañan en cada consulta. Con frecuencia terminan acumulando un importante desgaste físico y emocional.

“Acaban muy quemados”, reconoce Araceli.

Por eso, la consulta también dirige parte de su atención hacia ellos. Cuando es necesario, se ofrece apoyo psicológico o se facilita la incorporación a programas de rehabilitación cardíaca, donde tanto pacientes como familiares aprenden estrategias para afrontar mejor la enfermedad ●

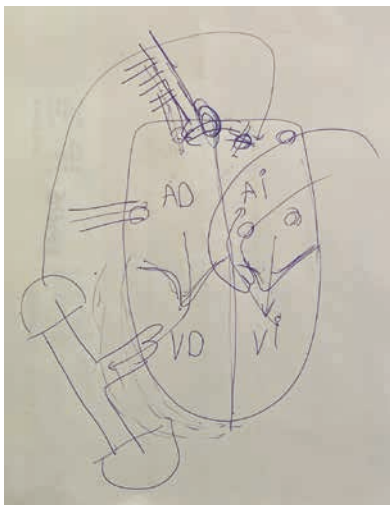
Una parte fundamental del trabajo de Araceli, en la consulta de Insuficiencia Cardíaca, consiste en formar. Porque tratar la insuficiencia cardíaca no termina cuando el paciente abandona el hospital.



Teodoro López, que protagonizó, hace cinco años, un hito médico, al convertirse en el primer paciente de España y Europa que recibió un dispositivo Impella 5.5 como puente hasta el trasplante cardíaco.

Un puente hacia la vida adulta *para los jóvenes con cardiopatías congénitas*

La consulta está dirigida a adolescentes de entre 16 y 18 años, aunque la edad se adapta al grado de madurez y a la situación clínica de cada paciente.



Con este sencillo dibujo Sara y Raquel explican a los jóvenes pacientes el funcionamiento del corazón.

Cumplir años supone un cambio importante para cualquier adolescente. Para los jóvenes con cardiopatías congénitas, además, significa despedirse del equipo de Cardiología Pediátrica que los ha acompañado desde el nacimiento y comenzar una nueva etapa en las consultas de adultos. Para que ese paso no se convierta en una ruptura, el Hospital Clínico Universitario de Valladolid puso en marcha en septiembre de 2023 una Consulta de Transición, un espacio compartido por la cardióloga pediátrica Sara Rellán y la cardióloga de adultos Raquel Ladrón.

La consulta se celebra el primer miércoles de cada mes y atiende a dos pacientes por jornada. Está dirigida, generalmente, a adolescentes de entre 16 y 18 años, aunque la edad se adapta al grado de madurez y a la situación clínica de cada paciente. El objetivo no es únicamente cambiar de especialista, sino garantizar que el seguimiento continúe sin interrupciones y que el joven asuma progresivamente la responsabilidad sobre su propia salud.

“La transición es un puente entre la cardiología pediátrica y la de adultos”, explican ambas especialistas. Durante esa consulta conjunta revisan toda la historia clínica, explican de nuevo la cardiopatía con un lenguaje adaptado al paciente y resuelven todas las dudas que puedan surgir. Un simple papel y un bolígrafo suelen convertirse en las mejores herramientas para dibujar el corazón y ayudar al adolescente a comprender qué le ocurre.

Hasta ese momento, la mayoría ha acudido siempre acompañado por sus padres, que son quienes preguntan y toman las decisiones. La consulta pretende dar voz al joven, conocer qué sabe sobre su enfermedad, cuáles son sus miedos y prepararlo para que, con el tiempo, pueda acudir solo a las revisiones y gestionar su propio seguimiento.

Además de los aspectos médicos, la transición abre la puerta a conversaciones que hasta entonces apenas habían tenido cabida: actividad física, hábitos saludables, consumo de alcohol y tabaco, tatuajes o piercings, orientación laboral, sexualidad o embarazo en aquellas pacientes cuya cardiopatía lo permita. En algunos casos también es necesario abordar cuestiones más delicadas, como el riesgo de arritmias, muerte súbita o la posibilidad de necesitar un trasplante en el futuro.

La coordinación entre ambas cardiólogas es constante. Antes de recibir al paciente revisan juntas su evolución clínica y, gracias a la historia clínica elec-



Raquel Ladrón, a la izquierda, junto a Sara Rellán, en la consulta de pediatría cardiológica.

trónica, comparten toda la información necesaria para garantizar la continuidad asistencial. El cambio se produce, además, en un entorno conocido para el adolescente, ya que Raquel Ladrón se desplaza a la consulta de Pediatría, reduciendo la ansiedad que supone enfrentarse a un nuevo equipo médico.

Aunque todavía es una consulta joven, las especialistas destacan que este modelo, respaldado por las recomendaciones europeas para pacientes con cardiopatías congénitas, favorece una mejor adherencia al seguimiento y evita que muchos jóvenes abandonen las revisiones al llegar a la edad adulta.

Para ambas cardiólogas, la consulta tiene también un importante componente humano. Después de años compartiendo operaciones, ingresos y momentos difíciles, la despedida de Pediatría suele terminar con un abrazo. “Se van con pena porque crecen, pero también tranquilos, porque saben quién les va a cuidar a partir de ahora”, resume Sara Rellán. Raquel Ladrón lo tiene claro: “Es mi día feliz”. Porque, más que un cambio de consulta, la transición representa el comienzo de una nueva etapa en la que el paciente deja de ser un niño para convertirse en el protagonista del cuidado de su corazón ●

La consulta tiene un importante componente humano. Después de años compartiendo operaciones, ingresos y momentos difíciles, la despedida de Pediatría suele terminar con un abrazo.

Cuidar

también significa despedir

Muchos enfermos ingresan de forma repetida por patologías complejas, por lo que la relación entre sanitarios y pacientes trasciende la asistencia estrictamente clínica.



Las enfermeras Ana Isabel Ramírez (izquierda) y Noelia Posado de la Cruz.

La muerte forma parte del trabajo diario de quienes cuidan la vida. Sin embargo, detrás de cada paciente que fallece también existe un duelo silencioso que viven médicos y enfermeras, profesionales acostumbrados a luchar hasta el último momento, pero que nunca dejan de sentir el peso de una despedida. En el Servicio de Cardiología del HCUV, donde conviven las urgencias más dramáticas con las enfermedades crónicas, el fallecimiento de un paciente no es un simple desenlace clínico: es una experiencia humana compartida con las familias y con quienes han acompañado al enfermo durante días, semanas o incluso años.

Los profesionales coinciden en una idea: no todas las muertes se viven igual. La edad del paciente, la evolución de la enfermedad y el tiempo compartido marcan la intensidad del duelo.

“No es lo mismo un paciente de 95 años con un tratamiento paliativo que una persona de 60 o de 50 años que sufre un infarto inesperado y no conseguimos reanimar”, explica el técnico en cuidados auxiliares de enfermería Óscar Lucas. En esos casos, reconoce, el sentimiento de impotencia es inevitable. “Te llevas ese mal trago a casa”.

En una planta como Cardiología, donde muchos enfermos ingresan de forma repetida por insuficiencia cardíaca o trasplantes, la relación entre sanitarios y pacientes trasciende la asistencia estrictamente clínica. La enfermera Ana Isabel Ramírez reconoce que esa cercanía hace especialmente difícil mantener la distancia emocional.

“Los ves entrar y salir durante años, conoces a sus familias y acompañas su deterioro. Todos dejan una marca”, afirma. Mantener el equilibrio entre la profesionalidad y la empatía es, asegura, una de las mayores dificultades de la profesión.

Ese acompañamiento se intensifica cuando ya no existe posibilidad de curación. Aunque corresponde al médico comunicar el fallecimiento o la irreversibilidad de la situación, la enfermería desempeña un papel esencial en el apoyo emocional.

“Nosotros somos quienes pasamos más tiempo con la familia. Nuestro trabajo es consolar, escuchar, dar un abrazo cuando hace falta o simplemente permanecer al lado de quien se acaba de quedar solo”, resume Óscar Lucas.

Los profesionales describen ese momento como un proceso que comienza mucho antes de la muerte. El cardiólogo Luis de la Fuente explica que una buena comunicación resulta fundamental para preparar a los familiares cuando la enfermedad entra en su fase terminal.

“Vamos explicando poco a poco que el paciente se va apagando, que las fuerzas se terminan. Cuando la familia ha sido informada durante toda la evolución, el momento del fallecimiento, aunque doloroso, resulta algo más comprensible”, señala.

Mucho más complicado resulta afrontar una muerte súbita, especialmente cuando el paciente era joven o ingresó con expectativas de recuperación.



Óscar Lucas recuerda especialmente el fallecimiento de un hombre de unos 65 años que sufrió una parada cardíaca. Durante cuarenta minutos todo el equipo intentó reanimarlo sin éxito.

“Fue muy duro porque empleamos todos los recursos posibles y no sirvió para salvarle. Me fui muy mal a casa aquel día.”

También la enfermera Noelia Posado conserva recuerdos difíciles. Uno de ellos fue el fallecimiento de un paciente de 57 años con insuficiencia cardíaca que no tenía familia.

“Nadie debería morir solo”, afirma convencida.

La relación con los familiares constituye otra de las dimensiones más delicadas del trabajo sanitario. Con frecuencia, explican, son ellos quienes tienen mayores dificultades para aceptar que ya no existen tratamientos curativos.

“Muchas veces el paciente lo asume antes que la familia”, asegura Posado.

Ana Isabel Ramírez va incluso más allá y reflexiona sobre la dificultad cultural para aceptar el final de la vida.

“Nos aferramos a mantener con vida a quien queremos porque el que realmente sufre es quien se queda. A veces ese deseo responde más a nuestro miedo a perder que al bienestar del paciente.”

Todos coinciden en señalar una carencia social: la ausencia de una auténtica cultura de la muerte.

“No nos educan para asumir que todos vamos a morir”, lamenta Óscar Lucas, quien considera que esa preparación debería comenzar desde la infancia. Una opinión compartida por Ana Isabel Ramírez, que reconoce que ni siquiera durante la formación sanitaria existe una preparación específica para afrontar emocionalmente la muerte de los pacientes.

Paradójicamente, quienes conviven con ella a diario terminan desarrollando herramientas personales para sobrellevarla, aunque eso no significa inmunidad emocional.

“Con el tiempo aprendes a convivir con ello, pero nunca deja de doler”, resume la técnico auxiliar en enfermería, Noemí Soto, que reconoce que los pacientes habituales de Cardiología terminan formando parte de la vida cotidiana del equipo.

Pese al desgaste emocional, todos destacan que existen momentos capaces de transformar el dolor en serenidad. Ana Isabel Ramírez recuerda especialmente a una familia que decidió despedirse de un paciente rodeándolo de fotografías, mensajes de voz de sus nietos y recuerdos felices.

“No había llantos desesperados. Le hablaban, le daban las gracias y le acompañaban. Se fue muy tranquilo.”

Quizá esa sea la mayor enseñanza que extraen quienes conviven cada día con la enfermedad y la muerte: cuando ya no es posible curar, todavía queda mucho por cuidar. Porque acompañar, aliviar el sufrimiento y permitir una despedida digna también forman parte de la medicina. Y, aunque el duelo sea inevitable, hacerlo compartido ayuda a que el final de la vida conserve toda su humanidad ●

La relación con los familiares constituye otra de las dimensiones más delicadas del trabajo sanitario.



La cercanía con pacientes que sufren crisis agudas deja una marca en los sanitarios que los atienden.

Paradójicamente, quienes conviven con la muerte a diario terminan desarrollando herramientas personales para sobrellevarla, aunque eso no significa inmunidad emocional. Con el tiempo aprenden a convivir con ello, pero nunca deja de doler.

Aprender para actuar:

Valladolid reúne a los expertos en el cuidado del corazón crítico



Taller de enfermería enfocado en el implante y mantenimiento de sistemas de asistencia circulatoria.

ACCIS 2026 en Valladolid reconoce la capacidad del Servicio de Cardiología del HCUV para compartir su experiencia en cardiología avanzada en toda España.

La atención al paciente cardiovascular crítico exige tecnología avanzada, pero también conocimiento, experiencia y equipos perfectamente coordinados. En este contexto, la celebración de ACCIS 2026 en Valladolid representa un reconocimiento a la capacidad del Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) para compartir su experiencia en cardiología avanzada con profesionales de toda España.

El curso, organizado conjuntamente con el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, apuesta por una formación eminentemente práctica. Porque en situaciones en las que cada minuto cuenta, entrenar previamente procedimientos y situaciones complejas puede marcar la diferencia. Los talleres de ECMO, Impella, trombectomía, balón de contrapulsación intra-aórtico y anatomía aplicada al shock permiten a los profesionales practicar con simuladores, modelos anatómicos y dispositivos en un entorno seguro.

Para los pacientes, el objetivo último es claro: mejorar la calidad de la asistencia y ampliar las posibilidades ante las situaciones cardiovasculares más graves. La excelencia médica no se mide solo por los procedimientos que realiza un servicio, sino también por su capacidad para generar conocimiento, formar profesionales y compartir su experiencia. La participación ha crecido de forma notable y ha alcanzado los 252 profesionales.

Antes del comienzo oficial del congreso se celebró en el HCUV un curso sobre el uso clínico del soporte circulatorio microaxial, dirigido especialmente a profesionales que comienzan a desarrollar estos programas en sus hospitales.

Alexander Stepanenko, de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante del HCUV, explica que el objetivo es que los participantes aprendan a manejar el dispositivo, reconocer su correcto posicionamiento y detectar alarmas o situaciones potencialmente peligrosas.

Entre estos dispositivos se encuentra Impella, una asistencia circulatoria que puede utilizarse en determinados pacientes con shock cardiogénico para mantener la circulación mientras se trata la causa del fallo cardíaco. En algunos casos permite ganar tiempo para que el corazón se recupere y, en otros, puede servir de puente hacia tratamientos más avanzados, como una asistencia ventricular de larga duración o un trasplante.



La doctora Ana Serrador, de la Unidad de Hemodinámica de nuestro hospital y Álvaro Pedraz, cirujano cardíaco del Gregorio Marañón de Madrid, dirigieron un taller sobre Anatomía del Shock cardiogénico.

María Plaza, coordinadora del taller junto a Stepanenko, subraya el valor de compartir la experiencia acumulada durante años en el HCUV: «El sentido de este curso es intentar transmitir los conocimientos que hemos ido acumulando con el paso de los años (...) a centros de todo el país».

La práctica fue también protagonista en el taller dedicado a la terapia ECMO, una técnica de soporte vital utilizada en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria grave.

Iago Sousa, facultativo de la Unidad de Cuidados Cardiológicos Agudos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, explica que los participantes conocen los diferentes componentes del sistema —cánulas, membrana y bomba— y después pasan a la simulación. Practican el purgado de la máquina y la colocación de las cánulas sobre un maniquí.

«La idea es que sea sobre todo práctico, con una parte pequeña de teoría», señala. El entrenamiento permite conocer mejor el dispositivo y anticipar posibles problemas, tanto a quienes realizan la colocación como a los profesionales responsables de los cuidados posteriores.

Otro de los talleres permitió a los profesionales trabajar directamente con un corazón de cerdo para conocer su anatomía y comprender mejor las complicaciones que pueden aparecer tras un infarto.

Ana Serrador, cardióloga del área de Hemodinámica del HCUV, explica que se estudiaron las cavidades, las válvulas y sus relaciones, prestando especial atención a las complicaciones que pueden provocar una insuficiencia mitral grave después de un infarto.

Los participantes pudieron además practicar con dispositivos que simulan técnicas de reparación «borde a borde» de las válvulas mitral y tricúspide. Para Serrador, disponer de modelos anatómicos y de los propios dispositivos constituye uno de los elementos diferenciales del encuentro: permite practicar procedimientos complejos antes de enfrentarse a ellos en la asistencia real.

La formación práctica de ACCIS también tiene un espacio específico para enfermería, un colectivo fundamental en la atención de pacientes sometidos a asistencias circulatorias avanzadas.

Belén Rodríguez, supervisora del Área de la Unidad de Cardiología Intervencionista del HCUV, y Yolanda de la Fuente, supervisora de la Unidad de Agudos, ambas coordinadoras del programa de enfermería, destacan el intercambio de experiencias entre centros y la calidad de los contenidos.

El curso combina evidencia científica, experiencia clínica y práctica en el manejo de pacientes complejos. Todo ese conocimiento tiene finalmente un destinatario: el paciente ●

Durante dos intensas jornadas, este curso formó a más de 250 sanitarios en el uso de tecnologías y cuidados para salvar a pacientes con infartos graves.



Los doctores Alexander Stepanenko e Iago Sousa Casasnovas ofrecieron un taller práctico de simulación avanzada enfocado en dispositivos de soporte circulatorio mecánico de corta duración.

El camino para formar *a los cardiólogos del mañana*

El doctor Cortés desmitifica el MIR, al que la calle ve como una barrera misteriosa y casi insalvable. Aclara que no es una oposición tradicional con pocas plazas, ya que el sistema sanitario ofrece cada año un número creciente de vacantes.

El Servicio de Cardiología no es solo un espacio de batas blancas, alta tecnología y tratamientos de vanguardia. Detrás de cada diagnóstico preciso y de cada intervención exitosa, existe un largo viaje de esfuerzo, estudio y dedicación que comienza mucho antes de que el médico vista su primera bata oficial. Para comprender cómo se moldean los profesionales que cuidarán de nuestros corazones en el futuro, nos adentramos en la trastienda de la formación médica de la mano del doctor Carlos Cortés. Compagina su labor asistencial en el Área de Hemodinámica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, con una intensa actividad docente. Desde hace catorce años, imparte clases en Curso MIR Asturias, preparando a los jóvenes licenciados que aspiran a convertirse en los especialistas del mañana.

Preparar a quienes deben superar el exigente examen de Médico Interno Residente (MIR) no es una tarea sencilla. El doctor Cortés recuerda con una sonrisa sus primeros años en la docencia, allá por el año 2012, cuando el reto de diseñar un temario desde cero parecía una montaña inalcanzable. Hoy, con la perspectiva que da la experiencia, el proceso se ha transformado en un engranaje de precisión casi quirúrgica que se reactiva cada año. Nada más concluir el examen oficial, el doctor se sumerge en una revisión total de los manuales de estudio. El objetivo es claro: incorporar las últimas directrices de las guías europeas de cardiología y analizar las preguntas recientes para que ningún detalle quede al azar.

La cardiología avanza a una velocidad vertiginosa. Lo que hoy es una certeza, mañana puede ser mejorado por la evidencia científica. Por eso, el verano de Carlos Cortés está marcado por el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología, que se celebra habitualmente en el mes de agosto. Las novedades que allí se presentan obligan al docente a realizar una última actualización de sus clases y a enviar anexos informativos a unos alumnos que ya se encuentran en pleno periodo de estudio. Esta exigencia pedagógica, lejos de ser una carga, es vista por el especialista como un estímulo formidable. Le obliga de forma saludable a mantenerse en la vanguardia absoluta de la medicina, un beneficio que se traslada de forma directa a sus pacientes diarios.

Para el ciudadano de a pie, el MIR se percibe como una barrera misteriosa y casi insalvable. El doctor Cortés desmitifica la prueba matizando su verdadera dificultad. No estamos ante una oposición tradicional donde escasean las plazas; el sistema sanitario ofrece cada año un número creciente de vacantes. El auténtico desafío radica en la inmensa amplitud del temario. Los aspirantes,

recién salidos de las facultades de medicina, deben examinarse de absolutamente todas las especialidades médicas a la vez. Mientras que el examen es diseñado por expertos de primer nivel en cada campo, los estudiantes deben demostrar un conocimiento muy específico y actualizado tanto en ginecología o traumatología como en cardiología.

En este complejo escenario, la cardiología se erige históricamente como una de las disciplinas reinas y más deseadas. En la última convocatoria del examen, acumuló un total de quince preguntas sobre un cuestionario global de doscientas. Esta gran relevancia estadística obliga a las academias de preparación a otorgar a nuestra especialidad un peso prioritario en sus calendarios de estudio, dedicándole más jornadas y semanas de análisis intensivo que a otras materias.

Las nuevas generaciones de médicos cuentan con herramientas que las promociones anteriores ni siquiera alcanzaban a imaginar. El doctor Cortés destaca con entusiasmo cómo los jóvenes actuales aprovechan la inteligencia artificial y los modelos anatómicos tridimensionales para perfeccionar su aprendizaje. Además de su excelente preparación técnica, el doctor alaba el espíritu firmemente reivindicativo de los actuales MIR en la defensa de sus condiciones laborales, algo que considera profundamente positivo para la salud democrática del sistema sanitario público.

Sin embargo, la lección más valiosa que el doctor Carlos Cortés transmite a sus alumnos no se encuentra en ningún manual de cardiología ni se puede evaluar en un test de respuestas múltiples. El MIR es un vehículo útil y necesario para ordenar la elección de las plazas y las especialidades más demandadas, pero jamás determinará quién será un buen profesional. Para este veterano cardiólogo, la excelencia médica se sitúa muy lejos de la teoría pura o de la capacidad memorística. Un buen médico debe ser, ante todo, una buena persona. En un entorno tan sensible como un servicio hospitalario, la empatía es la herramienta terapéutica más poderosa. Ponerse en el lugar del paciente, comprender su vulnerabilidad en los momentos difíciles y ofrecer un trato humano son las cualidades que definen la verdadera vocación médica. Esas son las virtudes que, día a día, se intentan transmitir a los cardiólogos del futuro ●

En un complejo escenario, la cardiología se erige históricamente como una de las disciplinas reinas y más deseadas. En la última convocatoria del examen, acumuló un total de quince preguntas sobre un cuestionario global de doscientas. Esta gran relevancia estadística obliga a las academias de preparación a otorgar a nuestra especialidad un peso prioritario.

Carlos Cortés, cardiólogo intervencionista del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, combina su labor médica con la preparación de futuros residentes del MIR.



¿Qué es un infarto de miocardio?

CONOCIDO POPULARMENTE COMO “ATAQUE AL CORAZÓN”, ES UNA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES MÁS FRECUENTES Y GRAVES. SIN EMBARGO, COMPRENDER QUÉ SUCEDÉ DURANTE UN INFARTO PUEDE AYUDAR A RECONOCER SUS SÍNTOMAS A TIEMPO Y ACTUAR CON RAPIDEZ, AUMENTANDO LAS POSIBILIDADES DE RECUPERACIÓN.

Actuar rápido salva vidas. Ante un dolor en el pecho que no cede, llama de inmediato al 112



El corazón: un motor que necesita su propio combustible

El corazón funciona como una bomba que impulsa la sangre a todo el organismo. Aunque está lleno de sangre en su interior, el músculo cardíaco también necesita recibir oxígeno y nutrientes a través de unas arterias especiales llamadas arterias coronarias.

Cuando estas arterias están sanas, la sangre circula sin dificultad. Pero con el paso de los años pueden acumular depósitos de grasa, colesterol y otras sustancias en su pared, formando unas placas conocidas como aterosclerosis.

¿Qué ocurre durante un infarto?

Un infarto de miocardio se produce cuando una de las arterias coronarias se bloquea de forma brusca. En la mayoría de los casos, esto sucede porque una placa de aterosclerosis se rompe y sobre ella se forma un coágulo que impide el paso de la sangre.

Al quedarse sin oxígeno, la parte del músculo cardíaco que depende de esa arteria comienza a sufrir. Si la circulación no se restablece rápidamente, esas células pueden morir de manera irreversible.

Por eso los médicos suelen repetir una frase muy importante: “el tiempo es músculo”. Cuanto antes se abra la arteria, mayor cantidad de tejido cardíaco podrá salvarse.

¿Cuáles son los síntomas?

Los síntomas más frecuentes son un dolor intenso o una sensación de presión en el pecho que puede extenderse al brazo izquierdo, ambos brazos, la mandíbula, el cuello o la espalda. También pueden aparecer dificultad para respirar, sudor frío, náuseas o mareo. En mujeres, personas mayores y pacientes con diabetes, los síntomas pueden ser menos evidentes.

¿Qué hacer si aparecen estos síntomas?

Ante la sospecha de un infarto, lo más importante es llamar inmediatamente a los servicios de emergencias. No conviene esperar a que el dolor desaparezca.

ni intentar conducir hasta el hospital por cuenta propia, salvo que no exista otra alternativa.

¿Cómo se trata?

El objetivo principal es volver a abrir la arteria obstruida lo antes posible. Para ello existen diferentes tratamientos:

La angioplastia coronaria, en la que un cardiólogo introduce un catéter hasta la arteria bloqueada para colocar un pequeño tubo metálico llamado stent, que mantiene abierto el vaso sanguíneo.

En algunos casos, medicamentos capaces de disolver el coágulo cuando la angioplastia no puede realizarse de inmediato.

Fármacos que reducen el trabajo del corazón, previenen nuevos coágulos y ayudan a proteger el músculo cardíaco.

Tras el alta hospitalaria, la rehabilitación cardíaca, la toma correcta de la medicación y los cambios en el estilo de vida son fundamentales para reducir el riesgo de un nuevo episodio.

Síntomas más frecuentes:

- Dolor u opresión en el pecho.
- Dolor que se extiende al brazo, cuello, mandíbula o espalda.
- Falta de aire.
- Sudor frío.
- Náuseas o vómitos.
- Mareo o debilidad.

Un mensaje para recordar

Ante un dolor intenso en el pecho que no desaparece o se acompaña de dificultad para respirar, sudor frío o malestar general, no espere. Solicitar atención médica inmediata puede marcar la diferencia entre una recuperación completa y un daño permanente del músculo cardíaco.

Código Infarto de Castilla y León es una de las principales medidas implantadas por Sacyl para mejorar la supervivencia de los pacientes con infarto agudo de miocardio, ya que reduce el tiempo hasta el tratamiento, un factor decisivo para salvar músculo cardíaco.

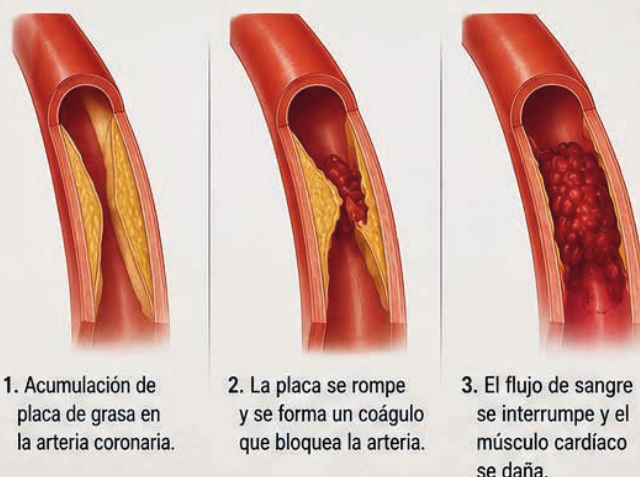
¿Cómo funciona el Código Infarto?

Cuando una persona presenta síntomas compatibles con un infarto, como un dolor intenso en el pecho que no cede, es fundamental llamar de inmediato al 112. A partir de ese momento se activa el Código Infarto, un protocolo que coordina a los profesionales de Emergencias Sanitarias y a los hospitales de Sacyl para reducir al máximo el tiempo hasta el tratamiento.

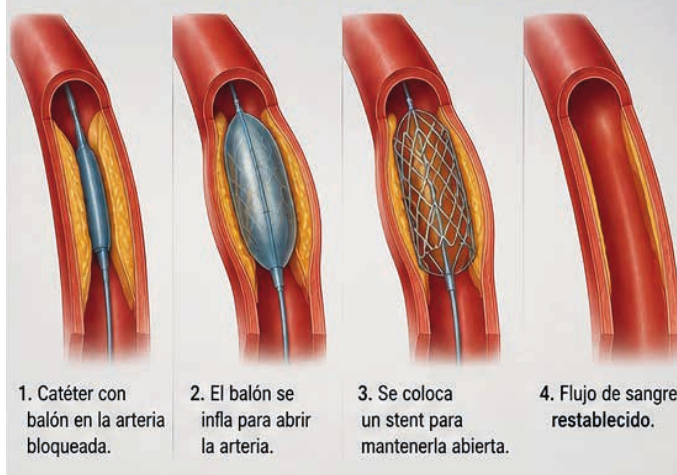
El equipo de emergencias realiza una valoración inicial y un electrocardiograma en el lugar donde se encuentra el paciente. Si los resultados confirman la sospecha de un infarto, el Código Infarto se activa de forma inmediata y el hospital con capacidad para realizar una angioplastia primaria es avisado antes de la llegada del paciente.

Gracias a esta coordinación, el paciente es trasladado directamente al centro más adecuado. El objetivo del Código Infarto es que el paciente reciba el tratamiento en el menor tiempo posible, porque en un infarto cada minuto cuenta ●

¿QUÉ OCURRE DURANTE UN INFARTO?

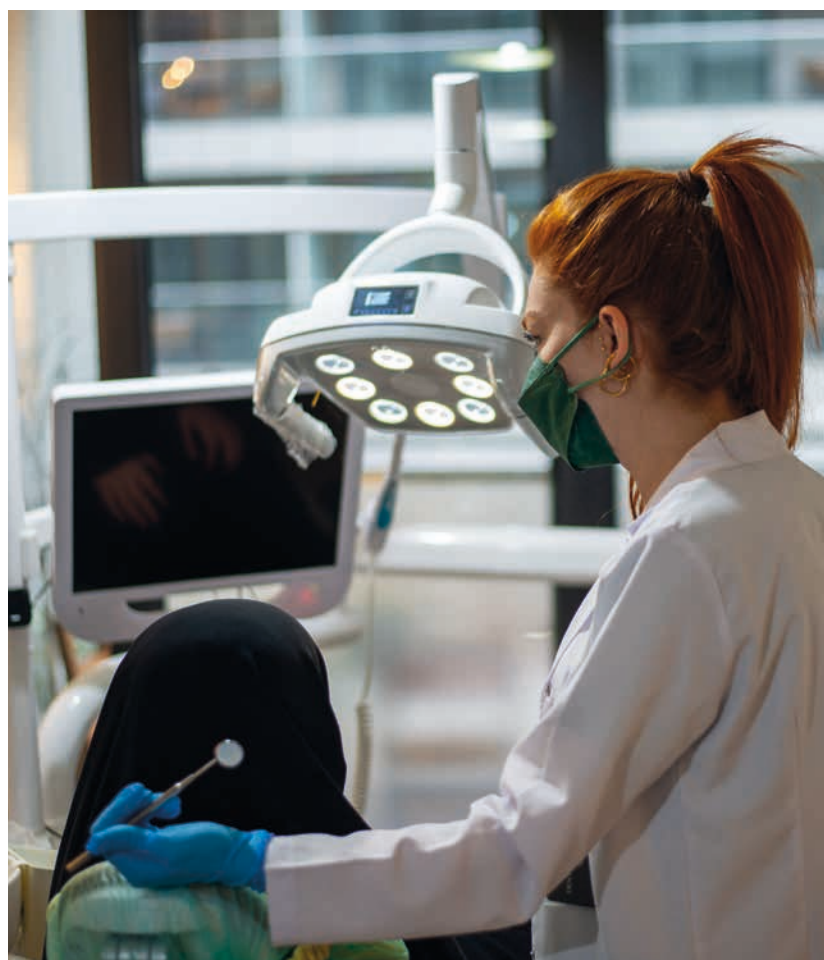


TRATAMIENTO: ANGIOPLASTIA Y STENT



La boca es la entrada al corazón

LOS CUIDADOS CARDÍACOS HAN IMPLICADO POR REGLA GENERAL EL MANTENER A RAYA EL COLESTEROL, LA TENSIÓN, HACER EJERCICIO Y UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA. PERO HAY UN ELEMENTO IMPORTANTÍSIMO PARA LA SALUD CARDÍACA QUE ES LA GRAN DESCONOCIDA: LA BOCA.



PROTEGE TU BOCA Y TU CORAZÓN

- 1 CEPILLADO DE DIENTES MÍNIMO 2 VECES/DÍA.** 
- 2 LIMPIEZA INTERDENTAL DIARIA.** 
- 3 REVISIONES PERIÓDICAS CON EL DENTISTA.** 
- 4 ATENCIÓN ESPECIAL**
en personas con problemas
valvulares, prótesis en válvulas
o antecedentes de endocarditis. 

¿APARECE SANGRE AL CEPILLARTE?
Consulta al dentista.
Nunca abandones la higiene bucodental. 



Sabiendo de esta conexión,
es más fácil entender que
cuidando nuestra boca
**protegeremos
nuestro corazón.**

Los cuidados cardíacos han implicado por regla general el mantener a raya el colesterol, la tensión, hacer ejercicio y una alimentación equilibrada. Pero hay un elemento importantísimo para la salud cardíaca que es la gran desconocida: la boca.

De todos es sabido que la boca es el hogar de millones de bacterias que viven en equilibrio con el ser humano, la llamada flora oral. Pero cuando este "statu-quo" se rompe por una enfermedad periodontal o periodontitis hay inflamación de encías, se producen sangrados e implica un riesgo de paso de estos microorganismos a la sangre. Podemos hablar de la famosa "piorrea" que si no se trata puede provocar inflamación persistente, sangrado y pérdidas de dientes.

En una enfermedad gingival con inflamación de encías, gestos tan sencillos como un cepillado de dientes agresivo, el uso del hilo dental o cualquier acción que implique sangrados puede desencadenar el comienzo de problemas cardíacos.

Esto que se conoce como bacteriemia transitoria, en condiciones normales se soluciona gracias al sistema inmunitario del propio cuerpo. Pero, ¿qué pasa cuando este sistema de defensa no funciona?

El mayor problema se llama endocarditis infecciosa y se produce cuando esas bacterias viajan por la sangre y llegan al interior del corazón adhiriéndose a las válvulas cardíacas pudiendo llegar a provocar insuficiencia cardíaca, embolias o daños irreversibles en estas estructuras. No es determinante por su frecuencia, pero sí por su gravedad.

En pacientes cardíacos también es común el tratamiento con anticoagulantes, lo que implica mayor probabilidad de sangrado y un motivo de preocupación y consulta al especialista. Pero sólo destapa un problema inflamatorio ya existente.

¿Cómo evitarlo? Una adecuada higiene bucodental y controles por parte de especialistas reducen de manera notable este riesgo.

Es recomendable:

- Cepillado de dientes mínimo 2 veces/día.
- Limpieza interdental diaria.
- Revisiones periódicas con el dentista.
- Atención especial en personas con problemas valvulares, prótesis en válvulas o antecedentes de endocarditis.

Si con el cepillado aparece sangre, la acción a tomar es consultar al dentista y nunca abandonar la higiene bucodental.

Así que, sabiendo de esta conexión, es más fácil entender que cuidando nuestra boca protegeremos nuestro corazón ●

LA BOCA ES LA ENTRADA AL CORAZÓN



Tu boca y tu corazón están más conectados de lo que imaginas. Una boca sana ayuda a proteger tu corazón.

1. LA BOCA: UN ECOSISTEMA EN EQUILIBRIO



En la boca viven millones de bacterias en equilibrio con el ser humano, la llamada flora oral. Pero cuando este "statu-quo" se rompe por una enfermedad periodontal o periodontitis (inflamación de encías), se producen sangrados y las bacterias pueden pasar a la sangre.



La periodontitis o "piorrea" no tratada puede provocar inflamación persistente, sangrado y pérdida de dientes.

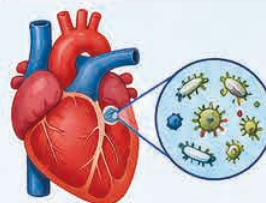
2. CUANDO LAS BACTERIAS ENTRAN EN LA SANGRE



Inflamación de encías y sangrado (por ejemplo cepillado agresivo, hilo dental, etc.)

Bacteriemia transitoria: las bacterias entran en la sangre.

Si el sistema inmunitario falla, las bacterias pueden llegar al corazón.



El mayor problema es la **endocarditis infecciosa**: las bacterias se adhieren a las válvulas cardíacas y pueden provocar insuficiencia cardíaca, embolias o daños irreversibles en estas estructuras. No es frecuente, pero sí potencialmente muy grave.



En pacientes cardíacos, el uso de anticoagulantes aumenta el riesgo de sangrado y puede enmascarar un problema inflamatorio ya existente.

3. PREVENIR ES PROTEGER TU CORAZÓN



Una adecuada higiene bucodental y controles por parte de especialistas reducen de manera notable este riesgo.

Cuidar tu boca es cuidar tu corazón.

Cocinar

para cuidar el corazón

CUIDAR EL CORAZÓN TAMBIÉN PASA POR APRENDER A COCINAR. NO SOLO IMPORTA QUÉ ALIMENTOS ELEGIMOS, SINO CÓMO LOS PREPARAMOS. LAS RECETAS QUE PROPONE EL COCINERO PABLO PALACIOS MUESTRAN QUE UNA ALIMENTACIÓN CARDIOSALUDABLE PUEDE SER SABROSA, VARIADA Y SENCILLA.

**You Tube**

Accede a todas las recetas del canal de Youtube '**Recetas por un tubo**'.

Menú CARDIOSALUDABLE



Ensalada templada de judías verdes y patata con vinagreta de mostaza

Ingredientes para 2 personas:

250 g de patatas
250 g de judías verdes
2 huevos
¼ de cebolla tierna
8 aceitunas verdes
4 tomates Raff pequeños
Sal

Para la vinagreta:

4 cucharadas de aceite de oliva virgen extra
1 cucharada de mostaza Dijon
1 cucharadita de miel (opcional)
2 cucharadas de vinagre de Jerez
Orégano seco
Pimienta negra recién molida

Consejo cardiosaludable:

Para potenciar aún más el perfil saludable del plato, utiliza aceite de oliva virgen extra como única grasa de aliño y ajusta su cantidad al gusto. Si prefieres reducir los azúcares añadidos, puedes prescindir de la miel sin perder el equilibrio de sabores.



Boquerones rellenos de piperrada

Ingredientes para 2-3 personas:

20 boquerones limpios y abiertos en libro
½ cebolla
½ pimiento rojo
½ pimiento verde
2 dientes de ajo
1 tomate maduro rallado
Aceite de oliva virgen extra
Sal
Pimienta negra
Harina integral (para el empanado)
1 huevo

Consejo cardiosaludable:

Para hacer esta receta más ligera, opta por cocinar los boquerones en el horno o en freidora de aire en lugar de freírlos en abundante aceite. Si deseas aumentar el aporte de fibra, utiliza harina integral para el rebozado.



POSTRE

Helado saludable de mango y yogur

Ingredientes para 3-4 raciones:

1 mango maduro (aprox. 300 g de pulpa),
cortado en dados y congelado
200 g de yogur griego natural sin azúcar
1 cucharada de zumo de limón
1 cucharadita de esencia de vainilla (opcional)
Hojas de menta fresca para decorar (opcional)

Consejo cardiosaludable:

El mango es una excelente fuente de vitamina C, fibra y antioxidantes, mientras que el yogur natural aporta proteínas y calcio. Aprovecha el dulzor natural de la fruta y evita añadir azúcares o siropes para disfrutar de un postre equilibrado, ligero y lleno de sabor.



También es noticia...



Ignacio Fernández Lozano.

► El presidente de la Sociedad Española de Cardiología visita el ICICOR

El doctor Ignacio Fernández Lozano, presidente de la Sociedad Española de Cardiología, estuvo el pasado de julio en el ICICOR, participando del programa Expertos en Valladolid. Impartió una conferencia sobre los avances en la arritmia cardíaca más frecuente en nuestro medio, la fibrilación auricular.

El doctor Fernández Lozano es el jefe de la unidad de electrofisiología del hospital Puerta de Hierro de Madrid y es un investigador muy reconocido en esta arritmia.

Premiado un residente del ICICOR

Guillermo Pereña, residente de cuarto año de Cardiología consiguió el segundo premio del Concurso de Casos Clínicos para Personal Médico de ACCIS 2026 por el caso *"To breathe or not to breathe: el eclipse de la válvula mitral"*, presentado junto a Diego Vegas Fernández y Mario García Gómez. El galardón fue entregado durante el curso ACCIS 2026 – *Acute Cardiac Care: Interventions & Support*, celebrado en Valladolid los días 3 y 4 de septiembre.



Guillermo Pereña, entre Víctor Juárez, representante del Grupo de Jóvenes Cardiólogos de la SEC, y María Plaza, de la Unidad de Insuficiencia Cardíaca Avanzada y Trasplante, de nuestro hospital.

El concurso premia los casos atendiendo a su calidad científica, interés clínico, originalidad, valor docente y la calidad de la presentación.
¡Enhorabuena a todo el equipo por este reconocimiento!



► Participación de miembros del ICICOR en el congreso Nacional de Cardiología

Los próximos días 29, 30 y 31 de octubre se celebrará en Sevilla el Congreso de la Sociedad Española de Cardiología. Adjuntos, residentes y enfermeras del servicio participarán activamente con numerosos trabajos de investigación que han sido aceptados para su presentación. Se trata del congreso nacional de cardiología más importante del año, al que acudirán más de 3000 cardiólogos.



Gonzalo Cabezón.

► Conferencia en la Real Academia de Medicina

El Dr. Gonzalo Cabezón, cardiólogo del ICICOR, impartió una conferencia el 1 de octubre en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid dentro del ciclo de conferencias dedicadas a las Terapias Avanzadas. El título de la presentación fue *“RNA de interferencia y oligonucleótidos antisentido en patología cardíaca”* y en ella el Dr. Cabezón expuso los fundamentos de estas novedosas terapias que ya se han empezado a utilizar en Cardiología

Nuevos MIR



Cristina Sanz Gordaliza, Jorge Crespo Lucas y Marina Calle Vega.

Cristina Sanz Gordaliza, Jorge Crespo Lucas y Marina Calle Vega, (de izquierda a derecha), se han incorporado oficialmente como Médicos Internos Residentes (MIR) al Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Los nuevos profesionales inician así su formación especializada, reforzando el compromiso del servicio con la excelencia asistencial y el desarrollo de nuevas generaciones de especialistas.



Salvatore Giordano.

► Nueva incorporación a la Unidad de Hemodinámica

El Dr. Salvatore Giordano se ha incorporado recientemente como becario a la unidad de hemodinámica del ICICOR. Procede de Italia y estará con nosotros durante los 2 próximos años. Bienvenido.



Piedad filial (El parálítico). Jean-Baptiste Greuze, 1763.

La imagen

Cruce de caminos

España permanece fiel a su vieja naturaleza de curanderos espontáneos, una geografía donde la dolencia ajena enciende una extraña y colectiva vocación médica. En este suelo, el dolor nunca es un misterio privado: a la vuelta de cada esquina aguarda un herborista improvisado con un veredicto en los labios, una pócima en la memoria y el orgullo intacto para rebatir al mismísimo Hipócrates.

No es un fenómeno nuevo. El geógrafo griego Estrabón, en su Geografía, ya contaba que algunos pueblos de la península ibérica cuando alguien enfermaba, tenían la costumbre de colocarlo en un cruce de caminos. Allí quedaba el paciente, a disposición de los transeúntes, que pasaban, observaban sus síntomas, hacían sus propias conjeturas y, con la autoridad que da no tener demasiados datos, recomendaban el remedio que su experiencia les aconsejaba.

Puede parecer una costumbre extravagante, pero han pasado más de dos mil años y algo de aquello permanece entre nosotros. Hemos cambiado el cruce de caminos por

la sala de espera del centro de salud y el diagnóstico a ojo por las conversaciones de portal, pero la afición a ejercer de médico sin bata sigue gozando de una salud envidiable.

Basta con que alguien caiga enfermo para que a su alrededor se reúna una pequeña junta médica. Los amigos y familiares, en lugar de distraer al paciente con asuntos agradables —el tiempo, el fútbol, la subida de la luz— empiezan a hablar de enfermedades. Y no de enfermedades en general, sino precisamente de aquella que padece el enfermo.

Y así, en cuestión de minutos, el tratamiento prescrito por un profesional que ha estudiado medicina durante años queda sometido al dictamen de quien ha leído un artículo en internet, recuerda una experiencia familiar o simplemente «conoce un caso».

Quizá, después de todo, la España de Estrabón no haya desaparecido. Dos mil años después, el cruce de caminos se ha convertido en el grupo de WhatsApp de la familia ●

